



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ– UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**GERENCIAMENTO DO CUIDADO E SIMULAÇÃO CLÍNICA: desenvolvendo a
competência comunicação em enfermagem**

Teresina, Piauí
2016

SAMUEL FREITAS SOARES

**GERENCIAMENTO DO CUIDADO E SIMULAÇÃO CLÍNICA: desenvolvendo a
competência comunicação em enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elaine Cristina Carvalho Moura

Teresina, Piauí
2016

SAMUEL FREITAS SOARES

**GERENCIAMENTO DO CUIDADO E SIMULAÇÃO CLÍNICA: desenvolvendo a
competência comunicação em enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elaine Cristina Carvalho Moura
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Bauer de Camargo Silva
Avaliadora Externa - UFG

Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira
Avaliadora Interna

Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres
Avaliadora Externa - UFPR (Suplente)

Ao meu pai, **Miguel**, pelo exemplo de humildade e dedicação desde os meus primeiros passos. À minha mãe, **Reijane Maria**, minha fonte de inspiração, pelo exemplo de que o trabalho e o estudo engrandecem o ser humano.

À **Sávia Rene**, companheira incondicional que se mostrou presente desde o despertar da ideia até a concretização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Piauí (UFPI).

À coordenação da Pós-graduação em Enfermagem da UFPI.

À Coordenadora do Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde (SIMENFS) do Departamento de Enfermagem da UFPI, por disponibilizar toda a infraestrutura necessária à coleta de dados.

À equipe de apoio de coleta de dados, Prof.^a Dr.^a Jéssica Costa, Prof.^a Dr.^a Grazielle Roberta, e Vanessa Caminha por se empenharem em participar nos cenários de simulação.

Aos integrantes dos Comitês de Juízes de diversas regiões do Brasil, que contribuíram para a elevação da qualidade deste estudo.

Às Professoras que participaram da banca de avaliação deste estudo: Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Bauer de C. Silva, Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira e Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres, pela disponibilidade em contribuir para a construção deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery, pelos incentivos ao aperfeiçoamento profissional.

À Vanessa Caminha, pelas contribuições estatísticas.

Aos estudantes, que disponibilizaram seu tempo e investiram esforços intelectuais para participar dessa pesquisa.

Aos colaboradores da Pós-graduação em Enfermagem da UFPI, em especial Ruth pelo apoio oferecido.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste estudo, minha gratidão.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A realização de um sonho exige comprometimento, inspiração, foco e resiliência. Mas essa conquista não depende apenas de mim. Agradeço primeiramente a Deus, por ser o caminho, a verdade e a luz!

Esses agradecimentos se estendem aos que me proporcionaram vencer a cada dia:

Aos meus pais **Miguel e Reijane**, pela dedicação e valores que me ensinaram. Ofereço essa conquista como uma pequena retribuição aos investimentos que fizeram por toda a minha vida.

Aos meus avós **José Honório, Nadir, Jacinto** (*in memoriam*) e em especial **Teresinha**, que nos deixou recentemente, mas foi exemplo de humildade e misericórdia.

À minha companheira de todas as horas, **Sávia Rene**, pela compreensão, cumplicidade e carinho. Sem dúvida essa vitória também é sua!

À minha orientadora, **Dr.^a Elaine Cristina Carvalho Moura**, pelo exemplo de sabedoria, liderança e inovação. A construção deste estudo tem inspiração na visualização que faço da sua imagem, como a própria representação material bem sucedida da competência profissional!

Ao meu tio **Richard Ramon**, exemplo de empreendedorismo e sucesso profissional, pela compreensão inestimável que me possibilitou dedicar tempo para a construção deste estudo.

À minha madrinha **Maria do Rosário (Naná)**, pelo empenho e doação despendidos à união e ao fortalecimento da família. Sua dedicação certamente fortaleceu a minha formação profissional.

Aos meus irmãos **Thiago, Lucas e Moisés** pela disponibilidade em colaborar nessa caminhada.

Aos meus amigos **Jader, Alexandre, Tiago, Ronald, Caio, Josué e Carleandro**, que sempre estiveram ao meu lado, muitos destes desde o jardim de infância, pela companhia e momentos de felicidades.

Ao meu primo **Marcel**, pelo apoio, motivação e admiração.

Aos colegas de profissão da Neoclínica, em especial, Amanda e Juscelena, pelo corporativismo, e dedicação em suprir minhas ausências no trabalho.

Aos colegas do mestrado, em especial, Carol Floriano e Anna Karolina, pelas contribuições inestimáveis e as palavras amigas nos momentos mais difíceis.

Vocês foram fundamentais para esse sonho!

RESUMO

A ampliação de conhecimento sobre o processo de comunicação na perspectiva profissional em enfermagem é elemento essencial para diminuição de problemas relacionados ao gerenciamento do cuidado de enfermagem. Dessa forma, os objetivos do presente estudo foram avaliar a competência comunicação profissional entre estudantes de enfermagem e os seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes, visando ao gerenciamento do cuidado em enfermagem no contexto de simulação clínica avançada; construir e validar o conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação; e avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes e após a aplicação de cenário e, depois do debriefing da experiência de gerenciamento do cuidado em simulação clínica avançada. Fundamentou-se teoricamente em 33 teorias de comunicação humana, foram organizadas em fichas conceituais que deram suporte à estruturação da competência profissional comunicação em Enfermagem e no modelo de simulação da National League for Nursing/Jeffries. Trata-se de um estudo do tipo metodológico seguido de estudo descritivo comparativo tendo em vista a construção do Instrumento de medida da competência profissional comunicação e aplicação piloto em três momentos: pré-teste, intrateste e pós-teste. O instrumento de medida foi elaborado a partir de um construto com 127 itens: (45) conhecimento, (45) habilidade e (37) atitude, validado de conteúdo por cinco juízes *experts* na área de comunicação. A combinação dos itens do construto resultou no instrumento constituído por 46 itens, dos quais (18) conhecimento, (12) habilidade e (16) atitude, com resposta do tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (nada) a 5 (extremamente). A validação de conteúdo do instrumento evidenciou confiabilidade acima de 80% nos itens. A aplicação piloto do instrumento foi constituída por 24 estudantes de enfermagem, dos quais 21(87,5%) eram do sexo feminino e tinham média de 22,9(±1,3) anos de idade. Todos os estudantes já haviam participado de um cenário de simulação clínica avançada, e, para 19(79,2%) o intervalo entre a atual e a última experiência foi um mês. Os resultados mostraram que dos cinco grupos de estudantes, quatro apresentaram melhores médias do escore global entre o pré-teste e o pós-teste. A análise das frequências relativas ao escore global do instrumento apresentaram crescimento contínuo entre o pré-teste (71,2%), intra-teste (71,6%) e pós-teste (73,5%). A média do escore global no pós-teste condiz com uma autoavaliação bastante competente em comunicação em enfermagem pelos estudantes. A regressão linear mostrou que os componentes conhecimentos ($p=0,967$) e habilidades ($p=0,919$) apresentaram correlações muito altas com o escore global do instrumento, enquanto atitudes ($p=0,888$) demonstrou uma correlação alta ($p<0,0001$). A aplicação piloto do instrumento de medida apontou para uma melhora da autoavaliação dos estudantes quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes, no pós-teste em relação ao pré-teste e intrateste. Estes resultados exemplificam os efeitos positivos proporcionados pelo pensamento reflexivo realizado pelos estudantes durante e após o debriefing da simulação clínica avançada.

PALAVRAS-CHAVES: Competência profissional. Comunicação. Enfermagem. Escalas.

ABSTRACT

The expansion of knowledge about the process of communication in professional nursing perspective is essential to decrease biases related to the management of nursing care. Thus the objective of this study is to evaluate the competence professional communication among nursing students and their knowledge, skills and attitudes, in order to nursing care management in advanced clinical simulation context. It was based on 33 communication theories analyzed by Littlejohn (1982, 2011), which were organized in conceptual records that supported the structure of competence from the perspective of Le Boterf (2003). It is a study of the methodological type followed by comparative descriptive study with a view to building the measurement of professional competence instrument communication and pilot implementation in three stages: pre-test and post-test intratest. For the construction of the professional competence communication measuring instrument, they were considered the theoretical and methodological foundations proposed by Pasquali (2010). Initially we designed a construct with 127 items: (45) knowledge, (45) ability and (37) attitude. The following was performed content validation for five expert judges in the area. The combination of operating items resulted in the instrument consisting of 46 items, of which (18) knowledge, (12) ability and (16) attitude, to answer Likert 5 points, ranging from 1 (none) to 5 (extremely) . The instrument's content validation showed reliability above 80% on items, and CVI instrument equal to 0.99. The pilot application of the instrument consisted of 24 nursing students, of which 21 (87.5%) were female and had a mean of 22.9 (\pm 1.3) years old. All students had already completed an advanced clinical simulation scenario, and for 19 (79.2%) the interval between the current and the last experience was a month. The results showed that the five groups of students, four had better mean overall score between pre-test and post-test. The analysis of the frequencies on the overall score of the instrument showed continued growth between the pre-test (71.2%), intra-test (71.6%) and post-test (73.5%). The average overall score on the posttest consistent with a very competent self-assessment in nursing communication by students. Linear regression analysis showed that the components knowledge ($p = 0.967$) and skills ($p = 0.919$) had very high correlations with the overall score of the instrument while attitudes ($p = 0.888$) showed a high correlation ($p < 0.0001$). The pilot application of the measuring instrument pointed to an improvement in self-assessment of students and the knowledge, skills and attitudes at posttest compared to pre-test and intratest. These results illustrate the positive effects provided by reflective thinking done by the students during and after the debriefing of advanced clinical simulation.

KEYWORDS: Professional competence. Communication. Nursing. Scales.

RESUMEN

La expansión del conocimiento sobre el proceso de la comunicación en la perspectiva profesional de enfermería es esencial para disminuir los sesgos relacionados con la gestión de los cuidados de enfermería. Así, el objetivo de este estudio es evaluar la competencia profesional de la comunicación entre los estudiantes de enfermería y sus conocimientos, habilidades y actitudes, con el fin de la gestión de los cuidados de enfermería en el contexto de simulación clínica avanzada. Se basó en 33 teorías de la comunicación analizadas por Littlejohn (1982, 2011), que se organizaron en los registros conceptuales que apoyaron la estructura de la competencia desde la perspectiva de Le Boterf (2003). Es un estudio de tipo metodológico seguido de un estudio descriptivo comparativo con miras a la construcción de la medición del profesional de la comunicación instrumento competencia y la aplicación piloto en tres etapas: pre-test y post-test intratest. Para la construcción del instrumento de medición comunicación competencia profesional, se consideraron los fundamentos teóricos y metodológicos propuestos por Pasquali (2010). Inicialmente se diseñó un constructo con 127 elementos: (45) conocimiento, (45) la capacidad y la actitud (37). A continuación se realizó la validación de contenido por cinco jueces expertos en el área. La combinación de los elementos de operación resultó en el instrumento que consta de 46 artículos, de los cuales (18) conocimiento, (12) y la capacidad (16) actitud, para responder a Likert de 5 puntos, que van desde 1 (nada) a 5 (muy) . la validación del contenido del instrumento mostró fiabilidad superior al 80% en artículos, y el instrumento CVI igual a 0,99. La aplicación piloto del instrumento consistió en 24 estudiantes de enfermería, de los cuales 21 (87,5%) eran mujeres y tenían una media de 22,9 ($\pm 1,3$) años de edad. Todos los estudiantes ya habían completado un escenario de simulación clínica avanzada, y de 19 (79,2%), el intervalo entre la corriente y la última experiencia fue un mes. Los resultados mostraron que los cinco grupos de estudiantes, cuatro tuvieron mejor puntuación global media entre el pre-test y post-test. El análisis de las frecuencias en la puntuación global del instrumento mostró un crecimiento continuo entre el pre-test (71,2%), intra-ensayo (71,6%) y post-test (73,5%). La puntuación media global en el post-test consistente con una auto-evaluación muy competente en la comunicación de enfermería por los estudiantes. El análisis de regresión lineal mostró que el conocimiento componentes ($p = 0,967$) y habilidades ($p = 0,919$) tuvieron una alta correlación con la puntuación global del instrumento mientras que las actitudes ($p = 0,888$) mostró una alta correlación ($p < 0,0001$). La aplicación piloto del instrumento de medida apuntaba a una mejora en la autoevaluación de los estudiantes y el conocimiento, habilidades y actitudes en el post-test en comparación con el pre-test y intratest. Estos resultados ilustran los efectos positivos que ofrece la profundización de la reflexión realizada por los estudiantes durante y después del interrogatorio de la simulación clínica avanzada.

PALABRAS CLAVE: La competencia profesional. Comunicación. Enfermería. Escalas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Sala de controle do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI (Figura cedida da Tese de Moura, 2013).....	55
Figura 2	Sala de estação de simulação avançada do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI (Figura cedida da Tese de Moura, 2013).....	56
Figura 3	Sala de avaliação e desempenho (<i>debriefing</i>) do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI, 2016.....	56
Figura 4	Framework geral dos procedimentos de operacionalização do estudo, Teresina, Piauí, 2016.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das frequências relativas aos escores totais máximos dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes e do escore global do instrumento antes da aula, depois do cenário e depois do debriefing. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	105
Gráfico 2	Correlação linear entre a idade e a diferença de escores do item 14 do componente conhecimentos entre o pré-teste e o pós-teste. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	107
Gráfico 3	Correlação linear entre intervalo da atual e a última experiência em simulação e a diferença de escores do item 40 do componente atitudes entre o pré-teste e o pós-teste. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	108
Gráfico 4	Caracterização dos grupos de simulação (n=5) conforme médias dos escores globais e por componente da competência comunicação nos três momentos de aplicação piloto do instrumento. Teresina, PI, Brasil, 2016	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente conhecimentos do construto segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	74
Tabela 2	Distribuição de frequência dos itens operacionais do componente conhecimentos do construto segundo a classificação dos tipos de saberes teóricos, do meio e procedimental por juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	76
Tabela 3	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente habilidades do construto segundo a avaliação da pertinência pelos os juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	79
Tabela 4	Distribuição de frequências dos itens operacionais do componente habilidades do construto segundo a classificação dos tipos de saber fazer formalizado, empírico, relacional e cognitivo por juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	80
Tabela 5	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente atitudes do construto segundo a avaliação da pertinência pelos os juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	83
Tabela 6	Distribuição de frequências dos itens operacionais do componente atitudes do construto segundo a classificação querer agir, saber agir e poder agir por juízes (n=5). Teresina, Piauí, 2016.....	84
Tabela 7	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente conhecimentos segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	86
Tabela 8	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente habilidades segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	89
Tabela 9	Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente atitudes segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	90

Tabela 10	Caracterização socioeducacional dos participantes do estudo (n=24). Teresina, PI, Brasil, 2016	92
Tabela 11	Caracterização socioeducacional dos participantes do estudo (n=24). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	93
Tabela 12	Distribuição das frequências por tipo de resposta para o item do componente conhecimentos da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, 2016.....	94
Tabela 13	Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente conhecimentos da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, Brasil, 2016.....	96
Tabela 14	Distribuição da frequência por tipo de resposta para o item do componente habilidades da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, 2016.....	98
Tabela 15	Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente habilidades da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, Brasil, 2016.....	100
Tabela 16	Distribuição da frequência por tipo de resposta para o item do componente atitudes da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, 2016.....	101
Tabela 17	Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente atitudes da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do <i>debriefing</i> . Teresina, PI, Brasil, 2016.....	103
Tabela 18	Associações entre as variáveis socioeducativas e os itens significativos do instrumento da competência comunicação em estudantes de enfermagem (n=24) que apresentaram diferenças significativas. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	106
Tabela 19	Medidas dos modelos de regressão linear dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes de enfermagem (n=24) na composição da competência profissional comunicação. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA	American Heart Association
CCS	Communication Competence Scale
CHA	Conjunto de saberes para conhecimentos, habilidades e atitudes
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPC	Communication Performance Checklist
CSES	Communication Self-Efficacy Scale
CVC	coeficiente de validade de conteúdo
ECCI	Escala de Competência em Comunicação Interpessoal
ICAS	Interpersonal Communication Assessment Scale
ICCS	Interpersonal Communication Competence Scale
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KEECC	Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NLN	National League of Nursing
OMS	Organização Mundial de Saúde
QSEN	Quality and Safety Education for Nursing
SIMENFS	Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UPP	Úlcera por pressão
VBQ	Ventilator Bundle Questionnaire
VBOS	Ventilator Bundle Observation Schedule

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	Geral	27
2.2	Específicos	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1	Bases teóricas para a comunicação em interface com a enfermagem.....	29
3.2	Estratégia de simulação clínica e desenvolvimento de competências no contexto da enfermagem	44
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
4.1	Delineamento do estudo.....	54
4.2	Local da pesquisa	54
4.3	População e amostra	57
4.4	Operacionalização do estudo	57
4.4.1	Primeira etapa: construção do instrumento de medida	59
4.4.2	Segunda etapa: planejamento das estratégias de ensino.....	64
4.4.3	Terceira etapa: Aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”	67
4.5	Framework geral dos procedimentos de operacionalização do estudo	69
4.6	Análise de dados.....	70
4.7	Aspectos éticos.....	71
5	RESULTADOS	72
5.1	Primeira etapa: construção do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”	73
5.1.1	Caracterização demográfica dos juízes	73
5.1.2	Construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação.....	74
5.2	Terceira etapa: aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”	92

5.2.1	Caracterização socioeducacional da amostra de estudantes	92
5.2.2	Avaliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação ante a experiência de simulação clínica avançada.	94
6	DISCUSSÃO	112
6.1	Construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação	113
6.2	Aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional comunicação em enfermagem.....	119
6.2.1	Avaliação dos conhecimentos dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”.....	122
6.2.2	Avaliação das habilidades dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”.....	127
6.2.3	Avaliação das atitudes dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”.....	132
7	CONCLUSÕES.....	137
7.1	Quanto à construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação.	138
7.2	Quanto à caracterização da amostra de estudantes.....	139
7.3	Quanto à avaliação dos conhecimentos dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem.....	139
7.4	Quanto à avaliação das habilidades dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem.....	140
7.5	Quanto à avaliação das atitudes dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem.....	140
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
8.1	Limitações da pesquisa.....	145
8.2	Perspectivas de estudos futuros.....	146
	REFERÊNCIAS	147
	APÊNDICES	157
	ANEXOS	232

1 INTRODUÇÃO



O gerenciamento do cuidado de Enfermagem passa por um período de alterações no que diz respeito ao processo de trabalho. O constante advento de mudanças tecnológicas inovadoras e a exigência de cuidado por clientes cada vez mais heterogêneos exigem respostas eficazes, capazes de atender às necessidades individuais e complexas. Para atingir essas novas demandas de cuidado, o ser Enfermeiro precisa exercer competências profissionais que o permitam atuação com segurança de suas atividades (CAMELO, 2012).

Para o exercício eficaz do processo de trabalho, espera-se que o enfermeiro seja capaz de interagir com todos os entes envolvidos no cuidado, sejam eles o paciente, profissionais de saúde e gestores. Dentro desse contexto, a comunicação é a ferramenta utilizada para interligar o processo de trabalho do enfermeiro. Observa-se que para exercer ações voltadas para o gerenciamento do cuidado este profissional disponibiliza em média 55% do seu tempo de trabalho. Por esse motivo é frequentemente consultado por outros profissionais ou gestores para resolver questões relacionadas à dinâmica do serviço (SILVA; CAMPOS, 2007; PAULA, *et al.*, 2013).

No entanto, é comum observarem-se dificuldades de interação em expressivo número de enfermeiros diante da equipe ou do paciente em situações conflituosas. Estudos que avaliaram a comunicação em enfermeiros, demonstram que, embora considerada elemento indissociável ao bom desempenho profissional, muitas vezes estes profissionais se defrontam com a dificuldade de realizar a comunicação eficaz, demonstrando assim, alguma falta de preparo para a assistência de qualidade (MOURÃO *et al.*, 2009; LEWIS; STRACHAN; SMITH, 2012).

A expressão da comunicação é um fenômeno interativo, que propõe interpretações a partir do compartilhamento de informações elaboradas por palavras, gestos, ou sons. Este complexo e multidimensional processo de interação supõe duas dimensões diferentes: a comunicação verbal e a não-verbal (BARLEM *et al.*, 2008; JESUS; SIMÕES; VOEGELI, 2013).

A linguagem verbal ou psicolinguística é expressa pelo uso de palavras, escritas ou faladas. Na não-verbal, as informações são transmitidas pelas expressões faciais, gestos e movimentos do corpo, e sua função é complementar ou substitutiva à comunicação verbal (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013). Stefanelli e Carvalho (2005) destacam aspectos da comunicação humana quanto às

variações na comunicação não-verbal segundo três fontes: herança de programas neurológicos, experiências comuns aos seres humanos e as variações de cultura, classe social e as experiências familiares do indivíduo.

A comunicação é ferramenta essencial para o alcance da satisfação dos pacientes, para tanto, é necessário que o enfermeiro utilize elementos da comunicação verbal e não-verbal de forma harmônica. Assim, tem-se como premissa a exigência de um canal de comunicação eficaz, que possibilite a emissão e a recepção de informações da forma mais clara possível. (SILVA; CAMPOS, 2007; SILVA *et al.*, 2007).

A comunicação constitui-se como elemento intrínseco do relacionamento humano influenciado pela vivência do cotidiano, experiências passadas, ideias ou comportamentos sejam eles voluntários ou não. Durante o processo de formação profissional, o estudante deve ser incentivado pelo professor a desenvolver o conhecimento crítico e reflexivo, que estimule a atuação inovadora com habilidades cognitivas e comportamentais. Esse processo favorece a transição acadêmico-profissional com vistas ao desenvolvimento da competência profissional comunicação (BRAGA, 2004; HEZAVEH; RAFII; SEYEDFATEMI, 2014).

Para Le Boterf (2003), o profissional competente é aquele que possui a capacidade de combinar saberes integrantes de seus conhecimentos, habilidades e atitudes, que produzam em um contexto prático não só o desenvolvimento de competências, mas também o profissionalismo.

A comunicação é uma atividade complexa inerente à existência humana, de difícil conceitualização e envolvida em todas as atividades humanas. Pode ser concebida como competência profissional a partir do momento que envolve a capacidade de saber aprender e envolver-se para se integrar ao ambiente de trabalho e a mobilização de recursos para a administração de situações organizacionais de forma satisfatória (RUTHES; CUNHA, 2008).

O termo competência possui inúmeras definições, que se justificam pela complexidade multidimensional de sua abordagem (BLANCO, 2009). Ruthes e Cunha (2008) destacam que atualmente há uma tendência pela convergência no conceito de competência como um conjunto de características que permitam ao profissional executar tarefas de uma organização com maior facilidade. Dutra (2001) acredita que a atuação dedicada e pautada pela competência profissional implica desenvolvimento de valores organizacionais que permanecem agregados na

empresa mesmo que o profissional se desligue. Assim, a visão sobre competência é ampliada para o escopo da entrega e dedicação que implique mobilização de recursos que tragam resultados satisfatórios à organização.

Nesse estudo o conceito de competência será orientado pelas ideias de Le Boterf (2003), que defende a competência profissional norteada pelo conjunto de vivências sociais, educacionais e profissionais ao longo da trajetória do indivíduo, que o permitam saber agir e ser reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, habilidades, e atitudes (CHAs) num contexto profissional determinado.

O exercício da competência profissional deve ser pautado no conjunto de CHAs formado por saberes relacionados que deverão ser combinados diante de determinada necessidade. Assim, Le Boterf (2003) estabelece uma composição de cada componente dos CHAs, a seguir: os conhecimentos englobam os saberes teóricos, do meio e, procedimentais, as habilidades se referem aos saberes-fazer formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos e as atitudes são representadas pelo saber agir, querer agir e poder agir. A combinação desses saberes proporciona a execução de atividades profissionais com elevado nível de exigência e complexidade.

No que diz respeito às atitudes, em ressalva, Le Boterf (2003) e Moura (2013) afirmam que as mesmas devem se distanciar do saber ser quando se objetiva construir competências profissionais. O saber ser envolve a interação entre a personalidade e uma situação específica. Sua influência no ambiente de trabalho deve ser mínima, devido à possibilidade de incompatibilidade entre o comportamento humano apresentado e o comportamento profissional requerido para determinada profissão. Nesse sentido, os esforços devem ser concentrados no agir, despertado pelo estímulo profissional diante da situação em análise e, não no saber ser da pessoa.

Nesse contexto, ressalta-se diferenciação fundamental entre a comunicação humana e a comunicação como competência profissional. A primeira pode ser observada na perspectiva do saber ser pela característica indissociável entre comportamento e personalidade. A comunicação profissional, por sua vez, envolve a combinação de saberes formalizados para a resolução de atividades de maior complexidade no ambiente de trabalho. Para tanto são necessários atributos de

saber-agir, que possibilitam ao profissional escolher uma conduta orientada pela representação que possui de um estímulo (LE BOTERF, 2003).

Braga e Silva (2010), afirmam que a busca pelo conhecimento permite que o enfermeiro aprofunde conceitos de comunicação eficazes, que possam ser utilizados como ferramentas terapêuticas no exercício do cuidar. Dessa forma, a competência comunicação é desenvolvida ao longo da formação acadêmica e atividade profissional, exercida pelo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam ouvir todos os entes envolvidos no cuidado, possibilitando o reconhecimento de suas limitações pessoais e um cuidar consciente e humanizado (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; PETERSON; CARVALHO, 2011).

Nessa concepção, compreende-se que os profissionais da área de saúde devem ter competências técnicas e comportamentais. Para Feldman; Ruthes e Cunha (2010), a competência não está solta entre saber e saber-fazer, mas sim, entendida como o fortalecimento de bases conceituais que permitam o conhecimento de causa e da realidade social e possibilitem o encorajamento e segurança para a ação.

As falhas de comunicação são consideradas causas dos principais danos acidentais ao paciente (GREENBERG *et al.*, 2007). Ainda assim, Leonard *et al.* (2004) afirmam que a capacitação profissional para uma comunicação eficaz e o trabalho em equipe têm sido historicamente ignorados. Os autores exemplificam que a passagem de informações específicas de pacientes durante a troca de plantões constitui-se como entrega de elementos de alto risco, uma vez que constitui uma interface de segurança crítica do paciente. A falta de clareza na comunicação, no entanto, pode implicar omissão de informações críticas, que repercutam no processo evolutivo do quadro clínico do paciente.

Hobgood, *et al.* (2010) afirmam que inúmeras evidências apontam para os significativos casos de eventos adversos decorrentes de falhas na assistência de saúde ocasionados por problemas relacionados com a aplicação das competências “não-técnicas” como: comunicação, trabalho em equipe, liderança e tomada de decisão. Estas são as competências cognitivas e sociais que complementam as habilidades técnicas ou específicas, que exigem raciocínio crítico cognitivo, confiança, segurança e habilidades psicomotoras na execução das ações, (COOPER; ENDACOTT; CANT, 2010; RUTHES; CUNHA, 2008).

Diante do exposto, percebe-se que o domínio de competências profissionais não técnicas, em especial a comunicação, possui relevância para a prática de enfermagem. Com o objetivo de reunir na literatura instrumentos de avaliação da comunicação na perspectiva de competência profissional no contexto da Enfermagem foi empreendida revisão integrativa nas bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS, Science Direct e CINAHL. A busca ocorreu no período de janeiro e fevereiro de 2016. Os descritores controlados utilizados para a combinação foram: “*communication*”, “*interpersonal relations*”, “*scales*”, “*questionnaires*”, “*psychometric*”, “*nursing*”, “*nurse*”, “*validation studies*” e “*professional competence*”.

Foram identificadas 556 publicações, das quais 511 foram eliminadas após leitura do título e resumo dos estudos, por não estarem relacionadas ao tema da pesquisa. Outros cinco estudos foram excluídos por duplicidade. Dos 40 estudos analisados, 32 foram excluídos por não apresentarem a comunicação em enfermagem como o principal atributo da escala.

A análise dos demais oito instrumentos encontrados nessa pesquisa evidenciou que, em geral, a confiabilidade apresentou consistência interna satisfatória. No entanto, não foram encontrados estudos com escalas desenvolvidas no Brasil e apenas uma escala estava validada e adaptada ao contexto nacional, denominada de Escala de Competência em Comunicação Interpessoal (ECCI), de autoria de Puggina e Silva (2014).

Observa-se, ainda, que as escalas elaboradas para medir a competência comunicação em enfermagem disponíveis na atualidade apontam para um enfoque de avaliação de habilidades no contexto de comunicação interpessoal. No entanto, é válido ressaltar que as atribuições do enfermeiro implicam atuação em diversas áreas e situações profissionais, as quais requerem competências comunicacionais em diferentes contextos de comunicação.

Nesse sentido, Littlejohn e Foss (2011) descrevem a comunicação como um evento complexo que envolve a interação em diversos contextos como: intrapessoal, interpessoal, pequeno grupo e comunicação em massa. Broca e Ferreira (2012) destacam que o processo de comunicação do enfermeiro é operacionalizado em função do gerenciamento do cuidado em inúmeras situações, que implicam na interação humana e compartilhamento de informações com o cliente, a equipe profissional e os gestores.

A práxis do enfermeiro no gerenciamento do cuidado exige comunicação eficiente e eficaz em todos os contextos mencionados por Littlejohn e Foss (2011), resultando no exercício pleno dos CHAs da competência comunicação.

Percebe-se a carência de um instrumento que seja capaz de medir a comunicação em enfermagem como competência profissional na perspectiva estruturada sugerida por Le Boterf (2003), focalizando o conjunto de saberes dos CHAs com a finalidade de mensurar o exercício dos mesmos diante da administração de situações profissionais complexas do gerenciamento do cuidado e, por assim ser direcionadas pelo agir nas dimensões de saber, querer e poder para as ações.

O desafio deste estudo foi estruturar a competência comunicação em todos os contextos mencionados por Littlejohn, com vistas à avaliação da competência profissional comunicação para o gerenciamento do cuidado de enfermagem e que possa ser aplicado em ambiente de simulação que represente o gerenciamento do cuidado.

Moura (2013) empreendeu pesquisa metodológica, ao estruturar um instrumento para a competência profissional avaliação de risco para úlceras por pressão (UPP) e seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes na perspectiva defendida por Le Boterf (2003).

Para tanto, foi elaborado e validado o construto dos CHAs da competência avaliação de risco para UPP e, conseqüentemente, construído o instrumento piloto dos CHAs da competência citada, que foi submetido à análise semântica e validação de conteúdo. O instrumento foi aplicado em estudantes dos últimos três períodos do curso de enfermagem e ocorreu em ambiente controlado e realístico de laboratório, por meio da estratégia de simulação clínica avançada.

A presente investigação replicou a metodologia de Moura (2013) para subsidiar a estruturação do instrumento de avaliação da competência profissional “comunicação em enfermagem”. Para tanto, o referido instrumento tem finalidade de avaliar a comunicação do profissional de enfermagem no contexto do gerenciamento do cuidado de enfermagem, com aplicação piloto em ambiente de simulação clínica avançada.

Percebe-se que a estratégia de simulação permite a vivência da representação de um evento em simuladores em ambiente seguro e controlado que não ofereça riscos para o estudante ou paciente, com o propósito de promover

pensamento reflexivo e auxílio aos estudantes na tomada de decisões em situações reais (JEFFRIES, 2007).

A estratégia de simulação pode ser dividida em três fases distintas: pré-simulação (*briefing*), intrassimulação (execução do cenário) e pós-simulação (*debriefing*). Durham e Alden (2012) conjecturam uma analogia das fases de simulação com os conteúdos dos CHAs da seguinte forma: conhecimento relaciona-se ao *briefing*, habilidades à execução do cenário e atitudes ao *debriefing*. Moura e Caliri (2013) acrescentam que o desenvolvimento de competências na perspectiva de Le Boterf (2003) é resultado e processo da estratégia simulação clínica avançada.

Pelo exposto, a ampliação de conhecimento sobre o processo de comunicação na perspectiva profissional em enfermagem é elemento essencial para diminuição de falhas relacionadas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem. Dessa forma, o objeto do presente estudo envolve a estruturação da competência profissional comunicação, por meio da estratégia de simulação clínica avançada, com vistas ao gerenciamento eficiente e eficaz do cuidado em Enfermagem.

Nessa perspectiva, o estudo respondeu à seguinte questão: A estruturação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação aplicada em contexto de simulação clínica avançada contribui para eficácia no gerenciamento do cuidado em enfermagem?

2 OBJETIVOS



2.1 Geral

- Avaliar a competência comunicação profissional entre estudantes de enfermagem e os seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes, visando ao gerenciamento do cuidado em enfermagem no contexto de simulação clínica avançada.

2.2 Específicos

- Construir e validar o conteúdo do construto dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência “comunicação profissional em Enfermagem”
- Construir e validar o conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação;
- Avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes e após a aplicação de cenário e, depois do *debriefing* da experiência de gerenciamento do cuidado em simulação clínica avançada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO



3.1 Bases teóricas para a comunicação em interface com a enfermagem

Diante da complexidade e magnitude da comunicação em todos os seus “processos e contextos”, Littlejohn (1982) e Littlejohn e Foss (2011) declararam que é uma tarefa árdua propor uma perspectiva teórica única e final. Pasquali (1999) enfatiza que a inexistência de teorias sólidas sobre um construto não deve impossibilitar a elaboração de instrumentos que possam medir os traços essenciais de um fenômeno. Assim é fundamental o pesquisador “levantar, pelo menos, toda a evidência empírica sobre o construto e procurar sintetizá-la e assim chegar a uma miniteoria sobre o mesmo, a qual o possa guiar na elaboração de instrumento de medida para tal construto” (PASQUALI, 1999, p.39).

Nessa perspectiva, buscou-se sintetizar todas as evidências teóricas sobre comunicação em interface com a enfermagem para subsidiar a elaboração do instrumento de medida com vistas ao exercício da competência profissional comunicação.

Littlejohn (1982) e Littlejohn e Foss (2011) abordaram pelo menos 33 teorias que se relacionam com o objeto do presente estudo, resultando no quadro-síntese das teorias da comunicação que reúnem um olhar mais atento para a comunicação como competência essencial em profissionais da enfermagem (APÊNDICE A). Percebe-se a complexidade para definição de um conceito geral de comunicação, de modo que, foram abordadas nessa seção as diversas teorias que facilitam a compreensão e organização dos conhecimentos acerca da temática.

As teorias apresentadas representam aspectos observados sob a visão dos seus precursores, propostas por *insights* dos mesmos. Nesse sentido, destacar apenas as teorias de comunicação elencadas no quadro-síntese das teorias da comunicação poderia limitar o campo de abrangência desse fenômeno tão complexo.

À medida que se propõe desenvolver um instrumento de medida para a comunicação como competência profissional de enfermeiros, à luz dos postulados de Pasquali (2010), é necessário reunir elementos que substanciem e deem forma ao instrumento de medida, com base em uma justificativa teórica. Segundo o autor, na ausência de uma teoria consensual, deve-se construir uma miniteoria com elementos das diversas teorias existentes para subsidiar a construção de um instrumento de medida.

As obras clássicas de Littlejohn (1982) e Littlejohn e Foss (2011) reúnem diversas teorias que têm como objeto a comunicação, em abordagem abrangente que atende a aspectos da comunicação humana que possibilitam relacionar conceitos que permitem a transição para a comunicação profissional.

Dessa forma, o Apêndice A reúne as teorias da comunicação humana que foram organizadas em fichas conceituais e serviram como base para a estruturação do construto da competência profissional comunicação em enfermagem. Alguns destes teóricos serão evocados a seguir em paralelo a outros pensadores a fim facilitar a construção dessa competência.

A teoria geral dos sistemas é um excelente instrumento de percepção da natureza de variados fenômenos. A ideia de constituir teorias sistêmicas foi tentativa de diversos teóricos, entre eles Bertalanffy (1968) ao sugerir uma teoria multidisciplinar do conhecimento. Sua intenção era unir conceitos da observação de fenômenos biológicos, físicos e sociais. A partir dessa construção, propôs o organismo vivo como um sistema aberto, uma entidade em contínua interação com o ambiente. Esse modelo descrevia implicações principalmente para a ciência social e comportamental (LITTLEJOHN, 1982).

O sistema é dotado de conjunto de objetos com atributos que se relacionam em um ambiente para constituir um todo, único. Sua proposta considerava a possibilidade do sistema ser complexo quando contém mais possibilidades do que pode realizar num dado momento (CHIAVENATO, 2003). Assim a comunicação integra inúmeros elementos inseridos nos processos de significação, codificação, pensamento, informação e persuasão (LITTLEJOHN; FOSS, 2011).

A interação com o meio não permite ao indivíduo dar-se conta de todas as possibilidades de estímulo e reação a que está submetido em um período de tempo, e somente algumas possibilidades são realizadas como a associação entre um objeto e o nome que se convencionou denominar. As demais relações ficam potencializadas como ações para o futuro. Nessa proposição, percebe-se a complexidade da comunicação alinhada à teoria dos sistemas (LITTLEJOHN, 1982).

Para Luhmann (1992) e Curvello; Scroferneker (2008), a comunicação é elemento básico de representação do sistema social, visto que implica o envolvimento de diversos sistemas psíquicos sem, no entanto, existir uma restrição da comunicação apenas a um sistema. Dessa forma, mesmo quando ninguém pode escutar o indivíduo, ele se comunica consigo mesmo sobre o resultado do envio da

mensagem, seja ele satisfatório ou não. A extensão da comunicação ultrapassa a existência de um indivíduo. Nessa perspectiva para que um sistema social se diferencie de outro é necessária a codificação binária de possibilidades cognitivas.

Em estudo realizado por Backes *et al.* (2013) com a finalidade de analisar e discutir um possível código binário para o sistema de Enfermagem, no sentido de identificar o seu próprio saber, os autores caracterizaram a comunicação do sistema de saúde tradicional como um código de diferenciação pautado no binômio saúde-doença. Após estudos sobre o perfil binário de comunicação em Enfermagem, observou-se a necessidade de construção de um sistema que transcenda o código binário atual, a fim de visualizar o ser humano como um todo.

Outra perspectiva teórica que evidencia a natureza sistêmica da comunicação é a Cibernética. Chiavenato (2003) a define como a ciência que oferece sistemas de organização e controle de informações bem como o processo de transferência dessas informações a partir do *feedback*. Nesse sentido, a comunicação é peça fundamental para estabelecer a ordem entre os sistemas, por meio dos processos de verificação contínua do conteúdo das informações.

Chiavenato (2003), postula a informação como a base para a reorganização do sistema, devido a sua capacidade de diminuir o grau de incerteza sobre determinado evento. A interação entre os membros de um sistema, com adoção de comunicação clara e adequação ao ambiente organizacional, favorece a integração e ordenação do ambiente.

À complexidade da comunicação aliada às inúmeras relações que podem ser estabelecidas entre diversas teorias existentes foi sugerido reunir as premissas comuns à comunicação e sociedade. Mead (1936), observou o comportamento humano e atribuiu ao significado, o resultado das vivências passadas e as interações simbólicas que se estabelecem com outras pessoas. Para ele, o que distingue o ser humano dos demais animais é a sua capacidade de entender as intenções do outro comunicador e refletir sobre a mensagem, atribuindo significado a determinado símbolo. Em geral, os demais animais, apenas reconhecem gestos e agem de forma mecânica.

Ainda segundo Mead (1936), outra característica que possibilita a interação social é a percepção do indivíduo de si mesmo, determinado pela dimensão *eu*. Essa capacidade permite a ação sobre a própria pessoa de duas formas diferentes: o *eu-mesmo* representado pela interpretação impulsiva, espontânea e

desorganizada; e o *mim*, que compõe os padrões de comunicação bem elaborados e organizados. Littlejohn (1982) explica que à medida que se consegue interagir com o seu próprio *eu*, o indivíduo passa a agir de forma intencional, considerando suas experiências passadas que o permitem agir como um ator de sua própria vida.

O processo de interação entre pessoas com o uso de símbolos semelhantes de forma rotineira em uma determinada sociedade conduz ao estabelecimento e manutenção de costumes e comportamentos. Assim Goffman (1973) *apud* Littlejohn e Foss (2011) destaca que as pessoas interpretam papéis, atuando de forma semelhante a atores, com intuito de expor aspectos do *eu*. A utilização frequente dos mesmos símbolos em uma determinada cultura propicia a perpetuação e a sua maior associação aos costumes no grupo social, podendo ser visto como um símbolo ou característica marcante deste grupo.

O ser humano está em constante desenvolvimento e aprendizagem. Em todas as etapas da vida a pessoa se submete a desafios que contribuem de forma direta ou indireta para a sua formação cognitiva. A combinação de fatores sociais, biológicos e experiências de vida contribuem para a formação do ser social. Da mesma forma, a interação com outros seres sociais e a troca de informações possibilita a aprendizagem e o aperfeiçoamento das estruturas mentais existentes desde a infância (MOURA, 2010).

Para Vygotsky (2002) a vivência das relações entre o intrapessoal e interpessoal e a troca com o meio permite a aquisição de conhecimentos em um processo denominado mediação. O autor mencionado acreditava que as características individuais e os comportamentos e atitudes que uma pessoa apresentava eram fruto de sua interação com o meio ambiente. Assim, por mais excêntrico que seja o comportamento, ele está impregnado por trocas entre o indivíduo e a sociedade.

Para Littlejohn (1982) as atitudes resultam do ato social. Os atos estruturam-se por meio de um estímulo que propicia a percepção pela pessoa e sua atribuição de significado, repetição mental do estímulo e ponderação de alternativas cabíveis. Assim o estímulo gera uma ação que provoca uma reação representada pela emissão de uma atitude.

O conceito de atitude é abordado com grande frequência nos estudos que envolvem a comunicação humana. Rokeach (1973) desenvolveu um sistema de crença-atitudes-valor bastante organizado que guia o comportamento do indivíduo e

sustenta o respeito da pessoa a si mesma. Nesse enfoque, as crenças são as centenas de milhares de declarações ou inferências que as pessoas fazem a respeito do seu eu e do mundo. Elas organizam-se em torno de um núcleo, as mais centrais são bem estabelecidas e imutáveis; e as periféricas, de menor importância para o ego, são mais susceptíveis a mudanças.

As atitudes formam-se a partir de feixes de crenças organizados em torno de um objetivo, pessoa ou situação. Diferentemente das crenças que são expressões probabilísticas de existência, as atitudes possuem caráter avaliatório ou de julgamento. As atitudes podem mudar no decorrer do tempo, a depender da aprendizagem que se faz de novas vivências. Por fim, os valores são tipos de crenças centrais que ocorrem de forma mais reduzida e guiam o percurso da vida e influenciam o poder de decisão para a pessoa ter determinado comportamento (ROKEACH, 1973).

Mcguire (1969, p.136), em uma explicação mais ampla sobre o tema, define atitude como “um estado mental e neural de presteza para responder, organizado através da experiência e exercendo uma influência diretiva e dinâmica sobre o comportamento”. Essa avaliação é composta de três componentes essenciais: afetivo ou sentimento, conativo ou comportamento e cognitivo ou conhecimento. O afeto refere-se ao sentimento sobre o objeto, o comportamento envolve as intenções para fazer algo ou se manifestar sobre o objeto, já a cognição determina as crenças.

Conforme Blumer (1969), assim como as atitudes, a interação social é estruturada a partir da ação social. Para ele o comportamento humano é fundamentado no significado de que a pessoa tem de uma determinada situação, que é fruto da interação social. Esses significados são manipulados e compreendidos por meio de um processo de interpretação e definição.

O processo de interação simbólica entre pessoas permite o envio e recebimento de mensagens codificadas a partir da reunião de signos. Os signos são definidos por Fotheringham (1966), como qualquer estímulo que represente algo que não ele mesmo. Ogden e Richards (1976) diferenciaram os signos em duas classes: sinais e símbolos. Os sinais são representações naturais de algo além de si mesmo, como um som, enquanto os símbolos são tipos especializados de sinais, tais como um texto (CAHILL, 1998). Em ambos os casos, os sinais e os símbolos não têm sentido para si mesmos.

A explicação estaria no “triângulo da semântica” criado Ogden e Richards (1976) e representada por símbolo, referente e pensamento. O primeiro lado, símbolo, é a representação de um objeto ou acontecimento, uma palavra por exemplo. O outro lado é representado pela imagem que as pessoas criam do objeto na mente, denominado como referente. Por fim, o pensamento ou referência, que surge por meio da associação que se faz na mente entre o referente e o símbolo.

Pelo modelo proposto, existem relações entre os três fatores, do triângulo. A relação entre o pensamento e o símbolo evoca uma atitude ou efeito sobre a pessoa. Da mesma forma, a relação entre o pensamento e o referente, pode ser direta, quando o referente pode ser visualizado, ou indireta, quando se evoca na mente a imagem do referente que foi armazenada após uma experiência anterior. A associação entre símbolo e referente, no entanto, é arbitrária, visto que um símbolo e um referente só podem ser associados após a exposição a esses dois fatores e o estabelecimento de relação entre ambos. Isolados, símbolo e referente não representam um significado lógico.

Segundo Ogden e Richards (1976), não há um único sentido para uma palavra, visto que, cada palavra significa algo diferente para cada pessoa, a depender da sua experiência de vida e o contexto cultural em que está inserido. Assim, os significados não residem nas palavras, mas nas pessoas. Por esse motivo, é comum acontecer ambiguidades quando pessoas conhecem significados diferentes para um mesmo objeto ou evento.

As palavras expressas na comunicação evocam imagens, proporcionando assim um significado pessoal com base na experiência. Os símbolos são inerentemente arbitrários por si sós, e por isso podem ser utilizados em infinitos contextos. Entretanto fazer com que outras pessoas entendam o real significado dos símbolos dependerá da articulação entre outros símbolos e que, por convenção, já devam ser conhecidos pela sociedade (OGDEN E RICHARDS, 1976).

A língua possui uma estreita relação com a sociedade. Conforme enfatiza Benveniste (1989), a propriedade semântica da língua permite o uso da comunicação para construir sentidos à linguagem, conforme a situação. O uso diferenciado da linguagem implica relações de poder e dominação que ultrapassam a barreira social. Bordieu (1998) afirma que o uso de signos linguísticos não expressa apenas o processo de codificação de uma mensagem pelo emissor e a decodificação pelo receptor. Pode haver fatores econômicos, políticos, culturais que

infirmam autoridade e capacidade de persuasão. Assim, o estilo de linguagem utilizado influenciará a eficácia do Interacionismo simbólico.

Outro autor que aborda as implicações de fatores externos ao indivíduo, como a sociedade, é Habermas (1989). O autor em foco defende que, ao comunicar-se, a pessoa se refere aos mundos objetivo, social e subjetivo. O objetivo compreende a capacidade do indivíduo submeter fatores reais à experimentação e tecer opiniões sobre elas. O mundo social estabelece as relações que a pessoa mantém com os outros entes sociais. O subjetivo armazena todas as vivências experimentadas pelo indivíduo.

O mecanismo pelo qual a informação é transmitida foi proposto pelo modelo básico da comunicação desenvolvido por Shannon e Weaver (1949). Esse modelo é constituído em primeira escala por fonte de informação, sinal, canal e receptor. O princípio de todo o processo é a fonte que formula uma mensagem constituída de sinais que serão enviados por um transmissor. Em seguida a mensagem é enviada por um canal até um receptor, que converte os sinais contidos na mensagem em informação. Pelo modelo proposto na transmissão da informação pode ocorrer alguma alteração do sentido inicial da mensagem ocasionado pelo ruído. Dessa forma, o ruído será qualquer perturbação que altera a conformação da informação no processo fonte-canal-receptor.

Uma maneira de aperfeiçoar o entendimento entre emissores e receptores e minimizar os ruídos é checar o real sentido da mensagem, realizando perguntas. As perguntas podem ser utilizadas para revelar aspectos da metalinguagem e confirmar a compreensão da mensagem. A metalinguagem é definida por Saussure (1980) como o uso da linguagem para avaliar a própria linguagem. Em geral, o direcionamento de uma discussão é mediado por influências ocasionadas por perguntas em detrimento de discursos (ARRUDA, 2001).

Tem-se procurado fortalecer a base semiológica da comunicação humana com vistas à produção de novas teorias que esclareçam o processo comunicacional e suas relações com o comportamento social. Saussure (1980), em sua obra Curso de Linguística Geral, trata a língua como um sistema que se utiliza com a finalidade de interagir com outros indivíduos. Assim, propõe a linguística como parte integrante da semiologia como a ciência geral dos signos e a concebe sob duas entidades psíquicas: significado e significante. A primeira representa a imagem mental, o

referente que expressa o signo. A segunda representa a imagem acústica, ou seja, a sequência fônica que é utilizada para designar o signo (DECIAN; MÉA, 2005).

A definição de linguística é pensada sob duas dimensões: plano verbal e não-verbal. A linguagem verbal só ocorre por meio de palavras e pode ser conformada pela fala ou escrita. O uso da língua está intrínseco ao desenvolvimento da humanidade e sofreu adequações conforme a variação cultural dos povos. Assim, dependendo das diferenças regionais ou sociais, há alterações no modo de estruturação de palavras em frases e a possibilidade de uma atribuição diferente ao sentido que se dá (LITTLEJOHN; FOSS, 2011, SOUZA; 2011).

Segundo os autores Jesus, Simões e Voegeli (2013), a comunicação verbal possui papel fundamental no processo de trabalho da Enfermagem. Sua utilização de modo eficaz possibilita a interação entre a equipe e serve como ferramenta de trabalho valiosa para o alcance dos objetivos profissionais. Em estudo realizado pelas autoras supracitadas, com pacientes inconscientes de uma unidade de terapia intensiva, observou-se que, mesmo com a considerável diminuição da acuidade dos sentidos, esse perfil de pacientes apresentou reflexos satisfatórios mediante comandos verbais de profissionais que se comunicavam de forma eficaz.

Stefanelli e Carvalho (2005) atribuem à linguagem verbal o valor psicolinguístico pela possibilidade do ser humano apropriar-se da palavra com a finalidade de expressar suas necessidades ao mundo a sua volta. A linguagem verbal como signo imprime aspectos da cultura, valores, atitudes, e crenças que são exteriorizados, ainda que involuntariamente, pela linguagem não verbal.

A fim de favorecer a interação comunicativa entre profissionais da saúde e a clientela, Stefanelli e Carvalho (2005) propõem estratégias de comunicação terapêutica que são categorizadas em: expressão, clarificação e validação. A estratégia de expressão tem como finalidade promover condições que estimulem o cliente a descrever percepções ou sentimentos, para que o profissional possa se relacionar com mais eficácia. As principais técnicas de expressão são: Usar terapeuticamente o silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse e permitir ao paciente que escolha o assunto.

O grupamento de clarificação reúne técnicas que favorecem o esclarecimento das expressões e a organização das ideias do paciente. Entre elas destacam-se: solicitar ao paciente que precise o agente de ação, estimular comparações e solicitar ao paciente que esclareça termos comuns. Por fim, a

estratégia de validação tem por finalidade assegurar que as expressões do paciente tenham o mesmo significado para os demais interlocutores envolvidos no processo terapêutico. Destacam-se: repetir a mensagem enviada pelo paciente e pedir ao paciente que repita e sumarie o conteúdo da interação (Stefanelli; Carvalho, 2005).

Ainda que o domínio da linguagem verbal traga resultados satisfatórios ao profissional de Enfermagem, o interesse pela comunicação não-verbal tem sido recorrente em estudiosos da temática. Esse tipo de comunicação refere-se aos comportamentos corporais, espaciais e vocais, que contemplam a interação com função de complementar, contradizer ou substituir a comunicação falada ou escrita. Sua expressão pode ocorrer por gestos, tonalidades de voz, postura corporal e até pela relação de organização e disposição do corpo em relação a objetos ou outras pessoas (BRAGA, 2004).

A linguagem não-verbal utiliza-se de seis tipos de comunicação que Silva *et al.* (2003) classificou em: paralinguagem, linguagem cinésica, proxêmica, tacêsica, características físicas e fatores do meio ambiente.

A paralinguagem diz respeito ao uso de signos vocais na interação entre pessoas, sendo caracterizada por aspectos como a qualidade e ritmo da voz, ruídos tais como bocejo, gritos, choro; modos como as palavras são proferidas, como suavidade ou agressividade e ainda sons oriundos da segregação vocal como “ah”, “hum” e pausas no ritmo vocal (LITTLEJOHN; FOSS, 2011).

A cinésica é a linguagem dos movimentos do corpo, que é representada pelos significados trazidos na expressão corporal. Conforme Stefanelli e Carvalho (2005), os movimentos corporais são culturalmente determinados e implicam significados socialmente reconhecidos. A partir desse entendimento, percebe-se a receptividade que um Enfermeiro possui de sua equipe por meio dos movimentos com simbologia positiva ou negativa da face.

O espaço que é utilizado para estabelecer uma relação comunicativa entre outras pessoas é observado sob o aspecto da linguagem não-verbal proxêmica. Cada pessoa possui um campo energético em torno de si, que denota uma visão de territorialidade a incidir sobre seu comportamento. Assim a interação entre duas pessoas com corpos mais próximos subentende uma relação amistosa e cordial, enquanto a postura inclinada para trás revela medo ou restrição à comunicação (SILVA, 2003).

A linguagem táctil envolve a comunicação tátil e a pressão exercida pelo toque. A percepção da intensidade do toque traduz aspectos comportamentais do indivíduo como cultura, atitude, autoestima, relação socioeconômica entre outros. As características físicas e ambientais são a forma e aparência dos objetos e pessoas, bem como sua disposição no espaço, que revelam informações quanto à faixa etária, origem étnica, social, religiosa, e estado de saúde (SILVA, 2003; BRAGA, 2004).

A relação entre a linguagem verbal e não-verbal é uma constante no cotidiano do Enfermeiro. A forma como se dirige a um paciente, sua expressão facial ao defrontar-se com uma problemática, o tom de voz que utiliza para liderar sua equipe ou a postura corporal diante da equipe profissional, são elementos que permitem revelar aspectos psicolinguísticos e psicossociais (BRAGA, 2004).

