MESTRADO EM ENFERMAGEM

THAÍS JOSGRILBERG PEREIRA

VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO A TOOL FOR SELF-ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS AND PROFESSIONALISM IN RESIDENTS PARA ENFERMEIROS

Guarulhos
2015

THAÍS JOSGRILBERG PEREIRA

VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO A TOOL FOR SELF-ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS AND PROFESSIONALISM IN RESIDENTS PARA ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Giesbretch Puggina Rosa

Guarulhos
2015

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

P436v

Pereira, Thaís Josgrilberg
Validação e adaptação transcultural do instrumento a tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents para enfermeiros/ Thaís Josgrilberg Pereira. -- 2015.
99 f.; 31 cm.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Claudia Giesbretch Puggina Rosa

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2015.

1. Comunicação 2. Relação Enfermeiro-Paciente 3. Comunicação em Saúde 4. Estudos de Validação I. Título II. Puggina, Ana Claudia, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

CDD. 610.73

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais: Hélio e Rute.

Aos meus queridos irmãos: Mariana, Clarissa e Júlio Cesar

Ao meu querido cunhado e irmão de coração: Rui

Com muito carinho e admiração, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Não há como concluir uma etapa desta, em minha vida profissional, sem agradecer, mais uma vez, ao meu Pai Oxalá, que me guiou, me encorajou e me fez perseverante para enfrentar este novo desafio.

À minha orientadora Prof^{a}. Dr^{a}. Ana Claudia Puggina, que ao longo deste período me ensinou tanto, compartilhou experiências, dividiu ideias, cobrou, mas sempre com delicadeza, paciência e compreensão. Um exemplo de profissional, de ética e de pessoa que me mostrou novos caminhos científicos e me fez amar mais ainda a comunicação, minha admiração por você é indescritível.

Ao grupo de pesquisa GPCOM, que abriu suas portas para me receber, e me recebeu tão bem. Participar das reuniões com vocês me faz perceber que é possível um sistema de saúde melhor e um cuidado mais humano.

À minha chefe, companheira de trabalho e amiga Tatiana que me apresentou a UnG, me incentivou e compreendeu todas as minhas faltas e atrasos.

À minha mãe Rute, meu exemplo, por me incentivar, me apoiar e acreditar em mim. Guerreira, competente, dedicada se eu for um pouquinho parecida com você sei que terei mais sucesso, te amo.

Ao meu pai Hélio, sempre dedicado a mim, paciente e resolutivo obrigada por todo apoio, te amo.

Aos meus irmãos Júlio Cesar e Mariana e ao meu cunhado e irmão do coração, Rui, por compreenderem a minha ausência em muitos finais de semana e datas comemorativas e continuarem me apoiando.

Em especial a minha irmã Clarissa que me ensinou a pegar metrô, andar de ônibus em São Paulo, que me esperava no ponto de ônibus, fazia o jantar ou saia de casa, mesmo cansada, muitas vezes embaixo de chuva só para comer coxinha comigo. Foi quem fez minha matricula no Mestrado, quem me apoiou imensamente, quem me ajudava em discussões, busca de materiais,

quem se perdeu comigo a primeira vez que fui ao GPCOM enfim muitas histórias e muitas conquistas juntas acho que não há palavras suficientes para te agradecer.

Aos meus colegas de turma, muitas histórias, experiências, incentivos, sem vocês esta vitória não teria graça. Todos vocês têm um espaço reservado no meu coração e na minha memória.

Em especial a Cristina, que foi minha “mãe” durante este período em meio a várias caronas, conversas e conselhos. Lucinéia que me abrigou em sua casa, foi companhia para diversões e companheira para os estudos, Raylton que me levava e buscava sempre atencioso e compreensivo e Cecilia que me mostrou um pedacinho de São José dos Campos, pouco sabia de mim e também me ajudou muito. Com vocês divido esta conquista, obrigada por tudo.

Às docentes do Programa de Mestrado, obrigada pela dedicação, ensinamentos e pelas palavras certas nos momentos certos, vocês ficarão sempre na minha memória: Profa. Josiane Gusmão, Profa. Arlete Silva, Profa. Edna Arcuri, Profa. Luciane Pereira, Profa. Ana Sabatés, Profa. Viviane Carvalho e Profa. Rosa Áurea.

Agradeço a Cênise e a Ellen pelos inúmeros pedidos atendidos, pela paciência, gentileza e dedicação.

Pereira TJ. Validação e adaptação transcultural do instrumento *a tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos, 2015.