Chaney, Jeanette (1995) corroboram essa ideia ao afirmar que as expressões, entonações e maneiras de se comunicar influenciam o modo como a mensagem será interpretada. Conhecer as nuances e aspectos ligados à determinada cultura é um importante recurso a ser utilizado para decifrar as intenções dos demais interlocutores. Da mesma forma, a percepção sobre as informações implícitas nas mensagens proporcionam maior eficácia das relações interpessoais. A esse sentido subentendido das mensagens denomina-se metacomunicação. Assim, por exemplo, pessoas ligadas à cultura do Nordeste brasileiro podem possuir uma entonação mais elevada por acreditarem que esse comportamento significa maior virilidade e por isso implica respeito e obediência do receptor.

Conforme Littlejohn e Foss (2011), os processos de comunicação ocorrem em uma variedade de contextos que se diferenciam pela dimensão e conformação dos integrantes envolvidos na comunicação. Esses contextos ocorrem em dimensão interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa.

A comunicação interpessoal é regida em grande parte, pela necessidade de estabelecimento de necessidades sociais como afeição e inclusão. Sua conformação envolve a apresentação do eu aos outros, bem como a tentativa de percepção e compreensão do eu e dos outros.

Dentre os contextos de comunicação humana, a relação interpessoal é considerada por Ruesch e Bateson (1951), como a mais influente e aglutinante força da interação social. Sua ocorrência implica o ato expresso por pelo menos uma

pessoa, que deve ser percebido de forma consciente, ou não, pelos outros, além de um retorno comunicativo de que a informação foi recebida pelos outros.

A capacidade de reconhecer se uma mensagem foi recebida de forma eficaz pelos demais interlocutores foi definida por Thayer (1973) *apud* Littlejohn (1982) como essencial para o estabelecimento de uma interação. Em sua forma mais simplória, a comunicação é um processo de converter dados em informações, e assim levar-se em conta que a mensagem foi enviada. Dessa forma, a comunicação intrapessoal é sob o ponto de vista de Thayer (1973) *apud* Dance (1973) uma prerrogativa para que haja interação com outra pessoa. A comunicação intrapessoal caracteriza-se pelo processo interno de pensamento, no qual as mensagens a ser transmitidas são concebidas como ideias e as mensagens recebidas são interpretadas, envolvendo um ciclo de codificação e decodificação permanentemente das mensagens (WELS, 2005).

As relações interpessoais permitem a interação social, uma vez que a sociedade é mantida por meio de comunicação, estabelecendo assim um possível consenso, o nascimento dos costumes e da cultura de um determinado grupo. A sociedade é basicamente estabelecida por meio da interação e, com base neste princípio, conclui que a comunicação é o principal meio de interação para a sociedade (FLORES, 2011).

Para aprimorar o processo de interação entre pessoas em um determinado grupo, Luft e Ingham (1963), desenvolveram o modelo gráfico intitulado Janela de *Johari*. Ela é formada por quatro quadrantes intitulados: o primeiro, “eu aberto”, é conhecido pelo eu e pelos outros; o segundo, “eu cego”, é conhecido pelos outros, mas não pelo eu; o terceiro, “eu oculto”, é de conhecimento do eu, mas desconhecido pelos outros; e o quarto, “eu desconhecido”, é obscuro a todos.

Segundo o modelo proposto, a boa comunicação impulsiona o crescimento do primeiro quadrante e conseqüentemente permite a exposição de sentimentos e ideias aos outros, diminuindo o segundo quadrante. A boa comunicação também influenciará o *feedback* proporcionando o conhecimento da visão dos outros sobre o eu. A comunicação eficaz condiciona o crescimento do primeiro quadrante em relação aos demais, ainda que os aspectos desconhecidos do quarto quadrante sejam de difícil descoberta.

Exercer a habilidade de saber ouvir implica perceber a visão que os outros têm do eu. Por esse motivo, a atenção que se dá aos outros constrói um ambiente

amistoso que permite a exposição de visões exteriores sobre aspectos desconhecidos do eu. O silêncio é uma forma de comunicação não-verbal que pode demonstrar empatia e interesse no que outra pessoa informa, permitindo a amplificação da interação interpessoal (ARRUDA, 2001).

Comunicar-se de forma eficaz contempla a percepção do outro para que haja um entendimento e compartilhamento de informações. Braga (2004) assinala que o interesse pelo outro possibilita abertura para compreensão e interação, e que, para uma comunicação eficaz se concretizar, é necessária uma relação interpessoal satisfatória.

Devido às necessidades de interação, o ser humano frequentemente constrói novas relações sociais, influenciadas por necessidades pessoais, afinidade cultural, religiosa, política ou profissional. A comunicação de pequenos grupos ocorre quando três ou mais pessoas interagem para alcançar metas comuns. Sua rede de relacionamento é mais rica que a encontrada na interação interpessoal, pois é composta de muitas relações interpessoais. Os pequenos grupos representam importante unidade de trabalho para a organização, à medida que desempenham funções de ajuda na solução de problemas que não podem ser resolvidos individualmente, proporcionando informações, apoio e experiência (WELS, 2005).

A comunicação profissional pode ser apreciada em todos os contextos, desde o intrapessoal à comunicação em massa. Sua dimensão dependerá do tamanho e desenho laboral que o ambiente de trabalho apresenta. Por estar inserida no alicerce das funções administrativas de planejamento, organização, direção e controle, a comunicação consiste na matriz estrutural da organização. A comunicação possui papel fundamental para o estabelecimento de relações de entendimento que mantenham os grupos alinhados para o alcance dos objetivos estabelecidos (LITTLEJOHN; FOSS, 2011).

Ainda que a comunicação ocupe papel de destaque para o bom funcionamento do ambiente profissional, observa-se que na prática o processo de interação comunicacional entre pacientes, enfermeiros e demais profissionais de saúde ainda é considerado pouco efetivo (NEGREIROS *et al.*, 2010). Quando realizada de forma adequada, a comunicação organizacional possui importante papel para manutenção dos relacionamentos interpessoais de forma harmoniosa, diminuindo conflitos em ambientes hospitalares, que possuem altos índices de

desordem comunicativa ocasionada por situações conflitantes entre o Enfermeiro, a equipe profissional e a clientela assistida.

Mayer *et al.* (2005) empreendeu estudo com abordagem fenomenológica de caráter descritivo-exploratório com o objetivo de analisar a percepção de profissionais de saúde em relação ao processo de comunicação vivenciado em um pronto atendimento. Os resultados permitiram inferir que a deficiência no processo de comunicação organizacional foi apontada pelos profissionais de saúde como a principal motivação a condutas inadequadas. Quando analisados os aspectos que propiciariam a dificuldade de comunicação em grupo, os participantes relataram que a falta de união entre os profissionais de saúde e a constante rotatividade de pacientes são os principais motivadores para o estabelecimento de uma interação comunicacional.

Verifica-se que a comunicação interpessoal é a base para o estabelecimento de vínculo entre pessoas, e que a disponibilidade para a interação com o outro predispõe ao estreitamento das relações que favorecem a troca de informações essenciais à manutenção de um ambiente organizacional harmonioso.

Dentre os principais teóricos da comunicação organizacional pode-se citar Barnard (1938). Seu modelo conceitual pressupõe que as organizações só podem existir por meio da cooperação humana, que é o veículo através do qual as capacidades individuais podem se combinar para realizar tarefas superordenadas.

No processo de integração da organização, as relações informais precedem as formais por permitirem o propósito da cooperação e interação dos membros. Para o autor supracitado, a comunicação com autoridade deve ser empreendida e aceita por todos nas seguintes condições: a comunicação deve ser aceita pelos integrantes da equipe, percebida como coerente com os propósitos da organização, percebida como interesse pessoal do indivíduo, e o receptor ser capaz de concordar, compreender e executar.

Para a execução das metas propostas, os canais de comunicação devem ser conhecidos por todos, a linha de comunicação deve ser a mais curta possível e a competência das pessoas centrais de uma organização deve ser adequada ao seu nível hierárquico. Pressupõe-se dessa forma que os enfermeiros devem possuir competências comunicativas individuais suficientes para interagir com a equipe e possibilitar a agregação de valor à organização (WELS, 2005).

A teoria de sistemas na visão de Barnard (1938) *apud* Littlejohn (1982) aborda de forma geral aspectos essenciais ao bom funcionamento de organizações. A autoridade e a comunicação em organizações permitem o entendimento de que o relacionamento adequado com outros colaboradores deve ser imbuído de atitudes, seja qual for o nível hierárquico de relacionamento e que o desempenho profissional na organização está atrelado ao desenvolvimento da comunicação.

A competência envolvida nos processos comunicativos influencia diretamente a qualidade dos relacionamentos, no nível pessoal ou profissional. Na verdade, não existem muitas diferenças entre essas duas dimensões, pois o relacionamento em instituições insere também a relação entre pessoas, visto que as organizações de saúde se constituem de pessoas, e estas mantêm relações com clientes internos, demais integrantes de equipes multiprofissionais e clientes externos, tais como pacientes, familiares e a sociedade em geral (ARRUDA 2001).

O último contexto abordado por Littlejohn e Foss (2011) é o de comunicação em massa. A comunicação nesse contexto envolve mensagens públicas decorrentes da comunicação emitida por meio da mídia, para grande número de receptores. Segundo estes autores, há uma tendência para que um elevado número de pessoas se comportem de forma previsível e predominantemente semelhante a líderes ou pessoas mais próximas, diante uma informação. Ainda assim, observa-se que aspectos interpessoais, como satisfação de metas e necessidades pessoais são decisivos para influenciar, como peso de escolha, em frente às decisões de grupos influenciadores.

Corroborando essa ideia, Rogers (2003) propôs um modelo de fluxo múltiplo de difusão e influência. Para ele, a mudança social ocorre por meio da invenção, sua difusão e as suas consequências. O processo de decisão sobre uma inovação é uma atividade de busca e processamento de informações, para reduzir a incerteza sobre vantagens e desvantagens da inovação. O modelo de Rogers supõe um processo de decisão de inovação baseado em cinco etapas: conhecimento (exposição à existência da novidade), persuasão (formação de atitude diante a inovação), decisão (engajamento em atividades que levem à adoção ou rejeição), implementação (uso da inovação) e confirmação (busca de reforço da decisão da inovação).

A teoria permite a categorização das pessoas conforme a sua capacidade de aderir e difundir as inovações. Dessa forma, segundo Rogers, os “Inovadores”

normalmente são os primeiros a adotar inovações, possuem alta capacidade de compreender e aplicar tecnologias; os “adotantes iniciais” constituem um grupo de formadores de opinião que possuem alto poder de influência sobre os demais; a “maioria inicial” se caracteriza pela ponderação e análise cautelosa da inovação; a “maioria tardia” é composta por pessoas céticas que adotam a inovação como resultado das pressões dos outros grupos e por fim os “retardatários”, extremamente fechados em pequenos grupos, que só adotam a inovação quando não há alternativas (ROGERS 2003).

Para Levy (2003), há uma tendência pela formação de um contexto de interação, baseado no saber. O filósofo constitui a inteligência coletiva da humanidade pautada na globalização e interligação do espaço. Dessa forma, os indivíduos não estariam reunidos pela exigência da presença física em um lugar, mas pela capacidade de compartilhamento de saberes individuais, o que institui a formação de um ciberespaço. Nesse sentido, o universo da comunicação torna-se aberto por meio da conexão de dados digitais armazenados na memória virtual da inteligência coletiva.

3.2 Estratégia de simulação clínica e desenvolvimento de competências no contexto da enfermagem

No Brasil, o atual momento da formação de profissionais de saúde está fundamentado na quebra de paradigmas centrados no processo curativo e fragmentado da saúde, para uma educação voltada ao desenvolvimento de competências fundadas em conhecimentos, habilidades e atitudes que proporcionem um cuidado seguro, ético e de qualidade (BRASIL, 2007).

Para que se acompanhe tal desenvolvimento, torna-se necessária a busca por novos métodos de ensino-aprendizagem na formação desses profissionais, com utilização de estratégia de ensino inovadora que oportunize a participação ativa do discente no processo de construção do próprio conhecimento (MOUDL, WHITE, GALLAGHER; 2011).

Nesse contexto, a estratégia de simulação no ensino, constitui-se como ferramenta valiosa que oportuniza a participação do estudante no processo ensino e aprendizagem para a formação de pensamento crítico. A simulação é uma técnica que permite a vivência da representação de um evento real em simuladores em ambiente seguro e controlado que não ofereça riscos para o discente ou paciente, com o propósito de promover pensamento reflexivo e auxílio aos estudantes na transferência de competências do ambiente simulado para o cuidado ao paciente (MOURA, CALIRI, 2013).

O emprego de metodologias ativas, como a simulação avançada, ganha espaço na área de saúde em detrimento das abordagens tradicionais de ensino, não havendo espaço apenas para a transmissão de conhecimento, mas para a promoção de situações em que esse conhecimento seja mobilizado, possibilitando o desenvolvimento da reflexão crítica, tão essencial para a minimização de erros (COSTA et al., 2013).

A simulação tem suas origens no desenvolvimento militar e na aviação. A necessidade de atender às estratégias estabelecidas, em frente a uma realidade impregnada de situações imprevisíveis e inusitadas, exigiu destes profissionais, um grau de *expertise* elevado para atuar com segurança. A simulação tornou possível o aperfeiçoamento do pensamento crítico e a aptidão para o desenvolvimento de habilidades técnicas que resultassem em raciocínio rápido e execução de tarefas em um curto período de tempo (JEFFRIES, 2007; MOURA, 2013)

Atualmente o modelo mais difundido para pesquisa e experiência de simulação é o da *National League of Nursing* (NLN)/ Jeffries (2012), por fornecer suporte para orientação e construção da utilização da simulação como estratégia de ensino. Esse modelo foi inicialmente proposto por Jeffries (2005) e aperfeiçoado pela NLN em parceria com uma indústria de equipamentos para simulação clínica, a Laerdal. A intenção era reunir os elementos que guiassem de forma metodológica e sistemática a construção e execução da simulação como estratégia de ensino (LA FOND; VICENT, 2013).

Para o desenvolvimento e planejamento da simulação, foram definidos cinco componentes e suas respectivas variáveis. Os componentes incluem: fatores de professores, fatores de estudantes, práticas educativas, as características de projeto de simulação e os resultados esperados dos estudantes (JEFFRIES, 2012, 2007, 2005).

Segundo o modelo NLN/Jeffries (2012), a simulação deve permitir a interação entre o professor (facilitador) e o estudante (participante), com finalidade de promoção da diversidade de aprendizagem, aprendizagem ativa e satisfação das expectativas do aprendiz.

Diferentemente das estratégias de ensino tradicional, na estratégia de simulação, os professores exercem papéis de mediação (facilitadores) e avaliação de estudantes. Como facilitador, o professor propõe perguntas que direcionam o estudante a exercitar a reflexão crítica sobre sua ação durante a prática no cenário de simulação. Como observador, o professor avalia os resultados alcançados na execução do cenário bem como estimula os estudantes a percebê-los no *debriefing*. Alguns fatores podem influenciar no desempenho dos professores para operacionalizar a estratégia de simulação, tais como a idade, o tempo de experiência em docência e a experiência clínica (JEFFRIES, 2007; MOURA, 2013).

Na estratégia de simulação, espera-se que os estudantes sejam responsáveis pela sua própria aprendizagem. Nesse sentido, o estudante é um participante ativo, que toma decisões baseadas nas informações que consegue reconhecer no desenvolvimento do cenário. As variáveis que afetam o desempenho dos estudantes na simulação são: a idade, nível e o programa de ensino (JEFFRIES, 2007).

O componente de práticas educativas da estratégia de simulação aborda diversas variáveis que são fundamentais para o alcance dos resultados propostos.

Dentre elas, as características de aprendizagem ativa, colaboração, feedback, altas expectativas, interação do estudante, a instituição de ensino, a diversidade de aprendizagem e tempo do cenário. Esses recursos precisam ser considerados no projeto de uma simulação, a fim de melhorar o desempenho dos estudantes e a satisfação com a sua aprendizagem (JEFFRIES, 2007).

A participação ativa proporciona o desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes, além de fornecer ao professor oportunidade para avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes de tomada de decisão dentro do contexto da experiência de simulação.

A característica conceitual da simulação clínica proporciona um ambiente satisfatório para a troca de informações. Jeffries (2007) explica que o professor deve disponibilizar-se a colaborar com a aprendizagem do estudante, na medida em que realiza *feedback* diante da reprodução de pensamentos e da reflexão das condutas dos estudantes.

No que se refere as expectativas de aprendizagem, Jeffries (2007) pontua que os estudantes devem ser estimulados a expor suas metas pessoais de aprendizagem com os professores. Esse direcionamento permite que o estudante compreenda estratégias para atingir seus objetivos, minimizando frustrações decorrentes de deficiências experimentadas na práticas de simulação.

O componente características do desenho de simulação é constituído de cinco variáveis: objetivos, fidelidade, resolução de problemas, de apoio ao estudante, e pensamento reflexivo. Para o desenvolvimento da simulação, o facilitador deve definir o nível de inclusão que cada característica terá no desenho da simulação. Para tanto deve apoiar-se nos resultados pretendidos da simulação (JEFFRIES, 2007).

A variável objetivos indica as orientações para a aprendizagem e o alcance dos resultados. Devem refletir os comportamentos esperados e incluir pontos que insiram o participante no processo de simulação. A variável resolução de problemas se refere ao grau de incerteza que o cenário de simulação trará ao participante. Quanto maior o grau de complexidade e incerteza de um cenário, maior será também a dificuldade para a obtenção e reunião de elementos chaves que permitam a resolução dos problemas. Contudo, o caso clínico sempre deverá conter uma solução possível, independente do nível de desafio. O suporte ao participante é realizado por meio de orientações sutis fornecidas pelo professor/facilitador que

permitam ao estudante ser o responsável pela tomada de decisões na execução da situação clínica e alcançar os objetivos da simulação (ROTHGEB, 2008).

A variável fidelidade é o parâmetro de aproximação da realidade, cujo ambiente apresenta características específicas do cenário que podem ser realizados com simuladores classificadas como de baixa, média e alta fidelidade (MOURA, 2013).

As simulações de baixa fidelidade são utilizadas para o desenvolvimento de competências específicas como a punção venosa e a sondagem vesical, utilizando-se de peças anatômicas similares às humanas que não trazem respostas às intervenções realizadas. No simulador de média fidelidade se utilizam peças anatômicas que fornecem algum tipo de resposta como sons, traçados de eletrocardiograma e percepção de pulsação, permitindo a tomada de decisões durante uma estação de habilidades. Finalmente, os simuladores de alta fidelidade, possuem funcionamento gerenciado por um software que permite respostas fisiológicas extremamente realistas às intervenções realizadas e dão um alto nível de interatividade ao aprendiz (JEFFRIES, 2007). Os simuladores de alta ou avançada fidelidade são utilizados por meio do desenvolvimento de cenários realísticos de práticas.

A variável *debriefing* acontece logo em seguida à execução do cenário de simulação, durante o momento *debriefing*, o *feedback* é conduzido pela socialização da experiência vivenciada, possibilitando o exercício da reflexão crítica que é mediada pelo professor. Nesta fase há o favorecimento da assimilação do vínculo teoria-prática e conseqüente aumento da confiança do participante (BECKMAN, LEE, 2009; JEFFRIES, 2007).

A simulação clínica possibilita ao estudante tomar uma decisão, agir e refletir sobre essa ação. Nessa perspectiva, John Dewey (1933) caracteriza o pensamento reflexivo como intencional, que envolve uma situação anterior à reflexão, que corresponde à origem da questão que deve ser resolvida, isto é, uma situação conflituosa, confusa ou intrigante. Após o momento de reflexão espera-se que a situação seja esclarecida e resolvida.

O último componente do modelo de simulação NLN/Jeffries são os resultados, que apresentam como variáveis: aprendizagem/conhecimentos, o desempenho de habilidades, a satisfação do estudante, o pensamento crítico e a autoconfiança. Segundo Jeffries (2007), os resultados de aprendizagem precisam

ser estabelecidos e discutidos antes da simulação. Do mesmo modo, as abordagens e instrumentos utilizados para medir a realização dos objetivos devem ser estabelecidos com antecedência. A avaliação dos resultados é essencial para determinar o que os estudantes aprenderam e a eficácia global da experiência de simulação.

Nessa perspectiva, as políticas de saúde cada vez mais inserem como foco na gestão do cuidado em saúde a qualidade da assistência e a minimização de riscos aos pacientes. O governo do Reino Unido convencionou o uso da simulação como alternativa aos crescentes problemas éticos decorrentes da prática de técnicas básicas de acadêmicos de enfermagem e medicina em pacientes humanos, tendo em vista que as estratégias de ensino clássicas foram apontadas como passíveis de ocasionar danos graves aos pacientes e traumas ou bloqueios nos estudantes (MCGAGHIE, et al., 2010).

Dessa forma, os riscos potenciais para os pacientes associados à aprendizagem "à beira do leito" estão se tornando cada vez mais inaceitáveis, sendo necessária a busca por métodos de ensino e formação que não expõem o paciente a erros evitáveis de profissionais inexperientes (MCGAGHIE, et al., 2010).

A alta complexidade do ser humano, no sentido da sua multidimensionalidade, implica necessidade de conhecimentos e habilidades para a realização da assistência à clientela. Para estudantes ou profissionais sem experiência profissional, estas condições podem resultar em estresse e desconforto para a execução das práticas (SEDGWICK, GRIGG, DERSCH, 2014).

À medida que vivenciam a simulação clínica de alta fidelidade, os estudantes experimentam situações que proporcionam o desenvolvimento de competências, que seriam possíveis somente com a observação exaustiva da prática de outros profissionais ou pelas tentativas em ambiente real, que muitas vezes envolvem riscos evitáveis ao paciente. Nesse contexto, a simulação clínica configura-se como alternativa de ensino que possibilita o desenvolvimento da aprendizagem com menos riscos de traumas e inseguranças técnicas e comportamentais aos estudantes (SEDGWICK, GRIGG, DERSCH, 2014).

Por ser uma estratégia de ensino recente na Enfermagem, pesquisas têm sido realizadas para avaliar a aplicabilidade, eficiência e eficácia no ensino. La Fond e Vincent (2013) realizaram um estudo com objetivo de tecer críticas ao modelo de simulação NLN/Jeffries, utilizando os critérios de Fawcett (2005) para análise de

teorias. Foram pesquisados estudos publicados entre 2005 e 2011, que abordassem a utilização do método NLN/ Jeffries. Essa análise crítica mostra os esforços para o desenvolvimento do modelo atual proposto por NLN/ Jeffries e a sua avaliação em nível de teoria para a simulação clínica.

Os estudantes que participam em experiências de simulação clínica apresentam índices de satisfação mais elevados que os demais. Em estudo realizado por Corbélia *et al.*, 2010, observou-se que esse nível de satisfação é diretamente proporcional ao nível de fidelidade experimentado. Dessa forma, a experiência de simulação de alta fidelidade proporciona vivência mais próxima à realidade, permitindo um maior envolvimento dos estudantes.

Estudos que avaliaram a confiança de estudantes após vivência da prática de simulação clínica apontaram uma melhora da autoconfiança para realizar procedimentos que requeriam habilidades técnicas. No entanto, para que o estudante consiga progredir, é necessária não só a mediação da transferência de conhecimentos e habilidades, mas um planejamento adequado pelos professores (EATON *et al.* 2012; INCH, 2013).

Os autores mencionados esclarecem que a confiança se trata de um dos valores mais significativos da simulação encontrados no conjunto por trás da relação entre o estudante iniciante e o profissional experiente. Para que se atinja o nível mais avançado, é necessário o uso do *feedback* constante que forneça confiança para determinada situação. Ainda que a experiência seja uma meta a ser alcançada, só será conquista com a vivência profissional e o pensamento crítico sobre a ação (EATON *et al.* 2011; INCH, 2013).

Os resultados demonstram que a aplicação do modelo NLN / JSF tem implicado rendimentos positivos na formação de estudantes, como a melhoria do desempenho de habilidades e o aumento da autoconfiança e satisfação dos estudantes. No entanto, ainda são necessários mais estudos que comprovem a eficácia, e que demonstrem uma metodologia de ensino mais clara. (LAFOND; VINCENT, 2013)

Na perspectiva do desenvolvimento de competências e a simulação clínica, Moura (2013) defende que se trata de resultado e processo da estratégia de simulação. Nesse sentido, entender os conceitos de Le Boterf (2003) na estruturação dos CHAs de uma competência é essencial para o objeto do presente estudo.

Ruthes e Cunha (2008) caracterizam a competência profissional em três dimensões: essenciais, funcionais e individuais. As competências essenciais expressam a dimensão organizacional das competências e diferenciam a organização das demais concorrentes. As competências funcionais, também chamadas de competências coletivas, estão associadas às atividades meios e às atividades fins da organização, envolvem os saberes específicos de cada profissão. As competências individuais ou gerenciais levam em consideração as atribuições a ser desempenhadas pelos profissionais, a saber: liderança, trabalho em equipe, comunicação, entre outras.

Blanco (2009) e Backer *et al.* (2008) classificam como competências específicas as funcionais e individuais, subclassificando-as como técnicas e não técnicas respectivamente.

Ruthes e Cunha (2008) explicam na perspectiva de Le Boterf (2003) que as novas concepções de competência englobam aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos envolvidos em uma atividade profissional, implicando a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de atividades de maior complexidade no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, Le Boterf (2003) destaca que competências envolvem um conjunto de conhecimentos (saberes), habilidades (saberes fazer) e atitudes (querer, saber e poder agir) que são reconhecidos em âmbito profissional pela combinação dos três componentes. Para o componente conhecimento, têm-se três modalidades de saberes: saberes teóricos, saberes do meio e saberes procedimentais.

Os saberes teóricos referem-se aos saberes conceituais e disciplinares adquiridos ao longo da vida, geralmente pela escola e pela formação profissional. Portanto, possuem evolução lenta. Desempenham função de orientar a ação, e tornar possível a proposição de hipóteses. Dessa forma, sua relação com a prática não é diretamente de aplicação, mas sim de suporte para uma intervenção (LE BOTERF, 2003).

Os saberes do meio referem-se ao conjunto de saberes do contexto no qual o profissional atua. Compreendem diversos conhecimentos do ambiente, tais como: processos, materiais e produtos organizacionais e sociais. Esse tipo de saber permite que o profissional reconheça as contingências específicas do seu contexto e assim se adapte a maiores possibilidades de funcionalidade.

Os saberes procedimentais permitem descrever como as ações devem ser executadas, e como proceder para esse objetivo. Sua função proporciona a transição entre o “saber como funciona” para o “saber como fazer funcionar”. Esses saberes se referem ao encadeamento de operações ordenadas para descrever procedimentos, métodos e modos operatórios para a realização de determinada atividade. Segundo Le Boterf (2003), esses saberes podem ser fortalecidos com a experiência profissional, mas são adquiridos por meio de sistemas formais de educação e formação.

Na perspectiva de Le Boterf (2003), o componente habilidades está relacionado à capacidade de fazer uso produtivo do conhecimento, ou seja, ao saber-fazer. Esta dimensão é subdividida por em: saber-fazer formalizado, saber-fazer empírico, saber-fazer relacional e saber-fazer cognitivo.

O saber-fazer formalizado compreende o domínio da aplicação prática de condutas, métodos ou instrumentos. Dessa forma, ultrapassa a capacidade de “saber descrever” um procedimento, até o ponto de dominar a sua aplicação (LE BOTERF, 2003).

O saber-fazer empírico é adquirido por meio da experiência profissional, da observação da ação e da repetição de situações similares. É um saber contextualizado que leva em consideração aspectos que não são mencionados na teoria, e que muitas vezes são percebidos durante a ação. Para Le Boterf (2003), essa habilidade experiencial pode chegar a um nível *tacitum*, no qual o profissional domina a aplicação de uma atividade de uma forma particular, a partir da observação da repetição da ação.

O saber-fazer relacional, envolve a capacidade de relacionar-se e cooperar eficazmente com os outros num contexto profissional particular. Le Boterf (2003) exemplifica que, para a profissão de enfermagem, as competências relacionais demonstram a capacidade para estabelecer uma relação de escuta compreensiva com um paciente.

O saber-fazer cognitivo descreve operações intelectuais necessárias à análise e resolução de problemas, à concepção e realização de ações e à tomada de decisões, que podem consistir em atividades interiorizadas relativamente simples - enumeração, descrição, comparação, definição, etc. - ou operações mais complexas - indução, dedução, invenção, abstração, proposição de hipóteses, etc (LE BOTERF, 2003).

A concepção de desenvolvimento de competência proposta por Le Boterf (2003), não se limita à aquisição de conhecimentos e habilidades pelo profissional. Mais do que isso, espera-se que o profissional competente combine saberes e mobilize recursos e saiba utilizá-los no seu contexto profissional. Assim, a competência é uma disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação específica.

Para tanto, é necessário que o profissional reconheça o sentido do seu trabalho para o sucesso da instituição em que atua, vislumbre o potencial em determinada situação, e tenha condições favoráveis que o permitam agir. Nessa perspectiva as atitudes são estruturadas por: querer-agir, saber-agir e poder-agir (LE BOTERF, 2003).

O querer-agir está associado ao empenho do indivíduo e ao significado que o profissional atribui à construção e operacionalização das suas competências. O querer-agir depende da percepção que o profissional tem sobre as consequências de sua ação ante sua autoimagem, e se o esforço despendido para uma iniciativa valem ou não a pena (LE BOTERF, 2003).

O saber-agir relaciona-se com o nível de formação profissional, as vivências profissionais anteriores e com o comprometimento do indivíduo para mobilizar os recursos necessários diante de determinada situação. O poder-agir está associado à existência de um contexto profissional que possibilite ao indivíduo ter autonomia para executar suas ações. Dessa forma, o poder-agir é influenciado pela cultura organizacional e pela capacidade do profissional em mobilizar recursos e é reconhecido por sua atuação (LE BOTERF, 2003).

Pelo exposto percebe-se que o desenvolvimento de competências profissionais para a administração de situações profissionais complexas é fundamental para o contexto de enfermagem na eficácia do gerenciamento do cuidado. A comunicação representa a eficiência dessa eficácia. Assim, ter a oportunidade de promover uma formação profissional capaz de medir o exercício da comunicação em enfermagem prepara o estudante em situações simuladas para uma práxis mais efetiva de gerenciamento do cuidado em enfermagem e saúde.

4 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do estudo

Estudo do tipo metodológico desenvolvido em duas fases, nas quais foi validado de conteúdo o construto e instrumento de medida sobre a competência profissional comunicação em enfermagem.

Seguiu-se aplicação piloto do instrumento validado de conteúdo por meio de estudo descritivo comparativo, desenvolvido em três fases nas quais os CHAs da competência foco desse estudo foram avaliados antes, durante e após a aplicação de cenário de simulação clínica sobre gerenciamento do cuidado em enfermagem para o exercício da competência profissional comunicação em estudantes de enfermagem.

4.2 Local da pesquisa

A aplicação piloto do instrumento desenvolvido foi realizada no Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde (SIMENFS) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em Teresina, Piauí.

Este laboratório possui estrutura física para simulação avançada e está subdividido em três ambientes.

O primeiro é a “Sala de Controle”, na qual se tem o computador com *software* que permite programar o manequim de alta fidelidade para os parâmetros exigidos pelo caso clínico conforme a avaliação do professor, diante das condutas clínicas dos estudantes no cenário de simulação. Esta sala conta com uma divisória de vidro espelhado que permite a visualização do cenário pelo professor, sem que o estudante perceba sua presença, diminuindo ao máximo a interferência docente nas ações dos estudantes (Figura 1).



Figura 1 – Sala de controle do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI (Figura cedida da Tese de Moura, 2013).

O segundo ambiente é a sala “Estação de Simulação Avançada”, local onde fica o manequim e se desenvolve o cenário clínico proposto pelos estudantes. O espaço conta com o simulador de alta fidelidade *SimMan*, versão 3.2 da Leardal, que representa um paciente adulto com peso e tamanho distribuídos de forma fidedigna a um ser humano. Este manequim é operado pelo *software* presente na “Sala de Controle” e possui monitor multiparamétrico que possibilita a reprodução de aspectos hemodinâmicos simulados (Figura 2).



Figura 2 – Sala de estação de simulação avançada do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI (Figura cedida da Tese de Moura, 2013)

E o terceiro ambiente é a “Sala de Avaliação e Desempenho – *Debriefing*”, destinada à reflexão dos estudantes após a atuação no cenário de simulação proposto (Figura 3). Este ambiente comporta até dez pessoas.



Figura 3 – Sala de avaliação e desempenho (*debriefing*) do SIMENFS da UFPI. Teresina, PI, 2016

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por estudantes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Para a autorização da realização do estudo, a coordenação do SIMENFS foi contactada pelo pesquisador por *e-mail* e convidada a participar da pesquisa, colaborando no recrutamento dos estudantes. Foi enviado *e-mail* com esclarecimentos sobre a pesquisa, cronograma de execução e cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser divulgado aos estudantes (APÊNDICE B).

Na amostra foram incluídos estudantes que atenderam aos critérios de inclusão, a saber: ser regularmente matriculado no curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, nas disciplinas Administração de Enfermagem, Estágio Curricular I ou Estágio Curricular II; possuir experiências anteriores em ambiente de simulação clínica avançada; e ter participado da aula padrão sobre comunicação em enfermagem antes da execução da estratégia de simulação. Foi considerada perda amostral do estudo, os estudantes que não participaram de todas as fases da etapa de aplicação piloto do instrumento. Apenas um estudante não participou de todas as etapas, totalizando uma amostra de 24 estudantes.

4.4 Operacionalização do estudo

Este estudo foi desenvolvido em três etapas com suas respectivas fases, em conformidade com a metodologia de Moura (2013), descritas a seguir.

A primeira etapa constou de duas fases. A primeira referente à elaboração e validação do construto sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”. A segunda fase consistiu na elaboração do instrumento de medida da competência profissional em foco, baseada no construto citado. A seguir o instrumento de medida foi submetido à análise semântica e validação de conteúdo.

Na segunda etapa do estudo ocorreu o planejamento das estratégias de ensino mediante a elaboração da aula-padrão e o cenário de simulação clínica sobre o gerenciamento do cuidado para o exercício da competência profissional “comunicação em enfermagem”, baseados no material construído na primeira etapa.

A terceira etapa consistiu na aplicação piloto do instrumento da competência pretendida em ambiente de simulação clínica em três fases:

1. Aplicação de pré-teste com a utilização do instrumento de medida aos estudantes seguida da execução da aula padrão sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”;
2. Execução do cenário de simulação pelos estudantes, seguida da aplicação do intrateste com utilização do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”;
3. Execução do *debriefing* seguido da execução do pós-teste com utilização do instrumento em foco.

4.4.1 Primeira etapa: construção do instrumento de medida

Essa etapa constou de duas fases: a primeira foi a elaboração do construto e a segunda, a elaboração do instrumento.

Para a construção do instrumento de medida da competência profissional comunicação foram considerados os fundamentos teórico-metodológicos propostos por Pasquali (2010).

Nesse sentido, foi realizada a síntese de aspectos fundamentais das teorias da comunicação abordadas por Littlejohn (1982), e Littlejohn e Foss (2011), bem como os pressupostos de Stefanelli e Carvalho (2005), para nortear a criação dos itens operacionais do construto pretendido.

Para tanto foram abordadas 33 teorias utilizando os critérios de desenvolvimento de teoria propostos por Fawcett (2005), a saber: significância, consistência interna, e adequação pragmática de cada teoria explanada por Littlejohn (1982) e Littlejohn e Foss (2011), destacando as interfaces conceituais entre a comunicação humana e a comunicação profissional em enfermagem.

A seguir, a dimensionalidade do construto foi definida por meio das definições constitutivas e operacionais do construto. As definições constitutivas possuem fatores definidos em termos de conceitos próprios da teoria em que o mesmo se insere, a fim de situar e limitar o que se deve explorar. As definições operativas viabilizam a transição entre o campo teórico e o campo empírico no processo de construção do instrumento de medida. É a partir dessas definições que se fundamenta a validade do instrumento (PASQUALI, 2010).

As definições constitutivas foram baseadas na análise dos conhecimentos (saberes) das habilidades (saber-fazer) e das atitudes (querer-agir, saber-agir e poder-agir) nas perspectivas de Le Boterf (2003) e Moura (2013).

Para as atitudes, foi necessária ainda a fundamentação do conceito de pensamento crítico de Facione (1990). As definições operacionais foram elaboradas a partir das teorias da comunicação, que estavam organizadas no quadro-síntese das teorias da comunicação (APÊNDICE A). A partir da representação comportamental dos traços latentes das definições constitutivas e operacionais, foi proposto o construto sobre a competência comunicação em enfermeiros, constituído por 45 itens para o componente conhecimento, 45 itens para habilidade e 38 itens para a atitude, totalizando 128 itens (APÊNDICE C).

O construto foi submetido à validação de conteúdo por um comitê de juízes. Para a constituição do comitê, os juízes foram selecionados a partir da busca de currículos por meio da Plataforma Lattes, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro; brasileiro, doutor, ter experiência com ensino de enfermagem e/ou com ensino por simulação clínica avançada; ter publicação nas áreas de gerenciamento de cuidado e comunicação em enfermagem nos últimos cinco anos.

Foram selecionados dez pesquisadores, para os quais, foi enviado um convite por *e-mail*. Os pesquisadores residiam em quatro regiões do Brasil: Nordeste, Sudeste, Sul, e Centro-Oeste. Sete pesquisadores responderam ao convite, aceitando participar da validação. Para esses juízes, foi enviado pelo correio um envelope contendo o material de validação (composto pela carta de orientação, a síntese das teorias da comunicação, os componentes e definições constitutivas e os itens operacionais para os componentes do CHA), e o TCLE a ser assinado (APÊNDICES A e D). Não houve custo para retorno do material, uma vez que foi enviado também um envelope com o endereço para resposta e com selo. Apenas cinco juízes devolveram o material no tempo solicitado.

Os juízes foram orientados a avaliar os itens do construto sob dois aspectos: pertinência dos itens e consulta quanto ao tipo de saber do componente do CHA. ..

Para expressar o julgamento quanto à pertinência, os juízes deveriam avaliar se os itens atendiam aos critérios de relevância, precisão e clareza do conjunto de CHA proposto para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”. Os itens poderiam ser classificados como: “1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão e 3. Muito pertinente”. Em caso de avaliação como “Não pertinente” ou “Pertinente, mas precisa de revisão”, deveria ser realizada justificativa e sugestão de alteração do item em espaço assinalado.

Destaca-se que a pertinência na perspectiva de conteúdo para Pasquali (1999) compreende o seguinte conceitual: o critério de clareza que se refere à compreensão do conteúdo do item pelos estratos mais baixos da população na qual se pretende aplicar o instrumento. O critério de relevância que implica necessidade de que o conteúdo do item possua correspondência com o respectivo fator do instrumento em que está inserido (conhecimento, habilidade ou atitude). O critério de precisão que se refere à adequação do conteúdo do item à definição proposta pelo

fator, de forma que não haja repetição ou sobreposição de ideias já contempladas por outros itens.

Para o julgamento da correspondência ao tipo de saber do item, os juízes colocaram um “x” na coluna correspondente ao componente de referência do item, indicando apenas um único item sob uma das definições constitutivas que integram o conhecimento, habilidade ou atitude. Como apoio, poderiam ser utilizados os quadros de esclarecimento das definições do CHA e a síntese das teorias da comunicação, para subsidiar a escrita e a alteração dos itens operacionais.

Após a validação do construto, foram realizadas modificações propostas, que apresentassem justificativa baseada nos pressupostos teóricos que serviram como base da elaboração do construto. Apenas um item foi excluído, e a disposição dos itens do construto foi a seguinte: 45 itens para conhecimento, 45 itens para habilidades e 37 itens para atitudes. Totalizando 127 itens. (APÊNDICE E).

O instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem” foi elaborado a partir do construto validado de conteúdo. Para a construção dos itens operacionais, foi considerada a combinação dos CHAs validados de conteúdo do construto e os doze critérios para elaboração do instrumento proposto por Pasquali (2010): dois critérios para o conjunto de itens (amplitude e equilíbrio) e dez critérios de elaboração de item operacional (comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade e credibilidade).

Para a construção dos itens do instrumento foram utilizados ainda os seis objetivos do domínio cognitivo de Bloom (1956) analisados por Bellan (2005): conhecimento (memorizar e evocar), compreensão (organizar fatos e ideias para entender o significado), aplicação (usar as abstrações em situações concretas), análise (decompor um conteúdo em seus elementos e partes constituintes), síntese (integrar fatos e partes para compor uma estrutura coerente) e avaliação (julgar o valor dos conteúdos para um propósito). Cada nível pôde ser melhor expresso por um verbo específico.

Assim o instrumento resultou em 46 itens operacionais, dos quais: 18 itens de conhecimento, 12 itens de habilidade e 16 itens de atitude. O formato de resposta para os itens é uma escala de Likert de 5 pontos, a saber: 1. Nada; 2. Muito pouco; 3. Mais ou menos; 4. Bastante; 5. Extremamente (APÊNDICE F). O instrumento foi desenvolvido para avaliação do próprio sujeito (auto-avaliação), ou

por um avaliador externo, que possua *expertise* na competência profissional comunicação em enfermagem.

O instrumento preliminar foi apreciado pelo pesquisador e uma *expert* da área de gerenciamento em enfermagem e simulação. Seguiu-se a análise semântica do instrumento versão preliminar. Para Pasquali (2010), a análise semântica tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis aos estratos mais baixos e mais altos da população que irão responder ao instrumento.

A estratégia utilizada para a validação semântica foi o *brainstorming*, que consiste na apresentação de item por item para um pequeno grupo (geralmente com quatro sujeitos), no qual é avaliada a capacidade dos sujeitos para reproduzir os itens. A dificuldade de compreensão dos itens sugere necessidades de mudanças a fim de adequar aos estratos mais baixos e mais altos da pesquisa.

Dessa forma, a validação semântica foi constituída por dois grupos, cada grupo composto por dois estudantes dos dois últimos períodos do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI, e por dois enfermeiros de um Hospital de Ensino. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e orientados a assinar o TCLE (APÊNDICE G). O entendimento sobre os itens foi satisfatório, e a quantidade de itens foi mantida. No entanto foram realizados ajustes a fim de possibilitar o entendimento dos itens a todos os estratos.

Após a validação semântica, o instrumento preliminar foi enviado a um comitê de juízes, para a validação quanto à pertinência de cada item dos CHAs para a competência comunicação profissional. Para a composição do comitê foram convidados seis juízes, utilizando-se como critério o reconhecido saber prático e teórico na área de comunicação, pesquisa, docência e gerenciamento do cuidado. Os juízes foram convidados por meio de documento oficial enviado por *e-mail*, contendo os objetivos da fase do estudo, uma síntese das definições de Le Boterf (2003) para cada componente, a fim de subsidiar a avaliação do conteúdo e o TCLE (APÊNDICES I e J).

Apenas um juiz não respondeu em tempo hábil e o comitê final foi constituído por cinco juízes, dos quais dois eram *experts* na área de comunicação, uma pesquisadora da área de comunicação em enfermagem e dois enfermeiros de um Hospital de Ensino. Ressalta-se que quatro juízes eram da região Nordeste e um da região Sudeste do Brasil. Apenas um juiz da validação de conteúdo do construto participou da validação de conteúdo do instrumento.

Os juízes procederam à validação do conteúdo dos componentes dos CHAs quanto à pertinência integrando os critérios de: relevância, precisão e clareza dos CHAs propostos, além de aspectos como a facilidade de leitura e compreensão, forma de apresentação, abrangência e representatividade do conteúdo para o exercício da competência pretendida.

O material de apoio para a validação de conteúdo do instrumento de medida foi composto por dois quadros. O primeiro quadro apresentava as definições constitutivas dos fatores para os quais os itens foram criados. O segundo quadro foi constituído em duas colunas, uma com os fatores e a outra com os itens. Cada item foi julgado individualmente pelo juiz por meio de um “X” mediante a análise para a pertinência de cada item conforme o julgamento para: “1. Não pertinente”, “2. Pertinente, mas precisa de revisão” e “3. Muito Pertinente”. Foram feitas sugestões para alteração dos itens em espaço apropriado, conforme opção de pertinência assinalada.

A medida estatística avaliada no processo de validade de conteúdo do construto foi o índice de validade de conteúdo (IVC), também denominado coeficiente de validade de conteúdo (CVC), que determina a concordância dos juízes para o nível de qualidade (pertinência) de cada item e do conjunto de itens do instrumento. Para o cálculo do IVC de cada item dos componentes foram consideradas as respostas marcadas como “2” e “3”, divididas pelo total de juízes. O percentual de concordância aceitável para pertinência foi de pelo menos 80% conforme pressupostos de Pasquali (2010) e Rubio *et al.* (2003). Foi realizada análise de todos os itens e a média dos IVC dos componentes: conhecimento (IVC_C), habilidade (IVC_H) e atitude (IVC_A). Para o IVC total (IVC_T) foi considerada a média da totalidade de itens do instrumento.

Após a validação de conteúdo do instrumento, foram realizadas as alterações propostas e não foi necessária a exclusão de itens. Assim a constituição final do construto foi de 46 itens distribuídos em 18 itens de conhecimento, 12 itens de habilidade e 16 itens correspondentes a atitudes (APÊNDICE L).

Nesse sentido, os escores para o instrumento de medida dos CHAs da competência profissional “comunicação em enfermagem” são definidos conforme os quartis da variação intervalar da escala Likert proposta. No componente conhecimentos (mín/máx=18/90), níveis de respostas iguais a 18 representam combinações de saberes no parâmetro *nada*; entre 19 e 36 *muito pouco*; entre 37 e

54 *mais ou menos*; entre 55 e 72 *bastante* e entre 73 e 90 *extremamente*. Para o componente habilidades (mín/máx=12/60), níveis de resposta iguais a 12 representam o parâmetro *nada*; entre 13 e 24 *muito pouco*; entre 25 e 36 *mais ou menos*; entre 37 e 48 *bastante*; entre 49 e 60 *extremamente*. Para o componente atitudes (mín/máx = 16/80), respostas com níveis iguais a 16 representam parâmetro *nada*; entre 17 e 32 *muito pouco*; entre 33 e 48 *mais ou menos*; entre 49 e 64 *bastante*; entre 65 e 80 *extremamente*. Foi estabelecido que quanto maior o escore em cada componente mais elevado o nível de eficácia na combinação de CHAs necessários.

Os escores globais do instrumento foram definidos segundo a mesma lógica apresentada acima. Os valores podem variar entre 46 e 230, sendo que escores com níveis iguais a 46 representam parâmetro *nada*; entre 47 e 92 *muito pouco*; 93 a 138 *mais ou menos*; 139 a 184 *bastante* e 185 a 230 *extremamente*.

4.4.2 Segunda etapa: planejamento das estratégias de ensino

Para a elaboração da aula padrão sobre os CHAs da competência comunicação profissional foram realizadas as fases descritas a seguir como parte da replicação metodológica de Moura (2013):

A aula foi elaborada de acordo com as orientações de didática para plano de aula que constou de: Tema; Duração da aula; Objetivos; Conteúdos; Metodologia; Recursos Didáticos; Avaliação da Aprendizagem e Referências (APÊNDICE M) (MASSETO, 1997; BORDENAVE, 2011).

A aula padrão foi elaborada com previsão de duração de 120 minutos, obedecendo à dinâmica temporal proposta por estudiosos do método andragógico que se baseia na premissa de que adultos se concentram numa exposição teórica durante aproximadamente 7 minutos, nesse ponto é necessário fazer alternância com exemplos práticos ou atividades curtas para conseguir de volta a atenção dos estudantes (BELLAN, 2005).

Assim, na aula proposta, dos 120 minutos foram gastos 36 minutos com alternância, restando 84 para o conteúdo propriamente dito, os quais divididos por 7 minutos de tempo de concentração contínua do estudante, resultando em 12 períodos de aula: dois períodos para introdução; oito para o desenvolvimento do

tema e dois para conclusão, com tempo de alternância de 3 minutos para cada período, distribuídos da seguinte forma: 20 minutos para introdução; 80 para desenvolvimento e 20 para conclusão.

A estratégia de simulação integrou a etapa de “avaliação de aprendizagem” do plano de aula mencionado. Para efeito desse estudo, foi aplicado o cenário de simulação elaborado em parceria com a coordenação do SIMENFS. Para tanto foi solicitada autorização da coordenação do SIMENFS para aplicação do cenário de simulação (ANEXO A). O cenário contemplou uma situação complexa que exigiu o exercício da competência comunicação dos estudantes.

O caso abordado no cenário foi adaptado de um caso real e consistiu em um paciente do sexo masculino, branco, 47 anos, que apresentava fortes dores abdominais e síncope que exigiu internação em Hospital Público. Na anamnese referiu evacuações pastosas há mais de 15 dias, com agravamento do quadro nos últimos cinco dias, com cerca de três evacuações/dia, volumosas, escuras e fétidas, acompanhadas de vômitos, inapetência, astenia, perda gradual de peso (7 kg nos últimos três meses), dificuldade para deglutição e febre. Ao exame físico foi observada ptose palpebral direita, associada a queixas de fotofobia e diminuição da acuidade visual, cavidade oral com presença de placas brancas com bordas hiperemiadas, sugestivas de monilíase.

O paciente relatava ser portador de HIV/AIDS há pelo menos quatro anos e que há um ano não fazia uso regular das medicações por receio de abalos irreversíveis a sua vida pessoal e política, já que exercia o cargo de prefeito¹. O paciente admitiu que mantinha relações sexuais com outros homens e pedia que o sigilo sobre seu estado de saúde fosse mantido diante da presença da esposa, com quem tinha um filho e que à época estava no terceiro mês de gestação do seu segundo filho.

A escolha desse caso se justificou pela possibilidade de submeter os estudantes à situação que envolvia um quadro clínico com necessidade de condutas de enfermagem, bem como uma situação complexa que requeria comunicação em situações difíceis, estratégias de comunicação terapêutica e interação com a equipe

¹ Declara-se que esse contexto de figura pública do personagem-paciente é fictício para embasar o contexto de massa da comunicação.

profissional, portanto em diversos contextos e processos comunicacionais, inclusive de massa, pois havia uma repórter para transmitir à população o estado de saúde do prefeito.

Os objetivos esperados para o cenário foram: avaliar o desempenho na utilização de abordagens estruturadas de comunicação fundamentada na descrição dos contextos e processos comunicacionais; avaliar a capacidade de elaboração de processo de enfermagem a partir da interação com o paciente; reconhecer mudança de conduta do estudante na comunicação terapêutica diante de contingências em situação de comunicação difícil; avaliar a capacidade de querer, saber e poder agir do estudante diante da situação clínica propícia ao exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem” nos diversos contextos; avaliar o desempenho da liderança e comunicação organizacional diante da equipe de trabalho para o exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem” e analisar a percepção dos estudantes diante da situação clínica que exija conhecimentos, habilidades e atitudes propícios ao exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem”.

O cenário de simulação desenvolvido nesse estudo foi elaborado pela coordenação do SIMENFS, em parceria, a partir dos dados do caso descrito e proposto acima. Foi utilizado o simulador de adulto de alta fidelidade *SimMan*, versão 3.2 da Laerdal. Foi considerada na sequência didática do cenário a seguinte ordem: Título do cenário, duração da execução, objetivos do cenário, materiais necessários, participantes, descrição do caso, informações do prontuário, orientações dos diálogos, apresentação do manequim, programação do manequim, quadro de ações esperadas e orientações para o *debriefing* (ANEXO B).

4.4.3 Terceira etapa: Aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no período de 27 e 28 de janeiro de 2016.

No primeiro dia, os 25 estudantes foram recepcionados pelo pesquisador em uma sala de aula do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Inicialmente foram realizados esclarecimentos sobre a pesquisa, os procedimentos necessários para a coleta de dados, os aspectos éticos da pesquisa, e apresentado o cronograma de desenvolvimento, coleta de dados e solicitação de preenchimento do termo de confidencialidade e cessão de Imagem (ANEXO C), do TCLE (APÊNDICE B) pelos estudantes, em duas vias, uma para o estudante, outra para o pesquisador.

A seguir os estudantes preencheram o instrumento de identificação, dados demográficos e formação educacional (APÊNDICE N), que foram recolhidos pelo pesquisador, em seguida preencheram o instrumento de medida numerado sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”, portanto sem identificação do participante (APÊNDICE L). O tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos.

A aula padrão foi ministrada pelo pesquisador, conforme foi planejado, com duração de 120 minutos. Ao término da aula, os estudantes foram divididos por sorteio em cinco grupos com cinco componentes cada.

No segundo dia foi aplicado o cenário de simulação. Um estudante não compareceu à aplicação piloto, e outro foi remanejado para o último horário de aplicação piloto do instrumento, devido à impossibilidade de permanência em qualquer um dos outros horários. Assim, vinte e quatro estudantes participaram da estratégia de simulação, o que exigiu a reformulação da distribuição de componentes por grupo da seguinte forma: Grupo 1 (quatro estudantes), grupo 2 (cinco estudantes), grupo 3 (cinco estudantes), grupo 4 (quatro estudantes) e grupo 5 (seis estudantes)

O tempo total de execução da estratégia de simulação foi de 60 minutos, sendo 10 minutos para *briefing* (momento de reconhecimento da tecnologia e ambiente de simulação para os estudantes), 20 para a execução do cenário propriamente dito e 30 minutos para o *debriefing*.

Após a execução do cenário de simulação propriamente dito, os estudantes responderam ao instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”. Após o *debriefing* foi preenchido novamente o instrumento citado. O tempo médio de preenchimento no intra e pós-teste foi de 20 minutos.

A equipe de execução do cenário de simulação contou com a participação de: coordenadora e instrutora do SIMENFS (logística e coordenação da execução da estratégia); o pesquisador (voz do manequim); um membro da coordenação SIMENFS e docente do Departamento de Enfermagem da UFPI (suporte ao estudante como repórter); uma mestranda que tem curso de atriz do grupo de pesquisa da orientadora deste estudo (suporte ao estudante como acompanhante do paciente); e uma técnica do SIMENFS (auxiliar de pesquisa). Todos os membros da equipe de execução do cenário foram treinados pela coordenadora do SIMENFS.

4.5 Framework geral dos procedimentos de operacionalização do estudo

Os procedimentos teóricos e experimentais necessários à operacionalização deste estudo são apresentados em forma de *framework* (figura 4), com o intuito de facilitar o entendimento sobre o percurso metodológico adotado.

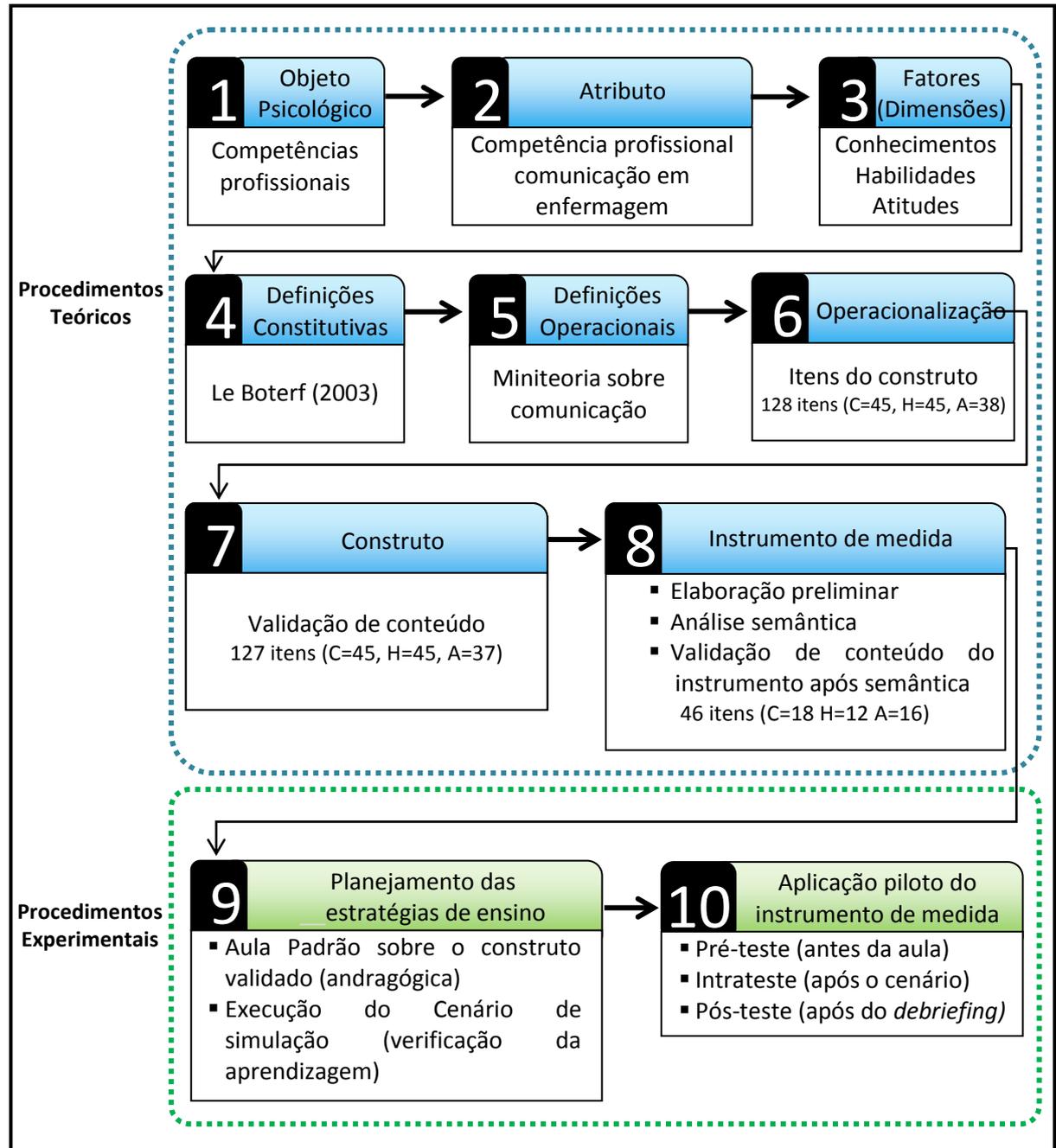


Figura 4 – Framework geral dos procedimentos de operacionalização do estudo, Teresina, Piauí, 2016

4.6 Análise dos dados

Os dados da validação de conteúdo do construto e do instrumento foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Excel, a fim de identificar possíveis erros de digitação e foi feito processamento estatístico de frequências, e IVC, a fim de analisar o percentual de concordância entre os juízes por meio do SPSS, versão 18.0.

Os dados coletados por meio do instrumento de medida dos CHAs da competência em foco nas aplicações antes da aula-padrão, depois da execução do cenário e do *debriefing* da estratégia de simulação, sofreram os mesmos procedimentos de digitação e processamento de análise estatística de frequências e tendências centrais utilizando o SPSS, versão 18.0. Em seguida, foram transportados e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences®, versão 18.0, gerando estatísticas descritivas, como média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas e frequências para as qualitativas.

Nas análises inferenciais, foi realizado o Teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade das distribuições e, para cada teste, foram avaliados os demais pressupostos individuais. Os testes t de Student para amostras dependentes e o teste de Wilcoxon foram utilizados para comparações dois a dois dos momentos de avaliação da competência. Foi utilizado o teste de Friedman para comparação dos três momentos de autoavaliação para cada grupo.

Para as comparações em que ocorreram três variáveis de importância, compreendendo a medida “antes”, “depois” e uma variável independente, utilizou-se a solução proposta por Campbell (CAMPBELL; STANLEY, 1979; SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2002), que orienta a subtração entre os desempenhos, trabalhando-se com duas variáveis: “diferença” e variável independente. Em seguida, foram realizados os testes ANOVA One-Way e de Kruskal-Wallis para as variáveis politômicas, teste t independente de Student e teste de Mann-Whitney para as categorias dicotômicas e correlação de Spearman para as intervalares ou razão, com intervalo de confiança de 95% e significância de 5%.

4.7 Aspectos éticos

Para a elaboração deste estudo foram respeitados os princípios da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos aprovado sob parecer de número: 1.144.291 (ANEXO D).

Após a explicação completa em linguagem acessível sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar, os estudantes que concordaram com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e o Termo de confidencialidade e cessão de imagem (ANEXO C) esse padronizado pelo Laboratório SIMENFS.

Como benefícios previstos do estudo, entende-se que esta pesquisa é promissora à ampliação do conhecimento sobre o exercício da competência “comunicação em enfermagem” e estratégias de qualificação profissional; inaugura a simulação de práticas clínicas para o desenvolvimento estruturado de competências profissionais não técnicas e especificamente sistematiza seus conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer a competência “comunicação em enfermagem” em ambiente controlado de laboratório, possibilitando segurança ao seu futuro paciente/ser humano como benefício direto para sua qualificação profissional. Não foi prevista qualquer remuneração pela sua participação no estudo.

Dentre os potenciais riscos destaca-se que, a avaliação das contribuições, por se tratar de um processo de ensino e aprendizagem em cenários de simulação para o desenvolvimento da competência “comunicação em enfermagem”, exige a evocação de elementos da dimensão intelectual. Entretanto todas as etapas foram realizadas em ambiente adequado e intervalos de tempo clássicos para ações de ensino e aprendizagem dessa natureza, minimizando quaisquer desconfortos ou riscos decorrentes das atividades propostas para a pesquisa.

5 RESULTADOS



Os resultados são apresentados em conformidade com as etapas descritas pela metodologia da pesquisa e pelos objetivos específicos do estudo.

5.1 Primeira etapa: construção do instrumento de medida

O resultado da avaliação dos juízes para o construto teórico e o Instrumento de medida utilizado neste estudo está apresentado em nove tabelas. Destas, três (1 a 3) se referem à validação de conteúdo do construto para os CHAs e outras três (4 a 6) demonstram a classificação por tipo de saber dos CHAs para a competência comunicação em enfermagem. As três últimas tabelas (7 a 9) representam a apreciação de juízes que envolve a validação de conteúdo do instrumento de medida. O construto e o instrumento de medida foram validados por dez juízes dos quais um participou das duas validações, conforme caracterização a seguir.

5.1.1 Caracterização demográfica dos juízes

Os juízes selecionados para a validação de conteúdo do construto sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem” apresentaram homogeneidade quanto à área de formação e atuação. Os cinco juízes eram enfermeiros, docentes do Curso de Enfermagem, com doutorado, dois participantes defenderam tese relacionada à comunicação em enfermagem. O tempo médio de formação em enfermagem foi de 29,6(\pm 13,0) anos. Os juízes apresentaram média de 7,0(\pm 3,0) estudos sobre comunicação em enfermagem publicados em periódicos nos últimos cinco anos. Quanto à região de atuação profissional, dois eram da região Nordeste, dois da região Sudeste e um da região Sul do Brasil.

Para a validação de conteúdo do instrumento de medida foram selecionados cinco juízes, dos quais dois possuíam graduação em comunicação social, ambos com doutorado, e três eram enfermeiros, dos quais um com doutorado e dois com mestrado. O tempo médio de formação profissional foi de 20,0(\pm 9,3) anos. Quatro juízes atuavam na região Nordeste e um na região Sudeste do Brasil.

5.1.2 Construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação.

Na tabela 1 apresenta-se o resultado da avaliação dos juízes quanto à pertinência dos itens do construto referentes ao componente conhecimentos da competência profissional comunicação em Enfermeiros.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente conhecimentos do construto segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Itens operacionais	n(%)			IVC
	NP	PR	MP	
Conhecimentos				
Saberes Teóricos				
1. Aspectos teóricos conceituais de comunicação.	-	-	5(100)	1,0
2. Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente.	-	-	5(100)	1,0
3. Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada.	-	-	5(100)	1,0
4. Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação táctica, proxêmica, cinésica e paralinguagem.	-	-	5(100)	1,0
5. Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa).	-	-	5(100)	1,0
6. Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa.	-	-	5(100)	1,0
7. Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão.	-	-	5(100)	1,0
8. Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação.	-	-	5(100)	1,0
9. Influência das características sociocultural e comportamental que implique alterações na comunicação.	-	-	5(100)	1,0
10. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica.	-	-	5(100)	1,0
11. Aspectos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
12. Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
13. Noções de ruído no processo comunicacional terapêutico.	-	1(20)	4(80)	1,0
Saberes do Meio				
14. Comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação.	-	-	5(100)	1,0
15. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente.	-	-	5(100)	1,0
16. Articulação dos elementos, processos básicos e contextos de comunicação na área de governabilidade de atuação profissional.	-	1(20)	4(80)	1,0
17. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição.	-	-	5(100)	1,0
18. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização.	-	-	5(100)	1,0
19. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional.	-	-	5(100)	1,0
20. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida.	-	1(20)	4(80)	1,0
21. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação profissional.	-	1(20)	4(80)	1,0
22. Propriedade sobre os instrumentos de comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros).	-	1(20)	4(80)	1,0
23. A influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional.	-	-	5(100)	1,0
24. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem nas diversas áreas de	-	-	5(100)	1,0

Itens operacionais	n(%) (conclusão)			IVC
	NP	PR	MP	
atuação profissional.				
Saberes Procedimentais				
25. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos.	-	-	5(100)	1,0
26. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas, rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos.	-	-	5(100)	1,0
27. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas.	-	-	5(100)	1,0
28. Estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação.	-	-	5(100)	1,0
29. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal.	-	-	5(100)	1,0
30. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo.	-	-	5(100)	1,0
31. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional.	-	-	5(100)	1,0
32. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa.	1(20)	1(20)	3(60)	0,8
33. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida.	-	-	5(100)	1,0
34. Métodos de comunicação eficaz.	-	-	5(100)	1,0
35. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica.	-	-	5(100)	1,0
36. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional.	-	1(20)	4(80)	1,0
37. Método de aquisição, organização e registro dos dados do cliente.	-	1(20)	4(80)	1,0
38. Métodos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
39. Método de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
40. Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissional.	-	-	5(100)	1,0
41. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação.	-	1(20)	4(80)	1,0
42. Método de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional.	-	-	5(100)	1,0
43. Métodos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência.	-	-	5(100)	1,0
44. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado.	-	1(20)	4(80)	1,0
45. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente as intervenções realizadas.	-	-	5(100)	1,0
Total				0,99

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Identificou-se que dos 45 itens, houve concordância percentual para itens muito pertinentes em 35 itens. Outros nove itens (13, 16, 20, 21, 22, 36, 37, 41, 44) foram considerados pertinentes, mas com necessidade de revisão. No entanto em apenas um item (13), foi realizada sugestão de alteração justificada pelas teorias que embasaram a elaboração do construto. Assim a nova redação do item 13 foi: “*Noções de ruído no processo comunicacional terapêutico*”.

Dentre todos os itens apenas um (item 32) apresentou avaliação não pertinente pelos juízes. Contudo a justificativa para a não pertinência não substanciou a eliminação do item, visto que foi realizada com argumentos sem os embasamentos teóricos solicitados. A análise dos juízes indicou relevante pertinência global para os itens (IVCc=0,99).

A tabela 2 a seguir demonstra a classificação por tipo de saber do componente conhecimentos entre os juízes. Para a validação de conteúdo foram apresentados conceitos constitutivos dos tipos de saber a fim subsidiar uma melhor avaliação dos itens pelos juízes.

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos itens operacionais do componente conhecimentos do construto segundo a classificação dos tipos de saberes teóricos, do meio e procedimental por juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Itens operacionais	(continua)		
	n(%)		
	T	M	P
Saberes Teóricos			
1. Aspectos teóricos conceituais de comunicação.	5(100)	-	-
2. Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente.	3(60)	2(40)	-
3. Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada.	4(80)	1(20)	-
4. Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação tacésica, proxêmica, cinésica e paralinguagem.	4(80)	-	1(20)
5. Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa).	4(80)	1(20)	-
6. Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa.	4(80)	1(20)	-
7. Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão.	4(80)	1(20)	-
8. Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação.	5(100)	-	-
9. Influência das características sociocultural e comportamental que implique alterações na comunicação.	5(100)	-	-
10. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica.	3(60)	1(20)	1(20)
11. Aspectos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem.	2(40)	1(20)	2(40)
12. Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem.	3(60)	2(40)	-
13. Noções de ruído no processo comunicacional terapêutico.	2(40)	3(60)	-
Saberes do Meio			
14. Comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação.	1(20)	3(60)	1(20)
15. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente.	1(20)	3(60)	1(20)
16. Articulação dos elementos, processos básicos e contextos de comunicação na área de governabilidade de atuação profissional.	1(20)	3(60)	1(20)
17. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição.	-	4(80)	1(20)
18. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização.	-	4(80)	1(20)
19. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional.	-	4(80)	1(20)
20. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida.	-	4(80)	1(20)
21. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação profissional.	1(20)	4(80)	-
22. Propriedade sobre os instrumentos de comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros).	1(20)	4(80)	-
23. A influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional.	-	3(60)	2(40)
24. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional.	-	3(60)	2(40)
Saberes Procedimentais			
25. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos.	-	2(40)	3(60)
26. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas, rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos.	1(20)	4(80)	-
27. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas.	-	1(20)	4(80)
28. Estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação.	-	2(40)	3(60)
29. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal.	-	1(20)	4(80)

Itens operacionais	(conclusão)		
	T	n(%)	
		M	P
30. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo.	-	1(20)	4(80)
31. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional.	-	1(20)	4(80)
32. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa.	-	2(40)	3(60)
33. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida.	-	1(20)	4(80)
34. Métodos de comunicação eficaz.	-	2(40)	3(60)
35. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica.	-	-	5(100)
36. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional.	-	-	5(100)
37. Método de aquisição, organização e registro dos dados do cliente.	-	2(40)	3(60)
38. Métodos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem.	-	2(40)	3(60)
39. Método de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem.	-	2(40)	3(60)
40. Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.	-	2(40)	3(60)
41. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação.	-	1(20)	4(80)
42. Método de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional.	-	2(40)	3(60)
43. Métodos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência.	-	2(40)	3(60)
44. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado.	-	2(40)	3(60)
45. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente as intervenções realizadas.	-	1(20)	4(80)

Legenda: T: saber teórico; M: saber do meio; P: saber procedimental.

A tabela 2 mostra que dos 13 itens dos saberes teóricos avaliados, oito itens (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) apresentaram classificação como saber teórico por 80 a 100% dos juízes com médias entre 1,0 e 1,4 e desvio padrão até 0,89. Em três itens (2, 10 e 12) a classificação dos juízes para saber teórico foi de 60% e outros dois itens (11 e 13) foram considerados como saber teórico por apenas 20% dos juízes.

Ainda que a concordância entre os juízes tenha sido inferior a 80% nesses cinco itens, a tabela 1 mostra que, exceto o item 13, os demais itens do saber teórico foram considerados pertinentes por 100% dos juízes. Dessa forma a escrita dos itens foi mantida por apresentar pertinência elevada e por não apresentar sugestão de mudança com embasamento teórico.

Dentre os itens referentes ao saber do meio, seis itens (17, 18, 19, 20, 21 e 22) apresentaram classificação para saber do meio por 80% dos juízes. Outros cinco itens (14, 15, 16, 23 e 24) foram considerados como saber do meio por 60% dos juízes.

Na classificação dos 21 itens para conhecimentos referentes aos saberes procedimentais, nove itens (27, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 41 e 45) foram classificados como saberes procedimentais por 80 a 100% dos juízes, enquanto onze itens (25, 28, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 43 e 44) foram considerados como procedimentais por 60% dos juízes.

Para efeitos de alteração na redação dos itens do componente conhecimentos, foi utilizada como critérios uma necessidade de adequação na escrita para melhor caracterização do tipo de saber em questão ainda que o item possua avaliação quanto à pertinência superior a 80%.

Nesse sentido, 14 itens (11, 14, 15, 16, 23, 24, 28, 34, 37, 38, 39, 40, 42 e 43) de avaliação do componente conhecimento, apresentaram alteração na redação. As novas redações foram respectivamente: item 11 (*Aspectos teóricos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem*); item 14 (*Compreensão da comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação*); item 15 (*Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente no contexto de atuação*); item 16 (*Articulação dos processos básicos e contextos de comunicação na área de atuação profissional*); item 23 (*Compreensão da influência dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem na área de atuação profissional*); item 24 (*A influência dos ruídos para o processo de enfermagem na área de atuação profissional*); item 28 (*Estratégias comunicacionais para condução da comunicação*); item 34 (*Estratégias de comunicação eficaz*); item 37 (*Procedimentos de aquisição, organização e registro dos dados do cliente*); item 38 (*Procedimentos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem*); item 39 (*Método de operação de taxonomias de diagnósticos de Enfermagem*); item 40 (*Procedimentos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissional*); item 42 (*Procedimentos de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional*); item 43 (*Procedimentos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência*).

A tabela 3 apresenta o resultado da avaliação dos juízes quanto à pertinência dos itens do construto referentes ao componente habilidade da competência profissional “comunicação em enfermagem”.

Tabela 3 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente habilidades do construto segundo a avaliação da pertinência pelos os juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Itens operacionais	(continua)			IVC
	n(%)			
	NP	PR	MP	
Saberes fazer formalizados				
1. Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos;	-	-	5(100)	1,0
2. Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;	-	-	5(100)	1,0
3. Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização;	-	-	5(100)	1,0
4. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas;	-	-	5(100)	1,0
5. Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação;	-	-	5(100)	1,0
6. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;	-	-	5(100)	1,0
7. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;	-	-	5(100)	1,0
8. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;	-	-	5(100)	1,0
9. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;	-	-	5(100)	1,0
10. Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida;	-	-	5(100)	1,0
11. Saber aplicar métodos de comunicação eficaz;	-	-	5(100)	1,0
12. Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;	-	-	5(100)	1,0
13. Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;;	-	-	5(100)	1,0
14. Saber realizar método de aquisição de dados do cliente;	-	-	5(100)	1,0
15. Saber organizar os dados clínicos do cliente;	-	-	5(100)	1,0
16. Saber registrar os dados clínicos pertinentes do cliente;	-	-	5(100)	1,0
17. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem	-	-	5(100)	1,0
18. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;	-	-	5(100)	1,0
19. Saber realizar processos de codificação e decodificação de dados referentes ao diagnóstico do cliente;	-	-	5(100)	1,0
20. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais;	-	-	5(100)	1,0
21. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo);	-	-	5(100)	1,0
22. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem);	-	-	5(100)	1,0
23. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde);	-	-	5(100)	1,0
24. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual);	-	-	5(100)	1,0
25. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;	-	-	5(100)	1,0
26. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;	-	-	5(100)	1,0
27. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado;	-	-	5(100)	1,0
28. Saber avaliar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas;	-	-	5(100)	1,0
Saberes fazer empíricos				
29. Experimentar os saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
30. Demonstrar os saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
31. Explicar os saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
32. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
33. Aplicar os saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
34. Operar os saberes fazer formalizados;	-	-	5(100)	1,0
Saberes relacionais				
35. Saber conduzir ações comunicativas nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional, e de massa;	-	-	5(100)	1,0
36. Saber cooperar nos contextos interpessoal, de pequeno grupo e institucional;	-	-	5(100)	1,0

Itens operacionais	(conclusão)			IVC
	n(%)			
	NP	PR	MP	
37. Saber dirigir pacientes e equipe profissional;	-	-	5(100)	1,0
38. Saber persuadir pacientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos;	-	-	5(100)	1,0
39. Saber integrar-se à equipe;	-	-	5(100)	1,0
40. Saber operar os conceitos básicos envolvidos no processo de comunicação no contexto de massa e /ou virtual.	-	-	5(100)	1,0
Saberes cognitivos	-	-	-	-
41. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam;	-	-	5(100)	1,0
42. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação;	-	-	5(100)	1,0
43. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens;	-	1(20)	4(80)	1,0
44. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não-verbal;	-	-	5(100)	1,0
45. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.	-	-	5(100)	1,0
Total				1,0

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Observa-se que dos 45 itens apresentados na tabela 3, 44 itens foram avaliados como muito pertinentes para 80 a 100% dos juízes, demonstrando alta pertinência dos itens para o componente habilidades ($IVC_H=1,0$). Apenas um item (43) recebeu classificação como pertinente, porém com necessidade de revisão. Nesse item, no entanto, não foram feitas sugestões para alteração da redação.

A tabela 4 trata da classificação por tipos de saber-fazer de habilidades pelos juízes, utilizando como base os itens constitutivos para o componente.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos itens operacionais do componente habilidades do construto segundo a classificação dos tipos de saber fazer formalizado, empírico, relacional e cognitivo por juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Itens operacionais	(continua)			
	n(%)			
	F	E	R	C
Saberes fazer formalizados				
1. Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos.	4(80)	-	-	1(20)
2. Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos.	4(80)	1(20)	-	-
3. Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização.	3(60)	1(20)	1(20)	-
4. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas.	3(60)	1(20)	1(20)	-
5. Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação.	1(20)	1(20)	2(40)	1(20)
6. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal.	4(80)	1(20)	-	-
7. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo.	4(80)	1(20)	-	-
8. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional.	4(80)	1(20)	-	-
9. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa.	4(80)	1(20)	-	-
10. Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida.	3(60)	1(20)	1(20)	-
11. Saber aplicar métodos de comunicação eficaz.	3(60)	-	1(20)	1(20)
12. Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica.	4(80)	1(20)	-	-
13. Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional.	4(80)	1(20)	-	-
14. Saber realizar método de aquisição de dados do cliente.	3(60)	1(20)	-	1(20)

Itens operacionais	(conclusão)			
	n(%)			
	F	E	R	C
15. Saber organizar os dados clínicos do cliente.	4(80)	-	-	1(20)
16. Saber registrar os dados clínicos pertinentes do cliente.	3(60)	-	1(20)	1(20)
17. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem	2(40)	1(20)	-	2(40)
18. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem.	3(60)	1(20)	1(20)	-
19. Saber realizar processos de codificação e decodificação de dados referentes ao diagnóstico do cliente.	3(60)	1(20)	1(20)	-
20. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.	3(60)	1(20)	1(20)	-
21. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo).	3(60)	-	2(40)	-
22. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem).	3(60)	-	2(40)	-
23. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde).	3(60)	2(40)	-	-
24. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual).	4(80)	1(20)	-	-
25. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional.	3(60)	-	2(40)	-
26. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência.	4(80)	-	-	1(20)
27. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado.	4(80)	-	-	1(20)
28. Saber avaliar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas.	4(80)	-	1(20)	-
Saberes fazer empíricos				
29. Experimentar os saberes fazer formalizados.	3(60)	-	2(40)	-
30. Demonstrar os saberes fazer formalizados.	3(60)	1(20)	1(20)	-
31. Explicar os saberes fazer formalizados.	3(60)	-	-	2(40)
32. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados.	2(40)	2(40)	1(20)	-
33. Aplicar os saberes fazer formalizados.	2(40)	2(40)	1(20)	-
34. Operar os saberes fazer formalizados.	2(40)	2(40)	1(20)	-
Saberes relacionais				
35. Saber conduzir ações comunicativas nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional, e de massa.	-	1(20)	4(80)	-
36. Saber cooperar nos contextos interpessoal, de pequeno grupo e institucional.	-	1(20)	4(80)	-
37. Saber dirigir pacientes e equipe profissional.	-	-	5(100)	-
38. Saber persuadir pacientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos.	-	-	5(100)	-
39. Saber integrar-se a equipe.	-	2(40)	3(60)	-
40. Saber operar os conceitos básicos envolvidos no processo de comunicação no contexto de massa e /ou virtual.	-	1(20)	4(80)	-
Saberes cognitivos				
41. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam.	-	-	2(40)	3(60)
42. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação.	-	1(20)	1(20)	3(60)
43. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens.	-	-	2(40)	3(60)
44. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não-verbal.	1(20)	-	1(20)	3(60)
45. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.	-	-	1(20)	4(80)

Legenda: F: formalizado; E: empírico; R: relacional; C: cognitivo.

A frequência de respostas mostra que dos 28 itens de saber-fazer formalizados, 12 itens (1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 24, 26, 27 e 28) apresentaram concordância para classificação pertinente por 80% dos avaliadores, outros 14 itens (3, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 25) receberam 60% para essa classificação, e apenas um item (17) foi classificado como formalizado por 40% dos juízes.

Quanto aos itens do saber-fazer empírico, observa-se que houve uma discrepância mais acentuada do que nos demais saberes-fazer, com média variando entre 1,6 e 2,2 e desvio padrão 0,84 a 1,64. Ainda que fossem avaliados como muito pertinentes por 100% dos juízes, não houve classificação adequada, visto que dois itens (29 e 31), não obtiveram classificação como saber-fazer empírico por nenhum dos juízes. Para o item 30 houve apenas 20% de classificação nesse tipo de saber e outros três itens (32, 33 e 34) foram classificados como saber-fazer empírico por 40% dos juízes.

Dos seis itens referentes ao saber-fazer relacional, observou-se concordância mais satisfatória, com média variando entre 2,6 e 3,0 e desvio padrão de até 0,55. Do total, cinco itens (35, 36, 37, 38 e 40) apresentaram classificação correspondente por 80 a 100% dos juízes. O item 39 foi classificado por 60% dos juízes como saber-fazer relacional. Levando-se em consideração a classificação quanto à pertinência e tipo de saber de todos os itens do componente habilidades, os itens para saber-fazer relacional apresentaram a classificação mais satisfatória.

Para os cinco itens dos saberes cognitivos, apenas um item (45) obteve correspondência de 80%. Outros quatro itens (41, 42, 43 e 44) apresentaram classificação para saber cognitivo por 60% dos juízes.

A fim de aprimorar a adequação dos saberes do componente habilidades, três itens (14, 19 e 43) sofreram alteração na redação, ainda que apresentassem pertinência superior a 80%. Com as mudanças, a nova redação dos itens foi a seguinte: item 14 (*Saber coletar adequadamente os dados do cliente*); item 19 (*Saber categorizar os dados referentes ao diagnóstico do cliente*); item 43 (*Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens*).

A tabela 5 apresenta o resultado da avaliação dos juízes quanto à pertinência dos itens do construto referentes ao componente atitudes da competência profissional “comunicação em enfermagem”.

Tabela 5 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do construto para os itens operacionais do componente atitudes do construto segundo a avaliação da pertinência pelos os juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Itens operacionais	n(%)			IVC
	NP	PR	MP	
(continua)				
Querer agir				
1. Convicto de que os aspectos comunicacionais atendem aos elementos mínimos envolvidos na comunicação;	-	-	5(100)	1,0
2. Consciente sobre a influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;	-	-	5(100)	1,0
3. Seguro quanto aos procedimentos de aplicação dos protocolos, normas rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;	-	-	5(100)	1,0
4. Seguro da importância da comunicação terapêutica e não terapêutica para a eficácia na aquisição, organização, registro e identificação de intervenções para a assistência de enfermagem;	-	-	5(100)	1,0
5. Confiante no domínio de técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;	-	-	5(100)	1,0
6. Prudente na utilização da linguagem científica em saúde diante das características sociocultural e comportamental dos entes envolvidos na comunicação;	-	-	5(100)	1,0
7. Seguro das denominações científicas dos equipamentos, medicamentos e matérias hospitalares;	-	-	5(100)	1,0
8. Prudente na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano;	-	-	5(100)	1,0
9. Seguro da importância da transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos comunicacionais;	-	-	5(100)	1,0
10. Convicto da importância da comunicação no processo de enfermagem para avaliação da qualidade da assistência;	-	-	5(100)	1,0
11. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos;	-	-	5(100)	1,0
12. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz;	-	-	5(100)	1,0
13. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação;	-	-	5(100)	1,0
14. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação;	-	-	5(100)	1,0
Saber agir				
15. Ágil na mobilização de conhecimentos e habilidade diante da ação comunicacional nos diversos contextos interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;	-	-	5(100)	1,0
16. Persistente na aquisição de informações do cliente para prescrição do plano de cuidados e intervenções terapêuticas eficazes;	-	-	5(100)	1,0
17. Persuasivo para orientar pacientes e a equipe multiprofissional;	-	1(20)	4(80)	1,0
18. Resolutivo na abordagem comunicacional em situações conflituosas e complexas;	-	-	5(100)	1,0
19. Acessível para realizar escuta terapêutica no acolhimento da clientela atendida;	-	-	5(100)	1,0
20. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional, utilizando-se da rede formal ou informal de comunicação;	-	-	5(100)	1,0
21. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica;	-	-	5(100)	1,0
22. Cordial nas relações interpessoais no trabalho;	-	-	5(100)	1,0
23. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias;	-	-	5(100)	1,0
24. Ágil para conduzir clientela e equipe multiprofissional nos diversos contextos de atuação;	-	-	5(100)	1,0
25. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores;	-	-	5(100)	1,0
26. Conciso no envio de mensagens;	-	-	5(100)	1,0
27. Preciso na utilização de estratégias para vencer ruídos da comunicação;	-	-	5(100)	1,0
28. Ágil para operar códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;	-	-	5(100)	1,0
29. Ágil na integração comunicacional do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes;	-	-	5(100)	1,0
Poder agir				
30. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional;	-	-	5(100)	1,0
31. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa;	-	-	5(100)	1,0
32. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional para o exercício da comunicação no ambiente de trabalho;	-	-	5(100)	1,0

Itens operacionais	(conclusão)			IVC
	n(%)			
	NP	PR	MP	
33. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional;	-	-	5(100)	1,0
34. Existência de recursos humanos, materiais e ambientais que favoreçam a comunicação eficaz;	-	-	5(100)	1,0
35. Implantação de processos que permitam a comunicação eficaz nos contextos de atuação;	-	-	5(100)	1,0
36. Autoridade profissional reconhecida no contexto assistencial foco com vistas ao exercício da competência comunicação;	-	-	5(100)	1,0
37. Governabilidade clara frente às condutas comunicacionais nos diversos contextos de atuação;	-	-	5(100)	1,0
38. Apoio institucional.	-	2(40)	3(60)	1,0
Total				1,0

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Dentre os 38 itens do componente atitudes, 37 itens foram qualificados como muito pertinentes pelos juízes. Apenas o item 38, apresentou avaliação mais significativa para pertinente, porém com necessidades de ajustes. Diante da avaliação dos juízes, contatou-se forte pertinência ao conjunto de itens do componente atitude ($IVC_A=1,0$). Após análise das sugestões atribuídas aos itens se verificou a necessidade de alteração na redação do item 17 para a seguinte forma: (*Persuasivo na orientação aos pacientes e a equipe multiprofissional*). O item 38, no entanto, foi excluído, visto que, já estava contemplado pelos conceitos-chaves apresentados nos itens de poder agir.

A tabela 6 demonstra a classificação por tipo de saber do componente atitudes entre os juízes. Os itens do componente atitude se subdividem em: querer agir, saber agir e poder agir.

Tabela 6 - Distribuição de frequências dos itens operacionais do componente atitudes do construto segundo a classificação querer agir, saber agir e poder agir por juízes (n=5). Teresina, Piauí, 2016

Itens operacionais	(continua)		
	n (%)		
	Q	S	P
Querer agir			
1. Convicto de que os aspectos comunicacionais atendem aos elementos mínimos envolvidos na comunicação.	3(60)	2(40)	-
2. Consciente sobre a influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional.	2(40)	3(60)	-
3. Seguro quanto aos procedimentos de aplicação dos protocolos, normas rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos.	1(20)	1(20)	3(60)
4. Seguro da importância da comunicação terapêutica e não terapêutica para a eficácia na aquisição, organização, registro e identificação de intervenções para a assistência de enfermagem.	1(20)	2(40)	2(40)
5. Confiante no domínio de técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa.	1(20)	2(40)	2(40)
6. Prudente na utilização da linguagem científica em saúde diante das características sociocultural e comportamental dos entes envolvidos na comunicação.	3(60)	1(20)	1(20)
7. Seguro das denominações científicas dos equipamentos, medicamentos e matérias hospitalares.	1(20)	4(80)	-

Itens operacionais	(conclusão)		
	n (%)		
	Q	S	P
8. Prudente na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano.	2(40)	3(60)	-
9. Seguro da importância da transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos comunicacionais.	2(40)	2(40)	1(20)
10. Convicto da importância da comunicação no processo de enfermagem para avaliação da qualidade da assistência.	3(60)	1(20)	1(20)
11. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos.	4(80)	-	1(20)
12. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz.	2(40)	1(20)	2(40)
13. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação.	2(40)	3(60)	-
14. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação.	1(20)	3(60)	1(20)
Saber agir			
15. Ágil na mobilização de conhecimentos e habilidade diante da ação comunicacional nos diversos contextos interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa.	1(20)	1(20)	3(60)
16. Persistente na aquisição de informações do cliente para prescrição do plano de cuidados e intervenções terapêuticas eficazes.	-	2(40)	3(60)
17. Persuasivo para orientar pacientes e a equipe multiprofissional.	1(20)	2(40)	2(40)
18. Resolutivo na abordagem comunicacional em situações conflituosas e complexas.	1(20)	1(20)	3(60)
19. Acessível para realizar escuta terapêutica no acolhimento da clientela atendida.	1(20)	3(60)	1(20)
20. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional, utilizando-se da rede formal ou informal de comunicação.	1(20)	2(40)	2(40)
21. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica.	1(20)	2(40)	2(40)
22. Cordial nas relações interpessoais no trabalho.	1(20)	2(40)	2(40)
23. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias.	1(20)	2(40)	2(40)
24. Ágil para conduzir clientela e equipe multiprofissional nos diversos contextos de atuação.	-	3(60)	2(40)
25. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores.	-	1(20)	4(80)
26. Conciso no envio de mensagens.	3(60)	2(40)	-
27. Preciso na utilização de estratégias para vencer ruídos da comunicação.	1(20)	2(40)	2(40)
28. Ágil para operar códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem.	-	3(60)	2(40)
29. Ágil na integração comunicacional do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes.	-	3(60)	2(40)
Poder agir			
30. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional.	-	-	5(100)
31. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa.	1(20)	-	4(80)
32. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional para o exercício da comunicação no ambiente de trabalho.	-	-	5(100)
33. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional.	-	1(20)	4(80)
34. Existência de recursos humanos, materiais e ambientais que favoreçam a comunicação eficaz.	-	1(20)	4(80)
35. Implantação de processos que permitam a comunicação eficaz nos contextos de atuação.	-	1(20)	4(80)
36. Autoridade profissional reconhecida no contexto assistencial foco com vistas ao exercício da competência comunicação.	-	2(40)	3(60)
37. Governabilidade clara frente às condutas comunicacionais nos diversos contextos de atuação.	1(20)	2(40)	2(40)
38. Apoio institucional.	-	3(60)	2(40)

Legenda: Q: querer agir; S: saber agir; P: poder agir.

Dos 14 itens referentes ao querer-agir, apenas um item (11), apresentou classificação correspondente de 80%. Nos demais itens se verificou baixa associação dos juízes para o querer-agir. Em três itens (1, 6 e 10) a classificação correspondente foi de 60%, enquanto que quatro itens (2, 8, 9 12 e 13) apresentaram 40% e em outros cinco itens (3, 4, 5, 7 e 14) foi de apenas 20%.

Para os itens de saber-agir não foram obtidas classificações correspondentes superiores a 80%, havendo considerável discordância entre os juízes, com médias variando entre 2,0 e 2,8 e desvio padrão entre 0,45 e 0,89. Dos

15 itens, quatro (19, 24, 28 e 29) foram classificados como saber-agir por 60% dos juízes, enquanto que onze itens (15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26 e 27) apresentaram classificação correspondente por 40% dos juízes.

Observa-se que nos itens de saber-agir e querer-agir, ainda que os juízes apresentassem dificuldades para classificá-los, avaliaram-nos como muito pertinentes.

Dentre os nove itens referentes ao poder agir, seis (30, 31, 32, 33, 34, e 35) apresentaram classificação correspondente por 80 a 100% dos juízes, e dois itens (36 e 37) apresentaram essa classificação por 40% dos juízes. O item 38 obteve classificação correspondente por 60% dos avaliadores, no entanto foi eliminado por motivos já descritos anteriormente.

As tabelas 7, 8 e 9 exibem os resultados da validação de conteúdo do Instrumento de medida pelos juízes, bem como a ideia de instrução do instrumento e a escala de resposta Likert para o item. Ressalta-se que os itens foram elaborados na perspectiva de combinação de saberes de cada componente do CHA da competência profissional “comunicação em enfermagem”, a partir do construto validado.

Tabela 7 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente conhecimentos segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

(continua)

Variáveis	n (%)			IVC
	NP	PR	MP	
CONHECIMENTOS				
1. Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação do sistema para o desenvolvimento de processos comunicacionais que permitem interação com os aspectos envolvidos na comunicação em diversos contextos (interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa).	-	3(60)	2(40)	1,0
2. Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e não verbal nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).	-	1(20)	4(80)	1,0
3. Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.	-	3(60)	2(40)	1,0
4. Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.	-	-	5(100)	1,0
5. Descreve os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permite a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.	-	2(40)	3(60)	1,0
6. Explica os elementos, processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.	-	1(20)	4(80)	1,0
7. Compreende a rede formal de comunicação na organização traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição,	-	-	5(100)	1,0

Variáveis	(conclusão)			IVC
	n (%)			
	NP	PR	MP	
diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.				
8. Compreende a rede formal e informal de comunicação da organização, utilizando desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.	-	1(20)	4(80)	1,0
9. Desenvolve linguagem científica em saúde, adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.	-	2(40)	3(60)	1,0
10. Desenvolve linguagem científica sobre os equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.	-	2(40)	3(60)	1,0
11. Reconhece aspectos observados na interação durante o processo de enfermagem envolvendo os demais interlocutores e identificando barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.	-	1(20)	4(80)	1,0
12. Sabe como utilizar estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.	-	1(20)	4(80)	1,0
13. Sabe como elaborar regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	-	1(20)	4(80)	1,0
14. Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	-	-	5(100)	1,0
15. Sabe como utilizar comunicação terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.	-	1(20)	4(80)	1,0
16. Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
17. Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando no âmbito da equipe multiprofissional conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.	-	1(20)	4(80)	1,0
18. Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.	1(20)	-	4(80)	0,8
Pertinência do formato de resposta da escala de conhecimentos:				
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente	-	-	5(100)	1,0
Total				0,99

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Dos 18 itens do instrumento para o componente conhecimentos, verifica-se que treze itens (2, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18) foram classificados como muito pertinentes por 80 a 100% dos juízes, três itens (5, 9 e 10) por 60% e dois (1 e 3) por 20% ($IVC_C=0,99$). Observou-se que 14 itens foram assinalados como pertinentes, porém com necessidade de revisão. Apenas o item 18 apresentou julgamento para não pertinente, no entanto não foi relatada a justificativa ou sugestão para alteração do item.

Dentre os itens com necessidade de revisão, observou-se que os juízes apresentaram sugestões pertinentes, que na sua maioria foram aceitas, por favorecerem uma melhor leitura e compreensão.

Dessa forma a nova redação dos itens foi a seguinte: item 1 (*Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação que permitem interação nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa*); item 2 (*Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro)*); item 3 (*Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem*); item 5 (*Identifica os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem*); item 6 (*Explica os, processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação*); item 8 (*Compreende a rede informal de comunicação da organização, utilizando-se desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional*); item 9 (*Enuncia linguagem científica em saúde, adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida*); item 10 (*Enuncia linguagem científica relacionada aos sobre os equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares, necessária na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação*); item 11 (*Reconhece barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional*); item 12 (*Sabe como utilizar estratégias de comunicação com resultados favoráveis na condução da equipe de trabalho nos contextos de comunicação necessários*); item 13 (*Sabe como elaborar normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos*); item 15 (*Sabe como utilizar a comunicação de forma terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis*); item 17 (*Sabe como verbalizar a*

avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando uma conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas); item 18 (Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores).

Tabela 8 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente habilidades segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Variáveis	n (%)			IVC				
	NP	PR	MP					
HABILIDADES								
19. Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas inclusive projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	-	-	5(100)	1				
20. Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.	-	-	5(100)	1				
21. Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.	-	-	5(100)	1				
22. Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	-	-	5(100)	1				
23. Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.	-	-	5(100)	1				
24. Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir a comunicação intrapessoal para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).	-	2(40)	3(60)	1				
25. Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de Enfermagem.	-	-	5(100)	1				
26. Demonstra persuadir clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.	-	1(20)	4(80)	1				
27. Demonstra desempenho para integrar-se, cooperar e conduzir a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.	-	1(20)	4(80)	1				
28. Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.	1(20)	-	4(80)	0,8				
29. Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não-verbal de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.	-	-	5(100)	1				
30. Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.	-	-	5(100)	1				
Pertinência do formato de resposta da escala de habilidades:								
1. Nada	2. Muito pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente	-	-	5(100)	1
Total								0,98

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Para os doze itens do componente habilidades verificou-se que todos foram considerados muito pertinentes por 80 a 100% dos juízes ($IVC_H=0,98$). Desses, em três itens (24, 26 e 27) foram apresentadas sugestões pertinentes com embasamento teórico. O item 28 foi classificado não pertinente por um juiz, no entanto não houve justificativa para tal julgamento.

Segue a nova redação de itens: item 24 (*Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir pensamentos e ideias para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual)*); item 26 (*Aplica a persuasão em clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua*); e item 27 (*Integra, coopera e conduz a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa*).

Tabela 9 – Distribuição de frequência e índice de validade de conteúdo do instrumento para os itens do componente atitudes segundo a avaliação da pertinência pelos juízes (n=5). Teresina, PI, Brasil, 2016

Variáveis	n (%)			IVC
	NP	PR	MP	
(continua)				
ATITUDES				
31. Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.	-	-	5(100)	1,0
32. Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade;	-	1(20)	4(80)	1,0
33. Seguro quanto à influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.	-	-	5(100)	1,0
34. Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.	-	-	5(100)	1,0
35. Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.	-	-	5(100)	1,0
36. Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes;	-	-	5(100)	1,0
37. Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.	-	-	5(100)	1,0
38. Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela vencendo ruídos comunicacionais.	-	-	5(100)	1,0
39. Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.	-	1(20)	4(80)	1,0
40. Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação	-	-	5(100)	1,0

Variáveis	(conclusão)			IVC
	n (%)			
	NP	PR	MP	
na área de atuação.				
41. Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho capaz de acolhimento terapêutico da clientela.	-	1(20)	4(80)	1,0
42. Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.	-	1(20)	4(80)	1,0
43. Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.	-	-	5(100)	1,0
44. Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.	-	-	5(100)	1,0
45. Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho;	-	-	5(100)	1,0
46. Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.	-	-	5(100)	1,0
Pertinência do formato de resposta da escala de atitudes:				
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente	-	-	5(100)	1,0
Total				1,0

Legenda: NP: Não pertinente; PR: Pertinente, mas precisa de revisão; MP: Muito Pertinente; IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Dos 16 itens do componente atitudes, houve classificação muito pertinente em todos os itens por 80 a 100% dos juízes com $IVC_A=1,0$. Outros quatro itens (32, 39, 41 e 42) apresentaram classificação pertinente, porém com necessidade de revisão. No entanto, apenas o item 41 apresentou justificativa, tendo sua redação alterada para: (*Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho que permitam acolhimento terapêutico da clientela*). Não houve classificação não pertinente para esse componente.

Quanto ao padrão de respostas para os componentes, 100% dos juízes responderam que são muito pertinentes, e por este motivo será mantido para todos os itens.

A análise quanto ao formato ideal de resposta dos componentes do instrumento, evidenciou alta concordância 5(100%) dos juízes quanto à pertinência para as opções de resposta: *nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente*.

A análise da validação de conteúdo dos juízes nos três componentes do Instrumento de medida em foco apontou para alta pertinência global com $IVC_T=0,99$.

5.2 Terceira etapa: aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”

A aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem” se constituiu como um dos objetivos deste estudo. Dessa forma, a seguir serão apresentados os dados referentes à avaliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes e após a aplicação de cenário e, depois do *debriefing* da experiência de gerenciamento do cuidado para exercício da competência em simulação clínica avançada constante de dez tabelas e dois gráficos.

5.2.1 Caracterização socioeducacional da amostra de estudantes

A caracterização socioeducacional dos estudantes está apresentada nas tabelas 10 e 11, conforme as variáveis do componente “participantes” do modelo proposto por Jeffries (2007): programa de ensino, nível, e idade dos estudantes.

Tabela 10 - Caracterização socioeducacional dos participantes do estudo (n=24). Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	Mín-Máx	M(±DP)	n(%)
Idade	20,8-25,7	22,9(1,3)	
Sexo			
Masculino			3(12,5)
Feminino			21(87,5)
Ano de ingresso no curso			
2010			3(12,5)
2011			8(33,3)
2012			13(54,2)
Período que cursa atualmente			
7º período			18(75,0)
8º período			1(4,2)
9º período			5(20,8)

Na tabela 10, observa-se que a média de idade dos participantes foi de 22,9(±1,3) anos, com mínima de 20,8 e máxima de 25,7 anos, representando uma amostra composta por adultos jovens, constituída predominantemente pelo gênero feminino 21(87,5%).

No que se refere ao ano de ingresso do curso, 13(54,2%) dos estudantes cursavam bacharelado em enfermagem desde 2012. Quanto ao período em que os

estudantes cursavam durante a pesquisa, 18(75%) frequentavam o 7^o período, no qual estudantes cursam a disciplina Administração em Enfermagem.

Tabela 11- Caracterização socioeducacional dos participantes do estudo (n=24). Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	n(%)
Participação em atividade sobre a temática comunicação	
Sim	18(75,0)
Não	6(25,0)
Participação em simulações clínicas	
Apenas uma vez	14(58,3)
Duas ou mais vezes	10(41,7)
Primeira experiência em simulação clínica	
4 ^o período	2(8,3)
5 ^o período	1(4,2)
6 ^o período	1(4,2)
7 ^o período	20(83,3)
Intervalo entre a atual e a última	
1 mês	19(79,2)
6 meses	3(12,5)
8 meses	2(8,3)

A tabela 11 mostra que 18(75%) dos estudantes mencionaram a participação anterior em atividades de comunicação, que compreenderam eventos de iniciação científica, cursos de extensão, ou cursos extracurriculares em geral. Não foram identificados indivíduos que estivessem matriculados em outro curso superior.

Quanto à participação em simulações clínicas avançadas, 14(58,3%) estudantes tiveram apenas uma experiência, enquanto 10(41,7%), já tinham vivenciado duas ou mais simulações. A primeira experiência em ambiente de simulação foi no 7^o período para 20(83,3%) estudantes, e a última experiência para 19(79,2%) estudantes havia sido de apenas a um mês, enquanto 2(8,3%) estudantes estavam sem realizar práticas de simulação avançada há 8 meses.

5.2.2 Avaliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação ante a experiência de simulação clínica avançada.

As tabelas 12 e 13 apresentam os conhecimentos referidos pelos estudantes, antes, durante e após o cenário de simulação clínica avançada.

Tabela 12 - Distribuição das frequências por tipo de resposta para o item do componente conhecimentos da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, 2016

VARIÁVEIS	Momento	n(%)				
		N	MP	MM	B	E
1-Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação que permitem interação nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa.	AA	-	4(16,7)	14(58,3)	5(20,8)	1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	13(54,2)	7(29,2)	2(8,3)
	DD	-	2(8,3)	13(54,2)	6(25,0)	3(12,5)
2-Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).	AA	-	7(29,2)	5(20,8)	9(37,5)	3(12,5)
	DC	-	2(8,3)	6(25,0)	13(54,2)	3(12,5)
	DD	-	1(4,2)	11(45,8)	8(33,3)	4(16,7)
3-Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.	AA	1(4,2)	5(20,8)	7(29,2)	10(41,7)	1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	13(54,2)	9(37,5)	-
	DD	-	3(12,5)	10(41,7)	9(37,5)	2(8,3)
4-Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.	AA	-	2(8,3)	6(25,0)	10(41,7)	6(25,0)
	DC	-	3(12,5)	6(25,0)	13(54,2)	2(8,3)
	DD	-	1(4,2)	4(16,7)	15(62,5)	4(16,7)
5-Identifica os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.	AA	-	3(12,5)	10(41,7)	9(37,5)	2(8,3)
	DC	-	3(12,5)	8(33,3)	10(41,7)	3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	8(33,3)	10(41,7)	4(16,7)
6- Explica os processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.	AA	-	8(33,3)	12(50,0)	4(16,7)	-
	DC	-	2(8,3)	13(54,2)	9(37,5)	-
	DD	-	2(8,3)	12(50,0)	8(33,3)	2(8,3)
7- Compreende a rede formal de comunicação na organização, traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.	AA	-	-	6(25,0)	14(58,3)	4(16,7)
	DC	-	-	4(16,7)	19(79,2)	1(4,2)
	DD	-	1(4,2)	9(37,7)	9(37,7)	5(20,8)
8- Compreende a rede informal de comunicação da organização, utilizando-se desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.	AA	-	2(8,3)	8(33,3)	12(50,0)	2(8,3)
	DC	-	-	7(29,2)	14(58,3)	3(12,5)
	DD	-	1(4,2)	10(41,7)	9(37,5)	4(16,7)
9- Enuncia linguagem científica em saúde adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.	AA	-	1(4,2)	9(37,5)	12(50,0)	2(8,3)
	DC	-	-	9(37,5)	13(54,2)	2(8,3)
	DD	-	7(29,2)	12(50,0)	5(20,8)	-
10- Enuncia linguagem científica relacionada aos equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares, necessária na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.	AA	-	-	12(50,0)	9(37,5)	3(12,5)
	DC	-	-	8(33,3)	15(62,5)	1(4,2)
	DD	-	-	9(37,5)	11(45,8)	4(16,7)
11- Reconhece barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.	AA	-	-	6(25,0)	12(50,0)	6(25,0)
	DC	-	-	2(8,3)	15(62,5)	7(29,2)
	DD	-	1(4,2)	2(8,3)	13(54,2)	8(33,3)

(continua)

					(conclusão)
12- Sabe como utilizar estratégias de comunicação com resultados favoráveis na condução da equipe de trabalho nos contextos de comunicação necessários.	AA	-	2(8,3)	13(54,2)	8(33,3) 1(4,2)
	DC	-	1(4,2)	12(50,0)	9(37,5) 2(8,3)
	DD	-	1(4,2)	8(33,3)	9(37,5) 6(25,0)
13- Sabe como elaborar normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	AA	1(4,2)	10(41,7)	10(41,7)	3(12,5) -
	DC	-	8(33,3)	11(45,8)	4(16,7) 1(4,2)
	DD	1(4,2)	5(20,8)	10(41,7)	7(29,2) 1(4,2)
14- Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	AA	1(4,2)	3(12,5)	14(58,3)	5(20,8) 1(4,2)
	DC	-	3(12,5)	10(41,7)	9(37,5) 2(8,3)
	DD	-	2(8,3)	9(37,5)	12(50,0) 1(4,2)
15- Sabe como utilizar a comunicação de forma terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.	AA	-	1(4,2)	8(33,3)	13(54,2) 2(8,3)
	DC	-	1(4,2)	10(41,7)	11(45,8) 2(8,3)
	DD	-	1(4,2)	5(20,8)	15(62,5) 3(12,5)
16- Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.	AA	-	3(12,5)	13(54,2)	7(29,2) 1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	13(54,2)	6(25,0) 3(12,5)
	DD	-	1(4,2)	8(33,3)	13(54,2) 2(8,3)
17- Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando uma conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.	AA	-	1(4,2)	8(33,3)	12(50,0) 3(12,5)
	DC	-	1(4,2)	7(29,2)	13(54,2) 3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	4(16,7)	14(58,3) 4(16,7)
18- Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente, definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.	AA	-	-	4(16,7)	17(70,8) 3(12,5)
	DC	-	-	9(37,5)	11(45,8) 4(16,7)
	DD	-	1(4,2)	8(33,3)	11(45,8) 4(16,7)
Total	AA	-	-	3(12,5)	19(79,2) 2(8,3)
	DC	-	-	2(8,3)	18(75,0) 4(16,7)
	DD	-	-	2(8,3)	15(62,5) 7(29,2)

Legenda: AA: antes da aula; DC: depois do cenário; DD: depois do *debriefing*; N: nada; MP: muito pouco; MM: mais ou menos; B: bastante; E: extremamente.