RESUMO

Introdução: O ser humano é um ser social e que vive num sistema de relação com o outro, assim o processo de comunicação torna-se uma necessidade básica imprescindível para se alcançar objetivos pessoais e profissionais; para enfermagem a comunicação é também um instrumento de cuidado. **Objetivo:** traduzir e adaptar culturalmente para o português o instrumento proposto inicialmente para residentes de medicina para o profissional enfermeiro. **Método**: estudo do tipo metodológico com delineamento quantitativo em que os participantes da pesquisa foram enfermeiros assistenciais do ambiente hospitalar. O método proposto para validação foi constituído de seis etapas internacionalmente reconhecidas: traduções iniciais, síntese das traduções, retrotraduções, revisão pelo comitê de especialistas, pré-teste e teste da versão pré-final do instrumento. No teste pré-final, os dados foram analisados por meio descritivo, analise fatorial e a confiabilidade interna do instrumento foi verificada por meio do Alpha de Cronbach. **Resultados:** A amostra da fase pré-final foi de 110 enfermeiros assistenciais que realizam anamnese e exame físico sendo a maioria mulheres 72,7% (n=80), com média de idade de 32 anos (dp=±7,3), maior frequência de solteiros 45,5% (n=50), com tempo médio de formado de 6,0 anos (dp=±4,8) e na maioria especialistas 62,7% (n=69). A validade interna da escala intitulada "Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes" apresentou confiabilidade moderada e satisfatória (α=0,712). De acordo com a análise fatorial foram identificados quatro fatores: Habilidade Interpessoal, Troca de informação, Sinceridade na relação e Profissionalismo. O escore médio total das respostas dos participantes foi de 47,8 (dp=±3,99), apresentando boa autoavaliação em relação aos fatores da escala. **Conclusão:** Este estudo fornece evidências de que a escala "Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes" é um instrumento válido e confiável, na língua portuguesa, para a cultura brasileira, visto que mensura, na perspectiva do enfermeiro, sua comunicação interpessoal com o paciente, assim como seu nível de profissionalismo.

Descritores: Comunicação; Relação Enfermeiro-Paciente; Comunicação em Saúde; Estudos de Validação.

Pereira TJ. Validation and cross-cultural adaptation of the instrument tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents for nurses [thesis]. Guarulhos (SP): University Guarulhos, 2015.

ABSTRACT

Introduction: humans are a social being who live in a relationship system with each other, so, the communication process becomes a basic need, essential for the achievement of both personal and professional goals; for nursing, it is also an instrument of care. **Objectives**: translate and adapt culturally into Portuguese the instrument proposed to residents of Medicine to nursing professionals. **Methods**: methodological study with quantitative proposal in which participants were clinical nurses from the hospital environment. The method proposed for validation consisted of six internationally recognized stages: initial translation, translation synthesis, back-translation, expert committee review, pretest and test of the pre-final version of the instrument. In the pre-final test, the data were analyzed by descriptive means, factor analysis and the internal reliability of the instrument was verified by Cronbach's Alpha. **Results**: The sample of the pre-final stage was: 110 nursing assistants who perform history and physical examination, mostly women 72.7% (n=80), with a mean age of 32 (SD=±7.3) more often single ones 45.5% (n=50), with an average time since graduation of 6.0 years (SD=±4.8) and most experts 62.7% (n=69). The internal validity of the scale entitled “Self-evaluation of professionalism and interpersonal communication among nurses and patients” showed moderate and satisfying reliability (α=0.712). According to the factor analysis, four factors were identified: Interpersonal Skill, Information exchange, Sincerity in the relationship and professionalism. The total mean score of the answers of the participants was 47.8 (SD±3.99), with good self-evaluation concerning the scale factors. **Conclusion**: This study provides evidence that the scale “Self-evaluation of professionalism and interpersonal communication among nurses and patients” is a valid and reliable instrument, in Portuguese, for the Brazilian culture, once it measures, in the nurse’s perspective, their interpersonal communication with the patient, as well as their level of professionalism.

Keywords: Communication; Nurse-patient relationship; Health Communication; Validation Studies.

Pereira TJ. Validación y adaptación transcultural de instrumento A tool for sef-assessment of comunication skills and professionalism in residents para enfermeros [disertación]. Garulhos (SP): Universidad Guarulhos, 2015.