A tabela 12 apresenta a distribuição das frequências por tipo de resposta para os itens do componente conhecimentos. Observa-se que na aplicação do teste antes da aula-padrão, apenas três itens (3, 13 e 14) apresentaram 1(4,2%) resposta para a classificação *nada*. Por outro lado, 18 itens apresentaram classificação para *extremamente*, variando de 1(4,2%) a 6(25,0%) estudantes.

O item 10 apresentou padrão de resposta homogêneo com destaque positivo para a não escolha de respostas *nada* e *muito pouco* nos três momentos de aplicação do teste piloto. Para este item, antes da aula padrão, houve predominância de respostas *mais ou menos* por 12(50%) estudantes, enquanto no intrateste, 15 (62,5%) dos estudantes se autoavaliaram como *bastante*, e no pós-teste a predominância foi para 11(45,8%) se autorreferirem *bastante*.

A distribuição total de respostas para os itens do componente conhecimentos evidencia a autoavaliação *bastante* por 19 (79,2%), 18(75%) e 15 (62,5%) estudantes, respectivamente no pré-teste, intrateste e pós-teste.

Tabela 13 - Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente conhecimentos da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, Brasil, 2016

(continua)

VARIÁVEIS	Antes da aula	Depois do cenário	Depois do <i>debriefing</i>	p valor
	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	
Escore total (18 a 90)				
1-Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação que permitem interação nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa.	3(0,75)	3(1,0)	3(1,0)	0,107 ^{a1} 0,739 ^{b1} 0,107 ^{c1}
2- Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).	3,5(2,0)	4(1,0)	3,5(1,0)	0,084 ^{a1} 0,564 ^{b1} 0,314 ^{c1}
3- Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.	3(1,75)	3(1,0)	3,0(1,0)	0,637 ^{a1} 0,439 ^{b1} 0,268 ^{c1}
4- Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.	4(1,75)	4(1,0)	4(0,0)	0,206 ^{a1} 0,046 ^{b1} 0,663 ^{c1}
5- Identifica os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.	3(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,475 ^{a1} 0,317 ^{b1} 0,157 ^{c1}
6- Explica os processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.	3(1,0)	3(1,0)	3(1,0)	0,022 ^{a1} 0,467 ^{b1} 0,008 ^{c1}
7- Compreende a rede formal de comunicação na organização, traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.	4(0,75)	4(0,0)	4(1,0)	0,739 ^{a1} 0,405 ^{b1} 0,378 ^{c1}
8- Compreende a rede informal de comunicação da organização, utilizando-se desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.	4(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,163 ^{a1} 0,206 ^{b1} 0,685 ^{c1}
9- Enuncia linguagem científica em saúde adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.	4(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,564 ^{a1} 0,132 ^{b1} 0,117 ^{c1}
10- Enuncia linguagem científica relacionada aos equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares, necessária na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.	3,5(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,527 ^{a1} 0,414 ^{b1} 0,248 ^{c1}
11- Reconhece barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.	4(1,5)	4(1,0)	4(1,0)	0,197 ^{a1} 0,755 ^{b1} 0,206 ^{c1}
12- Sabe como utilizar estratégias de comunicação com resultados favoráveis na condução da equipe de trabalho nos contextos de comunicação necessários.	3(1,0)	3(1,0)	4(1,75)	0,360 ^{a1} 0,046 ^{b1} 0,021 ^{c1}
13- Sabe como elaborar normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	3(1,0)	3(1,0)	3(1,75)	0,008 ^{a1} 0,206 ^{b1} 0,002 ^{c1}
14- Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	3(0,75)	3(1,0)	4(1,0)	0,059 ^{a1} 0,527 ^{b1} 0,049 ^{c1}
15- Sabe como utilizar a comunicação de forma terapêutica no	4(1,0)	4(1,0)	4(0,75)	0,617 ^{a1}

				(conclusão)
acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.				0,083 ^{b1} 0,371 ^{c1}
16- Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.	3(1,0)	3(1,0)	4(1,0)	0,157 ^{a1} 0,109 ^{b1} 0,032 ^{c1}
17- Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando uma conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.	4(1,0)	4(1,0)	4(0,75)	0,773 ^{a1} 0,527 ^{b1} 0,477 ^{c1}
18- Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente, definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.	4(0,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,285 ^{a1} 0,705 ^{b1} 0,166 ^{c1}
Total	M(±DP)	M(±DP)	M(±DP)	
	62,1(7,4)	64,5(9,2)	66,2(10,6)	0,116 ^{a2} 0,121 ^{b2} 0,047 ^{c2}

Legenda: Me(±IIQ): mediana(±intervalo interquartil); M(±DP): média(±desvio padrão); a: antes da aula; b: depois do cenário; c: depois do *debriefing*; 1: significância do Teste de Wilcoxon; 2: significância do Teste t de Student.

Os intervalos de escores para o componente conhecimentos foram baseados nos quartis da variação total individual, da seguinte forma: 18 (nada); 19 a 36 (muito pouco); 37 a 54 (mais ou menos); 55 a 72 (bastante); 73 a 90 (extremamente).

Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores totais para o componente conhecimentos ($p=0,047$) entre o primeiro (antes da aula) e o último momento (depois do *debriefing*) de avaliação, cujas medidas foram 62,1(±7,4) e 66,3(±10,6), respectivamente. Essas elevações foram superiores às observadas nos escores totais de habilidades ($p>0,05$) e atitudes ($p>0,05$) e no escore global do instrumento ($p>0,05$).

Notou-se que, para os conhecimentos, houve um aumento de 4,2 pontos na média, indicando a melhoria na autoavaliação dos estudantes quanto a esse componente da competência comunicação profissional em enfermagem. Contudo, também foi identificado o aumento de 3,2 unidades no desvio padrão, apontando uma maior variabilidade de respostas.

Analisando a variação dos escores totais individuais entre o primeiro e o último momento, percebe-se que 9(37,5%) estudantes diminuiram, 14(58,3%) aumentaram e 1(4,2%) mantiveram a pontuação inicial ao final.

Quanto à variação dos escores individuais dos itens, observa-se que houve diferença estatística significativa entre o primeiro e o segundo momento para os itens 6 ($p=0,022$) e 13 ($p=0,008$). Para o intervalo entre o segundo e o terceiro momento houve diferença significativa nos itens 4 ($p=0,046$) e 12 ($p=0,046$). No intervalo entre a aplicação antes da aula e após o *debriefing*, houve diferença

estatística significativa nos itens 6 ($p=0,008$), 12 ($p=0,021$), 13 ($p=0,002$), 14 ($p=0,049$) e 16 ($p=0,032$).

Tabela 14 - Distribuição da frequência por tipo de resposta para o item do componente habilidades da competência comunicação dos estudantes ($n=24$) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, 2016

VARIÁVEIS	Momento	n(%)				
		N	MP	MM	B	E
19- Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas, inclusive, projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	AA	3(12,5)	11(45,8)	6(25,0)	3(12,5)	1(4,2)
	DC	-	1(4,2)	4(16,7)	18(75,0)	1(4,2)
	DD	-	2(8,3)	7(29,2)	12(50,0)	3(12,5)
20- Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.	AA	-	1(4,2)	4(16,7)	16(66,7)	3(12,5)
	DC	-	2(8,3)	12(50,0)	7(29,2)	3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	7(29,2)	12(50,0)	3(12,5)
21- Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.	AA	1(4,2)	2(8,3)	15(62,5)	4(16,7)	2(8,3)
	DC	-	2(8,3)	12(50,0)	7(29,2)	3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	12(50,0)	7(29,2)	3(12,5)
22- Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	AA	1(4,2)	4(16,7)	6(25,0)	12(50,0)	1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	12(50,0)	7(29,2)	3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	10(41,7)	9(37,5)	3(12,5)
23- Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.	AA	-	8(33,3)	13(54,2)	3(12,5)	-
	DC	-	2(8,3)	11(45,8)	8(33,3)	3(12,5)
	DD	-	3(12,5)	10(41,7)	8(33,3)	3(12,5)
24- Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir pensamentos e ideias para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo, família ou equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).	AA	-	1(4,2)	10(41,7)	12(50,0)	1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	11(45,8)	9(37,5)	2(8,3)
	DD	-	1(4,2)	11(45,8)	10(41,7)	2(8,3)
25- Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de enfermagem.	AA	-	-	9(37,4)	13(54,2)	2(8,3)
	DC	-	2(8,3)	8(33,3)	13(54,2)	1(4,2)
	DD	-	2(8,3)	10(41,7)	9(37,5)	3(12,5)
26- Aplica a persuasão em clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.	AA	1(4,2)	3(12,5)	7(29,2)	10(41,7)	3(12,5)
	DC	1(4,2)	1(4,2)	10(41,7)	10(41,7)	2(8,3)
	DD	1(4,2)	11(45,8)	8(33,3)	4(16,7)	-
27- Integra, coopera e conduz a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.	AA	1(4,2)	1(4,2)	12(50,0)	8(33,3)	2(8,3)
	DC	-	2(8,3)	9(37,5)	9(37,5)	4(16,7)
	DD	-	2(8,3)	13(54,2)	5(20,8)	4(16,7)
28- Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.	AA	-	3(12,5)	6(25,0)	9(37,5)	6(25,0)
	DC	-	-	10(41,7)	11(45,8)	3(12,5)
	DD	-	-	10(41,7)	10(41,7)	4(16,7)
29- Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não verbal, de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.	AA	-	1(4,2)	9(37,5)	11(45,8)	3(12,5)
	DC	-	1(4,2)	10(41,7)	12(50,0)	1(4,2)
	DD	-	1(4,2)	9(37,5)	12(50,0)	2(8,3)
30- Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.	AA	-	1(4,2)	8(33,3)	13(54,2)	2(8,3)
	DC	-	-	12(50,0)	12(50,0)	-
	DD	-	-	9(37,5)	12(50,0)	3(12,5)
Total	AA			5(20,8)	17(70,8)	2(8,3)
	DC			3(12,5)	17(70,8)	4(16,7)
	DD			4(16,7)	15(62,5)	5(20,8)

Legenda: AA: antes da aula; DC: depois do cenário; DD: depois do *debriefing*; N: nada; MP: muito pouco; MM: mais ou menos; B: bastante; E: extremamente.

A tabela 14 apresenta a distribuição das frequências por tipo de resposta para os itens do componente habilidades. Observa-se que o item 19 referente a habilidades de elaboração de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas, apresentou no pré-teste, 3(12,5%) avaliações para *nada* e 11(45,8%) para *muito pouco*. Outros quatro itens (21, 22, 23 e 27) apresentaram classificação para *nada* por 1(4,2%) estudante.

Dos 12 itens de habilidades, nove (19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28 e 29) apresentaram avaliação para extremamente nos três momentos de aplicação do teste piloto com frequências variando entre 1(4,2%) a 6(25,0%) estudantes.

A distribuição total de respostas para os itens do componente habilidade evidencia a predominância da autoavaliação *bastante* por 17(70,8%), 17(70,8%) e 15 (62,5%) estudantes, respectivamente no pré-teste, intrateste e pós-teste.

Tabela 15 - Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente habilidades da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, Brasil, 2016

VARIÁVEIS	Antes da aula	Depois do cenário	Depois do <i>debriefing</i>	p valor
	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	
Escore total (12 a 60)				
19- Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas, inclusive, projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.	2(1,0)	3(0,0)	3(1,0)	0,027 ^{a1} 0,157 ^{b1} 0,202 ^{c1}
20- Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.	4(0,0)	4(0,0)	4(1,0)	0,480 ^{a1} 0,317 ^{b1} 0,197 ^{c1}
21- Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.	3(0,75)	3(1,0)	3(1,0)	0,166 ^{a1} 1,00 ^{b1} 0,118 ^{c1}
22- Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.	4(1,0)	3(1,0)	3,5(1,0)	0,485 ^{a1} 0,414 ^{b1} 0,272 ^{c1}
23- Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.	4(1,0)	3(1,0)	3(1,0)	0,090 ^{a1} 0,850 ^{b1} 0,085 ^{c1}
24- Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir pensamentos e ideias para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo, família ou equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).	4(1,0)	3(1,0)	2,5(1,0)	0,637 ^{a1} 0,480 ^{b1} 1,00 ^{c1}
25- Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de enfermagem.	4(1,0)	4(1,0)	3,5(1,0)	0,305 ^{a1} 1,00 ^{b1} 0,285 ^{c1}
26- Aplica a persuasão em clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.	4(1,0)	3,5(1,0)	3,5(1,0)	1,00 ^{a1} 0,317 ^{b1} 0,439 ^{c1}
27- Integra, coopera e conduz a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.	3(1,0)	4(1,0)	3(1,0)	0,134 ^{a1} 0,102 ^{b1} 0,617 ^{c1}
28- Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.	4(1,75)	4(1,0)	4(1,0)	0,856 ^{a1} 0,739 ^{b1} 0,976 ^{c1}
29- Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não verbal, de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.	4(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,439 ^{a1} 0,480 ^{b1} 0,796 ^{c1}
30- Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.	4(1,0)	3,5(1,0)	4(1,0)	0,317 ^{a1} 0,058 ^{b1} 0,564 ^{c1}
Total	M(\pmDP) 41,8(6,5)	M(\pmDP) 42,0(6,7)	M(\pmDP) 42,1(7,7)	0,886 ^{a2} 0,817 ^{b2} 0,801 ^{c2}

Legenda: Me(\pm IIQ): mediana(\pm intervalo interquartil). M(\pm DP): média(\pm desvio padrão). a: antes da aula. b: depois do cenário. c: depois do *debriefing*. 1: significância do Teste de Wilcoxon. 2: significância do Teste de Student.

Os intervalos de escores para o componente habilidades foram estabelecidos conforme os quartis da variação total individual, da seguinte forma: 12 (*nada*); 13 a 24 (*muito pouco*); 25 a 36 (*mais ou menos*) e 37 a 48 (*bastante*) e 49 a 60 (*extremamente*).

Verificou-se que houve um crescimento gradual, ainda que discreto, nas médias dos escores totais para o componente habilidades entre o primeiro e o último momento ($p>0,05$), entre o segundo e o terceiro momento ($p>0,05$) e entre o primeiro e o terceiro momento ($p>0,05$).

Analisando a variação dos escores totais individuais entre o primeiro e o último momento, percebe-se que 10(41,7%) diminuíram, 13(54,1%) aumentaram e 1(4,2%) manteve a pontuação inicial quando comparada a final.

Quanto à variação dos escores individuais dos itens, observa-se que houve diferença estatística significativa entre o primeiro e segundo momento para o item 19 ($p=0,027$).

Tabela 16 - Distribuição da frequência por tipo de resposta para o item do componente atitudes da competência comunicação dos estudantes ($n=24$) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, 2016

VARIÁVEIS	Momento	n(%)				
		N	MP	MM	B	E
31- Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.	AA	-	-	5(20,8)	13(54,2)	6(25,0)
	DC	-	-	4(16,7)	13(54,2)	7(29,2)
	DD	-	-	4(16,7)	12(50,0)	8(33,3)
32- Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade.	AA	-	-	6(25,0)	13(54,2)	5(20,8)
	DC	-	-	4(16,7)	15(62,5)	5(20,8)
	DD	-	-	3(12,5)	12(50,0)	9(37,5)
33- Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.	AA	-	-	7(29,2)	12(50,0)	5(20,8)
	DC	-	-	8(33,3)	13(54,2)	3(12,5)
	DD	-	-	5(20,8)	12(50,0)	7(29,2)
34- Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.	AA	-	1(4,2)	11(45,8)	8(33,3)	4(16,7)
	DC	-	-	7(29,2)	14(58,3)	3(12,5)
	DD	-	-	8(33,3)	12(50,0)	4(16,7)
35- Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.	AA	1(4,2)	2(8,3)	13(54,2)	7(29,2)	1(4,2)
	DC	1(4,2)	2(8,3)	15(62,5)	5(20,8)	1(4,2)
	DD	-	3(12,5)	13(54,2)	4(16,7)	4(16,7)
36- Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes.	AA	1(4,2)	4(16,7)	14(58,3)	4(16,7)	1(4,2)
	DC	-	4(16,7)	16(66,7)	2(8,3)	2(8,3)
	DD	-	4(16,7)	13(54,2)	3(12,5)	4(16,7)
37- Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.	AA	-	1(4,2)	5(20,8)	14(58,3)	4(16,7)
	DC	-	1(4,2)	11(45,8)	9(37,5)	3(12,5)
	DD	-	2(8,3)	8(33,3)	10(41,7)	4(16,7)
38- Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens	AA	-	1(4,2)	4(16,7)	17(70,8)	2(8,3)
	DC	-	-	10(41,7)	10(41,7)	4(16,7)

(continua)

						(conclusão)
aos diferentes perfis de clientela, vencendo ruídos comunicacionais.	DD	-	-	11(45,8)	9(37,5)	4(16,7)
39- Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.	AA	-	-	12(50,0)	9(37,5)	3(12,5)
	DC	-	4(16,7)	9(37,5)	10(41,7)	1(4,2)
	DD	-	2(8,3)	11(45,8)	7(29,2)	4(16,7)
40- Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas, utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.	AA	1(4,2)	4(16,7)	15(62,5)	3(12,5)	1(4,2)
	DC	1(4,2)	3(12,5)	12(50,0)	5(25,0)	2(8,3)
	DD	-	4(16,7)	9(37,5)	7(29,2)	4(16,7)
41- Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho que permita acolhimento terapêutico da clientela.	AA	-	1(4,2)	5(20,8)	11(45,8)	7(29,2)
	DC	-	-	8(33,3)	12(50,0)	4(16,7)
	DD	-	1(4,2)	5(20,8)	14(58,3)	4(16,7)
42- Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.	AA	-	1(4,2)	14(58,3)	9(37,5)	-
	DC	-	2(8,3)	4(16,7)	12(50,0)	6(25,0)
	DD	-	-	4(16,7)	14(58,3)	6(25,0)
43- Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.	AA	-	1(4,2)	1(4,2)	12(50,0)	10(41,7)
	DC	-	-	6(25,0)	13(54,2)	5(20,8)
	DD	-	-	5(20,8)	13(54,2)	6(25,0)
44- Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.	AA	-	-	5(20,8)	16(66,7)	3(12,5)
	DC	-	-	11(45,8)	13(54,2)	-
	DD	-	-	7(29,2)	14(58,3)	3(12,5)
45- Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho.	AA	-	2(8,3)	7(29,2)	14(58,3)	1(4,2)
	DC	-	2(8,3)	11(45,8)	10(41,7)	1(4,2)
	DD	-	1(4,2)	9(37,5)	12(50,0)	2(8,3)
46- Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.	AA	-	1(4,2)	8(33,3)	14(58,3)	1(4,2)
	DC	-	1(4,2)	10(41,7)	10(41,7)	3(12,5)
	DD	-	-	9(37,5)	12(50,0)	3(12,5)
Total	AA	-	-	1(4,2)	17(70,8)	6(25,0)
	DC	-	-	2(8,3)	17(70,8)	5(20,8)
	DD	-	-	2(8,3)	14(58,3)	8(33,3)

Legenda: AA: antes da aula; DC: depois do cenário; DD: depois do *debriefing*; N: nada; MP: muito pouco; MM: mais ou menos; B: bastante; E: extremamente.

A tabela 16 apresenta a distribuição das frequências por tipo de resposta para os itens do componente atitudes. Observa-se que os estudantes apresentaram uma melhor autoavaliação para este componente, em detrimento das avaliações para conhecimentos e habilidades. Dos 16 itens de atitudes, nove (31, 32, 33, 34, 38, 42, 43, 44 e 46) não apresentaram padrões de respostas *nada* e *muito pouco*.

Observou-se também uma autoavaliação satisfatória de atitudes em todos os momentos, com frequência de 1(4,2%) a 10(41,7%) respostas de estudantes como *extremamente*.

A distribuição total de respostas para os itens do componente atitude evidencia a predominância da autoavaliação *bastante* por 17(70,8%), 17(70,8%) e 14 (58,3%) estudantes, respectivamente no pré-teste, intrateste e pós-teste.

Tabela 17 - Distribuição das medianas (\pm intervalo interquartil), por item e médias (\pm desvio padrão) do escore total do componente atitudes da competência comunicação dos estudantes (n=24) antes da aula, depois do cenário de simulação e depois do *debriefing*. Teresina, PI, Brasil, 2016

VARIÁVEIS	Antes	Depois do	Depois do	p valor
	da aula	cenário	<i>debriefing</i>	
	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	Me(\pm IIQ)	
(continua)				
Escore total (16 a 80)				
31- Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.	4(0,75)	4(1,0)	4(1,0)	0,593 ^{a1} 0,782 ^{b1} 0,475 ^{c1}
32- Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade.	4(0,75)	4(0,0)	4(1,0)	0,527 ^{a1} 0,166 ^{b1} 0,149 ^{c1}
33- Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.	4(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,553 ^{a1} 0,020 ^{b1} 0,328 ^{c1}
34- Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.	3,5(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,197 ^{a1} 1,00 ^{b1} 0,302 ^{c1}
35- Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.	3(1,0)	3(0,75)	3(1,0)	0,617 ^{a1} 0,177 ^{b1} 0,439 ^{c1}
36- Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes.	3(0,0)	3(0,0)	3(1,0)	0,527 ^{a1} 0,160 ^{b1} 0,131 ^{c1}
37- Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.	4(0,75)	3,5(1,0)	4(1,0)	0,035 ^{a1} 0,527 ^{b1} 0,236 ^{c1}
38- Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela, vencendo ruídos comunicacionais.	4(0,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,617 ^{a1} 0,763 ^{b1} 0,467 ^{c1}
39- Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.	3,5(1,0)	3(1,0)	3(1,0)	0,205 ^{a1} 0,166 ^{b1} 0,861 ^{c1}
40- Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas, utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.	3(0,0)	3(1,0)	3(1,0)	0,130 ^{a1} 0,177 ^{b1} 0,015 ^{c1}
41- Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho que permita acolhimento terapêutico da clientela.	4(1,75)	4(1,0)	4(0,75)	0,285 ^{a1} 0,782 ^{b1} 0,467 ^{c1}
42- Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.	4(1,0)	4(1,5)	4(0,75)	0,013 ^{a1} 0,285 ^{b1} 0,083 ^{c1}
43- Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.	4(1,0)	4(0,75)	4(0,75)	0,074 ^{a1} 0,593 ^{b1} 0,157 ^{c1}
44- Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.	4(0,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,013 ^{a1} 0,035 ^{b1} 0,527 ^{c1}
45- Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho.	4(1,0)	3(1,0)	4(1,0)	0,346 ^{a1} 0,197 ^{b1} 0,793 ^{c1}
46- Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.	4(1,0)	4(1,0)	4(1,0)	0,973 ^{a1} 0,257 ^{b1} 0,467 ^{c1}

Total	(conclusão)			
	M(±DP)	M(±DP)	M(±DP)	
	59,8(7,6)	58,2(7,9)	60,6(9,5)	0,251 ^{a2}
				0,083 ^{b2}
				0,693 ^{c2}

Legenda: Me(±IIQ): mediana(±intervalo interquartil). M(±DP): média(±desvio padrão). a: antes da aula. b: depois do cenário. c: depois do *debriefing*. 1: significância do Teste de Wilcoxon. 2: significância do Teste de Student.

Os intervalos de escores para o componente atitudes foram estabelecidos conforme os quartis da variação total individual, da seguinte forma: 16 (*nada*); 17 a 32 (*muito pouco*); 33 a 48 (*mais ou menos*) e 49 a 64 (*bastante*) e 65 a 80 (*extremamente*).

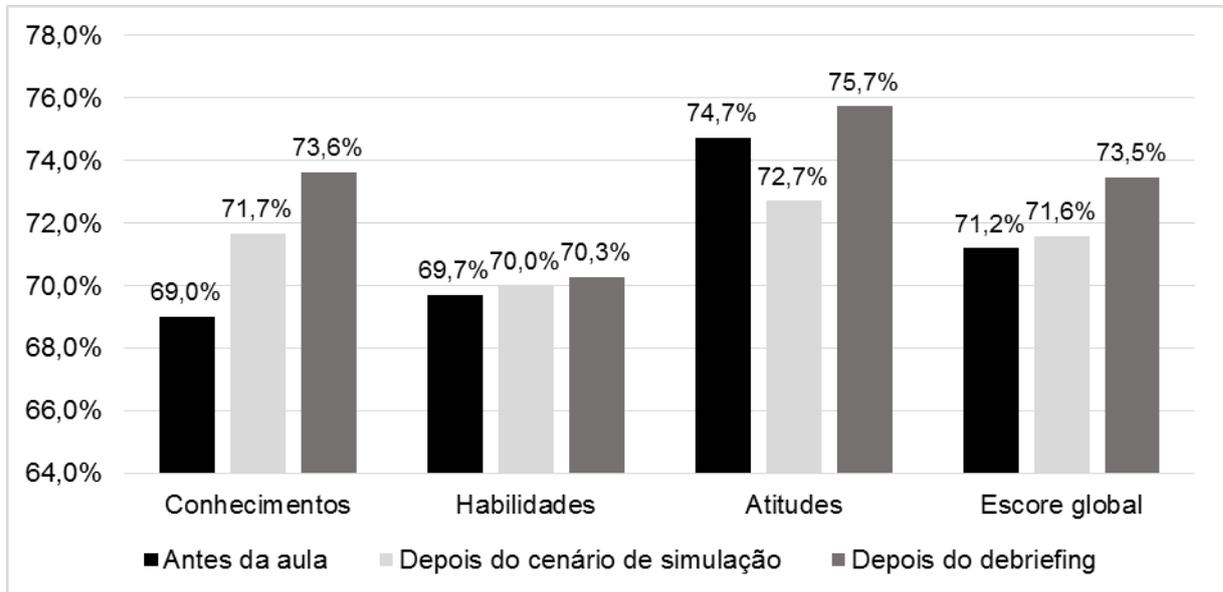
Verificou-se que entre os três momentos de aplicação piloto, houve e aumento das médias dos escores do componente atitudes entre o pré-teste e o pós-teste, e entre o intratesto e o pós-teste ($p > 0,05$), e uma diminuição das médias dos escores entre o pré-teste e o intratesto ($p > 0,05$).

Analisando a variação dos escores totais individuais dos estudantes entre o primeiro e o segundo momento, percebe-se que 16(66,7%) diminuíram e 8(33,3%) aumentaram a pontuação total. Em contrapartida, no intervalo entre a aplicação após o cenário de simulação e após o *debriefing* 9(37,5%) estudantes diminuíram seus escores, enquanto 13(54,2%) aumentaram e 2(8,3%) mantiveram a pontuação total.

Quanto à variação dos escores individuais dos itens, observa-se que houve diferença estatística significativa entre o primeiro e o segundo momento para os itens 37 ($p = 0,035$), 42 ($p = 0,013$) e 44 ($p = 0,013$). Estes se referem a atitudes para registro de informações do paciente e para comunicação terapêutica, e o baixo escore aos itens repercutiu diretamente na diminuição do escore global dos estudantes. Entre o segundo e o terceiro momento, os estudantes apresentaram escores significativos para o escore global nos itens 33 ($p = 0,020$) e 44 ($p = 0,035$). Entre o primeiro e o último momento, o item 40 apresentou a diferença estatística mais significativa ($p = 0,015$).

O gráfico 1 apresenta abaixo a distribuição das frequências relativas aos escores totais máximos dos componentes do CHA e do escore global do instrumento antes da aula, depois do cenário e depois do *debriefing*.

Gráfico 1 - Distribuição das frequências relativas aos escores totais máximos dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes e do escore global do instrumento antes da aula, depois do cenário e depois do debriefing. Teresina, PI, Brasil, 2016



Foram realizados testes comparativos dois a dois. O de escolha foi o teste t dependente de Student atendidos os pressupostos: normalidade dos dados na variável em duas medições e amostras dependentes, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Os percentuais apresentados no gráfico 1 referem-se ao valor médio dos escores em relação ao valor máximo que os estudantes poderiam atingir para cada um dos componentes, sendo 90 pontos para conhecimentos, 60 pontos para habilidades e 80 pontos para atitudes.

Para o escore global do instrumento, foi identificada melhora no desempenho dos estudantes nos três momentos de avaliação, nos quais as médias para a competência dos estudantes variaram de 163,7($\pm 20,6$) a 169($\pm 26,6$), representando 5,3 (2,3%) pontos ($p > 0,05$).

Antes da aula, a maioria teve uma autoavaliação que representou medidas *bastante* 17(70,8%), *extremamente* 4(16,7%) e *mais ou menos* 3(12,5%) para o exercício da competência. Após o desenvolvimento do cenário de simulação clínica, 18(75,0%) estudantes se avaliaram como *bastante* competentes, 4(16,7%) como *extremamente* e 2(8,3%) como *mais ou menos* competentes no exercício da comunicação. Na avaliação após o debriefing, 16(66,7%) obtiveram resultados para

bastante, 6(25,0%) para *extremamente* e 2(8,3%) para *mais ou menos* em nível da competência comunicação profissional em enfermagem.

Notou-se que o componente “atitude” foi o que mais contribuiu descritivamente para o valor do escore global da competência comunicação em enfermagem. Em especial, pela diminuição das frequências relativas aos escores totais máximos entre o pré-teste (74,7%) e o intrateste (72,7%) e posterior elevação no pós-teste (75,7%).

Comparando-se as diferenças dos escores nos intervalos “antes da aula e depois do cenário” (primeiro intervalo) com “depois do cenário e depois do debriefing” (segundo intervalo), foi identificada significância estatística para o fator “atitude” ($p=0,025$), cujas medianas das variações foram $-2,5(\pm 8,75)$ e $1,0(\pm 7,5)$, respectivamente, representando uma diferença de 3,5 pontos na posição central entre os intervalos de avaliação.

No entanto, ainda que tenha ocorrido uma elevação na média dos escores de atitudes no pré-teste, esta elevação não foi suficiente para compensar a diminuição na média dos escores desse componente no intrateste. Estes fatores foram preponderantes para justificar a ausência de diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores, entre o pré-teste e o pós-teste na avaliação para o componente atitudes.

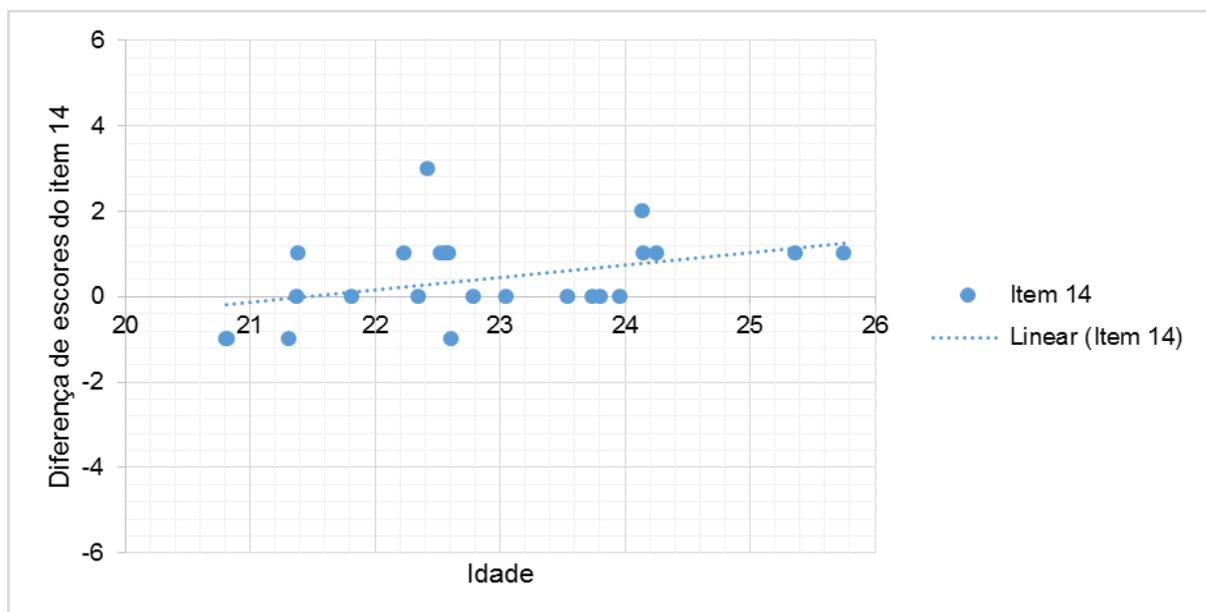
Tabela 18 - Associações entre as variáveis socioeducativas e os itens significativos do instrumento da competência comunicação em estudantes de enfermagem ($n=24$) que apresentaram diferenças significativas. Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	Item	Componente	ESCORE		Valor do teste
			Me(\pm IIQ)	Mín-Máx	
Idade	14	Conhecimento	3,0(0,75) ^a	1-5 ^a	0,041 ¹
			4,0(1,0) ^c	2-5 ^c	
Período da primeira vez em simulação	4	Conhecimento	4,0(1,0) ^b	2-5 ^b	0,046 ³
			4,0(0,0) ^c	2-5 ^c	
Participação em atividades de comunicação	16	Conhecimento	3,0(1,0) ^a	2-5 ^a	0,015 ²
			4,0(1,0) ^c	2-5 ^c	
Intervalo entre a atual e a última experiência em simulação	44	Atitude	4,0(0,0) ^a	3-5 ^a	0,032 ²
			4,0(1,0) ^b	3-4 ^b	
Intervalo entre a atual e a última experiência em simulação	40	Atitude	3,0(0,0) ^a	1-5 ^a	0,036 ¹
			3,0(1,0) ^c	2-5 ^c	

Legenda: M(\pm DP): média(\pm desvio padrão). Me(\pm IIQ): mediana(\pm intervalo interquartil). a: antes da aula. b: depois do cenário. c: depois do *debriefing*. 1: significância da correlação de Spearman. r: coeficiente de correlação de Spearman. 2: significância do Teste de Mann-Whitney. 3: significância do teste de Kruskal-Wallis.

Considerando-se as variações globais e por componente dos escores entre o último (depois do *debriefing*) e o primeiro (antes da aula) momento, não foram verificadas relações estatisticamente significativas com as características socioeducativas ($p>0,05$). Contudo, dentre os itens de conhecimentos, habilidades e atitudes, que apresentaram diferenças expressivas nas medianas dos escores individuais, foram identificadas relações significativas, comparando-se os três momentos apresentados na tabela 18.

Gráfico 2 - Correlação linear entre a idade e a diferença de escores do item 14 do componente conhecimentos entre o pré-teste e o pós-teste. Teresina, PI, Brasil, 2016



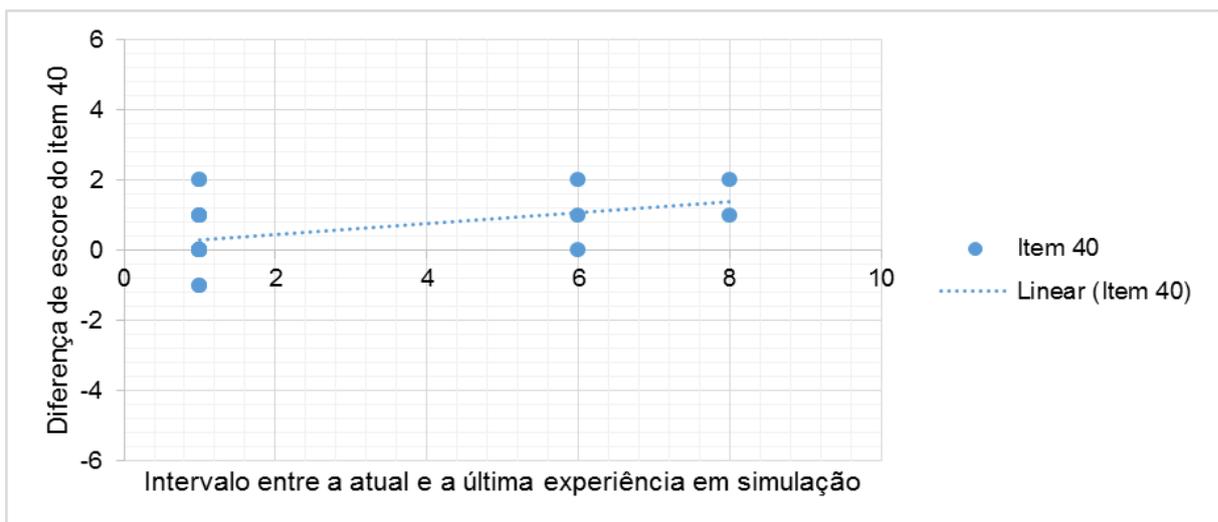
O gráfico 2 apresenta a correlação linear entre a idade e a diferença de escores do item 14 do componente conhecimentos entre o pré-teste e o pós-teste. Observou-se que a idade apresentou uma relação ($r=0,420$), ($p=0,041$) diretamente proporcional com o item 14, que corresponde *ao conhecimento necessário para selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz*. Foi utilizado o teste de Spearman, por ser indicado para avaliar correlações em variáveis quantitativas.

Os estudantes que vivenciaram a primeira simulação de forma mais precoce, apresentaram melhores escores de autoavaliação para o item 4, que se refere ao

conhecimento para *interpretar aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde*. Foi utilizado o teste de significância de Kruskal-Wallis, por ser o teste não paramétrico que compara medianas em variáveis politômicas.

Percebe-se que os estudantes que referiram já ter participado de atividades educacionais de comunicação apresentaram uma menor mediana dos escores do item 44 após o cenário de simulação que se refere à *certificação da exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar*.

Gráfico 3 - Correlação linear entre intervalo da atual e a última experiência em simulação e a diferença de escores do item 40 do componente atitudes entre o pré-teste e o pós-teste. Teresina, PI, Brasil, 2016

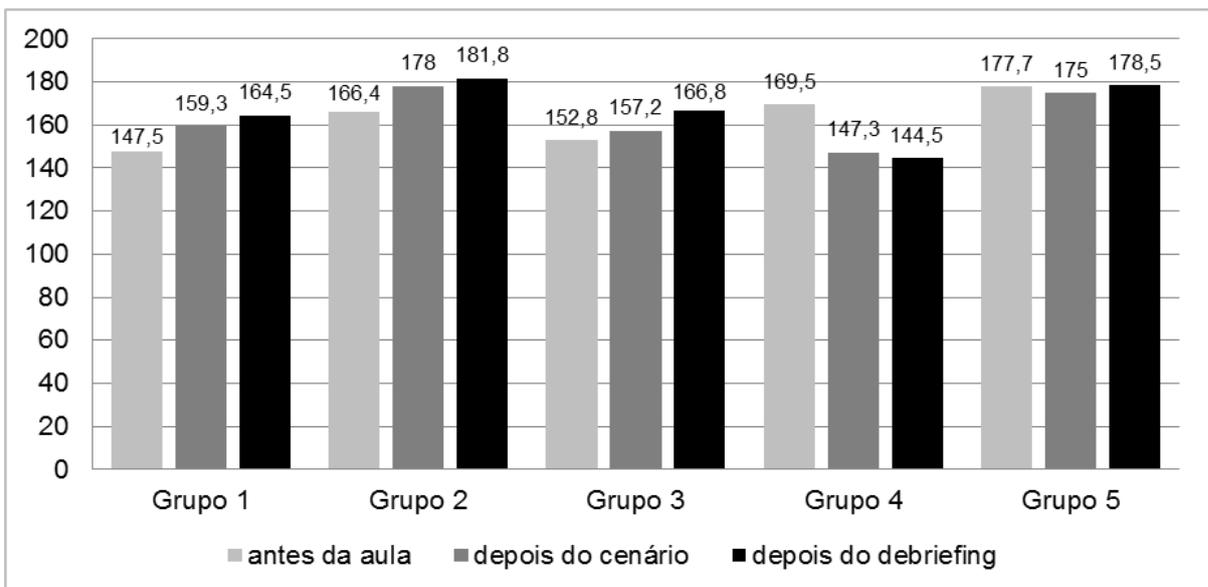


A análise da relação entre as respostas ao item 40 e o intervalo entre a primeira e a última experiência em simulação demonstrou que os estudantes que realizaram a última simulação nos últimos seis e oito meses apresentaram melhores escores totais para o item em questão ($r=0,429$) do que aqueles que vivenciaram a última simulação avançada há um mês ($p=0,0361$) (Gráfico 3). O item se refere à *atitude para agilidade na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas, utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação*.

O gráfico 4 apresenta a caracterização dos cinco grupos de simulação conforme as médias dos escores globais e por componente do CHA da competência comunicação nos momentos antes da aula, depois do cenário e após e *debriefing*. A

amostra apresentava distribuição nos grupos da seguinte forma: grupo 1: 4(16,7%), grupo 2: 5(20,8%); grupo 3: 5(20,8%), grupo 4: 4(16,7%) e grupo 5: 6(25,0%) estudantes.

Gráfico 4 - Caracterização dos grupos de simulação (n=5) conforme médias dos escores globais e por componente da competência comunicação nos três momentos de aplicação piloto do instrumento. Teresina, PI, Brasil, 2016



A análise do escore global nos cinco grupos, comparando-se a aplicação dos três testes pilotos, evidenciou mudanças satisfatórias nos escores dos grupos 1 ($p>0,05$), 2 ($p=0,021$), 3 ($p>0,05$) e 5 ($p>0,05$). Para o grupo 2 as mudanças mais significativas ocorreram entre o pré-teste e o pós-teste ($p=0,042$).

Houve decréscimo na média dos escores globais entre os três momentos apenas no grupo 4 ($p=0,039$). Observa-se que essa diminuição nas médias dos escores globais do grupo 4 estava associada principalmente à redução contínua das médias dos escores dos componentes conhecimentos ($p=0,03$) e habilidades ($p=0,038$) nos três momentos de aplicação piloto.

Tabela 19 - Medidas dos modelos de regressão linear dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes de enfermagem (n=24) na composição da competência profissional comunicação. Teresina, PI, Brasil, 2016

Medidas	Global	Conhecimento	Habilidade	Atitude
M(±DP)	169(26,58)	66,25(10,61)	42,17(7,73)	60,58(9,46)
β_0		8,50	30,08	8,61
β_1		2,42	3,29	2,65
Correlação		r=0,967 <0,0001 ^p	r=0,958 <0,0001 ^p	r=0,942 <0,0001 ^p
R ²		0,932	0,919	0,888
Modelo estimado		EG=8,5+2,42 · C	EG=30,1+3,29 · H	EG=8,61+2,65 · A
Teste F		316,02	248,27	173,71
p valor		<0,0001 ^t	<0,0001 ^t	<0,0001 ^t

Legenda: M(±DP): média(±desvio padrão); β_0 : coeficiente linear (intercepto); β_1 : coeficiente angular (inclinação da reta); p: significância da correlação de Pearson; r: coeficiente de correlação de Pearson; R²: coeficiente de determinação; EG: escore global; C: escore total de conhecimento; H: escore total de habilidade; A: escore total de atitude; Teste F: avaliação do modelo; t: significância do teste de avaliação do modelo.

Os componentes conhecimentos ($p=0,967$) e habilidades ($p=0,919$) apresentaram correlações muito altas com o escore global do instrumento, enquanto atitudes ($p=0,888$) demonstraram uma correlação alta ($p<0,0001$). Caso a medida dos conhecimentos aumente em 1(um) desvio padrão (10,61), o escore global aumentará 25,7 ($26,58 \cdot 0,967$) no desvio padrão. No modelo estimado, o acréscimo de 1(uma) unidade média no escore deste componente está associado à amplificação de 2,42 unidades médias no escore global da competência, e o fator pode explicar 93,2% da variação da variável dependente ($p<0,0001$).

Quanto ao componente habilidades, para cada 7,73% de acréscimo no escore deste, o escore global aumentará 25,46% ($26,58 \cdot 0,958$). Neste modelo, a adição de uma unidade média na medida de habilidades está associada à ampliação de 3,29 unidades médias no escore global da competência comunicação. Conforme o coeficiente de determinação, a medida deste fator pode explicar 91,9% da variação do resultado final ($p<0,0001$).

Para cada 9,46% de aumento na medida do componente atitudes, o escore global crescerá 25,04% ($26,58 \cdot 0,942$). O modelo estimado demonstra que o aumento de 1(uma) unidade média no escore de atitudes resulta no acréscimo de 2,65 unidades médias no escore global da competência, de modo que pode justificar 88,8% da variação do escore global ao final ($p<0,0001$).

A avaliação dos três modelos lineares, a saber: conhecimentos: 316,02. habilidades: 248,27. atitudes: 173,71 indicou que resultaram em previsões melhores do escore global da competência comunicação do que o valor médio deste. A

contribuição dos fatores foi decrescente, tendo como principal os conhecimentos (0,967) e os menores as atitudes (0,942). Os modelos, em sua totalidade, apresentaram-se significativos ($p < 0,0001$) e adequados para expressar a relação entre a competência e os componentes que a constituem.

Testes de hipótese descartaram a possibilidade de o coeficiente angular assumir valor zero (conhecimentos: 17,77. habilidades: 15,76. e atitudes: 13,18).

Afirma-se que sempre haverá uma mudança prevista no escore global da competência comunicação conforme variam seus componentes ($p < 0,0001$) e que os estudantes apresentaram conformações diferentes de combinações entre estes, mesmo para os que apresentaram resultados finais iguais: 2(8,3%) com escore 153, 2(8,3%) com 164 e 2(8,3%) com 206.

A partir desse ponto foram aprofundados resultados desse e dos demais estudos que auxiliaram a proposição de respostas sobre a questão da presente investigação: a estruturação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação aplicada em contexto de simulação clínica avançada contribui para eficácia no gerenciamento do cuidado em enfermagem?

Para tanto, inicialmente foram discutidos os resultados referentes à construção e validação, o conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação. Posteriormente foram discutidos os resultados referentes à avaliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes e após a aplicação de cenário e, depois do debriefing da experiência de gerenciamento do cuidado em simulação clínica avançada

6.1 Construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação

O intuito da elaboração do presente instrumento de avaliação da competência profissional “comunicação” parte de pressupostos da necessidade contínua de fortalecimento da prática profissional do enfermeiro. Para tanto, a existência de instrumentos capazes de medir o nível de comunicação desempenhada pelos profissionais ou pessoas em formação (estudantes) para exercer interações multiprofissionais com o paciente e a sociedade.

Para a aplicação do instrumento em questão, o ambiente de simulação clínica avançada foi utilizado como estratégia tendo em vista a capacidade de proporcionar cenário clínico realístico, que possibilita o raciocínio elaborado e combinação de saberes para solucionar os cenários propostos.

Dessa forma o instrumento pode ser aplicado sem que haja riscos adicionais para o paciente, ou para o estudante, uma vez que o ambiente simulado permite cometer erros e aprender com eles. Ressalta-se ainda o desenvolvimento da confiança para o enfrentamento de situações mais complexas que requeiram a combinação de saberes e o raciocínio reflexivo (JEFFRIES, 2007).

Diversos estudos têm demonstrado a necessidade do desenvolvimento de instrumentos para avaliação da comunicação em enfermagem, na perspectiva de uma competência profissional (DOUGHERTY; LARSON, 2010; MELO *et al.*, 2011). Anthoine *et al.* (2014) destacam que a avaliação da comunicação deve ser realizada para os diversos contextos de atuação profissional, levando-se em consideração a multidimensionalidade e complexidade inerentes à comunicação profissional.

A disponibilidade de instrumentos validados e fiáveis para avaliação da comunicação em enfermagem é escassa, sobretudo no contexto da simulação clínica avançada. Observa-se que em geral os instrumentos utilizados nos estudos que avaliam a comunicação nesse contexto, não são desenvolvidos especificamente para a avaliação da comunicação em enfermagem, e não apresentam informações precisas sobre desenvolvimento, validação e confiabilidade (YOUNG; EUN; SOOK, 2012; SIGALET *et al.*, 2013; QUAIL *et al.*, 2016).

Além disso, percebe-se que os estudos não referem as características ou até mesmo a existência do construto que deu origem ao instrumento de medida, implicando em fragilidade constitutiva dos mesmos. No presente estudo, o construto que originou o instrumento de avaliação da competência profissional “comunicação” apresentava 128 itens, dos quais 45 para conhecimento, 45 para habilidade e 38 para atitude.

A validação de construto resultou em elevada concordância entre os juízes para os itens do componente conhecimento, visto que os 45 itens foram considerados muito pertinentes entre 80 a 100% dos juízes ($IVC_c=0,99$). Nos 45 itens do componente habilidade, a concordância foi ainda superior, pois 44 itens foram avaliados como muito pertinentes por 100% dos juízes e apenas um item com 80% ($IVC_H=1,0$). Entre os 38 itens do componente atitude, 37 foram avaliados como muito pertinentes com percentual de concordância entre 80 a 100% ($IVC_A=1,0$).

O prosseguimento da elaboração do instrumento deu-se pela combinação dos itens do construto que resultaram em 46 itens distribuídos em 18 itens para o componente conhecimento, 12 itens para o componente habilidade e 16 itens para o componente atitude.

A literatura metodológica recomenda a utilização de versões de medidas já testadas em diferentes culturas, em detrimento da criação de novas para cada país. Estas medidas devem ser validadas ao contexto cultural em que serão utilizadas, seguindo metodologia rigorosa, de modo a garantir a equivalência semântica e

técnica e da construção, conteúdo e validade de critério (PASQUALI, 1999; POLIT; BECK, 2004)

Nesse sentido, os instrumentos *Interpersonal Communication Assessment Scale* (ICAS) e *Interpersonal Communication Competence Scale* (ICCS) foram traduzidos e adaptados para o português, respectivamente por Lopes *et al.* (2013) e Puggina e Silva (2014). Ainda que o atributo referido em ambas fosse a “competência de comunicação interpessoal”, não são observados aspectos claros de aferição de conhecimentos, habilidades e atitudes nas relações interpessoais. A provável explicação para este fato pode estar atribuída ao referencial teórico utilizado para a estruturação das versões originais dos instrumentos.

Para a construção da versão original do ICAS, Klakovich e Dela Cruz (2006) utilizaram métodos dedutivos e indutivos. O processo dedutivo envolveu uma revisão da literatura para identificar dimensões sobre as medidas de comunicação interpessoal e o processo indutivo correspondeu ao uso da técnica de observações diretas do comportamento humano para formular uma descrição de comportamentos comunicativos bem sucedida. Inicialmente foram propostos 77 itens dispostos em oito dimensões.

A validação de conteúdo, composta por nove juízes apresentou $ICV=0,89$ para o conjunto de itens, sendo que 23 itens foram excluídos, resultando em um instrumento com 54 itens, com escala de resposta do tipo Likert de quatro pontos variando entre 1 (raramente) a 4 (sempre). A aplicação piloto envolveu 578 estudantes de enfermagem e revelou um alto nível de confiabilidade para o instrumento (α de Cronbach= 0,98). A análise fatorial do instrumento resultou em 23 itens dispostos em três dimensões, a saber: defesa, uso terapêutico de si e validação.

Para a elaboração do ICCS, Rubin e Martin (1994) desenvolveram extensa revisão da literatura acerca da competência comunicação interpessoal ao longo de um período de 20 anos. Sua estruturação era composta de 30 itens com resposta do tipo Likert de cinco pontos oscilando entre 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), dispostos em 10 domínios. Os autores não descreveram quais os pressupostos teórico-conceituais utilizados para o desenvolvimento do construto, bem como o processo de validação de conteúdo da versão original. A adaptação cultural realizada por Puggina e Silva (2014) compreendeu cinco etapas, nas quais foi realizada a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual

entre as versões original e traduzida, na busca da validade de conteúdo e de constructo do instrumento.

A psicometria realizada na adaptação cultural da ICCS para o Brasil revelou que o α de Cronbach dos 30 itens da escala foi de 0,80, no entanto, na análise fatorial, os domínios não se confirmaram em relação à escala original e quatro itens foram eliminados devido à baixa correlação. Após análise fatorial, o instrumento foi constituído por 17 itens dispostos em 5 domínios com α de 0,71 entre eles e α de 0,82 entre os itens.

Percebe-se que ainda que estes estudos refiram como atributo de suas escalas a “competência de comunicação interpessoal”, não deixam claros em suas dimensões componentes necessários para a estruturação de uma competência profissional, a saber: conhecimentos, habilidades e atitudes. Dessa forma, a definição de atributo desses estudos, pressupõe que a escala possua itens que meçam aspectos gerais de conhecimentos, habilidades e atitudes nas relações interpessoais.

No presente estudo buscou-se trazer um olhar sobre o prisma da competência, que permite a transição da comunicação humana para a comunicação profissional em enfermagem. Assim, as concepções de Le Boterf (2003), para os conceitos definidores da competência, possibilitaram a caracterização da dimensionalidade do atributo “competência profissional comunicação” nos três fatores: conhecimentos, habilidades e atitudes.

Segundo Pasquali (1997), a relação entre o construto e o instrumento de medida não pode ser garantida como 100% perfeita, havendo uma relação de covariância entre instrumento e construto, expressa em correlação. Assim índices superiores a 80% de concordância para pertinência entre os juízes são bem aceitos.

As evidências de validade do conteúdo têm como objetivo definir se os itens propostos possuem adequação teórica e se algum dos fatores do atributo coberto pelo teste é contemplado no instrumento pelo viés do pesquisador. Essa análise teórica dos itens é realizada por juízes e inclui a análise semântica dos itens (REPPOLD; GURGEL, 2014; PASQUALI, 1999).

Cant e Cooper (2010) realizaram revisão sistemática com o intuito de analisar as evidências sobre os efeitos na aprendizagem proporcionada pela simulação de alta fidelidade em comparação com outras estratégias educacionais, e perceberam não há uma uniformidade na utilização de instrumentos para avaliar

essas variáveis. Observou-se que sete de doze estudos incluíram pelo menos um instrumento de avaliação validado, mas não foram evidenciadas medidas de confiabilidade interna com amostras representativas, na maioria dos estudos.

No presente estudo submeteu-se o instrumento preliminar à validação de conteúdo por meio de um comitê de cinco juízes, com expertise em comunicação, docência e gerenciamento do cuidado, para a validação quanto à pertinência de cada item dos CHAs para a competência comunicação profissional.