RESUMEN

Introducción: El ser humano es un ser social que vive en un sistema de relación con el otro, de esta manera el proceso de comunicación se convierte en una necesidad básica imprescindible para el alcance de objetivos personales y profesionales; para la enfermería la comunicación también es un instrumento de atención. **Objetivo:** Traducir y adaptar culturalmente para el portugués el instrumento propuesto inicialmente para residentes de medicina para el profesional enfermero. **Método:** Estudio de tipo metodológico con delineación cuantitativo en el cual los participantes de la investigación fueron enfermeros de asistencia del ambiente hospitalario. El método propuesto para la validación estuvo constituido de seis etapas reconocidas internacionalmente: traducciones de inicio, síntesis de las traducciones, retrotraducciones, revisión por el comité de especialistas, pre-test y test de la versión pre-final del instrumento. En el test pre-final, los datos fueron analizados por método descriptivo, análisis de factor y la confiabilidad interna del instrumento fue comprobada por medio del Alpha de Cronbach. **Resultados:** La muestra de la fase pre-final fue de 110 enfermeros de asistencia que realizaron anamnesis y examen físico siendo la mayoría mujeres 72,7% (n=80), con promedio de edad de 32 años (dp= +-7,3), mayor frecuencia de solteros 45,5% (n=50), con tiempo medio de diplomado de 6,0 años (dp=+-4,8) y en la mayoría especialistas 62,7% (n=69). La validez interna de la categoría intitulada "Autoevaluación respecto a profesionalismo y comunicación interpersonal entre enfermeros y pacientes" presentó confiabilidad moderada y satisfactoria (a=0,712). Según el análisis de factor fueron identificados cuatro elementos: Habilidad interpersonal, cambio de informaciones, sinceridad en la relación y profesionalismo. El cómputo medio total de las respuestas de los participantes fue de 47,8% (dp=+-3,99), presentando buena autoevaluación en relación a los factores de la categoría. **Conclusión:** Este estudio suministra evidencias de que la categoría "Autoevaluación respecto a profesionalismo y comunicación interpersonal entre enfermeros y pacientes" es un instrumento válido y confiable, en lengua portuguesa, para la cultura brasileña, puesto que mesura, desde la perspectiva del enfermero, su comunicación interpersonal con el paciente, así como su nivel de profesionalismo.

Descriptores: Comunicación; Relación Enfermero-Paciente; Comunicación en Salud; Estudios de Validación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características da amostra estudada 45

Tabela 2 – Fatores extraídos por meio da Técnica de Fatores Rotacionado 46

Tabela 3 – Análise do Alpha de Cronbach e correlação com o total por fator 47

Tabela 4 – Análise do Alpha de Cronbach e correlação com o total por item 48

Tabela 5 – Escore total e por fator da "Escala de Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiro e paciente 48

Tabela 6 – Análise descritiva das respostas dos participantes em cada um dos itens da escala segundo a Likert de 5 pontos 49

Tabela 7 – Análise descritiva das respostas dos participantes em cada um dos itens da escala segundo média, desvio-padrão e mediana. 50

Tabela 8 – Estudos dos fatores Habilidade Interpessoal e Troca de informação segundo características da amostra 52

Tabela 9 – Estudos dos fatores Sinceridade e Adequação da linguagem e profissionalismo segundo características da amostra 54

SÚMARIO

1 INTRODUÇÂO 12
1.1Comunicação verbal e não verbal 12
1.2 Relacionamento interpessoal profissional-paciente 20
1.3 Processo de enfermagem: anamnese e exame físico 23
2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO 26
2.1 Tradução, adaptação transcultural de instrumentos e validação 26
2.2 Histórico da escala original 30
3 JUSTIFICATIVA 32
4 QUESTÃO DE PESQUISA 33
5 OBJETIVO 34
6 MÉTODO 35
6.1 Tipo de estudo 35
6.2 Local do estudo 35
6.3 Amostra e local do pré-teste 36
6.4 Amostra e local do teste pré-final 36
6.5 Critérios de inclusão 36
6.6 Critérios de exclusão 37
6.7 Recrutamento da amostra 37
6.8 Procedimentos de coleta de dados 38
6.9 Procedimentos éticos 41
6.10 Considerações éticas 42
6.11 Tratamento dos dados 43
7 RESULTADOS 44
7.1 Caracterização da amostra 44
7.2 Validade e consistência interna 46
7.3 Comparação dos fatores com as características da amostra 50
8 DISCUSSÃO 55
9 LIMITAÇÃO DO ESTUDO 65
10 CONCLUSÃO 66
REFERÊNCIAS 67
APÊNDICES 77
Apêndice A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do pré-teste 77

Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do teste pré-final 78
Apêndice C Autorização do autor por e-mail 79
Apêndice D Tradução 1 80
Apêndice E Tradução 2 81
Apêndice F Síntese das traduções 1 e 2 82
Apêndice G Retrotradução 1 83
Apêndice H Retrotradução 2 84
Apêndice I Proposta versão pré-teste- avaliação do comitê de juízes 85
Apêndice J Proposta versão pré-teste 86
Apêndice L Entrevista dirigida para o pré-teste 87
Apêndice M Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa 88
Apêndice N Versão teste pré-final 89
Apêndice O Versão final 90
ANEXOS 91
Anexo A - A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents 91
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 92
Anexo C – Autorização do Centro Universitário da Grande Dourados 94
Anexo D – Autorização da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul 95
Anexo E – Autorização do Hospital Cassems 96
Anexo F – Autorização do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King e Unidade Hospital da Vida 97
Anexo G – Autorização do Hospital Universitário 98
Anexo H – Autorização do Hospital do Coração 99

1 INTRODUÇÃO

1.1 Comunicação verbal e não verbal

A comunicação é uma atividade cotidiana que permeia toda a vida humana e em todos os momentos, entretanto é uma atividade complexa e, por assim ser, é difícil uma única definição. Há definições consideradas amplas que trazem a comunicação como um processo entre partes descontínuas do mundo, ou seja, é inespecífica, assim como há definições mais restritas que trazem o conceito de comunicação como um sistema para comunicar informações, este ligado aos veículos de comunicação[1].

Comunicação é um formato de relacionamento em que se compartilham opiniões, ideias, informações, mensagens e sentimentos, podendo ter influencias sobre o comportamento das pessoas, e assim espera-se a reação delas a partir das suas crenças, cultura, realidade e histórias de vida[2].

Consideram-se três níveis de comunicação: a comunicação intrapessoal, a comunicação transpessoal e a comunicação interpessoal. A comunicação intrapessoal é uma forma de comunicação que ocorre com si mesmo e que considera o raciocínio, a autoimagem e o autodiálogo; comunicação transpessoal é que ocorre na área espiritual por meio de orações, meditações, reflexão e rituais religiosos e a comunicação interpessoal é a que ocorre entre duas pessoas, em situação corriqueira existente na realidade do serviço de enfermagem[3].

A comunicação também pode ser entendida como um processo recíproco de troca de mensagens de forma natural com o outro. É por meio da habilidade de comunicação que o homem consegue relacionar-se e transmitir seu conhecimento para outras pessoas e para o mundo[4].

Considerando que o ser humano é um ser sociável e que vive num sistema de dependência do outro, o processo de comunicação torna-se uma necessidade básica imprescindível para se alcançar objetivos pessoais, profissionais e sociais[5].

Sabe-se que a comunicação é entendida como uma ferramenta de trabalho e de relacionamento e não está reduzida apenas a linguagem verbal,

mas também inclui-se gestos, expressões faciais e corporais que participam de um dialogo [6].

As comunicações verbal e não verbal podem ser entendidas também como uma necessidade básica, sem a qual não há formação de relações interpessoais. No atendimento em saúde a comunicação é essencial, já que fundamenta o trabalho dos profissionais de saúde e é o inicio de uma relação de cuidado entre profissional e paciente[7].

A comunicação exerce uma função social extremamente relevante, ela é importante para o desenvolvimento como ser humano e como ser social, ser humano como ser individual, que aborda as questões mais psicológicas e de relacionamentos interpessoais pessoais enquanto o ser social traz questões públicas como relacionamentos interpessoais de trabalho, e o que representa-se socialmente; assim a busca sobre o que é comunicação pode levar a pessoa a adquirir mais habilidades e compreensão sobre o processo comunicativo[8].

O processo comunicativo exige qualidade para que se consiga passar com fidedignidade aquilo que se quer informar e trocar com o outro, além de validar a comunicação com o indivíduo que está precisando de ajuda, como no caso do atendimento de um paciente por um profissional da saúde. Além de qualidade, a comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que se quer comunicar, a intenção do emissor, a emoção e o que se pretende quando há aproximação do paciente[7].

Assim, é possível descrever alguns elementos essenciais para uma comunicação profissional adequada como utilizar-se de cortesia, cumprimentando o paciente e abordando-o de forma polida; fazer uso dos nomes dos pacientes ou da forma como eles queiram ser identificados, além de se identificar profissionalmente e também pelo nome; ser leal ao paciente estabelecendo um vínculo de confiança o que tornará a comunicação mais aberta e franca[3].