A validação de conteúdo dos 18 itens do componente conhecimento resultou em avaliação de 13 itens como muito pertinentes por 80 a 100% dos juízes ($IVC_c=0,99$). Diante da menor concordância para validação dos demais, foram feitas modificações na escrita de 14 itens com o intuito de aproximá-los ao atributo do instrumento.

Dos 12 itens do componente habilidade, houve concordância entre os juízes para pertinência em 11 ($IVC_H=0,9$). Um item foi avaliado como pertinente, porém com necessidade de ajustes. Foram feitas reformulações na escrita de três itens.

Todos os 46 itens do componente atitude foram considerados pertinentes, ainda que tenham sido feitas alterações textuais em quatro itens, para melhor adequação ao atributo “competência profissional comunicação em enfermagem” ($IVC_c=1,0$). Observa-se que esses resultados conferem índices de validade de conteúdo satisfatórios, que permitem o uso com segurança no contexto de gerenciamento do cuidado em enfermagem.

Hsu, Chang e Hsieh (2015) empreenderam estudo com o objetivo de comparar a evolução da aprendizagem de enfermeiros que participaram de um curso tradicional contra outro grupo que participou de um cenário de simulação clínica com foco no desenvolvimento da competência comunicação ($n=116$). Constatou-se como limitação para o alcance do objetivo proposto, a existência de poucos instrumentos validados para a avaliação da comunicação no contexto de simulação. Os autores mencionados optaram por utilizar mais de um instrumento, a saber: *Communication Competence Scale* (CCS), *Communication Self-Efficacy Scale* (CSES), e o *Communication Performance Checklist* (CPC).

O instrumento CCS usado no estudo citado foi desenvolvido por Huang *et al.* (2011) e tem como finalidade aferir a competência comunicação por meio da autoavaliação dos participantes. Sua composição constitui de 16 itens, com respostas Likert de 5 pontos que variavam entre 1 (não competente) a 5 (altamente

competente). O instrumento apresentou índices de validade de conteúdo dos itens (IVC=0,94) e do instrumento (IVC=0,99) satisfatórios. A consistência interna para a amostra apresentou α Cronbach 0,93 no pré-teste e 0,94 no pós-teste.

O instrumento ECA foi utilizado para avaliar a autoconfiança dos enfermeiros para a comunicação com pacientes e familiares. Sua elaboração baseou-se na literatura pertinente ao tema, no entanto não foi mencionado qual o modelo conceitual utilizado. Sua composição foi constituída por nove itens com resposta Likert de 10 pontos variando entre 1 (não está confiante em tudo) a 10 (muito confiante). A validação de conteúdo dos itens evidenciou IVC=0,98, e para o instrumento como um todo, IVC=0,89. O α de Cronbach de consistência interna para esta amostra foi de 0,95 e 0,97 para o pré-teste e o pós-teste, respectivamente.

Observa-se que ainda que os instrumentos utilizados no estudo de Hsu, Chang e Hsieh (2015) tenham apresentado consistência interna elevada e validação de conteúdo satisfatória, não avaliaram o desenvolvimento da competência comunicação de forma ampla, necessitando de auxílio de outros instrumentos para o alcance dos objetivos. Dessa forma os instrumentos podem ser considerados confiáveis, no entanto entende-se que seu uso pode ser restrito, por permitir a avaliar apenas do seu atributo principal: a autoconfiança em comunicação. Nesse contexto, o instrumento da competência profissional comunicação construído no presente estudo, posiciona-se como um instrumento pertinente que possibilita a avaliação dos diversos contextos e processos comunicativos referentes ao gerenciamento do cuidado em enfermagem.

Na perspectiva da avaliação da comunicação em profissionais de enfermagem em ambiente de simulação clínica, Peterson, Calhoun e Rider (2014) desenvolveram e aplicaram o instrumento adaptado do Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC), que foi estruturado a partir de sete recomendações essenciais para a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes. Esse instrumento possui 33 itens distribuídos em nove fatores e apresenta respostas do tipo Likert de cinco pontos.

Para a aplicação do instrumento, baseou-se em cenários de simulação que envolviam comunicação difícil envolvendo 173 profissionais de saúde, dos quais 63 eram enfermeiros. A avaliação do desempenho das habilidades de comunicação foi autorreferida pelos profissionais e por meio da avaliação externa de três docentes de enfermagem. O instrumento apresentou alta consistência interna na avaliação dos

docentes (α de Cronbach=0,844) e dos participantes (α de Cronbach=0,880). No entanto, observa-se que o instrumento não possibilita a avaliação de conhecimentos e atitudes, elementos estes indispensáveis à estruturação da competência profissional em enfermagem.

O presente instrumento empreendeu a combinação dos saberes e agires dos CHAs em todos os contextos e processos de comunicação propostos nas principais teorias reunidas por Littlejohn (1982) e Littlejohn e Foss (2011), demonstrando a complexidade do exercício da competência comunicação. Esse desenvolvimento não ocorre de forma dissociada de todos os contextos e processos. Dessa forma, focalizar apenas as medidas interpessoais não parece suficiente para definir o profissional competente em comunicar-se diante do gerenciamento do cuidado em situações profissionais complexas. O presente instrumento combinou 127 itens operacionais em 46 itens dos quais 18 se referem à dimensão conhecimentos, 12 às habilidades e 16 à dimensão de atitudes, obtendo confiabilidade acima de 80% nos itens, e Índice de validade de conteúdo para o instrumento igual a 0,99.

Observa-se que a inovadora estruturação do instrumento de avaliação da competência profissional “comunicação” com base nos pressupostos de combinação de saberes para desenvolvimento de competências de Le Boterf (2003), foi elaborada com base em teorias que possibilitam o uso padronizado para aplicação em ambiente de simulação clínica avançada.

6.2 Aplicação piloto do instrumento de medida da competência profissional comunicação em enfermagem

Neste estudo, os estudantes apresentaram idade com média de 22,9(\pm 1,3), com mínima de 20 anos e máxima de 25 anos. Essa média de idade apresenta semelhança com estudantes de outros estudos, que avaliaram competência por meio da simulação (YOUNG; EUN; SOOK, 2012; CANT; COOPER, 2010).

No presente estudo a população (n=24) foi reduzida, devido a dificuldade para seleção de estudantes de enfermagem com experiência prévia em cenários de simulação, na localidade em que foi aplicada. Em revisão integrativa sobre estudos envolvendo simulação clínica avançada realizada por Lewis, Strachan e Smith

(2012), conclui-se que na maioria dos estudos, os tamanhos das amostras tendem a ser pequenos (<100) e geralmente não-representativos.

No entanto os autores fazem uma ressalva sobre este aspecto. Ainda que, tradicionalmente, o tamanho da amostra seja visto como um importante indicador de confiabilidade do estudo, não deve ser visto como problema em estudos de simulação, visto que o recrutamento de um grande número de participantes para este tipo de estudo é muitas vezes complicado e tecnicamente difícil de ser alcançado.

A composição dos grupos foi mantida no decorrer da aplicação piloto, e por questões de disponibilidade dos participantes, a quantidade de estudantes não foi semelhante em todos os grupos. Cada cenário contempla papel para no máximo cinco estudantes, e dessa forma um estudante do grupo 6 foi selecionado apenas como observador. Esperava-se que o estudante observador iria aprender tanto quanto aqueles que atuaram no cenário.

Esta decisão é apoiada pelos resultados obtidos no estudo realizado por Kaplan, Abraham e Gary (2012), na qual não foram encontradas diferenças nos resultados do pós-teste de simulação entre os estudantes que atuaram e aqueles que apenas observaram a simulação. Estes achados indicam que o uso deste plano alternativo foi eficaz para o aprendizado do estudante e poderia, portanto, ser incorporadas no desenho do programa de simulação em casos especiais.

A avaliação dos estudantes neste estudo foi realizada em três momentos: pré-teste, intra-teste e pós-teste. O escore global total mostrou que não houve diferença estatística significativa entre as médias no pré-teste $163,7(\pm 20,6)$, intra-teste $164,6(\pm 22,7)$ e pós teste $169(\pm 26,6)$, ($p > 0,05$).

Em dois estudos, Jansson et al., (2014) e Tofil et al., (2011), foram realizadas comparações entre os escores globais de um grupo de intervenção com pré-teste e pós-teste e um grupo controle de estudantes que não se submeteu à simulação. Os participantes do grupo de intervenção apresentaram melhoras nas suas pontuações na sequência do exercício de simulação. Além disso, as pontuações nos grupos de intervenção foram consistentemente mais elevadas do que aquelas nos grupos de controle que não participaram do exercício de simulação.

Percebe-se que atualmente há uma carência de estudos para avaliar a comunicação, que utilizem instrumentos fiáveis e específicos para esta finalidade. Dessa forma a discussão aqui realizada, busca realizar inferências a partir estudos

que avaliaram determinados aspectos da comunicação e em determinados contextos profissionais.

A partir dos resultados da aplicação piloto do instrumento de avaliação da competência profissional comunicação, detectou-se a necessidade de realização de um estudo com carácter longitudinal que preencha as lacunas relacionadas ao impacto da estratégia de simulação clínica avançada na mudança de comportamento em longo prazo.

6.2.1 Avaliação dos conhecimentos dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”

O desenvolvimento de competências profissionais em enfermagem requer estratégias que permitam ser utilizadas ainda na formação de novos enfermeiros. Para tanto são necessários meios que permitam avaliar o desenvolvimento de competências, dentre elas a comunicação em enfermagem.

A simulação clínica avançada se configura como ambiente ideal a essa necessidade, por exigir dos estudantes a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação satisfatória ante o cenário proposto. Inúmeros estudos têm demonstrado os efeitos benéficos da simulação nos conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes de enfermagem (LEWIS; STRACHAN; SMITH, 2012; OH; JEON; KOH, 2015; CUMMINGS; CONNELLY, 2016; KIM; SHIN, 2016).

Nesta lógica, aplicou-se o instrumento desenvolvido para avaliar a competência profissional comunicação, em estudantes de enfermagem em três momentos: antes da aula padrão (pré-teste), após o cenário de simulação (intra-teste) e após o *debriefing* (pós-teste).

Observou-se que antes do cenário de simulação, os estudantes apresentaram frequência mais elevada para as respostas no extremo positivo da escala, em especial *bastante*. Dos 18 itens para o componente conhecimento, em apenas três foi observada a resposta com escore mínimo *nada*, e em 16 itens os estudantes se autoavaliaram com a resposta máxima *extremamente*.

Verificou-se que nos momentos intrateste e pós-teste os estudantes apresentaram tendência semelhante à do pré-teste, contudo com aumento das frequências no decorrer dos momentos de aplicação do instrumento. Nos três momentos o item 10, referente ao conhecimento da linguagem científica relacionada aos equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares, necessários na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação; não obteve respostas do tipo *nada* e *muito pouco*, o que demonstra uma autoavaliação satisfatória.

A situação proposta pelo cenário da simulação do presente estudo exigia dos estudantes, entre outras combinações, a de saberes teóricos relacionados à

comunicação verbal e não-verbal, bem como saberes procedimentais referentes a estratégias de condução da equipe em situações conflituosas.

Nesse sentido, pode-se destacar o crescimento da mediana dos escores para os itens 12 e 14 no decorrer da aplicação piloto entre os três momentos. O item 12 se refere ao saber dos estudantes para utilizar estratégias de comunicação com resultados favoráveis na condução da equipe de trabalho nos contextos de comunicação necessários e o item 14 ao conhecimento de abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e a clientela assistida de forma eficaz.

Ainda no que se refere ao item 14, observou-se relação diretamente proporcional entre a idade dos estudantes e a autoavaliação para o conhecimento de abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas ($r=0,420$, $p=0,041$). Estes resultados podem ser explicados pela predisposição de estudantes mais velhos terem adquirido aprendizagem a partir de experiências passadas envolvendo situações problemáticas.

Jeffries (2005) explica que a diversidade da população de estudantes que participa de simulação avançada, como ocorreu nesse estudo quanto a idade e períodos diferentes de atuação no curso, tem implicações no planejamento de estratégias de ensino para formação em saúde. Nesse sentido, a presente pesquisa utilizou a aula padrão para nivelamento das temáticas a serem tratadas na simulação. Percebe-se que a simulação envolve diversidade de aprendizagem à medida que permite aos diferentes grupos de estudantes usufruírem dos benefícios da experiência.

Ao se analisar a média dos escores para o componente conhecimento nos três momentos, percebe-se um crescimento contínuo que varia entre 62,1($\pm 7,4$) no pré-teste, 64,5($\pm 9,2$) no intrateste e 66,2($\pm 10,6$) no pós-teste.

Estes resultados apresentam semelhança com o estudo experimental realizado por Alinier *et al.* (2006), em que estudantes foram inicialmente submetidos a um pré-teste para avaliação de competências profissionais em enfermagem, na qual se verificou desempenho sem resultados estatísticos robustos. Em seguida, os estudantes foram distribuídos de forma aleatória em um grupo experimental com participação em cenário de simulação e um grupo controle apenas com aulas padrões. Após um período de seis meses, foi realizado um pós-teste que evidenciou índices de conhecimento 7% mais elevados no grupo experimental em relação ao

grupo controle ($p < 0,001$). Resultados semelhantes foram apresentados nos estudos de Howard (2007) e Brannan, *et al.* (2008).

Ackermann (2009) comparou os efeitos do ensino de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), entre um grupo controle que recebeu apenas a orientação padrão do *guideline da American Heart Association (AHA)*, com um grupo que, além da orientação da AHA, participou de uma simulação clínica avançada com cenário de parada cardiorrespiratória. O grupo experimental mostrou significativamente maior aquisição de competências e retenção do conhecimento que o grupo controle.

Os resultados desses estudos fortalecem a presente investigação, visto que a média dos escores dos estudantes do pós-teste foi 6,2% superior aos do pré-teste ($p = 0,047$). Esses resultados reforçam a importância dessa estratégia como meio de desenvolvimento de competência profissional em enfermagem. No entanto há que se ressaltar que a aula padrão sobre a comunicação profissional em enfermagem antecedeu o intrateste e o pós-teste, reuniu elementos teóricos conceituais que tinham objetivos de favorecer a aprendizagem, combinação e mobilização de saberes para o desempenho da competência profissional “comunicação em enfermagem”.

Nesse sentido, enfatiza-se que a simulação clínica avançada não se configura como uma substituição à estratégia tradicional de ensino, mas como um componente de verificação da aprendizagem no desenvolvimento de competências profissionais desejáveis. Motivo pelo qual a desvinculação das estratégias de ensino como foi mencionado nos estudos citados, causa diferenças de resultado tão significativas porque a simulação complementa as demais estratégias de ensino, conforme defende Waxman (2010), Jeffries (2005) e Moura (2013).

Em estudos realizados para avaliação dos efeitos da simulação na auto-percepção dos conhecimentos, Abe *et al.* (2013), e Springer *et al.* (2013) os estudantes classificaram a auto-percepção dos seus conhecimentos, como maior após a intervenção de simulação, e que estes ganhos foram mais significativos com a vivência de várias sessões de simulação. Isso ressalta a importância da repetição das simulações para potencializar os ganhos de aprendizagem proporcionados pelas estratégias de ensino convencionais. Elfrink, *et al.* (2010) demonstraram significativa aquisição de conhecimento pelos estudantes através do uso da simulação clínica avançada. Os estudantes relataram mais confiança na definição de prioridades, delegação e trabalho de equipe após a experiência de simulação.

Oh, Jeon e Koh (2015) realizaram uma meta-análise com o objetivo de avaliar o efeito da simulação clínica avançada na aprendizagem de estudantes de enfermagem. Para tanto foram analisados 18 ensaios controlados (4 randomizados e 14 estudos não aleatórios), com um total de 1326 estudantes de enfermagem, que evidenciaram resultados significativos na melhora dos níveis de conhecimento e habilidades de comunicação ($p < 0,001$).

Esses resultados estão em conformidade com os apresentados em revisão sistemática realizada por Norman (2012) que teve objetivo de verificar os efeitos da simulação sobre os conhecimentos, habilidades e comportamentos na formação de estudantes de medicina e enfermagem. A análise de 69 artigos (20 caso-controle, 17 pré-teste/pós-teste, 18 pós-teste e 14 estudos qualitativos) permitiu concluir que os resultados do uso da simulação eram mais efetivos para a aprendizagem de habilidades de comunicação e habilidades clínicas.

Maxson (2011) destaca que ainda que as evidências apontem para melhorias no desempenho e segurança coletiva após treinamentos em equipe, em geral, os profissionais de saúde não participam dessas atividades juntamente com sua equipe de trabalho. A fim de observar a performance de médicos e enfermeiros que se submeteram a um treinamento em ambiente de simulação avançada, estes profissionais foram acompanhados ao longo de dois meses.

Os resultados apontaram uma melhoria estatisticamente significativa na percepção quanto as barreiras à comunicação eficaz e na colaboração e tomada de decisões logo após a segunda semana de simulação. Estas melhorias foram mantidas e continuaram a aumentar por dois meses, especialmente na equipe de enfermagem. No entanto, no mesmo período, os médicos apresentaram um ligeiro declínio nas áreas de comunicação e cooperação.

Segundo Tutticci, Lewis e Coyer (2016), a experiência de aprendizagem proporcionada pela simulação clínica avançada é especialmente adaptável à estudantes adultos, por oportunizar a visualização das consequências reais das próprias ações, que evocam sentimentos de alegria para ao sucesso de uma nova ação embora envolva a frustração por eventual fracasso no cenário.

Nessa lógica, os estudantes são capazes de aplicar seus conhecimentos de enfermagem para o cuidado de um paciente simulado dentro de um ambiente seguro, o que leva à melhoria da aquisição de conhecimentos (HOWARD, et al., 2011). Para Sanford (2010), a utilização do pensamento reflexivo, por estudantes,

depois de ter qualquer experiência vivida, seja clínica ou simulada, deve resultar em melhor pensamento crítico, em enfermeiros mais satisfeitos, comprometidos e conseqüentemente em melhor atendimento ao paciente.

O presente estudo apresenta resultados promissores para corroborar essas assertivas. Percebe-se que entre o pré-teste e pós-teste, há uma semelhança nas medianas (4,0) das respostas para o item 4, porém com uma homogeneidade maior para a resposta bastante, no pós-teste ($p=0,046$). Essas implicações indicam que após o *debriefing*, os estudantes exercitam o pensamento crítico no sentido de interpretar os aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.

A identificação dos aspectos não-verbais do manequim pelos participantes, pode ser um fator limitante para estudos com a finalidade de avaliar a comunicação em cenários de simulação. Em estudo realizado por Lasater (2007), observou-se no relato da experiência dos estudantes de enfermagem, logo após um cenário de simulação avançada, dificuldades para interação com o manequim SimMan, relacionadas à incapacidade para expressão da comunicação não-verbal, como expressões faciais. Esses relatos não foram observados nos *debriefing* deste estudo, pelo contrário, os alunos relataram que sentiram fidelidade e realidade nas manifestações do manequim.

A indústria de fornecedores dos manequins tem investido na fidelidade dos simuladores de tal maneira que atualmente há aqueles que abrem e fecham os olhos, que alteram as pupilas automaticamente, convulsionam e tem sudorese.

A partir dos resultados encontrados na literatura, destaca-se um ponto fundamental: a inexistência de um consenso teórico no âmbito da comunicação em enfermagem, que permita o desenvolvimento de competência amparado por um padrão amplamente aceito. Observa-se que os estudos que avaliam a comunicação em enfermagem, não seguem um modelo único de ferramenta para esta finalidade por meio de marco teórico conceitual de fundamentação.

O instrumento desenvolvido neste estudo reuniu em perspectiva combinatória todos os saberes relacionados aos contextos e processos da comunicação na perspectiva de favorecer o gerenciamento do cuidado pelo exercício dos itens operacionais de medida do instrumento em cenário de simulação, inaugurando a globalidade do complexo conceito de comunicação e competência indissociados.

Dentro dessa lógica, mesmo que a comunicação seja reconhecida como competência profissional indispensável ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, ainda são escassos os resultados de estudos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes com a multiplicidade conceitual de competências profissionais proposta por Le Boterf (2006).

6.2.2 Avaliação do desempenho de habilidades dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”

A preocupação com os potenciais problemas ocasionados pela comunicação ineficaz de enfermeiros é tema recorrente na atualidade. Maguire e Pitceathly (2002) referem que as habilidades de comunicação na prática de enfermagem não são imutáveis, e por isso, podem ser aprendidas e reforçadas. Nessa perspectiva, Kameg *et al.* (2010), Doyle *et al.*, 2011, Hsu, Chang e Hsieh (2015) demonstram que a estratégia de simulação clínica avançada possibilita o desenvolvimento de habilidades de comunicação, e oportuniza a vivência de situações complexas, em ambiente seguro, ainda na graduação.

A análise das frequências de resposta dos estudantes no pré-teste, apontou para a tendência de autoavaliação das habilidades de comunicação concentradas em respostas do tipo *mais ou menos* e *bastante*, indicando a alta dispersão das respostas. Ainda assim, houve uma ligeira predominância para as respostas no extremo positiva da escala. Dos doze itens para esse componente, em cinco foram verificadas autoavaliações com o menor valor de resposta (*nada*). A resposta com o valor máximo (*extremamente*), no entanto, foi verificada em onze itens.

Nos momentos intrateste e pós-teste, observa-se que a distribuição da frequência por tipo de resposta não apresentou divergências significativas em relação ao pré-teste para a maioria dos itens. A exceção refere-se ao item 19, que diz respeito às habilidades de elaboração com clareza de normas, protocolos e comunicações internas, compreensíveis aos interlocutores envolvidos. A análise deste item, evidenciou uma mediana inferior para as respostas entre os estudantes no pré-teste $2(\pm 1,0)$ em relação ao intrateste $3(\pm 0,0)$, indicando uma melhora na autoavaliação dos estudantes ($p=0,027$)

O item 19 do componente habilidades foi elaborado a partir de saberes do meio apresentados no item 7 e de saberes procedimentais referidos no item 13 do componente conhecimentos. Observa-se que as medianas referentes às autoavaliações dos estudantes no item 7 e 13 foram iguais ou superiores às apresentadas no item 19. Esse fato justifica-se pelo caráter combinatório dos itens do instrumento, visto que a autoavaliação satisfatória no componente habilidades é dependente da combinação exitosa de saberes correspondentes em conhecimentos. Dessa forma, entende-se que os saberes-fazer (habilidades) são a própria operação dos saberes (conhecimentos).

No presente estudo, a média dos escores totais para o componente habilidades no pré-teste $41,8(\pm 6,5)$, intrateste $42,0(\pm 6,7)$ e pós-teste $42,1(\pm 7,7)$ apresentou tendência para elevação no decorrer da aplicação piloto, no entanto ocorreu de forma discreta ($p > 0,05$).

Resultados mais significativos foram apresentados em estudo experimental realizado por Young, Eun e Sook (2012), no qual se comparou a habilidade de comunicação entre dois grupos de estudantes de enfermagem que frequentavam estágio em uma maternidade da Coreia do Sul. O grupo intervenção participou de práticas em laboratório de simulação clínica avançada, e o grupo controle, não vivenciou essa estratégia de ensino.

Para a avaliação das habilidades em comunicação, foi utilizado um instrumento constituído por cinco perguntas com respostas do tipo Likert de 5 pontos, das quais: duas perguntas para determinar a atitude profissional do estudante e três perguntas para determinar se houve comunicação eficaz nas orientações fornecidas durante o cuidado de enfermagem.

A metodologia do estudo apontou que quanto maior a pontuação dos escores, maior seria o nível de habilidade de comunicação que o sujeito possuía. Essa concepção de avaliação de habilidades por meio de desempenho de atitudes não apresentou base teórica fundamentada em evidências e/ou miniteoria e pareceu frágil na perspectiva de Pasquali (1999, 2010) para elaboração de Instrumentos de medida.

O α de Cronbach, no entanto, foi 0,90 neste estudo, e os resultados mostraram que a média dos escores de habilidade de comunicação do grupo intervenção no pós-teste $4,27(\pm 0,50)$ foi superior ao pré-teste $3,69(\pm 0,61)$, com

aumento de 0,58 pontos. Para o grupo controle, a diferença nas médias entre o pós-teste 4,01(\pm 0,58) e o pré-teste 3,9 (\pm 0,63) foi de apenas 0,09 pontos ($p = 0,020$).

Em estudo realizado por Choi *et al.*(2013), foram comparadas as médias dos escores de 22 estudantes de um grupo que participou de um cenário de simulação em comparação com um grupo controle com número igual de participantes. A idade dos estudantes variava entre 20 e 25 anos. Observou-se que as médias dos escores referentes às habilidades de comunicação do grupo intervenção 4,6(\pm 0,41) eram superiores às do grupo controle 3.92(\pm 0,89), ($p=0,003$). Resultados semelhantes foram observados no estudo realizado por Sok *et al.*(2009).

Jansson *et al.*, (2014) avaliaram a eficácia da simulação clínica avançada para o gerenciamento de enfermagem a pacientes que necessitam de ventilação mecânica. Para este propósito foram utilizados os instrumentos *Ventilator Bundle Questionnaire* (VBQ) e *Ventilator Bundle Observation Schedule* (VBOS), constituídos respectivamente por 49 e 86 itens de múltipla escolha. A validade de conteúdo global dos instrumentos variou entre 0,99 a 1,0. Observou-se que ainda que os escores globais tenham sido elevados no pós-teste, em relação ao pré-teste, apenas os escores médios de habilidade para o gerenciamento da ventilação mecânica apresentaram elevação com o tempo ($p<0,001$). Em contraste, os escores para conhecimento dessa competência técnica não apresentaram mudanças significativas ($p>0,05$).

As divergências encontradas entre o presente estudo em relação aos demais apresentados acima, provoca questionamentos sobre os fatores que poderiam influenciar o desempenho das habilidades verificadas após a intervenção da simulação clínica avançada. Observa-se que os demais estudos avaliam aspectos técnicos da comunicação em cenários clínicos convencionais. Por outro lado, neste estudo, buscou-se avaliar a comunicação dos estudantes em cenário com abordagem de situação conflituosa para gerenciamento do cuidado, caracterizando a administração de situação profissional complexa.

Chen (2011), explica, que nessa situação específica, a avaliação dos estudantes não deve se limitar apenas aos aspectos técnicos da comunicação, como por exemplo, o conhecimento e a capacidade de execução das estratégias de comunicação terapêutica. O gerenciamento do cuidado de enfermagem em situações de comunicação difícil exige que o estudante inicialmente reconheça que há uma situação conflituosa. A partir deste ponto, ele deve se apropriar das

implicações emotivas da situação em questão, na perspectiva do paciente e sua família. Por fim, deve ter a capacidade de agir de forma eficaz para a resolução do problema.

Para este autor, a atuação em situações problemáticas em ambiente profissional provoca reflexões nos estudantes não só quanto aos aspectos satisfatórios, mas também quanto àqueles que foram novos, inesperados, difíceis e podem ser melhorados em situações futuras. No entanto, esta reflexão construtiva requer tempo e transposição de saberes que não é preocupação central do presente estudo.

Dessa forma, entende-se que o foco predominante no aspecto técnico das habilidades de comunicação, pode indicar viés na avaliação do desenvolvimento desta competência, especialmente nos casos que envolvam a comunicação em situações difíceis. Além de que a avaliação da comunicação deve considerar seu caráter multidimensional proposto por Littlejohn e Foss (2011), que implique em elementos cognitivos, comportamentais e afetivos.

Corroborando estes pensamentos, Lewis, Strachan e Smith (2012), realizaram revisão integrativa sobre o uso de simulação no desenvolvimento de habilidades não-técnicas em enfermagem. A análise de 16 estudos nessa temática permitiu-lhes concluir que a simulação está fortemente associada com a melhora na avaliação da autoeficácia e confiança, que repercute em impactos positivos nas habilidades de comunicação interpessoal para gerenciamento da equipe em situações de crise.

Em um estudo realizado por Kameg, *et al.* (2010), verificou-se uma correlação moderada significativa ($r=0,419$, $p=0,009$) entre a autoeficácia relacionada com a comunicação em estudantes de enfermagem, após um cenário de simulação clínica avançada ($n=38$). Os resultados do teste t , ($p = 0,005$) demonstraram uma mudança significativa na autoeficácia dos estudantes após a experiência de simulação em comparação ao pré-teste.

Smithburger (2013) acompanhou o desempenho de habilidades de comunicação e trabalho em equipe entre estudantes de medicina, enfermagem, farmácia e assistência social, em laboratório de simulação clínica avançada. Os cenários retratavam contextos complexos, nos quais os estudantes seriam avaliados semanalmente ao longo de quatro semanas. Verificou-se que os estudantes referiam

melhora na autoavaliação da comunicação ao longo das semanas 1 a 2 ($p = 0,01$), 2 a 3 ($p = 0,035$), de 1 a 4 ($p = 0,001$).

Esses dados são relevantes na medida em que demonstram os efeitos benéficos da estruturação da aprendizagem de forma sistemática. Os resultados implicam desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico que condicionam os estudantes a tornarem-se mais competentes no cuidado de pacientes em condições complexas (DECKER *et al.* 2011; MCGAGHIE *et al.* 2010).

A dificuldade dos estudantes para desempenhar habilidades de comunicação mais elaboradas foi percebida no presente estudo. Análise das medianas dos escores das respostas para o item 24 foi de $4,0(\pm 1,0)$ no pré-teste, $3(\pm 1,0)$ no intrateste e $2,5(\pm 1,0)$ no pós-teste. Este item refere-se a habilidades de reprodução de pensamentos e ideias para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos.

Acredita-se que o desenho do cenário proposto, exigia dos participantes a combinação de saberes teóricos, do meio e procedimentais significativos para uma comunicação satisfatória. Estes aspectos referem-se aos saberes-fazer cognitivos, que na lógica de desenvolvimento de competências proposto por Le Boterf (2003), envolvem ações interiorizadas das operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas. Assim percebe-se que a lacuna pode ser em saberes-procedimentais relacionados ao saberes-fazer formalizados, empíricos e relacionais, tendo em vista que os cognitivos levam a situações tácitas de ação.

Leonard *et al.* (2004) apontam que mesmo que a comunicação seja reconhecida como uma competência essencial para o desempenho eficaz das ações de profissionais da saúde, ainda existem lacunas, referentes ao comportamento adequado diante de situações comunicativas mais complexas.

Oh, Jeon e Koh (2015) sugerem que a abordagem educativa da simulação clínica avançada pode funcionar no domínio psicomotor de aprendizagem, de competências técnicas, seguida pelos domínios cognitivo e afetivo. Na aprendizagem baseada em simulações, os alunos podem analisar as suas capacidades técnicas e afetivas criticamente, bem como avaliar as decisões. Depois de terem analisado os seus erros e receber *feedback* de seus mediadores, o cenário pode ser repetido para o desenvolvimento de competências e aumento capacidade de reter e aplicar o conhecimento.

Hung *et al.* (2016) explicam que o ciclo de aprendizagem proporcionado pela simulação clínica avançada começa quando um aluno experimenta acontecimentos reais que são incorporados à aprendizagem através da observação reflexiva. Esse conceito implica desenvolvimento da competência profissional à medida que o estudante minimiza o espaço entre o “saber” e o “saber-fazer”, a partir do pensamento reflexivo utilizado para esclarecer situações e problemas.

Diante do exposto, fatores como inexperiência profissional, a baixa média de idade dos estudantes podem ter contribuído para uma autoavaliação menos satisfatória para o desempenho de habilidades, diante de situações mais complexas. Acrescenta-se que, o desenvolvimento de saberes-fazer cognitivo demanda tempo para reflexão sobre experiências passadas a fim de permitir a formulação, análise e resolução de problemas (LE BOTERF, 2003).

6.2.3 Avaliação do exercício de atitudes dos estudantes sobre a competência profissional “comunicação em enfermagem”

Os efeitos benéficos do uso de simulação para o exercício de atitudes relacionadas a comunicação tem sido apreciado por diversos estudiosos no contexto da enfermagem. Bolesta e Chmil (2014) evidenciaram atitudes mais eficazes de estudantes de enfermagem para realizar comunicação interpessoal após o uso de simulação clínica avançada. Hsu, Chang e Hsieh (2015), Lippe e Becker (2015) e Watters *et al.* (2015), observaram que a experiência em cenários de simulação estava associada a percepções satisfatórias da autoeficácia e aumento da confiança de estudantes de enfermagem.

A análise das frequências de resposta dos estudantes no pré-teste, apontou para uma tendência de autoavaliação das atitudes de comunicação para resposta do tipo *mais ou menos* e *bastante*. Em cinco dos dezesseis itens para esse componente, não foram verificadas autoavaliações com os menores valores de resposta *nada* e *muito pouco*. A resposta com o valor máximo (*extremamente*) foi verificada em quinze itens.

A média dos escores totais para atitude dos estudantes no pré-teste 59,8(±7,6) foi superior ao verificado no intrateste 58,2(±7,9). Esse resultados evidenciam que o cenário de simulação clínica avançada pode ser promissor para melhora dos níveis de confiança e autoestima para exercer comunicação eficaz.

No entanto, verificou-se que as médias dos escores no pós-teste $60,6(\pm 9,5)$ foram mais elevadas do que no pré-teste e intrateste, coincidindo com a melhora nos resultados após a participação dos estudantes no *debriefing*.

Moura e Caliri (2013) explicam que o *debriefing* acontece após o cenário de simulação estabelecendo uma ponte entre teoria e prática. A sua principal finalidade é promover pensamento reflexivo e auxiliar os estudantes na transferência de competências do ambiente simulado para o cuidado ao paciente. Lavoie, Pepino e Cossete (2015) descrevem essa fase como uma oportunidade para os estudantes identificarem, por si só ou com o *feedback* do professor, pontos fortes e fracos em suas ações, para que eles possam identificar formas de otimizar o seu desempenho em futuras experiências semelhantes. Groom, Henderson; Sittner (2014) concluem que o *debriefing* estimula a capacidade dos alunos de verbalizar ações, compreender as razões que o levaram a tomar determinada conduta, contribuir na identificação de erros e na reconstrução de conhecimentos e habilidade.

Em estudo realizado por McCallum, Ness, e Price (2011), verificou-se que os estudantes não utilizavam comunicação eficaz em tomadas de decisões, e que, na maioria das interações ($n=21$) entre estudante-paciente, a comunicação se deu de forma reativa, após uma situação ou pedido do paciente em detrimento de uma postura pró-ativa ($n=9$).

O componente atitudes é resultante do querer-agir, saber-agir e poder-agir (LE BOTERF, 2003). Para que essas dimensões sejam expressas de forma mais concisa, torna-se necessário que o indivíduo combine saberes e saberes-fazer em detrimento de determinada situação. Para Le Boterf (2003), o querer-agir está associado ao sentido do profissional que operacionaliza suas competências, na medida em que a exigência profissional vai ao encontro da autoimagem e da ideia que o sujeito tem de sua identidade profissional, resultando em uma situação marcante, construída pelo sujeito.

Observou-se no presente estudo uma relação diretamente proporcional do intervalo entre a atual e a última experiência em simulação e uma autoavaliação mais satisfatória dos estudantes para as suas atitudes. Essa relação foi mais forte para o item 40, que se refere à *agilidade na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas, utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação* ($r=0,429$, $p=0,0361$). Estes resultados podem indicar que o desenvolvimento de atitudes necessite de tempo

que permita aos estudantes refletir sobre suas ações em cenário de simulação.

Bambini, Washburn e Perkins (2009) explicam que a experiência do gerenciamento do cuidado ante uma variedade de pacientes, proporciona o aumento da autoeficácia dos estudantes. Esses sentimentos de autoeficácia devem se traduzir na prática, afetando a mudança de comportamento dos estudantes. Dessa forma, mesmo que o estudante aja de forma pouco eficaz no atendimento a pacientes, pode ter a oportunidade de refletir sobre sua atuação. No entanto, é preciso tempo e prática para desenvolver o domínio das competências.

Watters *et al.* (2015) empreenderam estudo comparativo para avaliar a autoeficácia de competências não-técnicas antes e após uma simulação clínica avançada. A amostra era composta por 115 enfermeiros e 156 médicos que estavam nos primeiros anos de experiência profissional.

Os autores mencionados avaliaram as dimensões não-técnicas: comunicação, trabalho em equipe e liderança por meio de um instrumento elaborado por especialista em ensino-aprendizagem. Este processo foi feito em conjunto com a contribuição de especialistas clínicos e de simulação. O instrumento passou por validação de conteúdo e constou de dez itens para a avaliação da comunicação. A elaboração do instrumento foi justificada pelos autores, pela carência de instrumentos para autoavaliação desses domínios. Não foram identificadas informações quanto ao construto ou modelo teórico-conceitual que deu origem ao instrumento. Os cenários abordavam a interação profissional entre enfermeiros e médicos em situações de emergência e tinham duração média de 15 minutos e o debriefing 45 minutos.

A análise dos dados evidenciou aumento médio da autoconfiança para comunicação de enfermeiros e médicos ($p < 0,001$). Observou-se também que os participantes associaram a interação interprofissional com o compartilhamento mais satisfatório dos resultados clínicos dos pacientes.

Um estudo realizado por Shepherd *et al.* (2010) mostrou melhora nas habilidades afetivas após a simulação. Smith e Roehrs (2009) demonstraram que a melhoria da confiança nos estudantes e satisfação com a experiência foram relacionadas com o projeto de simulação, incorporando objetivos de aprendizagem e resolução de problemas.

Estudo realizado por Lippe e Becker (2015) comparou o desempenho de estudantes de enfermagem antes e após a realização de simulação clínica

avançada. Os cenários abordavam o gerenciamento do cuidado em pacientes críticos. Observou-se que no pós-teste houve melhora significativa na percepção de competência ($p < 0,001$) e atitude comunicativas ($p < 0,01$) dos estudantes. O estudo mostrou que 75% dos estudantes que vivenciaram um cenário de simulação responderam positivamente à experiência, devido ao aumento da autoconsciência, melhor confiança na capacidade de comunicação e menos ansiedade.

Verificou-se que os estudantes que referiram já ter participado de atividades educacionais de comunicação apresentaram uma menor mediana dos escores do item 44 após o cenário de simulação que se refere à *certificação da exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar* ($p=0,032$). Estes resultados podem indicar que os estudantes foram mais rigorosos para avaliarem suas atitudes, ante as situações em que provavelmente não tiveram confiança suficiente para agir de forma satisfatória.

Esses aspectos de autoeficácia e aumento da confiança estão relacionados ao conceito de autoimagem proposto por Le Boterf (2003). Nessa perspectiva, o profissional deve ter uma boa representação de si mesmo, para projetar a imagem operativa de ações diante de determinada situação. Assim, a autoimagem indica se o profissional está em condições de querer para mobilizar os recursos, inclusive intelectuais para agir (saber-agir) diante do poder-agir para resolutividade de situações profissionais com complexidade. Essa imagem, no entanto é construída com o tempo por meio da evocação, na qual o indivíduo julga as representações de suas experiências anteriores.

No presente estudo, como se pode inferir, não foram verificadas estatísticas robustas entre pré-teste e o pós-teste para atitudes logo porque a combinação ampla e proporcional ante a administração da situação profissional proposta de conhecimentos e habilidades projeta as atitudes desejáveis. Os ganhos apresentados, no entanto, entre o intrateste e o pós-teste merecem destaque. Esta elevação nos escores pode ser atribuída ao pensamento reflexivo realizado pelos estudantes durante e após o *debriefing*.

Observa-se que os estudantes apresentaram-se mais seguros quanto à influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais, após a experiência de simulação quando comparados o intrateste com o pós-teste

($p=0,020$), como se pode observar nos itens 33 e 44.

Resultados semelhantes foram percebidos no estudo de Paige *et al.*(2014). Utilizou-se um instrumento para avaliação da autoeficácia na competência de trabalho em equipe, composto por 15 itens, dos quais três eram referentes à comunicação. Para os participantes, o *debriefing* possibilitou em geral, uma reflexão quanto à atuação no cenário de simulação, e sobre mudanças de atitudes negativas para melhorar o desempenho em liderança da equipe de trabalho.

A análise realizada no presente estudo evidencia que as frequências relativas ao escore global do instrumento apresentaram crescimento contínuo entre o pré-teste (71,2%), intra-teste (71,6%) e pós-teste (73,5%). A média do escore global no pós-testes condiz com uma autoavaliação *bastante* competente em comunicação em enfermagem pelos estudantes.

No que se refere aos efeitos da simulação avançada no desempenho dos cinco grupos, observa-se no *ranking*, que quatro apresentaram melhores médias dos escores globais entre o pós-teste e o pré-teste. Hobgood, *et al.* (2010) reforçam o pensamento de que a simulação proporciona o desenvolvimento da competência comunicação de forma coletiva nos estudantes, a partir do momento em que eles podem trocar experiências com colegas de cenários de outros períodos do mesmo curso ou de cursos diferentes, e principalmente por cada grupo de estudantes que atuam poderem vivenciar o conjunto de CHAs que possuem diante das situações profissionais propostas. Esses achados foram verificados neste estudo de aplicação piloto do Instrumento sobre a competência comunicação profissional em enfermagem.

7 CONCLUSÕES



O processo de desenvolvimento da competência profissional comunicação, por meio da estratégia de simulação clínica avançada, com vistas ao gerenciamento eficiente e eficaz do cuidado em enfermagem, possibilitou as conclusões apresentadas a seguir:

7.1 Quanto à construção e validação de conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação.

- A análise dos juízes para os 45 itens operacionais do componente conhecimentos, indicou uma alta pertinência para os itens, com $IVC_c=0,99$. Das sugestões de revisão textual, um item foi alterado. Após apreciação das classificações por tipo de saber, 14 itens sofreram revisão textual. Ao término da validação de conteúdo, o componente conhecimentos permaneceu com 45 itens.
- Todos os 45 itens operacionais do componente habilidades apreciados foram considerados muito pertinentes, pelos juízes, correspondendo a $IVC_H=1,0$. A fim de aprimorar a adequação do tipo de saber-fazer às classificações realizadas pelos juízes, três itens sofreram alteração na redação, ainda que apresentassem pertinência superior a 80%. Ao término da validação de conteúdo, o componente habilidades permaneceu com 45 itens.
- Dos 38 itens do componente atitudes do construto, 37 foram considerados pertinentes com percentuais de concordância de 80 a 100%, verificando $IVC_A=1,0$. Um item foi descartado, visto que já estava contemplado pelos conceitos chaves apresentados nos itens de poder agir. Apenas um item sofreu revisão textual. Ao término da validação de conteúdo, o componente atitudes apresentou 37 itens.
- A validação de conteúdo do construto estabeleceu a permanência de 127 itens dos 128 apreciados pelo comitê de juízes. O construto deu suporte para elaboração do instrumento de medida da competência profissional comunicação em enfermagem, constituído de 46 itens, dos quais, 18 referentes a conhecimento, 12 a habilidades e 16 a atitudes.

- A validação de conteúdo do instrumento por um comitê de juízes verificou a pertinência dos componentes do construto ($IVC_C=0,99$, $IVC_H=0,98$, $IVC_A=1,0$) e do total de itens do instrumento ($IVC_T=0,99$). O tipo de resposta Likert e das instruções foi avaliado como muito pertinente com percentual de concordância de 100%, em todos os componentes.

7.2 Quanto à caracterização da amostra de estudantes

- A média de idade dos participantes foi de 22,9($\pm 1,3$) anos, com mínima de 20,8 e máxima de 25,7 anos, representando uma amostra composta por adultos jovens. O gênero feminino 21(87,5%) foi predominante.
- No que se refere ao ano de ingresso do curso, 13(54,2%) dos estudantes cursavam Bacharelado em Enfermagem desde 2012. No que se refere ao período que os estudantes cursavam durante a pesquisa, 18(75%) frequentavam o 7º período, que corresponde a estudantes que cursam a disciplina Administração em Enfermagem.
- Quanto à participação em simulações clínicas avançadas, 14(58,3%) estudantes tiveram apenas uma experiência, enquanto 10(41,7%) já tinham vivenciado dois ou mais cenários de simulação.
- Dos 24 estudantes que participaram da simulação clínica avançada, 18(75%) afirmaram já ter participado de algum curso ou evento relacionado à temática de comunicação.

7.3 Quanto à avaliação dos conhecimentos dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem

- Antes do cenário de simulação, os estudantes apresentaram frequência mais elevada para as respostas com qualidade positiva, em especial bastante. Dos 18 itens para o componente conhecimento, em apenas três itens foi observada a resposta com escore mínimo nada, e em 16 itens os estudantes se autoavaliaram com a resposta máxima extremamente.
- Nos momentos intrateste e pós-teste os estudantes apresentaram tendência

semelhante à apresentada no pré-teste, contudo com o aumento das frequências no decorrer dos momentos de aplicação do instrumento.

- A média dos escores para o componente conhecimentos nos três momentos, apresentou um crescimento contínuo que variou entre 62,1($\pm 7,4$) no pré-teste, 64,5($\pm 9,2$) no intrateste e 66,2($\pm 10,6$) no pós-teste.

7.4 Quanto à avaliação das habilidades dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem

- As frequências de resposta dos estudantes no pré-teste, apontou para uma tendência de autoavaliação das habilidades de comunicação para resposta do tipo *mais ou menos* e *bastante*, indicando a alta dispersão das respostas. Ainda assim, houve uma ligeira predominância para as respostas mais positivas. Dos doze itens para esse componente, em cinco foram verificadas autoavaliações com o menor valor de resposta (*nada*). A resposta com o valor máximo (*extremamente*), no entanto, foi verificada em onze itens. As frequências de respostas no intrateste e pós-teste foram semelhantes às do pré-teste.
- A média dos escores totais para o componente habilidades no pré-teste 41,8($\pm 6,5$), intrateste 42,0($\pm 6,7$) e pós-teste 42,1($\pm 7,7$) apresentou tendência para elevação no decorrer da aplicação piloto, no entanto ocorreu de forma discreta ($p > 0,05$).
- A dificuldade dos estudantes para desempenhar habilidades de comunicação mais elaboradas foi percebida no presente estudo. Análise das medianas dos escores das respostas para o item 24 foi de 4,0($\pm 1,0$) no pré-teste, 3($\pm 1,0$) no intrateste e 2,5($\pm 1,0$) no pós-teste.

7.5 Quanto à avaliação das atitudes dos estudantes sobre a competência profissional comunicação em enfermagem

- A análise das frequências de resposta dos estudantes no pré-teste apontou para uma tendência de autoavaliação das atitudes de comunicação para resposta do tipo *mais ou menos* e *bastante*. Em cinco dos dezesseis itens para esse componente, não foram verificadas autoavaliações com os

menores valores de resposta *nada* e *muito pouco*. A resposta com o valor máximo (*extremamente*) foi verificada em quinze itens.

- A média dos escores totais para atitude dos estudantes no pré-teste 59,8(±7,6) foi superior ao verificado no intrateste 58,2(±7,9). No entanto, verificou-se que as médias dos escores no pós-teste 60,6(±9,5) foram mais elevadas do que no pré-teste e intrateste, coincidindo com a melhora nos resultados após a participação dos estudantes no *debriefing*.
- Os resultados apresentados no pós-teste evidenciam que o cenário de simulação clínica avançada pode ser promissor para melhora dos níveis de confiança e autoestima para exercer comunicação eficaz.
- Os estudantes apresentaram-se mais seguros quanto à influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para a comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais, após a experiência de simulação quando comparados o intrateste com o pós-teste ($p=0,020$).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS



O desenvolvimento do presente estudo ocorreu pela necessidade de se aprofundar a temática sobre as competências profissionais não técnicas aliadas a aspectos do cuidado. Nessa abordagem foi focalizada a competência comunicação com vistas ao gerenciamento eficiente e eficaz do cuidado em Enfermagem.

Nesse sentido foram empenhados esforços para estruturar a competência comunicação por meio da avaliação da formação profissional em enfermagem com a finalidade de investigar as contribuições para a eficácia no gerenciamento do cuidado. No entanto esse anseio deparou-se com duas implicações importantes: Que instrumento seria ideal para atender a essas expectativas? Como observar a referida competência dos estudantes no gerenciamento do cuidado, sem que houvesse danos ao paciente ou ao próprio estudante?

A busca pelo instrumento ideal para a avaliação da competência comunicação apontou para um número incipiente de ferramentas disponíveis. Dentre os instrumentos analisados, observou-se que a comunicação não era avaliada quanto a sua complexidade, respeitando os contextos e processos inerentes ao gerenciamento do cuidado em enfermagem.

Dessa forma, sentiu-se a necessidade de construir e validar o conteúdo do instrumento de medida da competência profissional comunicação, considerando os componentes conhecimentos, habilidades e atitudes.

A resposta à segunda interrogação foi elucidada pelo conhecimento da estratégia de simulação clínica avançada e os benefícios proporcionados ao desenvolvimento de competências, em ambiente seguro ao estudante que possibilitasse a representação da realidade de forma fiel, portanto equiparável à prática clínica real.

A proposta apresentada neste estudo configura-se como inovadora, por envolver a elaboração de um instrumento de medida que afere a comunicação enquanto competência profissional, respeitando sua multidimensionalidade, na perspectiva do gerenciamento do cuidado no contexto de simulação clínica avançada.

A elaboração do referido instrumento apresentou desenho metodológico definido com base na literatura relacionada à elaboração de instrumentos, desde procedimentos teóricos à analíticos (psicometria). Sendo que a medida proposta foi elaborada e validada até a fase de conteúdo que cumpre todas as exigências

procedimentais e teóricas da construção de instrumentos educacionais e psicológicos do referencial teórico adotado nesta pesquisa. Pode-se destacar ainda a pertinência evidenciada pelos resultados satisfatórios referentes às validações de conteúdo dos itens operacionais do construto e do instrumento de medida.

Os instrumentos disponíveis na atualidade para avaliar a comunicação em enfermagem, em geral, apresentam limitações para mensurar a comunicação na perspectiva de competência profissional e nos seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes. Não são observados instrumentos que considerem a comunicação dentro da sua complexidade, de forma a possibilitar a utilização nos diversos contextos do gerenciamento do cuidado em enfermagem.

A aplicação piloto do instrumento de medida, elaborado neste estudo, apontou para melhora da autoavaliação dos estudantes quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes, entre o pré-teste e o pós-teste. Estes resultados exemplificam os efeitos positivos proporcionados pela simulação clínica avançada.

No desenvolvimento de habilidades de comunicação, observou-se que os efeitos em curto prazo proporcionados pela simulação clínica avançada demonstram a elevação discreta na média dos escores dos estudantes. No entanto, deve ser considerado que o cenário proposto na simulação envolvia comunicação em situação complexa, que exige a combinação considerável de saberes teóricos, do meio e procedimentais.

Pode-se considerar que aspectos relacionados à inexperiência profissional e à baixa média de idade dos estudantes podem ter contribuído para uma autoavaliação menos satisfatória para o desempenho de habilidades, diante de situações mais complexas.

Dessa forma, a vivência de situações semelhantes na realidade clínica de gerenciamento do cuidado dos estudantes e futuros enfermeiros participantes deste estudo parece promissora quanto ao melhor desempenho de habilidades de comunicação.

No desenvolvimento de atitudes de comunicação, destaca-se a evolução positiva na autoavaliação dos estudantes entre o intratesto e o pós-teste. Esses ganhos podem ser explicados pelos efeitos proporcionados pelo *debriefing*, no qual o estudante exercita o pensamento reflexivo ante suas condutas individuais e do seu grupo, proporcionando o aumento da autoconfiança e possibilitando tomar condutas mais exitosas em situações complexas.

Outro aspecto a ser considerado neste estudo é o papel essencial da figura do professor como mediador dos processos reflexivos diante da ação para o desenvolvimento de competências profissionais em simulação clínica avançada. O interesse de novos docentes na adoção da simulação como estratégia de ensino, pode provocar mudanças perceptíveis em curto prazo na formação de excelência em saúde, que repercute em mudança de paradigmas para formação profissional. Ressalta-se, no entanto, que esses papéis não tradicionais de ensino podem ser elementos de resistência para considerável parcela dos docentes e o uso eficiente e eficaz da estratégia de ensino.

No entanto o uso da estratégia de simulação na formação profissional de enfermagem parece ser processo irreversível nos atuais tempos tecnológicos, e deve ser apoiado à medida que os resultados de novos estudos preencham eventuais lacunas referentes aos benefícios dessa estratégia inovadora.

A inovação está presente neste estudo também pelo processo de construção do instrumento, à proporção que reúne a perspectiva combinatória de todos os saberes relacionados aos contextos e processos da comunicação, na perspectiva de favorecer o gerenciamento do cuidado pelo exercício dos itens operacionais de medida do instrumento em cenário de simulação. Espera-se que as incertezas inerentes aos efeitos da inovação possam ser reduzidas concomitante a novos resultados que demonstrem mais benefícios do instrumento para o desenvolvimento da competência profissional “comunicação em enfermagem”

8.1 Limitações da pesquisa

A metodologia utilizada para a seleção dos juízes responsáveis pela validação de conteúdo do construto e dos itens operacionais contemplava a participação de experts nas cinco regiões brasileiras, no entanto não foram obtidas respostas aos convites por todos os juízes selecionados. Dificuldades no recrutamento da amostra afetaram o tamanho da mesma implicando no potencial de generalização dos resultados. A abordagem transversal deste estudo pode dificultar a observação dos efeitos proporcionados pela estratégia de simulação clínica avançada. Acredita-se que seja necessário replicar o estudo em escala maior, e de forma seriada, para permitir a visualização dos benefícios da estratégia ao longo do tempo. Não se recomenda aplicar esse instrumento com metodologia diferente à

apresentada neste estudo, até que sejam realizados testes psicométricos que avaliem precisão e fidelidade.

8.2 Perspectivas de estudos futuros

Pretende-se proceder à psicometria (fase analítica) do instrumento utilizado nesse estudo em pesquisas futuras, utilizando preferencialmente o mesmo cenário em amostra recomendada para medidas de dimensionalidade, características de dificuldade, discriminação, fidedignidade dos escores obtidos do conjunto de itens e de cada item dos CHAs da competência “comunicação profissional em enfermagem”. Para validação analítica (precisão e fidelidade) será necessário utilizar o instrumento de avaliação da competência profissional comunicação em enfermagem em amostra mais representativa. Após validação analítica é oportuno submeter os estudantes ou profissionais em formação a estudo longitudinal, a fim de se permitir a análise do desenvolvimento da competência comunicação a médio e a longo prazo; realizar estudos de transposição de dados; aplicar o instrumento em diversas regiões do País; favorecer estudos de disseminação do instrumento, para que pesquisadores em outros países tenham interesse em traduzir o instrumento e adaptá-lo culturalmente.

REFERÊNCIAS



- ACKERMANN, A.D. Investigation of Learning Outcomes for the Acquisition and Retention of CPR Knowledge and Skills Learned with the Use of High-Fidelity Simulation. **Clinical Simulation in Nursing**. v.5, n.6, p.213-222, 2009.
- ALINIER, G. *et al.* Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education. **Journal of Advanced Nursing**, Hatfield , v. 54, n. 3, p. 359–369, 2006.
- ANTHOINE, E. *et al.* Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. **BMC Health Services Research**. v.14, n.126, mar. 2014.
- ARRUDA, M.B. **A comunicação e o processo de negociação internacional**. 2001. 100p. Dissertação (mestrado) apresentada ao curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV.São Paulo, SP, 2001.
- BACKER, C. *et al.* Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 4, p. 372-379, 2008.
- BACKES, D.S. *et al.* Do padrão nightingaleano de enfermagem ao sistema social luhmanniano: estudo teórico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.4, jul. 2013.
- BAMBINI, D.; WASHBURN. J.; PERKINS, R. Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. **Nurs Educ Perspect**. v.30, v.2, p.79-82, mar. 2009.
- BARLEM, E.L.D. *et al.* Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008.
- BARNARD, C. **The functions of the executive**. Cambridge: Harvard University Press, 1938.
- BECKMAN, T.J; LEE,M.C. Proposal for a collaborative approach to clinical teaching. **Mayo clinic proceedings**. v.85,n4, p.339-344, 2009.
- BELLAN, Z S. **Andragogia em ação**: como ensinar adultos sem se tornar maçante. Santa Bárbara D´Oeste (SP): SOCEP, 2005.
- BENVENISTE, E. **Problemas de lingüística geral II**. Campinas: Pontes, 1989.
- BERTALANFFY, L. **General system theory**: foundations, desenvolvimento, applications. Nova York: George Braziler, 1968.
- BLANCO, F. A. (Org.). **Desarrollo y evaluación de competencias en educación superior**. 2. ed. Madrid: Narcea, 2009.
- BLOOM, B. S. **Taxonomy of educational objectives**: the classification of educational goals. New York: McKay, 1956.

- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.
- BOLESTA, S; CHMIL, J.V. Interprofessional Education Among Student Health Professionals Using Human Patient Simulation. **Am J Pharm Educ.** v.17, n.(5), p.94-103, jun. 2014.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 31. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas linguísticas**. Trad. Sérgio Miceli. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- BRAGA, E.M. **Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. Como especialistas em Comunicação expressam a competência comunicativa. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.529-38, set. 2010.
- BRANNAN J; *et al.* Simulator effects on cognitive skills and confidence levels. **Journal of Nursing Education**, v.47,n.11,p.495–500, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, fev. 2012.
- CAHILL, A. **Proper meaning superstition**: I.A. Richards. Unpublished research paper, University of Colorado at Boulder. 1998. Disponível em:<http://www.colorado.edu/communication/meta-discourse/Papers/App_Papers/Cahill.htm>. Acesso em:01 fev. 2015.
- CAMELO, S.H.H. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.1, p.192-200, jan. 2012.
- CAMPBELL, D.T; STANLEY, J.C. **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. São Paulo: EPU, 1979.
- CANT, R.P.; COOPER, S.J. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. **J Adv Nurs**. v.66, n.1, p.3-15, jan. 2010.
- CHANEY, L.H.; JEANETTE, M.S. **Intercultural business communication**. New Jersey: Prentice-Hall, 1995.

- CHEN, R.P. Moral imagination in simulation-based communication skills training. **Nurs Ethics**. v.18, n.1, p.102-11, 2011.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CHOI, S.J. *et al.* Effect of using standardized patients on nursing competence, communication skills, and learning satisfaction in health assessment. **J. Korean Acad. Soc. Nurs. Edu.**, v.19, n.1, p.97–105, fev. 2013.
- COOPER, S.; ENDACOTT, R.; CANT, R. Measuring non-technical skills in medical emergency care: a review of assessment measures. **Open Access Emerg Med**. v.2, n.1, p.7-16. 2010.
- COSTA, J *et al.* Práticas contemporâneas do ensino em saúde: reflexões sobre a implantação de um centro de simulação em uma universidade privada. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.15 n.3 p.85-90, jul. 2013.
- CUMMINGS, C.L., CONNELLY, L.K. Can nursing students' confidence levels increase with repeated simulation activities? **Nurse Education Today**. v.36, p. 419-421, jan. 2016.
- CURVELLO, J.J.A.; SCROFERNEKER, C.M.A. A comunicação e as organizações como sistemas complexos: uma análise a partir das perspectivas de Niklas Luhmann e Edgar Morin. **E-compós**. Brasília, v.11, n.3, set. 2008.
- DECIAN, M.M.,; MÉA C.H.P.D. O signo lingüístico: de Saussure a Benveniste. **Disciplinarum Scientia**. Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 93-109, 2005.
- DECKER, S. *et al.* Assessing continued competency through simulation: A call for stringent action. **Nursing Education Perspectives**. v.32, n.2, p.120-125, 2011.
- DURHAM, C. F; ALDEN, K. R. Integrating the QSEN competences into simulation. In: JEFFRIES, P. R. **Simulation in nursing education**: from conceptualization to evaluation. New York: National League of Nursing, 2012. p. 217-230.
- DOYLE, D *et al.* A course for nurses to handle difficult communication situations. **Patient Education and Counseling**, v.82, n 16, p. 100-109, 2011.
- DOUGHERTY, M.B; LARSON, E.L. The nurse-nurse collaboration scale. **J Nurs Adm**. v.40, n1, p.17-25, Jan 2010.
- DUTRA J.S. **Gestão por competências**: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente, 2001.
- EATON *et al.* M.K. Students perceptions of simulation's influence of home health and hospice practicum learnig. **Clinical simulation in nursing**., v.8, n.6, p. 239-247, jul. 2012.
- ELFRINK, V. L. *et al.* Using Learning Outcomes to inform teaching Practices in Human Patient Simulation. **Nursing Education Perspectives**, Ohio, v. 31, n. 1, p. 97-100, 2010.

- FACIONE, P.A. **Critical thinking**: a statement of Expert consensus for purpose of educational assessment and instruction. California: The California Academic Press, 1990.
- FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.
- FELDMAN, L.B.; RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Comunicação efetiva: ferramenta para gestão por competência na enfermagem. **Nursing.**, São Paulo, v.13, n.146, p.339-342, jul. 2010.
- FLORES, F. H. La comunicación interpersonal como instrumento en la teoría sociológica de Robert Park. **Revista de Comunicación**, Barcelona, n.10, 2011. Disponível em: < <http://beta.udep.edu.pe/comunicacion/rcom/pdf/2011/Art51-70.pdf> > Acesso em: 01 Jan. 2015.
- FOTHERINGHAM, W. **Perspectives on persuasion**. Boston: Allyn Bacon, 1966.
- GOFFMAN, E. **La Mise en Scène de la Vie Quotidienne**. Paris: Minuit, 1973.
- GREENBERG, C.C *et al.* Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. **J Am Coll Surg**. v. 204, n. 4, p.533-540, abr. 2007.
- GROOM, J.A.; HENDERSON, D.; SITTNER, B.J. NLN/Jeffries Simulation Framework State of the Science Project: Simulation Design Characteristics. **Clinical Simulation in Nursing**. v.10, n.7, p.337-344, jul. 2014.
- HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: complementos y estudios previos. Trad.Manuel Jimenez Redondo. Madrid: Cátedra, 1989.
- HEZAVEH, M.S.; RAFII, F.; SEYEDFATEMI, N. Novice Nurses' Experiences of Unpreparedness at the Beginning of the Work. **Global Journal of Health Science.**, v.6, n.1, jan. 2014.
- HOBGOOD *et al.* Teamwork training with nursing and medical students: does the method matter? Results of an inter-institutional, interdisciplinary collaboration. **Qual Saf Health Care.**, v.19, n.6, 2010.
- HOWARD, V.M. **A Comparison of Educational Strategies for the Acquisition of Medical-Surgical Nursing Knowledge and Critical Thinking Skills**: Human Patient Simulator vs. the Interactive Case Study Approach. EdD thesis, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, 2007.
- HUANG, Y. C., HSU, L. L., & HSIEH, S. I. The effect of a scenario-based communications course on self-confidence in novice nurse communications. **The Journal of Nursing**, v.58, n.2, p.53–62, 2011.
- HUNG, C.C, *et al.* Development and validation of the simulation-based learning evaluation scale. **Nurse Education Today**. v.40, n.1, p. 72-77, mai 2016.
- HSU, L.L.; CHANG, W.H.; HSIEH, S.I. The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. **J Prof Nurs**.v.31, n.1, p.37-49, jan 2015.

INCH, J. Perioperative simulation learning and post-registration development. **British Journal of Nursing**, v.22, n.20, 2013.

JANSSON, M.M; *et al.* Human patient simulation education in the nursing management of patients requiring mechanical ventilation: a randomized, controlled trial. **Am J Infect Control**. v.42, n.3, p.271-276, mar. 2014.

JEFFRIES, P. R. **Simulation in nursing education**: from conceptualization to evaluation. 2. ed. New York: National League of Nursing, 2012.

_____. **Simulation in nursing**: from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing, 2007.

_____. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. **Nursing Education Perspectives**, Indianapolis, v. 26, n. 2, p. 96-103, mar. 2005.

JESUS, L.M.T; SIMÕES, J.F.F.L.; VOEGELI, D. Comunicação verbal com pacientes inconscientes. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 5, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Fev. 2015.

KAMEG, K. The impact of high fidelity human simulation on self-efficacy of communication skills. **Issues Ment Health Nurs**. v.31, n.5, p.315-23, mai. 2010.

KAPLAN, B.G.; ABRAHAM, C.; GARY, R. Effects of participation vs. observation of a simulation experience on testing outcomes: implications for logistical planning for a school of nursing. **Int J Nurs Educ Scholarsh**. v.29, n.9, jun. 2012

KIM, S.; SHIN, G. Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. **Nurse Education Today**. v. 37, p. 59-65, fev. 2016.

KLAKOVICH, M.D; DELACRUZ, F.A. validating the interpersonal communication assessment scale. **Journal of professional nursing**. v.22, n.1,p.60-67, 2006

LA FOND, C. M; VICENT, C. V. H. A critique of the national league for nursing/Jeffries simulation framework. **Journal of Advanced Nursing**, v.69, n.2, p.465–480, abr. 2013.

LASATER, K. High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: students' experiences. **Journal of Nursing Education**. v.46,n.6,p.269–276, 2007

LAVOIE, P.; PEPINO, J.; COSSETE, S. Development of a post-simulation debriefing intervention to prepare nurses and nursing students to care for deteriorating patients. **Nurse Education in Practice**. v.15, n.3, p 181-191, Mai. 2015.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEONARD M, *et al.* The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Qual Saf Health Care.**, v.13, n.1, p.85–90, 2004.

- LÉVY, P. **Cibercultura**. 3. ed. São Paulo: Editor 34, 2011.
- LEWIS, R; STRACHAN, A; SMITH, MM. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. **Open Nurs J.**, v.6, n.1, p.82-89. 2012.
- LIPPE, M.P; BECKER, H. Improving Attitudes and Perceived Competence in Caring for Dying Patients: An End-of-Life Simulation. **Nurs Educ Perspect.** v.36, n.6, p.372-378, Nov. 2015.
- LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Tradução A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- LITTLEJOHN, S.W; FOSS, K.A. **Theories of human communication**. 10.ed. Long Grove: Waveland, 2011.
- LOPES, R.C.C.L., *et al.* Psychometric study of the Portuguese version. **J Prof Nurs.** v.29, n.1, p.59–64, 2013.
- LUFT, J; INGHAM, H. **The Johari Window: a graphic modelo f awareness in interpersonal relations**. Palo Alto: National Press Books, 1963.
- LUHMANN, N. **A improbabilidade da comunicação**. Lisboa: Vega-Passagens, 1992.
- MARTINEZ, E.A; TOCANTINS, F.R; SOUZA, S.R. Como especificidades da comunicação na assistência de Enfermagem à criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013.
- MASSETO, M. **Didática: a aula como centro**. São Paulo: FTD, 1997.
- MAYER, M. *et al.* A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multiprofissional de saúde. **Comunicação e estratégia**, São Paulo, v.2, n.3, 2005.
- MAXSON, P.M. Enhancing nurse and physician collaboration in clinical decision making through high-fidelity interdisciplinary simulation training. **Mayo Clin Proc.** v.86, n.1, p.31-36, jan. 2011.
- MCCALLUM, J; NESS, V; PRICE, T. Exploring nursing students' decision-making skills whilst in a Second Life clinical simulation laboratory. **Nurse Educ Today.** v.31, n.7, p.699-704, out. 2011.
- MCGAGHIE *et al.* A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. **Med Educ.**, v. 44, n.1, p. 50-63, 2010.
- MCGUIRE, W. J. The Nature of attitudes and attitude change. **The handbook of social psychology**, v. 3, p. 136, 1969.
- MAGUIRE, P.; PITCEATHLY, C. Key communication skills and how to acquire them. **BMJ.** v.325, n.7, p. 697–700, set. 2002.
- MEAD, G.H. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1936.

MELO, R.C.C.P *et al.* Competências Relacionais de Ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1387-1395, dez. 2011.

MOULD J, WHITE H, GALLAGHER R. Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. **Contemp Nurse**, v.38, n.1, p.180-90, 2011.

MOURA, E. C. C.. **Educação, arte e loucura**: do significado ao sentido. 1. ed. Teresina: EDUFPI, 2010.

_____. **Ensino-aprendizagem de enfermagem em simulação clínica**: desenvolvendo competência profissional para prevenção de úlceras por pressão. 2013. 241 p. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

MOURA, E.C.C.; CALIRI, M.H.L. Simulação para desenvolvimento da competência clínica de avaliação de risco para úlcera por pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, 2013.

MOURÃO, C.M.L *et al.* Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v.10, n.3, p.139-45, 2009.

NEGREIROS, P. L. *et al.* Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.120-32, 2010.

NORMAN, J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. **ABNF J.** v.23, n.2, p.24-28, 2012.

OGDEN, C.K.; RICHARDS, I.A. The meaning of meaning. Londres. In: KEGAN, P.T *at al.* (Org.). **O significado do significado**. Rio: Zahar, 1976.

OH, P.J; JEON, K.D; KOH, M.S. The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. **Nurse Education Today**. v.35, n.5, p. 6-15, Mai 2015.

PAIGE, J.T. *et al.* Getting a head start: high-fidelity, simulation-based operating room team training of interprofessional students. **J Am Coll Surg**. v.218, n.1, p.140-149, Jan 2014.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

_____. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAULA, M. *et al.* Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v.14, n.4, p.980-987, 2013.

PETERSON, A.A.; CARVALHO, E.C. Comunicação Terapêutica na Enfermagem: Dificuldades de para o cuidar de Idosos com câncer **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, ago. 2011.

- PETERSON, AW CALHOUN, EA RIDER. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. **Patient Education and Counseling** [online]. v.96, n.3, p.411-418, Set. 2014.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Artmed: Porto Alegre. 2011.
- PUGGINA, A.C.; SILVA, M.J.P. Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.2, p.108-14, 2014.
- QUAIL, B. *et al.* Student self-reported communication skills, knowledge and confidence across standardised patient, virtual and traditional clinical learning environments. **BMC Med Educ**. v.16, n.1, fev. 2016.
- REPPOLD, C.T.; GURGEL, L.G,. O processo de construção de escalas psicométricas. **Aval. psicol.** v.13, n. 2, p.307-310, 2014.
- ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. New York: The Free Press, 2003.
- ROKEACH, M. **The nature of human values**. Nova York: Free Press, 1973.
- ROTHGEB, M.K. Creating a nursing simulation laboratory: a literature review. **J. Nurs. Educ.**, v.47, n.11, p.489-94, 2008.
- RUBIN R.B.; MARTIN, M.M. Development of a measure of interpersonal communication competence. **Commun Res Rep**. v.11, n.1, p.33-44. 1994.
- RUBIO, D.M. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**. v.27, n.2, p.94-111, 2003.
- RUESCH, J.; BATESON, G. **Communication: the social matrix of psychiatry**. 1951.
- RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008.
- SANFORD, P.G. Simulation in Nursing Education: A Review of the Research. **The Qualitative Report**. v.15, n. 4, p.1006-1011, jul.2014.
- SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 1980.
- SEDGWICK, M.G.; GRIGG, L.; DERSCH, S. Deepening the quality of clinical reasoning and decision-making in rural hospital nursing practice. **Rural Remote Health**. v.14, n.3, jul. 2014.
- SHEPHERD, C.*et al.* Investigating the use of simulation as a teaching strategy. **Nursing Standard**. v.24, n.35, p.42-48, 2010.

- SHADISH, W. R.; COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference**. Boston: Houghton Mifflin. 2002
- SHANNON, C; WEAVER, W. **Teoria matemática da comunicação**. São Paulo:Difel, 1949.
- SIGALET, E *et al.* Development of a team performance scale to assess undergraduate health professionals. **Acad Med**. v.88, n.7, p.989-96, jul. 2013.
- SILVA, E.E.;CAMPOS, L.F. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.4, p.502-7, dez. 2007.
- SILVA, *et al.* Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.3, p.272-276, 2007.
- SMITH, S. J.; ROEHRS, C. J. High-fidelity simulation: Factor correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. **Nursing Education Perspectives**. v.30, n.2, 77-78, 2009 .
- SMITHBURGER, P.L. Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. **Pharm Pract**. v.11,n.2,p.61-65, abr. 2013.
- SOUZA, T.C.C. A análise do não verbal e os usos da imagem nos meios de comunicação. **Ciberlegenda**, Rio de Janeiro, n.6, Jan. 2011.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- THAYER, L. Communication and organization theory. In: DANCE, F. (Org.). **Comunicação e Teoria da organização**. São Paulo: Cultrix, 1973.
- TOFIL, N.M. *et al.* Pediatric intensive care simulation course: a new paradigm in teaching. **J. Grad. Med. Educ.**, v.3, n.1, p. 81–87, mar. 2011.
- TUTTICCI, N.; LEWIS, P.A.; COYER, F. Measuring third year undergraduate nursing students' reflective thinking skills and critical reflection self-efficacy following high fidelity simulation: A pilot study. **Nurs Educ in Pract**. v.18, n.6, p.52–59, mar. 2016.
- VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- WATTERS, C. Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. **BMJ Open**. v.5, n.1, 2015.
- WAXMAN, K. T. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. **Journal of Nursing Education**, v. 49, p. 29-35, jan. 2010.
- WELS, A.M.C. Estudando a comunicação organizacional: redes e processos integrativos. **Conexão – Comunicação e Cultura**, Caxias do Sul, v. 4, n. 7, p. 73-86, jan. 2005.
- YOUNG, K.H.; EUN, K.; SOOK, L.E. Effects of Simulation-based Education on Communication Skill and Clinical Competence in Maternity Nursing Practic. **Korean Journal of Women Health Nursing**. v.18, n.4, p.312-320, dez. 2012.

APÊNDICE A – MATERIAL DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CONSTRUTO

CARTA DE ORIENTAÇÃO PARA O JUIZ

Tema: Validação do Construto da Competência “Comunicação profissional em Enfermagem”.

Prezada Sr. (a),

É com satisfação que agradeço a sua disponibilidade para participar como juiz da **validação do construto da Competência “Comunicação profissional em Enfermagem”** frente a minha solicitação² por meio de correio eletrônico. Tendo em vista a sua importante contribuição em face da reconhecida experiência em docência, conhecimento clínico, publicações e pesquisas relevantes sobre a temática de interesse para o presente estudo.

Trata-se de uma fase da minha Dissertação de Mestrado. A fase citada teve como objetivo elaborar um conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)** necessários para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”. Para melhor compreensão do que é esperado do juiz, apresento algumas considerações.

Le Boterf (2003)³ considera que as competências profissionais são exercidas pela combinação dos CHA no qual cada um desses componentes é formado por um conjunto de saberes e suas definições constitutivas. Os conhecimentos (saber) ocorrem pela incorporação de saberes teóricos, ambientais e procedimentais; As habilidades (saber-fazer) ocorrem pela operacionalização dos saberes-fazer formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos e as atitudes tratam do saber, querer e poder agir do profissional frente a uma situação clínica que exige o exercício da competência em foco.

Para atingir o objetivo dessa fase do estudo, foi feita a análise dos conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber, querer e poder agir) apresentadas nas concepções teóricas de Le Boterf (2003) e foram listados os CHA da competência “Comunicação profissional em Enfermagem”. Identificamos 45 conhecimentos, 45 habilidades e 38 atitudes, totalizando 128 itens operacionais que são definições abrangentes e passíveis de serem executadas e que fundamentam a validade de definições constitutivas em um construto (PASQUALI, 1999)⁴.

A sua atuação como juiz, tem a finalidade de avaliar a pertinência dos itens operacionais para cada componente da competência “Comunicação profissional em Enfermagem” à luz das definições constitutivas propostas por Le Boterf. Para analisar a

² Samuel Freitas Soares. Mestrando do programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí (UFPI). Orientando da Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura.

³ LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

⁴ PASQUALI, L(org.). **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: labPAM/IBAPP, 1999.

pertinência dos itens operacionais do construto o Sr./Sra. deverá considerar que pertinência integra os critérios de relevância, precisão e clareza do conjunto de CHA proposto para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”.

Para tanto são apresentados cinco quadros. A saber: Componentes e definições Constitutivas; Síntese das teorias da comunicação; Itens operacionais para o componente conhecimento; Itens operacionais para o componente habilidade e Itens operacionais para o componente atitude.

O quadro 1 “Componentes e definições Constitutivas” contém cada componente (conhecimento, habilidade e atitude) e suas definições constitutivas (saberes para conhecimento, saberes-fazer para habilidades e querer-saber e poder agir para atitudes). As definições constantes nesse quadro devem ser consultadas para julgar se os itens operacionais constantes nos demais quadros estão se referindo a qual conceito constitutivo que compõe o componente que está sendo julgado, bem como sua pertinência.

No quadro 2 “Síntese das teorias da comunicação”, contém as principais teorias e modelos conceituais que possuem relevância para a comunicação no contexto profissional do Enfermeiro. A síntese das teorias fundamenta-se na obra de **Littlejohn (1982, 1988, 2011), Lévy (1999), Stefanelli e Carvalho (2005)**. Para avaliar as teorias, foram utilizados os critérios de desenvolvimento de teoria propostos por Fawcett (2005), a saber: significância, consistência interna, e adequação pragmática de cada teoria, destacando-se as relações conceituais de cada teoria analisada com a comunicação humana e profissional. As definições constantes nesse quadro devem ser consultadas para julgar se os itens operacionais constantes no construto sobre a competência comunicação em Enfermeiros estão se referindo a qual conceito constitutivo que compõe o componente que está sendo julgado, bem como sua pertinência.

Nos quadros 3, 4 e 5 estão listados cada componente do CHA e suas definições operacionais por ordem numérica. Assim, o quadro 3 “Itens operacionais para o componente conhecimento” se refere ao conjunto de saberes para CONHECIMENTOS; o quadro 4 “Itens operacionais para o componente habilidade” ao conjunto de saberes-fazer para HABILIDADES e o quadro 5 “Itens operacionais para o componente atitude” ao conjunto de *agires* (querer, saber e poder) para ATITUDE.

Os itens deverão ser julgados conforme as seguintes *instruções*:

Você deverá colocar um “X” debaixo do componente ao qual julgar que o item operacional se refere, indicando apenas um único item sob uma das definições constitutivas que integram o conhecimento, habilidade OU atitude. Recorra ao quadro 1 em caso de dúvidas ou se necessitar de esclarecimentos das definições dos CHA. Recorra ao quadro 2 para recorrer as sínteses dos tipos de teorias da comunicação abordadas por Littlejohn.

Em seguida, deverá expressar julgamento quanto à pertinência (que corresponde à relevância, precisão e clareza dos CHAs a luz dos conceitos constitutivos propostos) de cada item, classificando como: “1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão e 3. Muito pertinente”.

Após cada um dos quadros 3, 4 e 5 existe um **espaço reservado para “sugestões e justificativas”** quanto ao seu julgamento referente à pertinência dos itens operacionais supracitado.

Quando classificar um item como “*Não pertinente*”, peço que justifique a sua decisão. Ao classificar um item como “*Pertinente, mas precisa de revisão*”, peço que explicito qual revisão é necessária. O espaço também poderá ser usado para a Senhora sugerir o acréscimo de novos itens operacionais, peço que justifique a inclusão dos mesmos.

Ressalta-se que todas as sugestões, acréscimos e justificativas deverão ser respaldadas nas definições constitutivas do quadro 1 e no quadro 2 ou em Littlejohn (1982, 1988, 2011), Lévy (1999), Stefanelli e Carvalho (2005).

Pedimos que a sua avaliação seja devolvida em até 10 dias úteis, a contar da data de recebimento pelos correios do material. Para tanto a senhora recebeu um envelope contendo: a presente carta de orientação; o material de validação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dentro de um envelope com selo e endereço do pesquisador para devolução da apreciação.

Agradeço antecipadamente a sua contribuição à minha pesquisa!

Atenciosamente,



Samuel Freitas Soares

Mestrando do programa de Pós Graduação em Enfermagem –
Universidade Federal do Piauí (UFPI).

COMPONENTES E DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS (Quadro 1)

COMPONENTES	DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS
CONHECIMENTOS	
Saberes Teóricos (T)	Envolve os saberes disciplinares e conceituais de um ramo ou ciência, são acumulados ao longo da qualificação.
Saberes do Meio (M)	Relacionam-se ao contexto no qual o profissional intervém, envolvem os saberes sobre os processos que são necessários naquele contexto específico de atuação como saberes sobre os materiais e produtos empregados na ação; sobre a organização em que está inserida a atuação desejada e saberes sociais que se referem à demanda assistida pelo contexto de atuação exigido.
Saberes Procedimentais (P)	Envolvem a capacidade de descrever as ações que se pretende executar, a partir dos métodos, modos e operações necessárias como conjuntos de instrução que além de saberes teóricos sobre a temática ou objetivo proposto devem saber as etapas de ‘como fazer funcionar’.
HABILIDADES	
Saber-fazer Formalizado (F)	Envolvem o saber-fazer resultante de saberes procedimentais nos quais as aplicações práticas são dominadas pelos profissionais
Saber-fazer Empírico (E)	São resultantes da ação de saberes formalizado da própria experiência de fazer do profissional após a reflexão dos resultados alcançados que podem atingir o nível <i>tacitum</i> de conhecimento (aquele adquirido pela rotina da ação) e, portanto, difíceis de explicitar, mas agregado de valor social para o profissional porque é o ‘como ele faz’.
Saber-fazer Relacional (R)	Envolve a capacidade de cooperar e saber conduzir-se para executar a ação durante a experiência social e profissional.
Saber-fazer Cognitivo (C)	Aquele que envolve ações interiorizadas das operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas.
ATITUDES	
Querer agir (Q)	Relaciona-se com o sentido que o profissional constrói e operacionaliza suas competências, na medida em que, a exigência profissional vai de encontro com a autoimagem e a ideia que o sujeito tem de sua identidade profissional resultando em uma ‘situação significativa’ construída pelo sujeito.
Saber agir (S)	Relaciona-se com a escolha de uma conduta ou estratégia na qual o profissional reage à representação operatória que tem de um estímulo e não ao próprio estímulo
Poder agir (P)	Relaciona-se a existência de um contexto e meio facilitador da ação, bem como a autoridade e governabilidade para agir. Trata-se da união de querer e saber agir, nos diversos contextos profissionais.

SÍNTESE DE TEORIAS DA COMUNICAÇÃO (Quadro 2).

1. TEORIA DOS SISTEMAS GERAIS E CIBERNÉTICA

TEORIA	Teoria dos sistemas gerais
AUTOR	Ludwing von Bertalanffy
1. OBJETIVO	Postular conceitos que regem os sistemas em geral e aplicar essas generalizações a numerosos fenômenos em diferentes disciplinas.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Sistemas
2.2 BASE FILOSÓFICA	Teleologia
2.3 MODELO CONCEITUAL	O Sistema é um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Segundo a teoria de sistemas, ao invés de se reduzir uma entidade (um animal, por exemplo) para o estudo individual das propriedades de suas partes ou elementos (órgãos ou células), se deve focalizar no arranjo do todo, ou seja, nas relações entre as partes que se interconectam e interagem orgânica e estatisticamente.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria dos sistemas gerais se aproxima da comunicação ao passo em que define sistema como um conjunto de objetos ou entidades que se inter-relacionam para formar um todo. Da mesma forma a comunicação é entendida como um fenômeno multidisciplinar e complexo, ou seja, um sistema. Assim para que uma pessoa consiga se comunicar com clareza, são necessários conhecimentos em variados planos como educação, política, religião, cultura, além de experiências passadas que constituem a história de vida da pessoa. Quanto maior a capacidade de interligar esses subsistemas, maior será a facilidade para comunicar-se.
TEORIA	Cibernética
AUTOR	Norbert Wiener
1. OBJETIVO	Estudar o processo de interdependência entre os mecanismos de controle e comunicação, seus alimentadores e seus produtos.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Regulação e controle de sistemas
2.2 BASE FILOSÓFICA	Sistemas gerais
2.3 MODELO CONCEITUAL	A cibernética é o estudo da regulação e controle em sistemas com ênfase no <i>feedback</i> .
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Para que um sistema se adapte ao meio, é necessário que o mesmo mude sua estrutura dinamicamente a cada momento. Isto é possível através de um processo recursivo de agir, perceber o meio e o resultado de suas ações (<i>feedback</i>), re-projetar as ações e agir novamente.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O mecanismo de controle, regulação e <i>feedback</i> , é exemplificado em contexto de comunicação, como uma resposta que o ambiente ou a própria pessoa dá após a expressão de uma fala. Dessa forma se o <i>feedback</i> for negativo a pessoa geralmente terá como atitude a mudança de comportamento, ou alteração na forma de expressão da linguagem. Caso seja um <i>feedback</i> positivo,

	provavelmente implicará na manutenção do comportamento já que ele foi aceito no ambiente.
TEORIA	Matriz Social da Psiquiatria
AUTOR	Jurgen Ruesch e Gregory Bateson
1. OBJETIVO	Construir e caracterizar o modelo de níveis de comunicação de acordo com o contexto social
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comunicação em contexto sociais diferentes.
2.2 BASE FILOSÓFICA	Sistemas Gerais
2.3 MODELO CONCEITUAL	O indivíduo ajusta-se a sociedade na medida em que pode enviar e receber informações do eu, do mundo e dos outros.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Os autores apresentam o modelo em forma de cone invertido dividido em quatro níveis de comunicação tendo como base o intrapessoal, e em seguida, interpessoal, em grupo e cultural. O nível intrapessoal ocorre dentro da pessoa e envolve questões química e neurais, já o interpessoal, é considerado o nível mais importante por permitir a interação entre os estímulos externos e os sentimentos internos. A comunicação em grupos é afetada largamente pela estrutura organizacional e por o nível cultural é considerada muito ampla por envolver todos os fatores inerentes ao comportamento das sociedades.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O modelo proposto em forma de cone invertido propõe que quanto maior o nível de comunicação maior será a complexidade para que haja adaptação ao meio. Outro ponto importante para o contexto da comunicação profissional é que a capacidade de influenciar alguém utilizando-se da comunicação é maior, quanto menor for o grupo de pessoas envolvidas. Assim a comunicação interpessoal eficaz configura-se como essencial no ambiente de trabalho.
TEORIA	Sistemas de comunicação
AUTOR	Lee Thayer
1. OBJETIVO	Fornecer macroabordagem sobre a aplicação dos sistemas gerais na comunicação
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comunicação organizacional
2.2 BASE FILOSÓFICA	Sistemas gerais.
2.3 MODELO CONCEITUAL	A comunicação ocorre quando pelo menos uma pessoa dar-se conta que existe interação.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Thayer constituiu o modelo tridimensional composto por níveis, competências e contextos. O nível de comunicação mais importante é o intrapessoal, visto que nele a pessoa leva em conta que algo ocorreu e assim esse fenômeno se converte em informação. A comunicação interpessoal representa todos os níveis de comunicação de duas pessoas, os elementos organizacionais são as cadeias que ligam os grupos de indivíduos em organizações e o nível tecnológico é o maior dos quatros níveis e consiste no programas mecânicos, eletrônicos ou de software para auxiliar o processo de manipulação da informação.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O modelo tridimensional de Thayer permite o entendimento de que a combinação de competências táticas (habilidades específicas

	tais como falar e escrever) e competências estratégicas (habilidades conceituais) a ao processo de formulação da mensagem em diferentes contextos estabelece o perfil comunicativo da pessoa
--	--

2. TEORIAS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

TEORIA	Interacionismo simbólico
AUTOR	George Mead
1. OBJETIVO	Descrever o processo de interação do ser humano no contexto em que se situa.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Interação humana
2.2 BASE FILOSÓFICA	Behaviorismo
2.3 MODELO CONCEITUAL	Os três conceitos cardeais da interação simbólica são sociedade, eu e mente.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Através do processo de reflexão mental, a pessoa planeja e repete mentalmente o comportamento simbólico, preparando-se para a subsequente interação com os outros.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Ao constituir a tríade do interacionismo simbólico em sociedade, eu e mente, Mead destaca a capacidade única do ser humano em entender as intenções do outro comunicador e refletir sobre a comunicação atribuindo significado a determinado símbolo, diferentemente dos animais em geral que apenas reconhecem gestos e agem de forma mecânica. Destaca ainda o eu como subdividido em dois campos: eu-mesmo que representa a parte impulsiva, espontânea e desorganizada e o mim que é composto por padrões de comunicação organizados e mais pensados. Assim ao se comunicar o ser humano possui a capacidade de refletir e interagir com o seu próprio eu constituindo o último elemento da tríade, a mente. O motivo pelo qual a reflexão mental é tão importante para o autor é que ela fornece o fundamento para a pessoa agir como um ator e não um reator. Dessa forma a reflexão é bastante útil em situações problemáticas em que a pessoa deve interagir com o ambiente e consigo mesmo para tomar decisões corretas.

TEORIAS DOS SIGNOS

TEORIA	Teoria Semiótica
AUTOR	Charles Morris
1. OBJETIVO	Descrever e explicar o comportamento relacionado com os signos
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Semiótica (estudo dos signos)
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	Um signo funciona produzindo no organismo aptidão para responder.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O autor faz uma combinação da psicologia do comportamento, interacionismo simbólico e teoria dos sistemas em três dimensões. Na Primeira destaca que todo comportamento de signo envolve três fatores importantes: aspecto designativo, que dirige a pessoa para o signo; aspecto avaliatório, orienta a pessoa para qualidades específicas do objeto; e aspecto prescritivo, que leva a um comportamento a partir da avaliação do objeto. Na segunda dimensão destaca que ao receber um estímulo a pessoa age em três estágios diferentes: percepção, que consiste no impulso; manipulação, a pessoa interpreta o impulso e decide como se comportar; e consumação, resulta no comportamento manifesto. Por fim faz a análise de três dimensões de valor que um pessoa pode ter em relação a um signo: desligamento, dominância ou desligamento
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A construção do quadro proposto por Morris tem aplicação prática pela combinação das dimensões. Ele consegue explicar por exemplo que algumas pessoas possuem maior comodismo frente a uma situação devido a capacidade desse evento manipular sua mente ao ponto de fazê-lo se comportar de forma passiva. Assim, os signos podem representar comportamentos de acordo com a interpretação de valor que a pessoa apresentar.

TEORIA	Teoria Comportamental da Linguagem
AUTOR	B. F. Skinner
1. OBJETIVO	Explicar fatores ligados a linguagem articulada
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comportamento verbal (codificação verbal)
2.2 BASE FILOSÓFICA	Behaviorismo
2.3 MODELO CONCEITUAL	O comportamento verbal deve ser visto como todo comportamento humano. Quando positivamente reforçado será repetido.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Um determinado comportamento verbal deve ser sempre identificado em termos de sua função para a pessoa.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria de Skinner é criticada por ser muito simplista e não conseguir reunir elementos que expliquem com clareza a estratificação do comportamento do ser humano por meio da linguagem.

TEORIA	Teoria Mediacional
AUTOR	Charles Osgood
1. OBJETIVO	Analisar a interação entre a linguagem articulada e as outras atividades humanas.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Codificação verbal
2.2 BASE FILOSÓFICA	Behaviorismo
2.3 MODELO CONCEITUAL	A linguagem não deve estudada independentemente do comportamento real em curso.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O modelo comportamento humano ocorre em três processos básicos: codificação (refere-se ao processo de recepção de estímulos), associação (processo de pareamento de estímulos e respostas) e decodificação (processo de produção de respostas). Esses processos podem ocorrer em três níveis dependendo da complexidade do comportamento envolvido: projeção (sistema de recursos entre órgãos sensores e efetores), integração (estímulo e resposta devem ser integrados pelo cérebro através da associação percebida) e representacional (nível em que se dá o significado).
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Esta teoria constitui-se na premissa de que a linguagem é usada em contexto, e por isso, seu estudo deve estar conjugado com o comportamento frente a um acontecimento. Assim tenta explicar a interação entre a linguagem articulada e as atividades cotidianas do ser humano.

TEORIA	Teoria Cinésica
AUTOR	Ray Birdwhistell
1. OBJETIVO	Relacionar os movimentos do corpo com a linguagem que expressam.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Linguagem do movimento corporal (codificação não-verbal)
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A comunicação como processo complexo, é um fenômeno de multicanais.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Existem comportamento corporais que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas como as palavras.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Este estudo forneceu a indicação de que a estrutura cinésica é paralela a estrutura da língua. Tornou-se claro que existem comportamentos corporais que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas, como palavras, que se combinam em trechos muito extensos de comportamento estruturado, como frases ou até parágrafos.

TEORIA	Teoria Proxêmica
AUTOR	Edward Hall
1. OBJETIVO	Descrever a relação entre o espaço utilizado entre os seres humanos, sua organização e a condução das atividades cotidianas.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Posição corporal e das relações espaciais
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	O modo como o espaço é usado na interação constitui uma questão preponderantemente cultural.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Existem oito fatores envolvidos na distância entre duas pessoas que conversam: Fatores de postura-sexo, eixo soció-fugo-sociopeto, fatores cinestésicos, comportamento de contato, código visual, código térmico, código olfativo, volume de voz.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Assim como a linguagem varia de cultura para cultura, Hall ensina que o mesmo ocorre com os veículos de interação. Dependendo da cultura, modalidades sensoriais diferentes adquirem maior importância. Nesse contexto, padrões de vestuário, volume de voz ou contato visual, reproduzem significados diferentes em culturas heterogêneas. Essa visão permite o entendimento sobre a interpretação do espaço usado para interação de diferentes formas.

TEORIA	Teoria da paralinguagem
AUTOR	G.L Trager
1. OBJETIVO	Descrever os fatores relacionados ao uso de signos vocais em comunicação
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Signos vocais
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	Os sons que emitimos no processo de produção da fala relacionam-se com a língua mas não estão incluídos diretamente na língua.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	As características paralinguísticas dividem-se em quatro tipos: qualidades de voz (altura do tom da voz, e ritmo), caracterizadores vocais (ruídos: bocejo, choro, risos, gritos), qualificadores vocais (maneira como as palavras são ditas: suave, arrastada, rápida), e segregados vocais (atores rítmicos: “hum”, “hem”, pausas ou interrupções).
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O entendimento dessa teoria permite o entendimento e maior percepção do significado de determinados sons paralinguísticos e sua adequação para o contexto usado.

4. TEORIAS DO SIGNIFICADO

TEORIA	Teoria Representacional do Significado
AUTOR	C. K. Ogden e I. A. Richards
1. OBJETIVO	Examinar a natureza das palavras, significados e compreensão em todas as espécies de discurso.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Significado
2.2 BASE FILOSÓFICA	Filosofia da Linguagem
2.3 MODELO CONCEITUAL	O significado é uma função da natureza representacional dos signos.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Elaborou-se um Triângulo de Significado, que enfatiza três sentidos para significado formado por: símbolo (significado da palavra), referente (significado do objeto) e a pessoa (significado do objeto na mente da pessoa). O significado aparece em decorrência do reconhecimento do símbolo e do referente na mente.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Os autores propõem que um símbolo e um referente sejam reconhecidos na mente da pessoa quando exposta ao objeto, fechando o triângulo do significado constituído por símbolo, referente e pessoa. Contudo se símbolo ou referente não forem do conhecimento da pessoa o significado do objeto será desconhecido. No contexto da comunicação profissional é necessário que as partes percebam o entendimento dos três aspectos para que haja comunicação eficaz, visto que deve ser considerada como um processo de criação de significados e não de fornecimento de significados.

TEORIA	A teoria dos símbolos
AUTOR	Suzanne Langer
1. OBJETIVO	Identificar elementos de domínio do sentido para uso dos dados sensoriais e o domínio da concepção e expressão.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Linguagem e significado
2.2 BASE FILOSÓFICA	Filosofia da Linguagem
2.3 MODELO CONCEITUAL	O significado é uma relação complexa entre o símbolo, o objeto e a pessoa.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O símbolo representa um conceito geral entre os comunicadores, mas cada pessoa possui sua concepção particular (conotação). Existem dois tipos importantes de símbolos. Os discursivos envolvem a combinação de elementos menores como palavras e frases em outros elementos maiores. Os apresentacionais representam unidades individuais que não são capazes de ter um significado claro, como rituais e expressões não-verbais, devendo ser observado o contexto.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria mostra que a busca por significados oriundos da comunicação envolve não apenas aspectos racionais como a linguagem verbal padrão, mas também aspectos que muitas vezes passam despercebidos e que revelam significados essenciais para uma adequada comunicação. (Ex: Expressões míticas e religiosas)

TEORIA	Semântica geral
AUTOR	Alfred Korzybski
1. OBJETIVO	Descrever a natureza da abstração e o seu efeito sobre o comportamento humano.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Abstração (habilidade de concentrar nos aspectos essenciais de um contexto)
2.2 BASE FILOSÓFICA	Relativismo
2.3 MODELO CONCEITUAL	A abstração é o processo que consiste em pôr de lado ou não levar em conta detalhes na percepção e classificação de objetos.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	A abstração de ordem superior, através de símbolos, permite que as pessoas comuniquem sua experiência abstrata a outras através do tempo. Os animais possuem capacidade de abstração reduzida, não podem fazer isso.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A capacidade de abstrair informações facilita o entendimento do objetivo da comunicação entre emissor e receptor e revela características individuais que estão mentalizadas e foram formadas de acordo com a interpretação que fez acerca de suas vivências.

TEORIA	Teoria mediadora do espaço semântico
AUTOR	Charles Osgood
1. OBJETIVO	Construir um método para medir o significado
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Significado (semântica)
2.2 BASE FILOSÓFICA	Abordagem representacionais
2.3 MODELO CONCEITUAL	Os signos geram uma resposta mediadora multidimensional na pessoa.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	A resposta mediadora multidimensional é constituída de três dimensões: avaliação, potência e atividade. Um dado signo (palavra ou conceito) provoca uma reação na pessoa que consiste num sentido de avaliação (bom ou mau), atividade (ativo ou inativo), e potência ou força.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria mostra que qualquer signo é capaz de gerar uma resposta composta por três dimensões. Assim a pessoa é capaz de medir o significado de cada signo ao comunicar-se, e entender o real significado para si.

TEORIA	Filosofia da linguagem de uso cotidiano
AUTOR	Ludwing Wittgenstein, John Searle.
1. OBJETIVO	Examinar o uso cotidiano da linguagem
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Linguagem de uso cotidiano (atos da fala)
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	O que é importante para a análise são os atos da fala e não as formas linguísticas.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O autor denomina o comportamento dotado de propósito como ato “illocucionário”, que pode ser uma ordem, afirmação, suposição, comentário, etc. O objetivo desse ato é ser entendido.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria permite o entendimento de que se tudo o que pode ser significado pode ser dito, não é admissível não saber expressar o que se pensa. Dessa forma quem se comunica deve saber articular a linguagem de modo a ser compreendido por meio do uso de regras comuns aos demais.

5. TEORIAS DO PENSAMENTO

TEORIA	Teoria cognitiva do comportamento conceptual
AUTOR	Lyle Bourne
1. OBJETIVO	Formular hipóteses sobre o meio ambiente e testá-las
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Pensamento, comportamento
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	O comportamento conceitual permite ao ser humano classificar objetos e eventos a partir de suas características.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O comportamento conceptual consiste em duas atividades gerais: a aprendizagem de conceitos (formação conceptual) e o seu uso no dia-a-dia (utilização de conceitos). O ser humano, no seu cotidiano, formula ativamente hipóteses sobre as definições de conceitos, verifica-as, rejeita-as e reformula essas hipóteses ou produz novas.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A adoção de um comportamento baseado na hierarquização de conceitos permite ao profissional encontrar soluções para conflitos e assim fundamentar-se em uma estrutura lógica de pensamento organizada que o permita comunicar-se de forma clara e coerente.

TEORIA	Pensamento reflexivo
AUTOR	John Dewey
1. OBJETIVO	Resolver problemas a partir de uma sequencia ordenada de passos organizados e controlados.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Pensamento, Interacionismo simbólico.
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A exigência de solução de uma perplexidade é o fator constante e orientador de todo o processo de reflexão.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Dewey propôs que o pensamento reflexivo possui numerosas qualidades que lhe caracterizam por ser intencional, controlado, empírico e racional na qual o pensador questiona ativamente problemas do mundo real e objetiva a sua solução em sequencia organizada por cinco fases: Sugestão (etapa inicial, mais espontânea e imediata ao problema), Intelectualização (aperfeiçoamento do pensamento a partir da resolução frustrada pela sugestão), formulação de hipóteses (solução mais calculada do que espontânea que surge após a intelectualização), raciocínio (o pensador examina a hipótese na mente e pondera a sua escolha) e teste de hipótese (fase final de aplicação da hipótese).
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Essa teoria possibilita a pessoa compreender a melhor forma de pensar a fim de tornar-se mais eficiente por meio do pensamento reflexivo. Assim o profissional que conseguir dedicar seu tempo a esta finalidade tenderá a resolver problemas em sua mente com vistas a aprimorar suas ações e minimizar riscos desnecessários.

6. TEORIAS DA INFORMAÇÃO

TEORIA	Teoria Matemática da Comunicação
AUTOR	Claude Shannon; Warren Weaver
1. OBJETIVO	Medir o fluxo de quantitativo de informação entre emissores e receptores.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Fluxo de informação
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	Informação é uma medida de incerteza em uma mensagem.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O processo de transmissão da informação inicia-se quando uma fonte (cérebro) formula uma mensagem que contém signos a serem codificados pelo transmissor (sistema vocal), em sinais para o receptor. Este por sua vez, decodifica o sinal por meio do receptor em forma de uma mensagem. Nesse processo, podem ocorrer ruídos que são qualquer perturbação do canal que distorça o sinal. Por fim, os autores destacam que a informação semântica é o resultante de informações numa mensagem que permite a diminuição da incerteza quanto a determinada situação.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O conhecimento sobre códigos envolvidos no ambiente de trabalho facilita a comunicação entre profissionais de saúde, além de que, reduz a incerteza para tomada de decisões. O reconhecimento da existência de ruídos na comunicação permite a filtragem da real intenção da mensagem enviada por outra pessoa.

7. TEORIAS DA PERSUASÃO

TEORIA	Teoria retórica
AUTOR	Aristóteles
1. OBJETIVO	Descrever o processo de comunicação de elocução, e reunir elementos para apoio à realização de discursos.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Persuasão e convencimento
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	Retórica é a capacidade de descobrir o que é adequado a cada caso com o fim de persuadir.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Aristóteles identificou três classes de meios de persuasão que nomeou <i>Éthos</i> , <i>Páthos</i> e <i>Lógos</i> . <i>Éthos</i> seriam os recursos e atitudes que o orador utiliza para persuadir o ouvinte. <i>Páthos</i> consiste no apelo emocional dos ouvintes, despertando as suas emoções. E <i>Lógos</i> caracteriza-se pelo próprio discurso, quando o orador prova uma verdade por meio dos argumentos adequados.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria possui limitações devido o seu enfoque em uma realidade de discursos públicos, que atualmente não são tão comuns como nos tempos antigos. No entanto, sua ideia principal pode ser adaptada à comunicação profissional quando deixa claro que fazer-se entendido é o principal objetivo de quem se comunica. A partir desse entendimento, persuadir possibilita o alcance de objetivos profissionais.

TEORIA	Teoria Comportamental da Persuasão
AUTOR	Wallace C Fotheringham
1. OBJETIVO	Descrever o processo de persuasão por meio da comunicação.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Persuasão
2.2 BASE FILOSÓFICA	Psicologia social
2.3 MODELO CONCEITUAL	Persuasão é o conjunto de efeitos nos receptores, relevantes e úteis para as metas desejadas pela fonte, ocasionados por um processo em que as mensagens foram importantes determinantes daqueles efeitos.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Para que ocorra o processo de persuasão o autor destaca as seguintes etapas: (1) uma mensagem é enviada ao receptor; (2) essa mensagem é percebida e identificada pelo receptor, (3) o receptor atribui um significado à mensagem, (4) o significado dentro do receptor atua como um estímulo para qualquer efeito que possa ocorrer, e (5) os efeitos no receptor geram uma ação que pode relacionar-se com os objetivos do persuasor.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria possui uma abordagem ampla acerca da persuasão que em linhas gerais estabelece possibilidade de ocorrência de efeitos afetivos, cognitivos ou comportamentais desejáveis ou não diante da tentativa de persuasão. A ideia central da teoria busca demonstrar que o estímulo para a mudança de comportamento é o significado provocado no receptor.

TEORIA	Teoria das Crenças, valores e atitudes
AUTOR	Milton Rokeach
1. OBJETIVO	Explicar o comportamento humano baseado em crenças, atitudes e valores.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Coerência
2.2 BASE FILOSÓFICA	Psicologia social
2.3 MODELO CONCEITUAL	As pessoas são guiadas pela necessidade de coerência e sua ausência cria sentimento de mudança.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	<p>O autor desenvolveu um sistema crença-atitudes-valor bastante organizado que guia comportamento do indivíduo e sustenta o respeito da pessoa a si mesma.</p> <p>As crenças são as milhares de inferências que a pessoa tem acerca do mundo. Elas organizam-se em torno de um núcleo, sendo as mais centrais bem estabelecidas e imutáveis, e as periféricas de menor importância para o ego sendo mais susceptíveis a mudanças. As atitudes formam-se a partir de feixes de crenças organizados em torno de um objetivo, pessoa ou situação. Os valores são tipos de crenças centrais que ocorrem de forma mais reduzida e guiam o percurso da vida. O último componente é o conceito do eu, que consiste nas crenças que a pessoa alimenta de si mesma.</p>
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A percepção cognitiva das crenças, atitudes e valores do eu permite que a pessoa consiga encontrar incoerências que implique em comportamentos inadequados, e a partir da readequação de suas crenças e valores poderá ter atitudes que impliquem em mudanças mais significativas e duradouras, aumentando sua satisfação pessoal.

TEORIA	Teoria Psicológica de Atitude e Mudança de Atitude
AUTOR	William McGuire
1. OBJETIVO	Descobrir de que modo operam numerosas variáveis de comunicação na situação de mudança de atitude.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Mudança de atitude, persuasão
2.2 BASE FILOSÓFICA	Psicologia social
2.3 MODELO CONCEITUAL	O grau em que uma pessoa é influenciada por uma mensagem depende do número de interações entre múltiplos fatores dentro de si.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Segundo a estratégia da personalidade, a probabilidade de ficar mais exposto à influência de uma comunicação persuasiva está diretamente relacionada com determinadas variáveis como: inteligência, sexo e, sobretudo, auto-estima. A modificação da atitude é determinada em duas fases: numa primeira, pela recepção dos argumentos da mensagem, incluindo o processo de atenção, compreensão e retenção; numa segunda, pela avaliação sobre a própria modificação.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Os fatores cognitivos estão diretamente relacionados a capacidade de persuadir ou ser persuadido. reconhecer as aspectos envolvidos nesse processo condiciona ao emissor a maior capacidade de fazer o receptor agir conforme os objetivos da comunicação.

8. TEORIAS DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

TEORIA	Teoria Pragmática da Comunicação
AUTOR	Watzlawick, Beavin, Jackson
1. OBJETIVO	Descrever o processo de estabelecimento de relações na comunicação interpessoal.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA	Relações interpessoais.
2.2 BASE FILOSÓFICA	Fenomenologia
2.3 MODELO CONCEITUAL	As relações decorrem das relações entre as pessoas.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Entre os principais axiomas apresentados pelos autores podemos citar: uma pessoa não pode deixar de comunicar-se, pois a própria tentativa de comunicar-se é uma forma de interação. Em toda comunicação há um aspecto de conteúdo (informação principal) e um aspecto de relação (informações subjacentes à informação principal). Esta última é chamada de metacomunicação, na qual a pessoa comenta a informação em sua mente de várias formas diferentes. Por fim a relação entre comunicadores pode ser de simetria, quando há uma diminuição das diferenças nas relações; ou complementar, quando a comunicação proporciona um desequilíbrio de dominância ou submissão após a comunicação.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A relação entre os comunicantes existirá a partir do momento em que houver alguma transmissão de informação (voluntária ou não). Manter o equilíbrio entre as relações interpessoais (simetria) ou saber lidar com relações em níveis hierárquicos diferentes (complementares), condiciona a comunicação eficaz e conseqüentemente um relacionamento profissional mais harmonioso.
TEORIA	Teoria FIRO (<i>Fundamental Interpersonal Relations Orientation</i>)
AUTOR	William Schutz
1. OBJETIVO	Descrever as necessidades interpessoais de comunicação humana
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Necessidades interpessoais.
2.2 BASE FILOSÓFICA	Fenomenologia
2.3 MODELO CONCEITUAL	Tais como as necessidades biológicas, as necessidades sociais devem ser satisfeitas para evitar a doença ou morte.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O autor sustenta a teoria na necessidade de três satisfações interpessoais essenciais: inclusão (necessidade de ter relações satisfatórias com os outros), controle (necessidade de influir ou exercer poder sobre os outros) e afeição (é o grau de amor necessitado pela pessoa). Cada uma dessas necessidades é concebida como uma variável entre extremos que vai desde a necessidade elevada até os níveis mais baixos de interação. A compatibilidade desses elementos nas relações interpessoais proporciona a formação de grupos coesos e tende a aumentar o desejo de comunicação entre as partes.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Pessoas que possuem necessidades diferentes de interação interpessoal podem estreitar suas relações dependendo da sua capacidade de compatibilizá-las aumentando a capacidade de comunicação, que proporciona ganhos de produtividade.

TEORIA	TEORIA DA INTERAÇÃO HUMANA (Janela de Johari)
AUTOR	Joseph Luft.
1. OBJETIVO	Desenvolver prescrições acerca da interação para melhorar a comunicação humana.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Interação Humana.
2.2 BASE FILOSÓFICA	Humanismo, Fenomenologia.
2.3 MODELO CONCEITUAL	Janela Johari (modelo de percepção consciente-compreensão-revelação)
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O modelo proposto apresenta quatro quadrante compostos pelas combinações do conhecimento que os outros tem a respeito da pessoa e o próprio conhecimento de si. O quadrante “Aberto” representa aquilo que é de conhecimento da pessoa e dos outros; o quadrante “Cego”, é de conhecimento dos outros e desconhecido para o eu; O “Oculto” é de conhecimento apenas para o eu; e o último, é “Desconhecido” de todos.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A boa comunicação proporciona a revelação do eu aos outros e por seguinte por exercício do hábito haverá feedbacks que revelarão o que os outros pensam do eu. Assim comunicar-se de forma eficaz nos proporciona conhecimentos sobre o mundo ao nosso redor e permite a reflexão sobre como somos vistos.

TEORIA	Teoria da Congruência (“Teoria do eu”)
AUTOR	Carl Rogers
1. OBJETIVO	Descrever os aspectos de revelação e compreensão do comportamento nas relações interpessoais.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Abordagem humanística da comunicação interpessoal
2.2 BASE FILOSÓFICA	Humanismo
2.3 MODELO CONCEITUAL	A causa e a cura do estado incongruente reside no domínio da comunicação interpessoal.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O conceito fundamental de Rogers é a congruência, representada pelo sentimento de coerência interna do organismo. Uma relação interpessoal marcada pelo respeito mútuo positivo permite o aumento de congruência e assim a própria capacidade de aceitar os outros. Essa relação é contagiosa, pois se um comunicador percebe que o outro age de forma positiva, tende a se abrir para a aceitação do outro.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A obtenção de congruência a partir da comunicação pode ser alcançada por meio do relacionamento acolhedor, comunicação empática, capacidade de se expressar sem ambiguidades, percepção de reconhecimento e respeito pelo outro comunicante, além de uma comunicação afetuosa que permita o relacionamento sem temer o julgamento do outro comunicante.

TEORIA	Teoria dos Jogos
AUTOR	Von Neumann, Morgenstern
1. OBJETIVO	Entender como as pessoas se comportam a fim de obter recompensas ou atingir objetivos
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Conflito social
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A comunicação em situações de conflito é marcada pela tentativa de manipular.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	<p>A teoria dos jogos trata como ganhar um jogo, com estratégias de sequencias de lances que maximizam a probabilidade de acertos. Para isso algumas condições devem ser observadas no conflito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O conflito requer, pelo menos, duas partes interessadas em sanções mútuas; • Os conflitos surgem devido a existência de um objeto mutuamente desejado por pelo menos duas pessoas; • Cada parte tem quatro possibilidades de ação diante o conflito: <ul style="list-style-type: none"> – Obter o objeto mutuamente desejado; – Terminar o conflito; – Recorrer a sanções contra o adversário; – Comunicar algo ao adversário.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A vantagem do enfoque teórico do jogo em comunicação e conflito nos ajuda a conceituar a natureza do conflito, a relação entre conflito e a tomada de decisões, e os efeitos da comunicação sobre a produção do conflito ou as escolhas que acarretem melhoria para o conflito. A comunicação em todas as etapas de negociação permite o conhecimento das partes envolvidas e facilita a capacidade de persuasão.

9. TEORIAS DA COMUNICAÇÃO EM GRUPO

TEORIA	Teoria Empírica Geral
AUTOR	Barry Collins/ Harold Guetzkow
1. OBJETIVO	Tecer orientações sobre o comportamento em grupo.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comportamento em grupo.
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	O desempenho do grupo depende da capacidade de integrar e organizar as habilidades e recursos individuais dos membros.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Os autores construíram um modelo de caracterização de grupos baseado na observação do comportamento. Nele destacaram que o desempenho do grupo depende da capacidade de integrar e organizar as habilidades e recursos individuais dos membros, e que quando isso é feito com eficácia ocorre um efeito de montagem, na qual a solução do grupo é superior até mesmo ao melhor desempenho individual do membro mais eficiente. Outro fator essencial na dinâmica em grupo é o poder e a influência exercida pelos seus integrantes. Pessoas dotadas de maior poder tem maior capacidade de influenciar, e tendem a iniciar a conversa que pessoas menos poderosas, e os membros de um grupo geralmente dirigirão a atenção ao sujeito mais influente.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	Embora a teoria apresente uma abordagem simples da comunicação em pequeno grupo, permite o entendimento sobre a importância de uma boa comunicação em grupo para canalizar esforços individuais em prol de atingir os objetivos em questão.

TEORIA	Análise do Processo de Interação
AUTOR	Robert Bales
1. OBJETIVO	Explicar o padrão de respostas no pequeno grupo de conversas.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Interação em grupo
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	As pessoas agem e reagem em grupo.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Os autores ilustraram numerosas categorias de interação que se subdividem em grupos menores de áreas de tarefa e socioemocional. Dentro dessa perspectiva assinalou que dentro dos grupos existem dois tipos de líderes. Os relacionados às tarefas facilitam e coordenam comentários relacionados com a tarefa, e dirige suas energias para que seja executada. Os líderes socioemocionais concentram suas intenções em prol da melhoria das relações no grupo.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria categoriza grupos de pessoas conforme sua capacidade de interação em grupo. Pessoas que dão sugestão emitem opinião ou pedem informações geralmente são os líderes de seus grupos e possuem destaque pela capacidade de resolver os problemas encontrados.

TEORIA	Sistema de Interato
AUTOR	Aubrey Fisher
1. OBJETIVO	Estudar o processo pelo qual os grupos lidam com as tarefas de tomada de decisão.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comportamento do indivíduo.
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A unidade básica de análise do comportamento não é o ato individual, mas um interato. O interato consiste num ato verbal ou não-verbal de uma pessoa, seguido de uma reação de outra pessoa.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	Fisher descreveu quatro fases em que os grupos tendem a apresentar em seu desenvolvimento: orientação, conflito, emergência e reforçamento. A orientação envolve travar conhecimento, esclarecer e expor pontos de vista, nessa fase há busca de direção e compreensão interpessoal. A fase de conflito envolve o desacordo em virtude do choque de ideias, formando subgrupos. Na fase de emergência inicia-se a compreensão e tentativa de resolução das diferenças, os subgrupos começam a se dissolver. Na ultima fase, reforçamento, as decisão consolida-se em uma ideia final que posteriormente poderá ser modificada. O processo de decisão é marcado pela construção e aperfeiçoamento contínuo.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria apresenta a ideia de que o processo de comunicação não se trata de um somatório de contribuições individuais, mas de ações integradas entre os participantes. O processo interativo assinala que a relação entre os participantes da comunicação vai se definindo através de um processo de negociação entre os mesmos que criam mutuamente um padrão de relacionamento.

10. TEORIAS DA ORGANIZAÇÃO

TEORIA	Abordagem de Sistemas
AUTOR	Chester Barnard
1. OBJETIVO	Descrever o processo de estruturação das organizações a partir do desenvolvimento da comunicação.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Organização humana
2.2 BASE FILOSÓFICA	Teoria dos sistemas,
2.3 MODELO CONCEITUAL	As organizações só podem existir através da cooperação humana, que é o veículo através do qual as capacidades individuais podem combinar-se para realizar tarefas superordenadas.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	<p>No processo de integração da organização as relações informais precedem as formais por permitirem o propósito da cooperação e interação dos membros. Para ele a comunicação com autoridade deve ser empreendida e aceita por todos nas seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A comunicação deve ser aceita; • Deve ser percebida como coerente com o propósito geral; • Deve ser percebida como interesse pessoal do indivíduo; • O receptor deve ser capaz de concordar e executar. <p>Concluindo sua ideia central destaca que os canais de comunicação devem ser conhecidos por todos, sendo que a linha de comunicação deve ser a mais curta e possível, e que a competência das pessoas centrais de uma organização deve ser adequada com o seu nível hierárquico.</p>
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria aborda de forma geral aspectos essenciais ao bom funcionamento de organizações. A abordagem voltada para a autoridade e comunicação em organizações permite o entendimento de que o relacionamento adequado com outros colaboradores deve ser imbuído de atitudes, seja qual for o nível hierárquico de relacionamento, e que o desempenho profissional na organização está atrelada ao desenvolvimento da comunicação.

11. TEORIAS DE COMUNICAÇÃO EM MASSA

TEORIA	Difusão de Inovações
AUTOR	Everett Rogers
1. OBJETIVO	Descrever o processo de difusão de inovações.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comunicação em massa
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A difusão é um tipo especial de comunicação preocupada com a propagação de mensagens que são percebidas como novas ideias.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O processo de decisão sobre uma inovação é uma atividade de busca e processamento de informações, para reduzir a incerteza sobre vantagens e desvantagens da inovação. O modelo de Rogers supõe um processo de decisão de inovação baseado em cinco etapas: conhecimento (exposição à existência da novidade), persuasão (formação de atitude diante a inovação), decisão (engajamento em atividades que levem a adoção ou rejeição), implementação (pôr a inovação em uso) e confirmação (busca de reforço da decisão da inovação).
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	A teoria permite a categorização das pessoas conforme a sua capacidade de aderir e difundir as inovações. Dessa forma, segundo Rogers, os “Inovadores” normalmente são os primeiros a adotarem inovações, possuem alta capacidade de compreender e aplicar tecnologias; os “Adotantes iniciais” constituem um grupo de formadores de opinião que possuem alto poder de influencia sobre os demais; a “Maioria Inicial” se caracteriza pela ponderação e análise cautelosa da inovação; a “Maioria Tardia” é composta por pessoas cétricas que adota a inovação como resultada das pressões dos outros grupos e por fim os “Retardatários” extremamente fechados em pequenos grupos, que só adotam a inovação quando não há alternativas.

12. MODELO CONCEITUAL SOBRE COMUNICAÇÃO NOS DIVERSOS CONTEXTOS DE ENFERMAGEM

MODELO CONCEITUAL	Comunicação nos diversos contextos de Enfermagem
AUTOR	Maguida Stefanelli e Emilia Campos de Carvalho
1. OBJETIVO	Apresentar conceitos teóricos gerais sobre a comunicação verbal e não-verbal, e aspectos da comunicação terapêutica e suas implicações para a Enfermagem.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Comunicação em Enfermagem
2.2 BASE FILOSÓFICA	Interacionismo simbólico
2.3 MODELO CONCEITUAL	O processo de comunicação caracteriza-se como base ou suporte da prática de enfermagem e deve estar explícito nas considerações teóricas de enfermagem, possibilitando assim, tanto o seu emprego como o direcionamento de investigações, bem como a contribuição na formação do conhecimento da área.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	<p>A estratégia de comunicação terapêutica possibilita o desenvolvimento do processo de enfermagem por meio do aumento da interação interpessoal entre enfermeiro e paciente. Para tanto este profissional deve lançar mão de técnicas que podem ser aprendidas principalmente por meio da observação e reflexão de suas práticas assistenciais. As autoras propõem três grupamentos de estratégias de comunicação terapêutica a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão: Grupo de estratégias que estimulam a expressão verbal de pensamentos e sentimentos que permitam evidenciar aspectos problemáticos aos pacientes; • Clarificação: estratégias para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens enviadas pelos pacientes, quando parte delas contêm ambiguidades; • Validação: estratégias de certificação da acurácia da compreensão das mensagens veiculadas entre enfermeiro e pacientes.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	o processo de enfermagem pode ser entendido como um processo de comunicação que ocorre nos contextos intrapessoal, interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa. Compreender a complexidade da comunicacional permite ao enfermeiro estabelecer estratégias de comunicar-se de forma eficaz. Para tanto, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento para agir positivamente na assistência ao paciente.

13. MODELO CONCEITUAL DA CIBERCULTURA

MODELO CONCEITUAL	Cibercultura
AUTOR	Pierre Lévy
1. OBJETIVO	Descrever e refletir o processo de desenvolvimento da cibercultura e seus impactos para a vida social.
2. SIGNIFICÂNCIA	
2.1 METAPARADIGMA (FOCO)	Mídia cibernética
2.2 BASE FILOSÓFICA	
2.3 MODELO CONCEITUAL	A cibercultura expressa o surgimento de um novo universal, diferente das formas que vieram antes dele no sentido de que ele se constrói sobre a indeterminação de um sentido global qualquer.
3. CONSISTÊNCIA INTERNA (PROCESSO)	O crescimento do ciberespaço é orientado por três princípios fundamentais: a interconexão, a criação de comunidades virtuais e a inteligência coletiva. A interconexão é um princípio básico do ciberespaço, na medida em que sua dinâmica é dialógica. As comunidades virtuais são construídas sobre afinidades de interesses, de conhecimentos, sobre projetos, em um processo mútuo de cooperação e troca. Por fim, a inteligência coletiva descreve um tipo de inteligência compartilhada que surge da colaboração de muitos indivíduos em suas diversidades.
4. ADEQUAÇÃO PRAGMÁTICA	O autor propõe que nos mantenhamos receptivos em relação às novidades da comunicação, e tentemos compreendê-las, mesmo sabendo que nem todos os aspectos da nova rede digital são positivos. A real intenção é reconhecer as mudanças que resultam das novas redes de comunicação para a vida social e cultural. Lévy propõe uma reflexão aprofundada das mudanças culturais que ocorrem a partir da familiarização e do uso das novas formas de comunicações e da informática e seus impactos nas sociedades atuais, capaz de amplificar, exteriorizar e modificar funções cognitivas humanas como o raciocínio, a memória e a imaginação.

ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE CONHECIMENTO (Quadro 3)

Legendas						
Conhecimento (Saberes): T = Saberes Teóricos; M= Saberes do Meio; P= Saberes Procedimentais.						
Úlceras por Pressão: UPP.						
Pertinência: 1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão; 3. Muito pertinente						
ITENS OPERACIONAIS	Conhecimentos (saberes)			Pertinência		
	T	M	P	1	2	3
3. Aspectos teóricos conceituais de comunicação;						
4. Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente;						
3. Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada;						
4. Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação táctica, proxêmica, cinésica e paralinguagem;						
5. Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa);						
6. Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa;						
7. Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão;						
8. Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação;						
9. Influência das características sociocultural e comportamental que implique em alterações na comunicação;						
10. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica;						
11. Aspectos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem;						
12. Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem;						
13. Noções de ruído no processo comunicacional terapêutico;						
14. Comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação;						
15. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente;						
16. Articulação dos elementos, processos básicos e contextos de comunicação na área de governabilidade de atuação profissional;						
17. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição;						
18. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização;						
19. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional;						
20. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida;						
21. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação						

profissional;						
22. Propriedade sobre os instrumentos de comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros);						
23. A influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;						
24. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;						
25. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos;						
26. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas, rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;						
27. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas;						
28. Estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação;						
29. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;						
30. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;						
31. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;						
32. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;						
33. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida;						
34. Métodos de comunicação eficaz;						
35. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;						
36. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;						
37. Método de aquisição, organização e registro dos dados do cliente;						
38. Métodos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem;						
39. Método de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;						
40. Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais;						
41. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação;						
42. Método de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;						
43. Métodos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;						
44. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado;						
45. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente as intervenções realizadas.						

SUGESTÕES E JUSTIFICATIVAS ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE CONHECIMENTO	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	
41.	
42.	
43.	
44.	
45.	

ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE HABILIDADES (Quadro 4)

Legendas
Habilidade (Saber-Fazer): F = Formalizado; E = Empírico; R = Relacional; C= Cognitivo. Úlceras por Pressão: UPP.
Pertinência: 1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão; 3. Muito pertinente

ITENS OPERACIONAIS	Habilidade (Saber-Fazer)				Pertinência		
	F	E	R	C	1	2	3
2. Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos;							
2. Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;							
3. Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização;							
4. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas;							
5. Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação;							
6. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;							
7. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;							
8. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;							
9. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;							
10. Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida;							
11. Saber aplicar métodos de comunicação eficaz;							
12. Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;							
13. Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;;							
14. Saber realizar método de aquisição de dados do cliente;							
15. Saber organizar os dados clínicos do cliente;							
16. Saber registrar os dados clínicos pertinentes do cliente;							
17. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem							
18. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;							
19. Saber realizar processos de codificação e decodificação de dados referentes ao diagnóstico do cliente;							
20. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais;							

ITENS OPERACIONAIS	Habilidade (Saber-Fazer)				Pertinência		
	F	E	R	C	1	2	3
21. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo);							
22. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem);							
23. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde);							
24. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual);							
25. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;							
26. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;							
27. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado;							
28. Saber avaliar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas;							
29. Experimentar os saberes fazer formalizados;							
30. Demonstrar os saberes fazer formalizados;							
31. Explicar os saberes fazer formalizados;							
32. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados;							
33. Aplicar os saberes fazer formalizados;							
34. Operar os saberes fazer formalizados;							
35. Saber conduzir ações comunicativas nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional, e de massa;							
36. Saber cooperar nos contextos interpessoal, de pequeno grupo e institucional;							
37. Saber dirigir pacientes e equipe profissional;							
38. Saber persuadir pacientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos;							
39. Saber integrar-se a equipe;							
40. Saber operar os conceitos básicos envolvidos no processo de comunicação no contexto de massa e /ou virtual.							
41. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam;							
42. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação;							
43. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens;							
44. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não-verbal;							
45. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.							

SUGESTÕES E JUSTIFICATIVAS ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE HABILIDADE	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	
41.	
42.	
43.	
44.	
45.	

ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE ATITUDE (Quadro 5)

Legendas
Atitude (Agir): Q= Querer; S= Saber; P= Poder / Úlceras por Pressão: UPP.
Pertinência: 1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão e 3. Muito pertinente

ITENS OPERACIONAIS	Atitude (Agir)			Pertinência		
	Q	S	P	1	2	3
1. Convicto de que os aspectos comunicacionais atendem aos elementos mínimos envolvidos na comunicação;						
2. Consciente sobre a influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;						
3. Seguro quanto aos procedimentos de aplicação dos protocolos, normas rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;						
4. Seguro da importância da comunicação terapêutica e não terapêutica para a eficácia na aquisição, organização, registro e identificação de intervenções para a assistência de enfermagem;						
5. Confiante no domínio de técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;						
6. Prudente na utilização da linguagem científica em saúde diante das características sociocultural e comportamental dos entes envolvidos na comunicação;						
7. Seguro das denominações científicas dos equipamentos, medicamentos e matérias hospitalares;						
8. Prudente na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano;						
9. Seguro da importância da transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos comunicacionais;						
10. Convicto da importância da comunicação no processo de enfermagem para avaliação da qualidade da assistência;						
11. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos;						
12. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz;						
13. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação;						
14. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação;						
15. Ágil na mobilização de conhecimentos e habilidade diante da ação comunicacional nos diversos contextos interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;						
16. Persistente na aquisição de informações do cliente para prescrição do plano de cuidados e intervenções terapêuticas eficazes;						
17. Persuasivo para orientar pacientes e a equipe multiprofissional;						
18. Resolutivo na abordagem comunicacional em situações conflituosas e complexas;						

ITENS OPERACIONAIS	Atitude (Agir)			Pertinência		
	Q	S	P	1	2	3
19. Acessível para realizar escuta terapêutica no acolhimento da clientela atendida;						
20. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional, utilizando-se da rede formal ou informal de comunicação;						
21. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica;						
22. Cordial nas relações interpessoais no trabalho;						
23. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias;						
24. Ágil para conduzir clientela e equipe multiprofissional nos diversos contextos de atuação;						
25. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores;						
26. Conciso no envio de mensagens;						
27. Preciso na utilização de estratégias para vencer ruídos da comunicação;						
28. Ágil para operar códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;						
29. Ágil na integração comunicacional do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes;						
30. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional;						
31. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa;						
32. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional para o exercício da comunicação no ambiente de trabalho;						
33. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional;						
34. Existência de recursos humanos, materiais e ambientais que favoreçam a comunicação eficaz;						
35. Implantação de processos que permitam a comunicação eficaz nos contextos de atuação;						
36. Autoridade profissional reconhecida no contexto assistencial foco com vistas ao exercício da competência comunicação;						
37. Governabilidade clara frente às condutas comunicacionais nos diversos contextos de atuação;						
38. Apoio institucional.						

SUGESTÕES E JUSTIFICATIVAS ITENS OPERACIONAIS PARA O COMPONENTE ATITUDE	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDANTES)³
(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Título da Pesquisa: A comunicação no contexto de enfermagem por simulação clínica: da comunicação humana à competência profissional.

Pesquisador responsável: Elaine Cristina Carvalho Moura. **Endereço:** Rua Picos, 3217, Piçarra, Teresina-Piauí. Tel. (86) 98804 8079. E-mail: elainecrism@bol.com.br.

Orientando: Samuel Freitas Soares. **Endereço:** Rua José Paulino, n.1037, Fátima, CEP:64049-360, Teresina-Piauí. Tel. (86) 99930 5217 / 98846 6175. E-mail: samuelfsoares@hotmail.com.

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa como **Participante de Pesquisa**. O **objetivo geral** do estudo é avaliar a competência comunicação profissional e interpessoal entre estudantes de enfermagem e os seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes, visando o gerenciamento do cuidado em enfermagem no contexto de simulação clínica avançada, como **objetivos específicos** se pretende: Construir e validar o conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação; Avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes da aula sobre “competência profissional comunicação em enfermagem” após a aplicação de cenário e, depois do debriefing da experiência de simulação clínica avançada; É com satisfação que solicitamos a sua participação de forma totalmente **voluntária**. Trata-se de uma Dissertação de Mestrado que estou construindo referente ao tema “desenvolvimento da competência profissional comunicação no contexto de Enfermagem por cenários de simulação clínica”.

Para tanto será necessário sua participação em uma aula-padrão sobre a competência profissional comunicação no contexto de Enfermagem; preenchimento de três testes (antes da aula, após o cenário de simulação, após o debriefing) sobre conhecimentos para exercer a competência citada; participação em cenário de simulação, mediante sorteio e participação em socialização (*debriefing*) sobre cenário de simulação.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** da presente participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Segue esclarecimentos e garantias:

Benefícios: Esta pesquisa gera maior conhecimento sobre comunicação no contexto de Enfermagem, competências e estratégias de qualificação profissional; propicia o desenvolvimento estruturado de competências profissionais e especificamente sistematiza seus conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer a competência “Comunicação em Enfermagem” em ambiente controlado de laboratório possibilitando segurança ao seu futuro paciente/ser humano como benefício direto para sua qualificação profissional. Não está previsto qualquer remuneração pela sua participação no estudo.

Riscos: A avaliação das contribuições por se tratar de um processo de ensino e aprendizagem em cenários de simulação para o desenvolvimento da competência “Comunicação em Enfermagem” exigirá a evocação de elementos da dimensão intelectual

uma vez que você será submetido à testes antes da aula, após o cenário de simulação e após o *debriefing*. Entretanto todas as etapas serão realizadas em ambiente adequado e intervalos de tempo clássicos para ações de ensino e aprendizagem dessa natureza minimizando quaisquer desconfortos ou riscos decorrentes das atividades propostas para a pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Ciente e de acordo com o exposto, eu _____;
N. Identidade _____; declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Concordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento em *duas* vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina , ____ de _____ de 2016.

Nome do voluntário: _____

Assinatura do Voluntário: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante da pesquisa.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

N. Identidade:

Assinatura:

Nome:

N. Identidade:

Assinatura:

Eu, _____ declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante de pesquisa supra assinado ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome do pesquisador responsável/orientando: _____

Assinatura do pesquisador responsável/orientando: _____

N. Identidade: _____

3

Se você tiver alguma consideração ou dúvida quanto a Ética dessa pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. Web.: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C: CONSTRUTO SOBRE A COMPETÊNCIA COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM – “NÃO VALIDADO”

CONHECIMENTOS		
SABERES TEÓRICOS	SABERES DO MEIO	SABERES PROCEDIMENTAIS
<i>Envolve os saberes disciplinares e conceituais de um ramo ou ciência, são acumulados ao longo da qualificação.</i>	<i>Relacionam-se ao contexto no qual o profissional intervém, envolvem os saberes sobre os processos que são necessários naquele contexto específico de atuação como saberes sobre os materiais e produtos empregados na ação.</i>	<i>Envolvem a capacidade de descrever as ações que se pretende executar, a partir dos métodos, modos e operações necessárias como conjuntos de instrução que além de saberes teóricos sobre a temática ou objetivo proposto devem saber as etapas de ‘como fazer funcionar’.</i>
5. Aspectos teóricos conceituais de comunicação; 6. Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente; 7. Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada; 8. Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação tacésica, proxêmica, cinésica e paralinguagem; 9. Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa); 10. Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa; 11. Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão; 12. Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação;	18. Comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação; 19. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente; 20. Articulação dos elementos, processos básicos e contextos de comunicação na área de governabilidade de atuação profissional; 21. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição; 22. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização. 23. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional; 24. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida; 25. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação profissional; 26. Propriedade sobre os instrumentos de	29. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos; 30. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos; 31. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas; 32. Estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação; 33. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal; 34. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo; 35. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional; 36. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa; 37. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida;

<p>13. Influência das características sociocultural e comportamental que implique em alterações na comunicação.</p> <p>14. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica;</p> <p>15. Aspectos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem;</p> <p>16. Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem.</p> <p>17. Noções de ruído no processo comunicacional terapêutico.</p>	<p>comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros);</p> <p>27. A influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;</p> <p>28. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;</p>	<p>38. Métodos de comunicação eficaz;</p> <p>39. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;</p> <p>40. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;</p> <p>41. Método de aquisição, organização e registro dos dados do cliente;</p> <p>42. Métodos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem;</p> <p>43. Modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;</p> <p>44. Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.</p> <p>45. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação;</p> <p>46. Modo de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;</p> <p>47. Métodos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;</p> <p>48. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado;</p> <p>49. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente as intervenções realizadas.</p>
---	---	--

HABILIDADES			
SABER-FAZER FORMALIZADOS	SABERES-FAZER EMPÍRICOS	SABERES-FAZER RELACIONAIS	SABERES-FAZER COGNITIVOS
<i>Envolvem o saber-fazer resultantes de saberes procedimentais nos quais as aplicações práticas são dominadas pelos profissionais.</i>	<i>São resultantes da ação de saberes formalizados, da própria experiência de fazer do profissional após a reflexão dos resultados alcançados que podem atingir o nível tácito de conhecimento aquele adquirido pela rotina da ação e, portanto difíceis de explicitar, mas agregado de valor social para o profissional porque é o “como ele faz”</i>	<i>envolve a capacidade de cooperar e saber conduzir-se para executar a ação durante a experiência social e profissional.</i>	<i>Aquele que envolve ações interiorizadas das operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas.</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos; 2. Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos; 3. Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização. 4. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas; 	<ol style="list-style-type: none"> 29. Explorar características peculiares dos elementos envolvidos na comunicação; 30. Reconhecer sinais de assimilação da mensagem; 31. Reconhecer problemas de comunicação inerentes aos diferentes 	<ol style="list-style-type: none"> 38. Saber persuadir pacientes e equipe profissional; 39. Saber envolver pacientes e equipe multiprofissional; 40. Saber integrar-se a equipe; 41. Saber conduzir-se no ambiente organizacional; 42. Saber doar-se para a organização. 	<ol style="list-style-type: none"> 43. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam; 44. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação; 45. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens; 46. Demonstrar coerência na

<p>5. Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação;</p> <p>6. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;</p> <p>7. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;</p> <p>8. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;</p> <p>9. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;</p> <p>10. Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida;</p> <p>11. Saber aplicar métodos de comunicação eficaz;</p> <p>12. Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;</p> <p>13. Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;</p> <p>14. Saber realizar método de aquisição de dados do cliente;</p> <p>15. Saber organizar os dados clínicos do cliente;</p> <p>16. Saber registrar os dados clínicos pertinentes do cliente;</p> <p>17. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem;</p> <p>18. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;</p> <p>19. Saber realizar processos de codificação e</p>	<p>contextos e processos de comunicação;</p> <p>32. Experimentar os saberes fazer formalizados;</p> <p>33. Demonstrar os saberes fazer formalizados;</p> <p>34. Explicar os saberes fazer formalizados;</p> <p>35. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados;</p> <p>36. Aplicar os saberes fazer formalizados;</p> <p>37. Operar os saberes fazer formalizados;</p>		<p>comunicação verbal e não-verbal;</p> <p>47. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.</p>
--	---	--	---

<p>decodificação de dados referentes ao diagnóstico do cliente;</p> <ol style="list-style-type: none">20. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.21. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo);22. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem);23. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde);24. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual);25. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;26. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;27. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado;28. Saber avaliar comparar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas.			
--	--	--	--

ATITUDES		
QUERER AGIR	SABER AGIR	PODER AGIR
<i>Relaciona-se com o sentido que o profissional constrói e operacionaliza suas competências, na medida em que, a exigência profissional vai ao encontro com a autoimagem e a ideia que o sujeito tem de sua identidade profissional resultando em uma 'situação significativa' construída pelo sujeito</i>	<i>Relaciona-se com a escolha de uma conduta ou estratégia na qual o profissional reage à representação operatória que tem de um estímulo e não ao próprio estímulo</i>	<i>Relaciona-se a existência de um contexto e meio facilitador da ação; autoridade e governabilidade para agir. Trata-se da união de querer e saber agir, nos diversos contextos profissionais</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguro da qualidade e tempo de comunicação; 2. Diligente para a busca de informações; 3. Autêntico no relacionamento entre os colaboradores; 4. Convicto da consideração das diferenças individuais para proporcionar comunicação efetiva; 5. Ágil na mobilização de recursos tecnológicos; 6. Sensato na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano; 7. Ágil na integração do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes; 8. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica; 9. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos; 10. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz; 11. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação; 12. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação; 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Persuasivo para orientar pacientes e a equipe multiprofissional; 14. Acessível para realizar escuta terapêutica; 15. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional; 16. Cordial nas relações interpessoais no trabalho; 17. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias; 18. Cordial no envolvimento e participação das pessoas; 19. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores; 20. Conciso no envio de mensagens; 21. Perspicaz para utilização de estratégias para vencer barreiras da comunicação; 	<ol style="list-style-type: none"> 22. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional; 23. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa; 24. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional; 25. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁵(Juízes)

Título da Fase da Pesquisa: Validação do construto da “competência profissional comunicação”.

Pesquisadora responsável e orientadora: Elaine Cristina Carvalho Moura. **Endereço:** Rua Picos, 3217, Piçarra, Teresina-Piauí. Tel. (086) 8804 8079. E-mail: elainecrism@bol.com.br.

Orientando: Samuel Freitas Soares. **Endereço:** Rua José Paulino, n.1037, Fátima, CEP:64049-360, Teresina-Piauí. Tel. (086) 9930 5217 / 8846 6175E-mail: samuelfsoares@hotmail.com.

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa como **juiz** com o objetivo de classificar e avaliar a pertinência dos itens operacionais para conhecimentos, habilidades e atitudes da “competência profissional comunicação” de forma totalmente **voluntária**. Trata-se de uma fase da dissertação de Mestrado que estou construindo referente ao tema “desenvolvimento da competência profissional comunicação no contexto de Enfermagem por cenários de simulação clínica”. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** da presente participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Segue esclarecimentos e garantias:

Objetivo da Fase da Pesquisa: Elaborar um conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)** necessários para exercer a “competência profissional comunicação”.
Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. **Riscos:** A classificação e avaliação da pertinência dos CHA para exercer a “competência profissional comunicação” não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, apenas a utilização do seu comprovado saber intelectual e disponibilidade em apreciar o conteúdo do presente material. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Ciente e de acordo com o exposto, eu _____; N. _____ Identidade _____; Concordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento em *duas* vias, ficando com a posse de uma delas.

_____, _____ de _____ de 2015.

Nome do voluntário:

Assinatura do Voluntário

⁵ Se você tiver alguma consideração ou dúvida quanto a Ética dessa pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. Web.: www.ufpi.br/cep

**APÊNDICE E – “Construto sobre a competência comunicação em enfermeiros -
versão após validação de conteúdo”**

CONHECIMENTOS
<p>SABERES TEÓRICOS</p> <p><i>Envolve os saberes disciplinares e conceituais de um ramo ou ciência, são acumulados ao longo da qualificação.</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos teóricos conceituais de comunicação; 2. Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente; 3. Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada; 4. Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação tacésica, proxêmica, cinésica e paralinguagem; 5. Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa); 6. Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa; 7. Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão; 8. Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação; 9. Influência das características sociocultural e comportamental que implique em alterações na comunicação. 10. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica; 11. Aspectos teóricos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem; 12. Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem. 13. Fundamentos de ruído no processo comunicacional terapêutico.
<p>SABERES DO MEIO</p> <p><i>Relacionam-se ao contexto no qual o profissional intervém, envolvem os saberes sobre os processos que são necessários naquele contexto específico de atuação como saberes sobre os materiais e produtos empregados na ação.</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 14. Compreensão da comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação; 15. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente no contexto de atuação; 16. Articulação dos processos básicos e contextos de comunicação na área de atuação profissional; 17. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição; 18. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização. 19. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional;

20. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida;
21. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação profissional;
22. Propriedade sobre os instrumentos de comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros);
23. Compreensão da influência dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem na área de atuação profissional;
24. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem na a área de atuação profissional;

SABERES PROCEDIMENTAIS

Envolvem a capacidade de descrever as ações que se pretende executar, a partir dos métodos, modos e operações necessárias como conjuntos de instrução que além de saberes teóricos sobre a temática ou objetivo proposto devem saber as etapas de 'como fazer funcionar'.

25. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos;
26. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas, rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;
27. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas;
28. Estratégias comunicacionais para condução da comunicação;
29. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;
30. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;
31. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;
32. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;
33. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida;
34. Estratégias de comunicação eficaz;
35. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;
36. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;
37. Procedimentos de aquisição, organização e registro dos dados do cliente;
38. Procedimentos de Identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem;
39. Método de operação de taxonomias de diagnósticos de Enfermagem;
40. Procedimentos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais;
41. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação;
42. Procedimentos de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;
43. Procedimentos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;
44. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado;
45. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente às intervenções realizadas.

HABILIDADES
SABER-FAZER FORMALIZADOS
<i>Envolvem o saber-fazer resultantes de saberes procedimentais nos quais as aplicações práticas são dominadas pelos profissionais.</i>
<p>48. Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos;</p> <p>49. Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;</p> <p>50. Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização.</p> <p>51. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas;</p> <p>52. Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação;</p> <p>53. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal;</p> <p>54. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo;</p> <p>55. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional;</p> <p>56. Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa;</p> <p>57. Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida;</p> <p>58. Saber aplicar métodos de comunicação eficaz;</p> <p>59. Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica;</p> <p>60. Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional;</p> <p>61. Saber coletar adequadamente os dados do cliente;</p> <p>62. Saber organizar os dados clínicos do cliente;</p> <p>63. Saber registrar os dados clínicos pertinentes do cliente;</p> <p>64. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem;</p> <p>65. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;</p> <p>66. Saber realizar categorizar os dados referentes ao diagnóstico do cliente;</p> <p>67. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.</p> <p>68. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo);</p> <p>69. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem);</p> <p>70. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde);</p> <p>71. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual);</p> <p>72. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;</p> <p>73. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;</p>

74. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado;
75. Saber avaliar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas.

SABERES-FAZER EMPÍRICOS

São resultantes da ação de saberes formalizados, da própria experiência de fazer do profissional após a reflexão dos resultados alcançados que podem atingir o nível tácito de conhecimento aquele adquirido pela rotina da ação e, portanto difíceis de explicitar, mas agregado de valor social para o profissional porque é o “como ele faz”

76. Experimentar os saberes fazer formalizados;
77. Demonstrar os saberes fazer formalizados;
78. Explicar os saberes fazer formalizados;
79. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados;
80. Aplicar os saberes fazer formalizados;
81. Operar os saberes fazer formalizados;

SABERES-FAZER RELACIONAIS

envolve a capacidade de cooperar e saber conduzir-se para executar a ação durante a experiência social e profissional.

82. Saber conduzir ações comunicativas nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional, e de massa;
83. Saber cooperar nos contextos interpessoal, de pequeno grupo e institucional;
84. Saber dirigir pacientes e equipe profissional;
85. Saber persuadir pacientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos;
86. Saber integrar-se a equipe;
87. Saber operar os conceitos básicos envolvidos no processo de comunicação no contexto de massa e /ou virtual.

SABERES-FAZER COGNITIVOS

Aquele que envolve ações interiorizadas das operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas.

88. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam;
89. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação;
90. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens;
91. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não-verbal;
92. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.

ATITUDES

QUERER AGIR

Relaciona-se com o sentido que o profissional constrói e operacionaliza suas competências, na medida em que, a exigência profissional vai ao encontro com a autoimagem e a ideia que o sujeito tem de sua identidade profissional resultando em uma 'situação significativa' construída pelo sujeito.

26. Convicto de que os aspectos comunicacionais atendem aos elementos mínimos envolvidos na comunicação;
27. Consciente sobre a influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;
28. Seguro quanto aos procedimentos de aplicação dos protocolos, normas rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos;
29. Seguro da importância da comunicação terapêutica e não terapêutica para a eficácia na aquisição, organização, registro e identificação de intervenções para a assistência de enfermagem;
30. Confiante no domínio de técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;
31. Prudente na utilização da linguagem científica em saúde diante das características sociocultural e comportamental dos entes envolvidos na comunicação;
32. Seguro das denominações científicas dos equipamentos, medicamentos e matérias hospitalares;
33. Prudente na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano;
34. Seguro da importância da transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos comunicacionais;
35. Convicto da importância da comunicação no processo de enfermagem para avaliação da qualidade da assistência;
36. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos;
37. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz;
38. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação;
39. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação;

SABER AGIR

Relaciona-se com a escolha de uma conduta ou estratégia na qual o profissional reage à representação operatória que tem de um estímulo e não ao próprio estímulo

40. Ágil na mobilização de conhecimentos e habilidade diante da ação comunicacional nos diversos contextos interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa;
41. Persistente na aquisição de informações do cliente para prescrição do plano de cuidados e intervenções terapêuticas eficazes;
42. Persuasivo na orientação aos pacientes e a equipe multiprofissional;

43. Resolutivo na abordagem comunicacional em situações conflituosas e complexas;
44. Acessível para realizar escuta terapêutica no acolhimento da clientela atendida;
45. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional, utilizando-se da rede formal ou informal de comunicação;
46. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica;
47. Cordial nas relações interpessoais no trabalho;
48. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias;
49. Ágil para conduzir clientela e equipe multiprofissional nos diversos contextos de atuação;
50. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores;
51. Conciso no envio de mensagens;
52. Preciso na utilização de estratégias para vencer ruídos da comunicação;
53. Ágil para operar códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;
54. Ágil na integração comunicacional do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes;

PODER AGIR

Relaciona-se a existência de um contexto e meio facilitador da ação; autoridade e governabilidade para agir. Trata-se da união de querer e saber agir, nos diversos contextos profissionais

55. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional;
56. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa;
57. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional para o exercício da comunicação no ambiente de trabalho;
58. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional.
59. Existência de recursos humanos, materiais e ambientais que favoreçam a comunicação eficaz;
60. Implantação de processos que permitam a comunicação eficaz nos contextos de atuação;
61. Autoridade profissional reconhecida no contexto assistencial foco com vistas ao exercício da competência comunicação;
62. Governabilidade clara frente às condutas comunicacionais nos diversos contextos de atuação;

APÊNDICE F- Instrumento da Competência Comunicação em Enfermagem
“versão preliminar”

LEGENDA PARA JULGAMENTO					
Pertinência: 1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão; 3. Muito pertinente Faça uma avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes atuais ao exercer a competência “Comunicação Profissional em Enfermagem”. Você deverá marcar um “X” apenas em uma opção por item.					
Formato de resposta da escala/Likert:					
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente					
JULGUE AS INSTRUÇÕES:					
CONHECIMENTOS			Pertinência		
			1	2	3
1.	Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação do sistema para o desenvolvimento de processos comunicacionais que permitem interação com os aspectos envolvidos na comunicação em diversos contextos (interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa).				
2.	Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e não verbal nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).				
3.	Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.				
4.	Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.				
5.	Descreve os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.				
6.	Explica os elementos, processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.				
7.	Compreende a rede formal de comunicação na organização traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.				
8.	Compreende a rede formal e informal de comunicação da organização, utilizando desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.				
9.	Desenvolve linguagem científica em saúde, adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.				
10.	Desenvolve linguagem científica sobre os equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.				
11.	Reconhece aspectos observados na interação durante o processo de enfermagem envolvendo os demais interlocutores e identificando barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.				
12.	Sabe como utilizar estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.				

13.	Sabe como elaborar regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.			
14.	Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.			
15.	Sabe como utilizar comunicação terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.			
16.	Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.			
17.	Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando no âmbito da equipe multiprofissional conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.			
18.	Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.			
Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de conhecimentos:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente				
HABILIDADES		Pertinência		
		1	2	3
19.	Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas inclusive projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.			
20.	Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.			
21.	Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.			
22.	Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.			
23.	Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.			
24.	Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir a comunicação intrapessoal para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).			
25.	Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de Enfermagem.			
26.	Demonstra persuadir clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.			
27.	Demonstra desempenho para integrar-se, cooperar e conduzir a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.			
28.	Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.			
29.	Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não-verbal de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.			
30.	Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.			

Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de habilidades:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente				
ATITUDES		Pertinência		
		1	2	3
31.	Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.			
32.	Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade;			
33.	Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.			
34.	Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.			
35.	Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.			
36.	Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes;			
37.	Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.			
38.	Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela vencendo ruídos comunicacionais.			
39.	Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.			
40.	Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.			
41.	Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho capaz de acolhimento terapêutico da clientela.			
42.	Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.			
43.	Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.			
44.	Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.			
45.	Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho;			
46.	Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.			
Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de habilidades:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente				



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
APÊNDICE G: - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO⁶
(ANÁLISE SEMÂNTICA)

Título da Pesquisa: A comunicação no contexto de enfermagem por simulação clínica: da comunicação humana à competência profissional.

Pesquisador responsável: Elaine Cristina Carvalho Moura. **Endereço:** Rua Picos, 3217, Piçarra, Teresina-Piauí. Tel. (086) 8804 8079. E-mail: elaineocrism@bol.com.br.

Orientando: Samuel Freitas Soares. **Endereço:** Rua José Paulino, n.1037, Fátima, CEP:64049-360, Teresina-Piauí. Tel. (086) 9930 5217 / 8846 6175 E-mail: samuelfsoares@hotmail.com.

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa como membro do grupo de análise semântica com o objetivo de verificar se os itens do instrumento que pretende medir os conhecimentos, habilidades e atitudes da “competência profissional comunicação” são compreensíveis para todos os membros do grupo de voluntários de forma totalmente **voluntária**. Trata-se de uma fase da Dissertação de Mestrado que estou construindo referente ao tema “desenvolvimento da competência profissional comunicação no contexto de Enfermagem por cenários de simulação clínica”. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** da presente participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo da Fase da Pesquisa: Analisar a compreensão dos itens do instrumento que pretende medir os **conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)** necessários para exercer a “competência profissional comunicação”.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: A presente análise semântica não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Ciente e de acordo com o exposto, eu _____; N. Identidade

_____; Concordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento em *duas* vias, ficando com a posse de uma delas.

_____, ____ de _____ de 2015.

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

Assinatura do pesquisador:

³ Se você tiver alguma consideração ou dúvida quanto a Ética dessa pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. Web.: www.ufpi.br/cep

**APÊNDICE H - Instrumento da Competência Comunicação em Enfermagem –
“versão após validação semântica”**

Instrumento sobre a competência profissional comunicação em Enfermeiros						
Instruções: Faça uma avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes atuais ao exercer a competência “Comunicação Profissional em Enfermagem”. Você deverá marcar um “X” apenas em uma opção por item.						
Legenda: 1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente						
CONHECIMENTOS		1	2	3	4	5
1.	Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação do sistema para o desenvolvimento de processos comunicacionais que permitem interação com os aspectos envolvidos na comunicação em diversos contextos (interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa).					
2.	Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e não verbal nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).					
3.	Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.					
4.	Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.					
5.	Descreve os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.					
6.	Explica os elementos, processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.					
7.	Compreende a rede formal de comunicação na organização traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.					
8.	Compreende a rede formal e informal de comunicação da organização, utilizando desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.					
9.	Desenvolve linguagem científica em saúde, adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.					
10.	Desenvolve linguagem científica sobre os equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.					
11.	Reconhece aspectos observados na interação durante o processo de enfermagem envolvendo os demais interlocutores e identificando barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.					
12.	Sabe como utilizar estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.					
13.	Sabe como elaborar regras, normas, manuais, protocolos e comunicações					

	internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.					
14.	Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.					
15.	Sabe como utilizar comunicação terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.					
16.	Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.					
17.	Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando no âmbito da equipe multiprofissional conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.					
18.	Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.					
HABILIDADES		1	2	3	4	5
19.	Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas inclusive projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.					
20.	Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.					
21.	Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.					
22.	Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.					
23.	Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.					
24.	Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir a comunicação intrapessoal para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).					
25.	Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de Enfermagem.					
26.	Demonstra persuadir clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.					
27.	Demonstra desempenho para integrar-se, cooperar e conduzir a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.					
28.	Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.					
29.	Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não-verbal de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.					

30.	Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.					
ATITUDES		1	2	3	4	5
31.	Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.					
32.	Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade;					
33.	Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.					
34.	Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.					
35.	Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.					
36.	Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes;					
37.	Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.					
38.	Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela vencendo ruídos comunicacionais .					
39.	Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.					
40.	Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.					
41.	Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho capaz de acolhimento terapêutico da clientela.					
42.	Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.					
43.	Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.					
44.	Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.					
45.	Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho;					
46.	Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.					

APÊNDICE I - CARTA DE ORIENTAÇÃO PARA O JUIZ

Tema - Validação do instrumento para avaliação da competência “comunicação profissional em enfermagem”.

Prezada (o) Sr (a),

É com satisfação que agradeço a sua disponibilidade para **participar como juiz na validação do instrumento de medida da Competência “Comunicação profissional em Enfermagem”** por meio de correio eletrônico em conformidade com minha solicitação. A sua contribuição é importante em face da reconhecida experiência em docência, conhecimento clínico, publicações e pesquisas relevantes sobre a temática de interesse para o presente estudo. Trata-se de uma das fases da minha dissertação de mestrado que tem como objetivo elaborar instrumento capaz de medir conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) necessários para exercer a competência profissional “Comunicação profissional em Enfermagem” a partir de um construto dos CHA validados na fase anterior do estudo. Para uma melhor compreensão do que é esperado do juiz, apresento algumas considerações.

O construto dos CHA da competência “Comunicação profissional em Enfermagem” foi construído a partir da análise dos conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber, querer e poder agir) oriundos da síntese de teorias da comunicação abordadas por Littlejohn (1982)⁷, (1988)⁸, (2011)⁹, bem como os pressupostos de Stefanelli e Carvalho (2005)¹⁰, para nortear a criação de itens operacionais do construto pretendido. A estruturação da competência pretendida e seus respectivos CHA foi realizada na perspectiva de Le Boterf (2003)¹¹ e Moura (2013) compondo os conceitos constitutivos de cada componente dos CHA para submeter à apreciação de conteúdo pelos *experts*

As apreciações dos CHA da competência “Comunicação profissional em Enfermagem” deram origem a 45 conhecimentos, 45 habilidades e 37 atitudes, totalizando 127 itens operacionais para o construto dos CHA. Os itens operacionais são definições abrangentes e passíveis de serem executadas que fundamentam a

⁷ LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Tradução A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

⁸ LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

⁹ LITTLEJOHN, S. W.; FOSS, K. A. **Theories of human communication**. 10 ed. Long Grove: Waveland Press, 2011.

¹⁰ STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

¹¹ LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

validade de definições constitutivas em um construto (PASQUALI, 1999)¹². O construto representa a uma miniteoria sobre a temática em foco.

Le Boterf (2003) considera que as competências profissionais são exercidas pela combinação dos CHA no qual cada um desses componentes é formado por um conjunto de saberes e suas definições constitutivas. Os conhecimentos (saber) ocorrem pela incorporação de saberes teóricos, ambientais e procedimentais; As habilidades (saber-fazer) ocorrem pela operacionalização dos saberes-fazer formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos e as atitudes tratam do saber, querer e poder agir do profissional frente a uma situação clínica que exige o exercício da competência em foco. O exercício de uma competência ocorre como resultado da combinação dos três componentes supracitados, o que envolve um processo combinatório complexo de saberes e ação (agir). Para elaboração do presente instrumento foi considerado a combinação dos saberes originado pelo construto dos CHA.

Para a construção dos itens do instrumento fundamentaram-se ainda nos níveis cognitivos de aprendizagem para adultos. A saber: o conhecimento que se refere ao conteúdo a ser aprendido; a compreensão que se refere a organização e seleção de fatos e ideias (momento de reflexão – interação do conhecimento já existente com o novo); a aplicação pela utilização de fatos, regras, princípios e relevância da informação (Exemplos que possibilitem operar com o conhecimento); a análise que se refere a apreciação do fenômeno que permite separar algo (o todo) em partes (encorajar o estudo da informação para entender as relações); a síntese que se refere a combinação das ideias para formação de um todo (aprendizagem – construir novo conhecimento sobre o conhecimento existente) e por fim a avaliação que ocorre pelo desenvolvimento de opiniões (auto avaliação) (BELAN,2005)¹³. Cada nível pode ser melhor expresso por um verbo específico.

Utilizaram-se, ainda, os critérios de elaboração de itens recomendados por Pasquali (1999), sintetizados a seguir: Comportamental (o item deve permitir ao sujeito uma ação que possibilite a ele que “vá e faça”); Objetividade, desejabilidade ou preferência (o sujeito respondente deve poder mostrar se conhece a resposta ou se é capaz de executar a tarefa proposta. Para atitudes os itens devem expressar desejabilidade ou preferência); Simplicidade (o item deve evitar induções); Clareza (item compreensível aos extrato mais baixo da população que se pretende aplicar); Relevância (a expressão deve ser consistente com o componente definido e com as outras expressões que cobrem o mesmo componente que se pretende medir. Esse critério se refere à saturação que o item tem com o construto que o fundamenta); Precisão(o item deve possuir uma posição definida no contínuo do componente a ser distinto dos demais conforme grau de dificuldade, discriminação); Variedade (a

¹² PASQUALI, L(org.). **Instrumentos Psicológicos**: Manual Prático de Elaboração. Brasília: labPAM/IBAPP, 1999.

¹³ BELLAN, Z S. **Andragogia em ação**: como ensinar adultos sem se tornar maçante. Santa Bárbara D'Oeste (SP): SOCEP, 2005

linguagem que se escreve o conjunto de itens deve ser variada, evitando que um mesmo termo inicie ou predomine a fim de prevenir o cansaço/confusão); Modalidade (Evitar expressões extremas); Tipicidade (formar frases com expressões condizentes, típicas, próprias, inerentes com o componente que se pretende medir); Credibilidade: (evitar reações desfavoráveis do respondente o que afetaria a validade aparente dos itens tais como itens formulados de modo ridículo, despropositado ou infantil frente ao público alvo).

Para a globalidade do Instrumento consideraram-se os critérios da amplitude (o conjunto dos itens referentes ao mesmo componente deve cobrir toda extensão de magnitude do *continnum* deste componente) e equilíbrio (os itens devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os setores do contínuo, devendo haver itens fáceis, difíceis, moderados para aptidões ou fracos, extremos, moderados para atitudes) (PASQUALI, 1999).

Ressalta-se que o instrumento foi elaborado para ser respondido por estudantes e profissionais de enfermagem que observem ou atuem em cenário de simulação ou situação clínica profissional com foco no desenvolvimento da competência “Comunicação profissional em Enfermagem”. O instrumento é formado por 29 itens que já sofreram análise semântica em forma de brainstorming (chuva de ideias) com o extrato da população alvo - estudantes de graduação em enfermagem do último ano e recém formados (menos de 6 meses).

A sua atuação como juiz, tem por finalidade: verificar a adequação da representação dos itens elaborados com o construto validado para fins de medir conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”, bem como a adequação das instruções e o formato de resposta da escala tendo em vista a pretensão supracitada.

Solicita-se, desse modo que seja avaliado a pertinência dos itens operacionais para cada componente da competência “Comunicação profissional em Enfermagem”, à luz das definições constitutivas dos CHA validados (fundamentados em Le Boterf (2003); nos aspectos teóricos da comunicação, das instruções e da escala de resposta ao item.

Para a presente análise o Sr./Sra. deverá considerar que pertinência integra os critérios de relevância, precisão e clareza das combinações de saberes fundamentadas no conjunto de CHA proposto para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”.

Para tanto são apresentados dois quadros, a saber: Definições Constitutivas e itens operacionais de cada componente (CHA); Itens operacionais para combinação de saberes dos CHA em forma de checklist.

O quadro 1 “Definições Constitutivas e itens operacionais de cada componente (CHA)” é formado por três colunas que representam cada componente (conhecimento, habilidade e atitude) e os conceitos constitutivos de cada tipo de saber que integra o componente (saberes teóricos, do meio e procedimentais para conhecimento, saberes-fazer formalizados; empíricos, relacionais, cognitivos para

habilidades e querer-saber e poder agir para atitudes). As definições constantes nesse quadro devem ser consultadas para julgar SE a combinação de saberes de cada tipo que constituem os ITENS OPERACIONAIS estão representando adequadamente o construto validado para fins de medir os CHA necessárias para exercer a competência “Comunicação profissional em Enfermagem”,.

No quadro 2 estão listados as combinações de saberes observáveis de cada componente do CHA e suas definições operacionais por ordem numérica. O quadro contém a legenda de julgamento da pertinência seguida do julgamento para pertinência da instrução e informação do formato de resposta da escala, dos CHA e respectivos itens operacionais identificados numericamente. Ao final de cada componente tem o espaço de julgamento do formato de resposta da escala. Assim o julgamento deverá ocorrer conforme as seguintes instruções:

Você deverá colocar um “X” para expressar julgamento quanto à pertinência (que corresponde à relevância, precisão e clareza das combinações de saberes dos CHA a luz dos conceitos constitutivos propostos) de cada item, classificando como: “1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão e 3. Muito pertinente”. Ressalta-se que o julgamento da pertinência do instrumento constará desde as instruções de preenchimento; dos itens operacionais e do formato de resposta para os itens de cada componente dos CHA, a saber: 1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente.

Após o quadro 2 existe um espaço reservado para “sugestões e justificativas” quanto ao seu julgamento referente à pertinência dos itens operacionais supracitado.

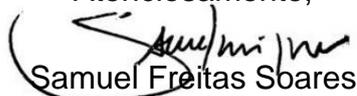
Quando classificar um item como “Não pertinente”, peço que justifique a sua decisão. Ao classificar um item como “Pertinente, mas precisa de revisão”, peço que explicito qual revisão é necessária. O espaço também poderá ser usado para sugerir o acréscimo de novos itens operacionais; peço que justifique a inclusão dos mesmos.

Ressalta-se que todas as sugestões, acréscimos e justificativas deverão ser respaldadas nas bases teóricas indicadas e nas definições constitutivas do quadro 1.

Pedimos que a sua avaliação seja devolvida em até 5 dias corridos, a contar da data de recebimento do material pelos correios. Para tanto o senhor (a) recebeu um envelope com selo e endereço da pesquisadora para devolução contendo: a presente carta de orientação; o material de validação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Agradeço antecipadamente a sua contribuição à minha pesquisa!

Atenciosamente,


Samuel Freitas Soares

QUADRO 1 - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E ITENS OPERACIONAIS DE CADA COMPONENTE DA COMPETÊNCIA COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM		
CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES
<p>SABERES TEÓRICOS: <i>envolvem os saberes disciplinares e conceituais de um ramo ou ciência são acumulados ao longo da qualificação(LE BOTERF, 2003).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Aspectos teóricos conceituais de comunicação; Aspectos envolvidos na comunicação: emissor, receptor, canal, mensagem, ruído, signo e referente; Fundamentos de comunicação verbal: escrita e falada; Fundamentos de comunicação não-verbal e interfaces com: comunicação táctil, proxêmica, cinésica e paralinguagem; Noções de linguística, linguagem e norma culta da língua portuguesa (língua nativa); Fundamentos dos contextos de comunicação: intrapessoal, interpessoal, pequenos grupos, organizacional e de massa; Fundamentos da comunicação e seus processos: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão; Teorias do sistema: princípios e abordagens relacionados à comunicação; Influência das características sociocultural e comportamental que implique em alterações na comunicação. Linguagem científica em área de saúde e Interface entre comunicação humana e terapêutica; Aspectos legais que norteiam a sistematização da assistência de enfermagem; Aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação para o processo de enfermagem. Fundamentos de ruído no processo comunicacional terapêutico. 	<p>SABER-FAZER FORMALIZADOS: <i>envolvem o saber-fazer resultantes de saberes procedimentais nos quais as aplicações práticas são dominadas pelos profissionais (LE BOTERF, 2003).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Saber elaborar regras, normas de manuais e protocolos; Saber aplicar protocolos, normas e rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos; Saber utilizar adequadamente a rede formal e informal de comunicação da organização. Saber abordar situações conflituosas ou problemáticas; Saber aplicar estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação; Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal; Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo; Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional; Saber utilizar técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa; Saber realizar procedimentos para acolhimento da clientela assistida; Saber aplicar métodos de comunicação eficaz; Saber aplicar métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica; Saber realizar procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional; Saber realizar método de aquisição de dados do cliente; Saber organizar os dados clínicos do cliente; Saber registrar os dados clínicos pertinentes do 	<p>QUERER AGIR: <i>Relaciona-se com o sentido que o profissional constrói e operacionaliza suas competências, na medida em que, a exigência profissional vai de encontro com a autoimagem e a ideia que o sujeito tem de sua identidade profissional resultando em uma 'situação significativa' construída pelo sujeito(LE BOTERF, 2003).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Convicto de que os aspectos comunicacionais atendem aos elementos mínimos envolvidos na comunicação; Consciente sobre a influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional; Seguro quanto aos procedimentos de aplicação dos protocolos, normas rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos; Seguro da importância da comunicação terapêutica e não terapêutica para a eficácia na aquisição, organização, registro e identificação de intervenções para a assistência de enfermagem; Confiante no domínio de técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa; Prudente na utilização da linguagem científica em saúde diante das

<p>SABERES DO MEIO: se relacionam ao contexto no qual o profissional intervém, envolvem os saberes sobre os processos que são necessários naquele contexto específico de atuação como saberes sobre os materiais e produtos empregados na ação; sobre a organização em que está inserida a atuação desejada e os saberes sociais que se referem à demanda assistida pelo contexto de atuação exigido (LE BOTERF, 2003).</p> <p>14. Comunicação aplicada à cultura organizacional na área de atuação;</p> <p>15. Normas, rotinas, manuais e protocolos de atendimento ao paciente;</p> <p>16. Articulação dos elementos, processos básicos e contextos de comunicação na área de governabilidade de atuação profissional;</p> <p>17. Compreensão do contexto de comunicação inserido no organograma da instituição;</p> <p>18. Compreensão da rede formal e informal de comunicação da organização.</p> <p>19. Interação do ato comunicativo na área de atuação profissional;</p> <p>20. Propriedade da linguagem científica em saúde ante as características sociocultural e comportamental da clientela assistida;</p> <p>21. Propriedade da linguagem científica em saúde sobre equipamentos, medicamentos e materiais hospitalares, na área de atuação profissional;</p> <p>22. Propriedade sobre os instrumentos de comunicação organizacional (impressos de evolução, prescrição, diagnóstico, comunicação interna, entre outros);</p> <p>23. A influência dos contextos e processos comunicacionais para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;</p> <p>24. A influência dos ruídos para o processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação profissional;</p>	<p>cliente;</p> <p>17. Saber identificar condições que requerem intervenções de enfermagem;</p> <p>18. Saber aplicar modos de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem;</p> <p>19. Saber realizar processos de codificação e decodificação de dados referentes ao diagnóstico do cliente;</p> <p>20. Saber aplicar Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais.</p> <p>21. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação interpessoal com o cliente (indivíduo);</p> <p>22. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em pequeno grupo (família ou equipe de enfermagem);</p> <p>23. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação organizacional (equipe multidisciplinar e rede de saúde);</p> <p>24. Saber realizar a transição da comunicação intrapessoal para a comunicação em massa (comunidade e ambiente virtual);</p> <p>25. Saber registrar ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional;</p> <p>26. Saber avaliar a interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência;</p> <p>27. Saber relacionar a comunicação durante a fase de avaliação de enfermagem quanto a estrutura, processo e resultado;</p> <p>28. Saber avaliar comparativamente a condição atual do cliente ante as intervenções de enfermagem realizadas.</p>	<p>características sociocultural e comportamental dos entes envolvidos na comunicação;</p> <p>7. Seguro das denominações científicas dos equipamentos, medicamentos e matérias hospitalares;</p> <p>8. Prudente na escolha entre opções de comunicação tecnológica e necessidade de contato humano;</p> <p>9. Seguro da importância da transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos comunicacionais;</p> <p>10. Convicto da importância da comunicação no processo de enfermagem para avaliação da qualidade da assistência;</p> <p>11. Convicto da capacidade persuasiva para alcance dos objetivos;</p> <p>12. Convicto de crenças e valores que permitam atitude eficaz;</p> <p>13. Reflexivo quanto às crenças, valores e atitudes após ação;</p> <p>14. Consciente da percepção da autoimagem como elemento de comunicação;</p>
<p>OS SABERES PROCEDIMENTAIS: envolvem a capacidade de descrever as ações que se pretende executar, a partir dos métodos, modos e operações necessárias como conjuntos de instrução que além de saberes teóricos sobre a temática ou</p>	<p>SABER-FAZER EMPÍRICOS: são resultantes da ação de saberes formalizados, da própria experiência de fazer do profissional após a reflexão dos resultados alcançados que podem atingir o</p>	<p>SABER AGIR: Relaciona-se com a escolha de uma conduta ou estratégia na qual o profissional reage à representação operatória que tem de</p>

<p>objetivo proposto devem saber as etapas de 'como fazer funcionar' (LE BOTERF, 2003).</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Métodos de elaboração de regras, normas de manuais e protocolos; 26. Procedimentos de aplicação dos protocolos, normas, rotinas, organogramas, fluxogramas, tabelas e quadros de avisos; 27. Modos para abordagem de situações conflituosas ou problemáticas; 28. Estratégias comunicacionais para condução em diversos contextos de comunicação; 29. Técnicas comunicacionais para condução em contexto interpessoal; 30. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de pequeno grupo; 31. Técnicas comunicacionais para condução em contexto organizacional; 32. Técnicas comunicacionais para condução em contexto de massa; 33. Procedimentos para acolhimento da clientela assistida; 34. Métodos de comunicação eficaz; 35. Métodos de comunicação terapêutica e não terapêutica; 36. Procedimentos para comunicações internas inseridos na área de atuação do profissional; 37. Método de aquisição, organização e registro dos dados do cliente; 38. Métodos de identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem; 39. Método de operação dos códigos de classificação e terminologia de diagnósticos de Enfermagem; 40. Métodos de hierarquia dos cuidados focalizando metas assistenciais na área de atuação profissionais. 41. Procedimentos de transição da comunicação intrapessoal para os diversos contextos de comunicação; 42. Método de registro de ordens assistenciais (prescrição) para realização do plano de cuidados do cliente na área de atuação profissional; 43. Métodos de interação terapêutica com a clientela em diversos contextos para a implementação da assistência; 44. Método de comunicação da avaliação de enfermagem relacionada à estrutura, processo e resultado; 45. Método para avaliação da assistência de Enfermagem que possibilite a conexão da condição atual do cliente frente as 	<p>nível tacitum de conhecimento aquele adquirido pela rotina da ação e, portanto difíceis de explicitar, mas agregado de valor social para o profissional porque é o 'como ele faz' (LE BOTERF, 2003).</p> <ol style="list-style-type: none"> 29. Experimentar os saberes fazer formalizados; 30. Demonstrar os saberes fazer formalizados; 31. Explicar os saberes fazer formalizados; 32. Testar a aplicação de saberes fazer formalizados; 33. Aplicar os saberes fazer formalizados; 34. Operar os saberes fazer formalizados; 	<p>um estímulo e não ao próprio estímulo (LE BOTERF, 2003).</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Ágil na mobilização de conhecimentos e habilidade diante da ação comunicacional nos diversos contextos interpessoal, de pequeno grupo, organizacional e de massa; 16. Persistente na aquisição de informações do cliente para prescrição do plano de cuidados e intervenções terapêuticas eficazes; 17. Persuasivo para orientar pacientes e a equipe multiprofissional; 18. Resolutivo na abordagem comunicacional em situações conflituosas e complexas; 19. Acessível para realizar escuta terapêutica no acolhimento da clientela atendida; 20. Coerente para comunicar-se com o paciente e a equipe multiprofissional, utilizando-se da rede formal ou informal de comunicação; 21. Ágil na utilização da comunicação como estratégia terapêutica; 22. Cordial nas relações interpessoais no trabalho; 23. Preciso na comunicação mediada ou não por tecnologias; 24. Ágil para conduzir clientela e equipe multiprofissional nos diversos contextos de atuação; 25. Ágil para adaptar-se à mensagem aos diferentes perfis de receptores e emissores; 26. Conciso no envio de mensagens; 27. Preciso na utilização de estratégias para vencer ruídos da comunicação; 28. Ágil para operar códigos de classificação e terminologia de
--	--	---

<p>intervenções realizadas.</p>		<p>diagnósticos de Enfermagem; 29. Ágil na integração comunicacional do grupo com estratégias de encorajamento e empoderamento da equipe multiprofissional e pacientes;</p>
	<p>SABERES-FAZER RELACIONAIS: envolve a capacidade de cooperar e saber conduzir-se para executar a ação durante a experiência social e profissional(LE BOTERF, 2003). 35. Saber conduzir ações comunicativas nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional, e de massa; 36. Saber cooperar nos contextos interpessoal, de pequeno grupo e institucional; 37. Saber dirigir pacientes e equipe profissional; 38. Saber persuadir pacientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos; 39. Saber integrar-se a equipe; 40. Saber operar os conceitos básicos envolvidos no processo de comunicação no contexto de massa e /ou virtual.</p>	<p>PODER AGIR: Relaciona-se a existência de um contexto e meio facilitador da ação; autoridade e governabilidade para agir. Trata-se da união de querer e saber agir, nos diversos contextos profissionais (LE BOTERF, 2003). 30. Reconhecido pela autoridade comunicativa por pacientes e equipe profissional; 31. Cultura organizacional favorável ao desenvolvimento da capacidade comunicativa; 32. Reconhecido pela organização quanto à autonomia profissional para o exercício da comunicação no ambiente de trabalho;</p>
	<p>SABER-FAZER COGNITIVO: aquele que envolve ações interiorizadas das operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas (LE BOTERF, 2003). 41. Comunicar com clareza e precisão em linguagem que os outros compreendam; 42. Utilizar o feedback para ampliar qualidade da informação; 43. Perceber aspectos internos e externos do emissor ou receptor para interpretar as mensagens; 44. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não-verbal; 45. Reconhecer o poder e a autoridade como barreira à comunicação entre níveis hierárquicos distintos.</p>	<p>33. Existência de política interna que favoreça a comunicação organizacional. 34. Existência de recursos humanos, materiais e ambientais que favoreçam a comunicação eficaz; 35. Implantação de processos que permitam a comunicação eficaz nos contextos de atuação; 36. Autoridade profissional reconhecida no contexto assistencial foco com vistas ao exercício da competência comunicação; 37. Governabilidade clara frente às condutas comunicacionais nos diversos contextos de atuação;</p>

QUADRO 2 - ITENS OPERACIONAIS PARA COMBINAÇÃO DE SABERES DOS CHA (Quadro 2)

LEGENDA PARA JULGAMENTO					
Pertinência: 1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão; 3. Muito pertinente					
Faça uma autoavaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes atuais ao exercer a competência “Comunicação Profissional em Enfermagem”. Você deverá marcar um “X” apenas em uma opção por item.					
Formato de resposta da escala/Likert: 1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente					
JULGUE AS INSTRUÇÕES:					
CONHECIMENTOS			Pertinência		
			1	2	3
1.	Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação do sistema para o desenvolvimento de processos comunicacionais que permitem interação com os aspectos envolvidos na comunicação em diversos contextos (interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa).				
2.	Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e não verbal nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).				
3.	Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.				
4.	Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.				
5.	Descreve os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.				
6.	Explica os elementos, processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.				
7.	Compreende a rede formal de comunicação na organização traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.				
8.	Compreende a rede formal e informal de comunicação da organização, utilizando desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.				
9.	Desenvolve linguagem científica em saúde, adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.				
10.	Desenvolve linguagem científica sobre os equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.				
11.	Reconhece aspectos observados na interação durante o processo de enfermagem envolvendo os demais interlocutores e identificando barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.				
12.	Sabe como utilizar estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.				
13.	Sabe como elaborar regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.				
14.	Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.				
15.	Sabe como utilizar comunicação terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.				
16.	Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.				

17.	Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando no âmbito da equipe multiprofissional conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.			
18.	Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.			
Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de conhecimentos:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada	2. Muito pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente
HABILIDADES		Pertinência		
		1	2	3
19.	Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas inclusive projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.			
20.	Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.			
21.	Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.			
22.	Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.			
23.	Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.			
24.	Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir a comunicação intrapessoal para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).			
25.	Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de Enfermagem.			
26.	Demonstra persuadir clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.			
27.	Demonstra desempenho para integrar-se, cooperar e conduzir a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.			
28.	Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.			
29.	Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não-verbal de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.			
30.	Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.			
Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de habilidades:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada	2. Muito pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente
ATITUDES		Pertinência		
		1	2	3
31.	Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.			
32.	Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade;			
33.	Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.			
34.	Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.			
35.	Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.			
36.	Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes;			
37.	Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de			

	comunicação.			
38.	Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela vencendo ruídos comunicacionais.			
39.	Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.			
40.	Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.			
41.	Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho capaz de acolhimento terapêutico da clientela.			
42.	Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.			
43.	Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.			
44.	Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.			
45.	Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho;			
46.	Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.			
Julgue a pertinência do formato de resposta da escala de habilidades:		Pertinência		
		1	2	3
1. Nada	2. Muito pouco	3. Mais ou menos	4. Bastante	5. Extremamente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

APÊNDICE J: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁴(Juízes)

Título da Fase da Pesquisa: Validação do instrumento da competência “competência profissional comunicação”.

Pesquisadora responsável e orientadora: Elaine Cristina Carvalho Moura. **Endereço:** Rua Picos, 3217, Piçarra, Teresina-Piauí. Tel. (086) 8804 8079. E-mail: elainecrism@bol.com.br.

Orientando: Samuel Freitas Soares. **Endereço:** Rua José Paulino, n.1037, Fátima, CEP:64049-360, Teresina-Piauí. Tel. (086) 9930 5217 / 8846 6175 E-mail: samuelfsoares@hotmail.com.

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa como **juiz** com o objetivo de classificar e avaliar a pertinência dos itens operacionais capazes de medir conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer a “competência profissional comunicação” de forma totalmente **voluntária**. Trata-se de uma fase da Dissertação de Mestrado que estou construindo referente ao tema “desenvolvimento da competência profissional comunicação no contexto de Enfermagem por cenários de simulação clínica”. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** da presente participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Segue esclarecimentos e garantias:

Objetivo da Fase da Pesquisa: Elaborar um instrumento para medir **conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)** necessários para exercer a “competência profissional comunicação”. **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. **Riscos:** A classificação e avaliação da pertinência do Instrumento dos CHA para exercer a “competência profissional comunicação” não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você apenas a utilização do seu comprovado saber intelectual e disponibilidade em apreciar o conteúdo do presente material. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Ciente e de acordo com o exposto, eu
_____; N. _____ Identidade
_____; Concordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo
de Consentimento em *duas* vias, ficando com a posse de uma delas.

_____, ____ de _____ de 2015.

Nome do Voluntário:

Assinatura do Voluntário:

¹⁴ Se você tiver alguma consideração ou dúvida quanto a Ética dessa pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. Web.: www.ufpi.br/cep

**APÊNDICE L - Instrumento da Competência Comunicação em Enfermagem –
“versão após validação de conteúdo”**

Instrumento sobre a competência profissional comunicação em Enfermeiros									
<p>Instruções: Faça uma autoavaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes atuais ao exercer a competência “Comunicação Profissional em Enfermagem”. Você deverá marcar um “X” apenas em uma opção por item.</p>									
<p>Legenda: 1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente</p>									
CONHECIMENTOS					1	2	3	4	5
1.	Discorre sobre aspectos teóricos conceituais de comunicação que permitem interação nos contextos interpessoal, pequeno grupo, organizacional e de massa.								
2.	Enumera elementos fundamentais de comunicação verbal e nos diferentes contextos de comunicação, preservando a norma culta da língua nativa (português brasileiro).								
3.	Discorre sobre aspectos teóricos dos contextos e processos de comunicação imprescindíveis à utilização da linguagem científica em saúde que permitem a interface entre comunicação humana e terapêutica necessária para o processo de enfermagem.								
4.	Interpreta aspectos socioculturais e comportamentais da comunicação não verbal a partir da interação com o cliente e demais profissionais de saúde.								
5.	Identifica os aspectos teóricos e legais no desenvolvimento do processo de enfermagem que permitem a minimização de ruídos diante da elaboração das etapas do processo de cuidados em enfermagem.								
6.	Explica os processos e contextos dos atos comunicativos em conformidade com o organograma e cultura organizacional na sua área de atuação.								
7.	Compreende a rede formal de comunicação na organização, traduzindo normas, rotinas, manuais e protocolos utilizando instrumentos (evolução, prescrição, diagnóstico, comunicações internas, entre outros) necessários para formalizar o atendimento ao cliente na sua área de atuação.								
8.	Compreende a rede informal de comunicação da organização, utilizando-se desses conhecimentos para articular elementos, processos básicos e contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional ante os diversos níveis hierárquicos e cultura organizacional.								
9.	Enuncia linguagem científica em saúde adequada para interação comunicativa nos diversos contextos diante da diversidade sociocultural e comportamental da clientela assistida.								
10.	Enuncia linguagem científica relacionada aos equipamentos, os medicamentos e os materiais hospitalares, necessária na interação com a equipe multiprofissional na sua área de atuação.								
11.	Reconhece barreiras na comunicação, nos diversos contextos comunicacionais na sua área de atuação profissional.								
12.	Sabe como utilizar estratégias de comunicação com resultados favoráveis na condução da equipe de trabalho nos contextos de comunicação necessários.								
13.	Sabe como elaborar normas, manuais, protocolos e comunicações internas divulgando sua aplicação por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.								
14.	Sabe como selecionar abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.								
15.	Sabe como utilizar a comunicação de forma terapêutica no acolhimento do cliente para aquisição, organização e identificação de condições que requerem intervenção de enfermagem resultando em registros de dados confiáveis.								
16.	Sabe como evitar interação não terapêutica com o cliente nos diversos contextos comunicacionais de implementação da assistência de enfermagem.								
17.	Sabe como verbalizar a avaliação da assistência de enfermagem prestada possibilitando uma conexão da condição atual do cliente diante das intervenções realizadas.								
18.	Sabe como descrever de forma articulada as informações observadas na interação com o cliente, definindo diagnósticos, hierarquia dos cuidados, prescrição de ordens assistenciais para fins de avaliação da estrutura, processo e resultados dos cuidados de enfermagem ao cliente e demais interlocutores.								
HABILIDADES					1	2	3	4	5
19.	Elabora com clareza regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas,								

	inclusive, projetando-os por meio de fluxogramas, tabelas, organogramas e quadros de avisos compreensíveis aos interlocutores envolvidos.					
20.	Demonstra compreensão de regras, normas, manuais, protocolos e comunicações internas institucionais seguindo-os adequadamente na instituição em que atua.					
21.	Demonstra domínio de estratégias de comunicação que resultem na condução da equipe de trabalho por meio de técnicas comunicacionais compreensíveis a todos os contextos de comunicação necessários.					
22.	Utiliza adequadamente abordagens de comunicação verbal e não verbal para condução de situações conflituosas e problemáticas junto à equipe multiprofissional e clientela assistida de forma eficaz.					
23.	Demonstra desempenho eficaz na comunicação terapêutica para acolhimentos, aquisição, organização, hierarquização de cuidados e registro de dados das etapas do processo de enfermagem junto ao cliente.					
24.	Demonstra desempenho eficaz ao reproduzir pensamentos e ideias para os demais contextos comunicacionais, conforme os interlocutores envolvidos (indivíduo; família ou equipe de enfermagem; equipe multidisciplinar e/ou rede de saúde e ambiente virtual).					
25.	Realiza corretamente a identificação de condições que requerem intervenções por meio de taxonomias que representam aspectos clínicos do cliente para prescrição de enfermagem.					
26.	Aplica a persuasão em clientes e equipe multiprofissional para o alcance dos seus objetivos, utilizando-se da rede formal e informal de comunicação do contexto em que atua.					
27.	Integra, coopera e conduz a equipe de trabalho em diferentes contextos, por meio da ação comunicativa.					
28.	Demonstra saber utilizar a comunicação virtual para conduzir ações comunicativas em diversos contextos de comunicação.					
29.	Desenvolve comunicação verbal coerente com a comunicação não verbal, de modo que os demais interlocutores recebam a mensagem de forma clara e precisa.					
30.	Desenvolve linguagem coerente para interagir com níveis hierárquicos distintos dentro da instituição em que atua.					
ATITUDES		1	2	3	4	5
31.	Convicto de que vieses de crenças e valores intrapessoais influenciam ações assistenciais nos diversos contextos comunicacionais.					
32.	Demonstra valorização da comunicação terapêutica diante da comunicação por meio de recursos tecnológicos, tendo clareza sobre a influência das informações coletadas para a assistência com qualidade.					
33.	Seguro quanto a influência da autoimagem profissional na percepção das crenças e valores pessoais para comunicação eficaz nos diversos contextos comunicacionais.					
34.	Prudente na utilização da linguagem científica envolvendo insumos e também as características socioculturais e comportamentais dos interlocutores nos diversos contextos comunicacionais.					
35.	Confiante do próprio domínio de técnicas comunicacionais fundamentadas em aspectos teóricos para qualidade assistencial pela comunicação eficaz durante as etapas do processo de enfermagem.					
36.	Ágil para mobilizar conhecimentos e habilidades na utilização de estratégias para vencer os ruídos comunicacionais e proporcionar a integração multiprofissional e de clientes.					
37.	Persistente no registro de informações dos clientes para execução do plano de cuidados compreendido pela equipe multiprofissional na perspectiva formal ou informal de comunicação.					
38.	Persistente na utilização da comunicação como estratégia terapêutica capaz de adaptar as mensagens aos diferentes perfis de clientela, vencendo ruídos comunicacionais.					
39.	Preciso na utilização de comunicação mediada ou não por tecnologia para operação de taxonomias de diagnósticos de enfermagem, capazes de integração comunicacional do grupo por meio de estratégias de encorajamento da equipe e empoderamento do cliente.					
40.	Ágil na condução coerente da clientela e equipe multiprofissional em situações complexas e conflituosas, utilizando a rede formal e/ou informal de comunicação na área de atuação.					
41.	Cordial no favorecimento das relações interpessoais no trabalho que permita acolhimento terapêutico da clientela.					
42.	Estimula a expressão de sentimentos, ouve reflexivamente e verbaliza interesse pelo cliente.					
43.	Oferece oportunidades para que o cliente organize seu pensamento e expresse suas mensagens de forma clara e compreensível.					
44.	Certifica a exatidão e compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores da equipe multiprofissional, cliente e rede familiar.					
45.	Desenvolve ação profissional que é reconhecida pela sua capacidade comunicativa com o cliente e a equipe de trabalho.					
46.	Desenvolve ação comunicativa em ambiente com estrutura organizacional que favoreça comunicação eficaz.					



APÊNDICE M – PLANO DE AULA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI)
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO: ENFERMAGEM

PLANO DE AULA

TEMA: A comunicação como competência profissional em Enfermeiros

1. IDENTIFICAÇÃO

DISCIPLINA: Administração em Enfermagem

PROFESSOR: Samuel Freitas Soares.

2. OBJETIVOS

Ao final da aula, o(a) aluno(a) deverá ser capaz de:

- Identificar os contextos e processos de comunicação humana;
- Reconhecer e diferenciar as variedades de comunicação verbal e não-verbal;
- Identificar barreiras à comunicação humana;
- Executar estratégias de comunicação eficaz;
- Reconhecer os grupamentos de comunicação terapêutica, com o intuito de proporcionar a otimização da assistência ao paciente.

2. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Conceitos gerais de Comunicação Humana;
- A comunicação como competência profissional em Enfermagem;
 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para o gerenciamento do cuidado;
 - Uso da comunicação no contexto de atuação;
 - A comunicação no processo de Enfermagem;
- Processos de comunicação humana; (Codificação, Significado, Pensamento, Informação e Persuasão);
- Contextos de comunicação humana; (intrapessoal; interpessoal; pequeno grupo; organizacional e de massa);
- Comunicação eficaz;
- Barreiras na comunicação;
- Comunicação em situações difíceis;
- Comunicação virtual e seus impactos na comunicação profissional;
- Estratégias de comunicação terapêutica
 - Grupamento de expressão;
 - Grupamento de clarificação;
 - Grupamento de validação.

3. METODOLOGIA:

No sentido de buscarmos a formação da competência comunicação em Enfermeiros, por meio da combinação de saberes, a aula seguirá uma lógica de estruturação desta competência a partir do domínio de conhecimentos e habilidades e pela demonstração de atitudes. A organização da aula acompanhará a seguinte sistemática metodológica: Inicialmente será feita uma exposição de um cenário que proporcione uma discursão sobre a comunicação dos Enfermeiros em situações problemáticas, com duração de 5 minutos. A seguir, efetivaremos a aula expositiva dialogada (duração de 80 minutos) sobre a comunicação profissional de enfermagem. A cada 07 minutos serão realizadas

perguntas, a fim de que os estudantes identifiquem os pontos chaves, e construam um modelo conceitual a partir do levantamento de hipóteses que indiquem conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer a competências. Os estudantes deverão categorizar os pontos chaves por meio do estabelecimento de prioridades que propiciarão a teorização do conteúdo da aula que se respaldará no construto de conhecimentos, habilidade e atitudes.

4. RECURSOS DIDÁTICOS:

Durante a execução da aula serão utilizados os seguintes recursos: notebook, data show, pincel, apagador e quadro de acrílico, gravuras.

5. AVALIAÇÃO:

Será feita por meio da aplicação do instrumento de avaliação da competência profissional comunicação em Enfermeiros, em três momentos: antes da presente aula, após o cenário de simulação clínica e após o *debriefing* da simulação. O estudante será avaliado quanto ao desempenho de comunicação terapêutica frente à situação clínica proposta pelo cenário de simulação. Será avaliada ainda a evolução da construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, após a vivência do cenário de simulação clínica. O instrumento possui 46 itens distribuídos nos três componentes da competência comunicação: conhecimento, habilidade e atitude.

6. REFERÊNCIAS:

BORDENAVE, J.D. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Tradução A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MCGUIRE, W. J. The Nature of attitudes and attitude change. **The handbook of social psychology**, v. 3, p. 136, 1969.

OGDEN, C.K.; RICHARDS, I.A. The meaning of meaning. Londres. In: KEGAN, P.T *et al.* (Org.). **O significado do significado**. Rio: Zahar, 1976.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

THAYER, L. Communication and organization theory. In: DANCE, F. (Org.). **Comunicação e Teoria da organização**. São Paulo: Cultrix, 1973

Teresina, 26 de Janeiro de 2016.

UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ

Samuel Freitas Soares
Assinatura do (a) Professor (a)

APÊNDICE N - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS DE CONTROLE:

Data de preenchimento:	___ / ___ / _____
-------------------------------	-------------------

Identificação:	
-----------------------	--

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FORMAÇÃO EDUCACIONAL:

Data de nascimento: ___ / ___ / _____
Sexo:
(1) Masculino (2) Feminino
Ano em que iniciou o curso de enfermagem:
_____ Período: () 1º () 2º
Faculdade em que cursa de enfermagem:
(1) UFPI (2) UESPI (3) Uninovafapi (4) FACID (5) CEUT (6) Outra: _____
Período em que está atualmente no curso:
(1) 7º período (2) 8º período (3) 9º período (4) 10º período (5) Outro: _____
Está cursando ou possui outra graduação?
(1) Sim. Qual? _____ (2) Não
Cursou ou está cursando disciplinas de estágio curricular?
(1) Sim. Especifique: () Estágio curricular I () Estágio curricular II () Outra: _____ (2) Não

Durante a sua formação até o momento, participou de atividade(s) relacionada(s) ao tema “comunicação em enfermagem” (tipo de atividade: extensão, eventos científicos, cursos curriculares, cursos extracurriculares, etc)?
(1) Sim () Extensão _____ () Evento _____ () Curso curricular _____ () Curso extracurricular _____ () Iniciação científica _____ (2) Não
Durante a sua formação, participou de práticas em laboratório de simulação clínica avançada?
(1) Sim ▪ Quantas vezes? _____ ▪ Quando foi a sua última prática em laboratório de simulação clínica avançada? _____ ▪ Qual período você cursava quando participou pela primeira vez de simulação? _____ (2) Nunca participei

**ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO SIMENF-SAÚDE PARA
UTILIZAÇÃO DE CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO;**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ(UFPI)
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Campus Universitário Petrônio Portela – Bairro Ininga
Fone (086) 3234-1219 – Fax (086) 3215-5862

OFICIO s/n 2015

Teresina, 04 de maio de 2015

Da: Coordenação do Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde (Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura)

Para: Samuel Freitas da Silva.

A coordenadora do laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde no uso de suas atribuições legais autoriza a metodologia da pesquisa “A COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE ENFERMAGEM E SIMULAÇÃO CLÍNICA: da comunicação humana à competência profissional” a ser executada junto aos acadêmicos de enfermagem matriculados no ano de 2015 e/ou 2016 nas disciplinas que atualmente fazem práticas com simulador avançado do Curso de Enfermagem da UFPI, tendo em vista o cumprimento de todos os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram considerados ainda os inúmeros benefícios para pesquisa, ensino e extensão do presente estudo e a valiosa contribuição para a operacionalização da estratégia de simulação de práticas clínicas, recém inserida no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI, Campus Ministro Petrônio Portela.

Atenciosamente,

Elaine Cristina Carvalho Moura

Prof. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura
Coordenadora do laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde /UFPI

Grazielle Roberta Fole Silva
Prof. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva

Sub Coordenadora do laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde /UFPI

ANEXO B - CENÁRIO DE SIMULAÇÃO SOBRE A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL “COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM”

CENÁRIO DE SIMULAÇÃO

Duração do *Briefing*: 10 minutos
Duração do Cenário: 20 minutos
Duração do *Debriefing*: 30 minutos

Nome do cenário: Abordagem a paciente e família HIV-AIDS.

1. Objetivos Específicos

- Avaliar o desempenho na utilização de abordagens estruturadas de comunicação fundamentada na descrição dos contextos e processos comunicacionais
- Avaliar a capacidade de elaboração de processo de enfermagem a partir da interação com o paciente
- Reconhecer mudança de conduta do estudante na comunicação terapêutica diante de contingências em situação de comunicação difícil
- Avaliar a capacidade de querer, saber e poder agir do estudante frente a situação clínica propícia ao exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem” nos diversos contextos.
- Avaliar o desempenho da liderança e comunicação organizacional frente a equipe de trabalho para o exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem”
- Analisar a percepção dos estudantes frente a situação clínica que exija conhecimentos, habilidades e atitudes propícios ao exercício da competência “comunicação profissional em enfermagem”

2. Materiais Necessários

- SAE no prontuário
- Manuais de aconselhamento
- Manual de adesão HIV/AIDS
- Livro AME
- Livro com síntese de processos de enfermagem
- NANDA, NIC e NOC
- Livro de termos de enfermagem

- Impressos
- Carrinho de paradas (da unidade)
- Lençóis
- Fluxo para exposição a material biológico;
- Medicações
- Teste rápido (Sete testes – Usado)
- Termo de consentimento para realização de teste Anti-HIV
- Clorexidina

3. Participantes

- 01 Acompanhante (*suporte ao estudante*)
- 01 Repórter (*suporte ao estudante*)
- Papéis:
 - 01 Enfermeira chefe de unidade;
 - 01 Enfermeira assistencial veterana;
 - 02 Enfermeiras recém admitidas;
 - 01 Estudante de enfermagem estagiária(o) do último ano do curso (hot seat como suporte)

Descrição do caso:

Histórico: Pedro Dias, branco, 47 anos, apresentou fortes dores abdominais e síncope após um churrasco da inauguração da Quadra Poliesportiva da Cidade na qual é Prefeito, conhecido por suas ações populares, inclusive pelo lema “uso o serviço público que ofereço”, exigiu ser internado no Hospital Público. Refere evacuações pastosas há mais de 15 dias, com agravamento do quadro nos últimos cinco dias, com cerca de três evacuações/dia, volumosas, escuras e fétidas, acompanhadas de vômitos, inapetência, astenia, perda gradual de peso (7 kg nos últimos três meses), dificuldade para deglutição e febre (T: 37,9°C). Ao exame físico foi observada ptose palpebral direita, associada a queixas de fotofobia e diminuição da acuidade visual, cavidade oral com presença de inúmeras placas brancas com bordas hiperemiadas, sugestivas de monilíase. Pedro relata ser portador de HIV/AIDS há pelo menos quatro anos e que há 1 ano não faz uso regular das medicações. Alegando não aderir ao tratamento por receio de abalos irreversíveis a sua vida pessoal e política. Admite que é homem que fazia sexo com homens. Paciente pede ainda que o sigilo seja mantido diante da presença da esposa, com quem tem um filho (5 anos) e que atualmente está

no terceiro mês de gestação do seu segundo filho o qual ele assegura que não é portador porque ela a convenceu de fazer inseminação artificial, alegando resultado de espermograma com oligozoospermia grave. Após admissão foi solicitado TC de crânio, US abdominal total, Videoendoscopia Digestiva Alta, hemograma completo, contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+, contagem de carga viral de HIV-1, Toxoplasmose IgG e IgM, VDRL e Swab para pesquisa de lesão oral. A Gerência de Enfermagem foi comunicada sobre reportagem devidamente autorizada em conformidade com as normas institucionais para um canal de TV local que quer saber mais notícias sobre o Prefeito Pedro Dias. O interesse se justifica pelo conhecimento público do adoecimento do prefeito, de forma súbita, o que despertou curiosidade na população em geral.

Evolução de Enfermagem do dia

8h- Pedro, 1DIH, segue consciente, orientado, responsiva, algo letárgico, introspectivo, Respirando espontaneamente, sem aporte de O2, sons pulmonares são claros. Refere visão turva, desconforto na presença de luz. Abdômen plano, depressível à palpação, com queixas álgicas à palpação. Segue em dieta zero até segunda ordem, eliminações fecais com aspecto pastoso, e odor fétido, em duas vezes nas últimas 12 horas. Diurese com aspecto concentrado (SIC). Realizada coleta de sangue para exames laboratoriais, recebeu resultados da TC de crânio e US abdominal total (anexadas no prontuário). AVP pérvio em MSD, No momento normocárdico, normotenso, eupnéico e febril (37,7°C). Aguarda coleta por Swab para pesquisa de lesão oral e encaminhamento de parecer oftalmologista. Recomendado higiene oral com clorexidina. Aguarda parecer de infectologista.

Informações de prontuário

História Médica: Nega DM, HAS, e refere SIDA sem tratamento medicamentoso. Não fuma, não usou ou usa drogas, consumo de álcool moderado. Desconhece alergias.

Medicamentos de uso regular: Não faz uso de medicações.

Orientação dos diálogos: Fala normal, porém com tom introspectivo, à afasia global. Porém, cooperativo e responsivo.

Apresentação do manequim: Roupas camisola hospitalar; Puncionado; evolui para letárgico monitorizado; oxímetro de pulso.

Programação do Manequim:

- **Sinais vitais iniciais**

Sinais vitais Iniciais no monitor ligado: PA127-109/72-58, R18-16, FC75-65, 97% , Temp . 37,7 °C.

Saturação: 95-97%

Pulmão esquerdo: som claro, sem ruídos adventícios

Pulmão direito: som claro, sem ruídos adventícios

Histórico: Pedro Dias, branco, 47 anos, apresentou fortes dores abdominais e síncope após um churrasco da inauguração da Quadra Poliesportiva da Cidade na qual é Prefeito, conhecido por suas ações populares, inclusive pelo lema “uso o serviço público que ofereço”, exigiu ser internado no Hospital Público. Refere evacuações pastosas há mais de 15 dias, com agravamento do quadro nos últimos cinco dias, com cerca de três evacuações/dia, volumosas, escuras e fétidas, acompanhadas de vômitos, inapetência, astenia, perda gradual de peso (7 kg nos últimos três meses), dificuldade para deglutição e febre (T: 37,9°C). Ao exame físico foi observada ptose palpebral direita, associada a queixas de fotofobia e diminuição da acuidade visual, cavidade oral com presença de inúmeras placas brancas com bordas hiperemiadas, sugestivas de monilíase. Pedro relata ser portador de HIV/AIDS há pelo menos quatro anos e que há 1 ano não faz uso regular das medicações. Alegando não aderir ao tratamento por receio de abalos irreversíveis a sua vida pessoal e política. Admite que é homem que fazia sexo com homens. Paciente pede para que a enfermeira do setor, mantenha sigilo diante da presença da esposa, com quem tem um filho (5 anos) e que atualmente está no terceiro mês de gestação do seu segundo filho o qual ele assegura que não é portador porque ela a convenceu de fazer inseminação artificial, alegando resultado de espermograma com oligozoospermia grave. Após admissão foi solicitado TC de crânio, US

abdominal total, Videoendoscopia Digestiva Alta, hemograma completo, contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+, contagem de carga viral de HIV-1, Toxoplasmose IgG e IgM, VDRL e Swab para pesquisa de lesão oral. A Gerência de Enfermagem foi comunicada sobre reportagem devidamente autorizada em conformidade com as normas institucionais para um canal de TV local que quer saber mais notícias sobre o Prefeito Pedro Dias. O interesse se justifica pelo conhecimento público do adoecimento do prefeito, de forma súbita, o que despertou curiosidade na população em geral.

Evolução de Enfermagem do dia

8h- Pedro, 1DIH, segue consciente, orientado, responsivo, algo letárgico, introspectivo, Respirando espontaneamente, sem aporte de O2, sons pulmonares são claros. Refere visão turva, desconforto na presença de luz. Abdômen plano, depressível à palpação, com queixas álgicas à palpação. Segue em dieta zero até segunda ordem, eliminações fecais com aspecto pastoso, e odor fétido, em duas vezes nas últimas 12 horas. Diurese com aspecto concentrado (SIC). Realizada coleta de sangue para exames laboratoriais, recebeu resultados da TC de crânio e US abdominal total (anexadas no prontuário). AVP pérvio em MSD, No momento normocárdico, normotenso, eupnéico e febril (37,7°C). Aguarda coleta por Swab para pesquisa de lesão oral e encaminhamento de parecer oftalmologista. Recomendado higiene oral com clorexidina. Aguarda parecer de infectologista.

Ações esperadas

Comunicação eficaz em situações conflituosas, comunicação que promova integração, cooperação e integração da equipe :

Habilidades prévias: avaliação geral, verificação de sinais vitais, comunicação com o paciente e equipe médica.

TEMPO PARA AS AÇÕES (aproximado)	PROGRAMAÇÃO DO MANEQUIM	INTERVENÇÕES ESPERADAS	PISTAS (SUPORTE AO ESTUDANTE)
5 min Aluno 1	Paciente está responsivo, introspectiva. voz	<ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos, abordagem a paciente. Comece avaliação básica, monitorize, obter a pressão arterial, pulso, questionar o paciente quanto a dor em escala de 0 a 10 (escala de dor). Aluno 1 deverá avaliar a paciente que apresentará: Alerta, orientado alo e autopsiquicamente, introspectivo. Pupilas redondas e reativa a luz, contudo com queixas de dor ao reflexo luminoso, e presença de ptose palpebral. Cavidade oral com presença de placas brancas, associadas à dificuldade de deglutição. Pele quente, seca e pálida; Frequência cardíaca regular, sem sopros, sem dor no peito; Ausculta clara de pulmões. Abdômen é plano, depressível à palpação, porém com queixas álgicas, ruídos intestinais acentuados. Circulação periférica forte e preservada em todas as extremidades. Quadro geral de fraqueza, queixas de náusea. Iniciar processo de enfermagem 	<p>- <u>Médico:</u> Pista: O médico deixará anotado que pele quente e seco e pálido; FC sem sopros, sem dor no peito; Ausculta clara de pulmões. Abdômen plano, depressível à palpação, porém com queixas álgicas, ruídos intestinais acentuados. Circulação periférica forte e preservada em todas as extremidades. Ele terá diminuição na circulação periférica (diminuição dos reflexos, sensação, dor, fraqueza, atrofia dos músculos). Prescrição e orientações médicas: Dieta zero até segunda ordem.; SF 0,9%; antitérmico, analgésico, antibiótico, antirretrovirais.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exames Laboratoriais: Hemograma completo, contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+, contagem de carga viral de HIV-1, Toxoplasmose IgA e IgG, VDRL, Swab para pesquisa de lesão oral. Exames diagnósticos: TC de crânio, US abdominal total, Videoendoscopia Digestiva Alta. Parecer solicitados do oftalmologista e infectologista.
5-10min Aluno II	Entra aluno 2 acompanhado do aluno 3 que deverá receber as condições do paciente do aluno 1	A acompanhante se acidenta ao manipular a punção do paciente e faz uma transfixação do dedo com a mesma agulha do escalpe. Acompanhante chama atenção dos enfermeiros pela dor e pergunta se tem algum problema (ainda que demonstre confiança no	<p>Médico Pista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caso aluno não peça teste rápido, chega a sorologia para HIV, acompanhada dos outros exames laboratoriais;

		esposos). Espera-se que o aluno conheça o fluxo de acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico, e que solicite realização de teste rápido no paciente, com aconselhamento por equipe capacitada. A acompanhante deve ser esclarecida sobre o ocorrido, observando-se que a intimidade do sigilo do paciente não prevalece sobre o risco de exposição à esposa e a sua gestação. Infectologista deve ser comunicado sobre o caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Caso o teste rápido para HIV seja realizado, o resultado para positividade chega;
15-20 min	<p>Paciente pouco interage com acompanhante, E quando profissionais de saúde tentam contato, torna-se agressivo. FC elevada, Pico hipertensivo, relato de dor intensa no olho motivada pelo pico hipertensivo e alto nível de estresse no ambiente.</p> <p>Aluno 4 entra no cenário para receber informações dos demais. Aluno 5 recebe equipe de reportagem.</p>	<p>Paciente tem alterações observadas na sua linguagem. Ele evita contato com a acompanhante e torna-se hostil com a equipe de saúde, afirmando que trata-se de perseguição política a ele.</p> <p>A avaliação do monitor será indicativa para FC elevada e pico hipertensivo, seguindo o caminho traçado BP 166/90, FC 96. Paciente relata dor intensa no olho motivada pelo pico hipertensivo e alto nível de estresse no ambiente</p> <p>Em outro ambiente o Aluno 5 concederá entrevista para canal de TV local. O repórter fará perguntas com cunho sensacionalista. O aluno deverá seguir o fluxo de comunicação institucional com os meios de comunicação. Espera-se que sua postura preserve o paciente e a instituição de saúde, e que se comunique de forma a minimizar especulações quanto ao quadro de saúde do paciente.</p>	<p>Pistas:</p> <p><u>Parecer da oftalmologia:</u> (lesão de retina)</p> <p><u>Demais exames laboratoriais:</u> Toxoplasmose IgM-negativo, Toxoplasmose IgG-positivo. VDRL: não reagente, Linfócitos T CD4+: 105 células/μl Linfócitos T CD8+: 1838 células/μl Carga Viral: 101.212 cópias Hgb 13,5 (12-15), Ht 39,4 (36-44), PLT 204 (100-450) Leucócitos:2000 mm^3</p> <p><u>Médico:</u> Início da terapia anti-retroviral no paciente com: Zidovudina 300mg+Lamivudina 150mg+Nevirapina200mg. Solicita teste rápido na acompanhante e prescreve início da Quimioprofilaxia pós exposição a acidente com material biológico.</p>

DEBRIEFING

1. Após a participação nesta experiência de simulação o que vem em seu pensamento imediato sobre o exercício da competência profissional comunicação em enfermagem?
2. Descreva o caso clínico que atuaram no cenário proposto?
3. Que situação problema cada um de vocês identificou como prioritária no cenário para o exercício da competência comunicação profissional?
4. Dentre as situações problema identificadas qual foi priorizada na atuação do grupo durante a execução do cenário e por quê?
5. Como cada um pensou a resolução da situação problema identificada?
6. O que foi mais satisfatória nas condutas? O que foi menos satisfatório?
7. Quem já teve experiência prática como esse contexto clínico? Como você estava familiarizado com as condições clínicas, tratamento e complicações da experiência de simulação? Você pode dar um exemplo específico de que não saber uma informação pode ter prejudicado o desempenho durante a simulação?
8. O que vocês teriam feito diferente?
9. Qual a voz de comando da equipe? Como foi o desempenho do seu papel?
10. Como se sente após ter atuado nessa experiência simulada?
12. Como vocês avaliam suas atitudes ante a situação clínica?

REFERÊNCIAS

Caso clínico baseado em dados clínicos reais.

ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E CESSÃO DE IMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO DE PRÁTICAS CLÍNICAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE (SIMENF-Saúde)

CONFIDENCIALIDADE/SIGILO DE INFORMAÇÕES

Durante a sua participação em disciplinas envolvendo simulações no Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde (SIMENF-Saúde) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, você provavelmente vai ser um observador do desempenho de outro indivíduo na gestão de eventos de enfermagem ou como participante nessas atividades. Devido à natureza única deste momento de ensino-aprendizagem, você será solicitado a manter e guardar confidenciais todas as informações sobre a performance dos indivíduos participantes com você no cenário de simulação. Deverá ainda manter sigilo dos dados clínicos do cenário como exercício de sigilo profissional.

Ao assinar abaixo, você reconhece ter lido e entendido esta declaração e concorda em manter rigorosa confidencialidade sobre todas as observações que você pode fazer sobre o desempenho dos indivíduos e os cenários de simulação.

GRAVAÇÃO AUDIVISUAL/ SESSÃO DE IMAGEM

Estou informado de que existe gravação audiovisual contínua nos espaços de simulação avançada do SIMENF-Saúde. Entendo que, a menos que autorizado por mim, eu não vou ser especificamente identificado e que as gravações serão usadas para fins de pesquisa, educacionais ou administrativos. Não haverá qualquer uso comercial destas gravações audiovisuais sem a minha devida permissão.

Eu li todos os itens acima e concorda com os termos sob confidencialidade das informações do sistema operacional, de gravação audiovisual e utilização em pesquisas.

Assinatura do estudante/cursista/visitante

Teresina, ____ / ____ / ____
Data

Disciplina: _____ Curso: _____

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE ENFERMAGEM E SIMULAÇÃO CLÍNICA: DA COMUNICAÇÃO HUMANA À COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Pesquisador: Elaine Cristina Carvalho Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46115715.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.144.291

Data da Relatoria: 07/08/2015

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa trata-se de um estudo do tipo metodológico e descritivo comparativo, tendo em vista a construção do Instrumento de mensuração da competência profissional comunicação e a análise comparativa entre a aplicação do instrumento pretendido e a Escala de Competência em Comunicação Interpessoal em mesmo ambiente e contexto de simulação clínica avançada. Será realizado no “Laboratório de Simulação de Práticas Clínicas em Enfermagem e Saúde (SIMENFS)” da Universidade Federal do Piauí (UFPI). O laboratório possui estrutura física para simulação avançada, subdividido em três ambientes: Sala de controle, Estação de simulação avançada e Sala de Sala de Avaliação e Desempenho – Debriefing. A população do estudo será constituída por estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. A amostra será formada por estudantes que estejam cursando as disciplinas Administração de Enfermagem, Estágio Curricular I e Estágio Curricular II Este estudo, portanto, será desenvolvido em três etapas: a primeira referente a construção de instrumento de medida da competência profissional “comunicação em enfermagem”; a segunda constará do planejamento e execução da aula padrão e a terceira será a aplicação dos instrumentos: competência profissional “comunicação em enfermagem” e da Interpersonal Communication Competence Scale (ICCS) versão traduzida e

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.144.291

validada para o Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a competência comunicação profissional e interpessoal entre estudantes de enfermagem e os seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes, visando o gerenciamento do cuidado em enfermagem no contexto de simulação clínica avançada.

Objetivo Secundário:

- Construir e validar o conteúdo do instrumento de medida dos componentes conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação;
- Avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes da competência profissional comunicação entre estudantes de enfermagem antes e após a aplicação de cenário e, depois do debriefing da experiência de simulação clínica avançada;
- Avaliar a competência da comunicação interpessoal entre estudantes de enfermagem, antes e após a aplicação de cenário e, depois do debriefing da experiência de simulação clínica avançada;
- Comparar o instrumento de medida da competência profissional comunicação validado de conteúdo com a Interpersonal Communication Competence Scale (ICCS) versão traduzida e validada para o Brasil, entre estudantes de enfermagem em contexto de simulação clínica avançada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dentre os potenciais riscos destaca-se que a avaliação das contribuições por se tratar de um processo de ensino e aprendizagem em cenários de simulação para o desenvolvimento da competência “comunicação em enfermagem” poderá causar fadiga, exigências quanto a parâmetros de intelectualidade. Entretanto todas as etapas serão realizadas na presença da equipe do laboratório SIMENFS, que possui ampla experiência docente e clínica capaz de minimizar quaisquer desconfortos ou riscos decorrentes das atividades propostas para a pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios previstos ao presente estudo, geram maior amplitude dos conhecimentos sobre comunicação em enfermagem, competências e estratégias de qualificação profissional; propicia o desenvolvimento estruturado de competências profissionais e especificamente sistematiza seus conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer a competência “comunicação em enfermagem” em ambiente controlado de laboratório possibilitando segurança ao paciente/ser humano como benefício direto para sua qualificação profissional. Não está previsto qualquer remuneração pela sua participação no estudo.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.144.291

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante envolve a comunicação como uma competência profissional que envolve a capacidade de saber aprender e envolver-se para se integrar ao ambiente de trabalho e a mobilização de recursos para a administração de situações organizacionais de forma satisfatória. Nesse estudo o conceito de competência será orientado pelas ideias de Le Boterf (2003) que defende a competência profissional como norteadora pelo conjunto de vivências sociais, educacionais e profissionais ao longo da trajetória do indivíduo, que o

permitam saber agir e ser reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, habilidades, e atitudes (CHAs) num contexto profissional determinado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está aprovado, porque encontra-se elaborado segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

TERESINA, 09 de Julho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.144.291

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br