Em uma pesquisa qualitativa feita com parentes e visitantes de pacientes internados em uma CTI, cujos objetivos eram analisar as informações recebidas por seus familiares sobre as suas condições clínicas e, discutir com a equipe de enfermagem, possibilidades de novas estratégias de intervenções junto aos parentes e as visitas, ficou claro nos discursos dos

participantes que o cuidar da enfermagem é uma prática complexa que ultrapassa a utilização de técnicas e de tecnologias, e, por isso, implica na necessidade de uma comunicação adequada[9].

Uma das finalidades da comunicação em saúde é permitir tanto ao profissional quanto ao paciente determinarem conjuntamente as necessidades prioritárias a serem atendidas pela assistência à saúde, objetivando a promoção, manutenção e recuperação da saúde física e mental[8].

Uma pesquisa feita com adolescentes portadores de doenças crônicas a fim de verificar se os padrões comunicativos habituais interferem na qualidade da adesão ao tratamento, obteve-se como resultado a confirmação de que a qualidade da comunicação determina a qualidade da adesão ao tratamento e que o paciente deve ser elevado à posição de comunicante, pois caso contrario a mãe do paciente acaba por ter uma comunicação maior com o médico, comprometendo a adesão do adolescente ao tratamento[10].

O diálogo, considerando especificamente a comunicação verbal, deve ser entendido como algo além de um ato técnico e automatizado, demonstrando capacidade de compreender o relato do paciente e argui-lo de forma competente e humanizada para que uma compreensão comum seja alcançada[11].

Ressalta-se que a comunicação verbal pode ser entendida como aquela que é transmitida por meio da linguagem escrita ou falada, por meio dos sons e palavras, o que corrobora com as características do que é um diálogo[12].

Em uma pesquisa realizada com 39 pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, em que o objetivo era conhecer as expectativas desses pacientes em relação à comunicação com as pessoas da equipe de enfermagem, a comunicação verbal obteve reconhecimento quando feita de forma empática, compassiva e alegre, pois se tornou suporte e sustento para pacientes frente a situação terminal e foi reconhecida, pelos participantes, como instrumento essencial para o relacionamento interpessoal[13].

Considera-se o diálogo como instrumento básico do relacionamento interpessoal, entre profissionais e pacientes, permitindo ao paciente a compreensão de seus problemas e do seu plano de tratamento. Já ao profissional, permite lidar com diferentes questões emocionais, inclusive próprias[11].

Um estudo qualitativo realizado com 28 pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário e que tinha como objetivo analisar aspectos inerentes à comunicação articulados à dinâmica de cuidar dos pacientes, destacou que na relação enfermeiro-paciente, a comunicação se mostrou relevante na percepção do paciente. A forma que o profissional se comunicava com ele, imprimindo mais ou menos atenção e carinho, e a interação estabelecida com o paciente no ato de cuidar, emergiu das falas dos participantes, objetivamente, pela citação dos momentos de conversa que os profissionais tinham com os pacientes[14].

Outra pesquisa de campo qualitativa realizada em hospital universitário com 13 participantes, sendo familiares de pacientes internados na UTI, com o objetivo de verificar o que é comunicação adequada com a equipe de enfermagem na percepção do familiar, obteve como um dos resultados a explicitação da opinião deles de que a comunicação adequada permite aos pacientes e familiares que sintam satisfação e segurança aos serem cuidados pelos enfermeiros[2].

Toda comunicação humana, interpessoal, também se faz por meio de sinais não verbais. A dimensão não verbal é mais expressiva do que a verbal, pois envolve manifestações de comportamentos que não são expressas por palavras, ditas ou escritas, mas que estão vinculadas a um contexto especifico[7,15].

O não verbal é, em grande parte das vezes, emitido sem que se tenha percepção dele, pois muitas vezes não temos consciência nem controle voluntário de toda essa sinalização não verbal, assim, os gestos e expressões faciais e corporais podem afirmar ou negar a mensagem emitida verbalmente[5].

Ainda sobre comunicação não verbal pode-se apontar quatro objetivos, em relação a sua utilização: ela pode complementar a comunicação verbal; contradizer a linguagem verbal, substituir o processo comunicativo verbal e/ou demonstrar sentimentos[7].

Há como dividir didaticamente a linguagem não verbal em seis dimensões para uma melhor compreensão. A cinésica, ou linguagem corporal, que está relacionada à posição e movimentação corporal frente ao outro, incluindo gestos e expressões faciais; a proxêmica que é o espaço utilizado pela pessoa durante o processo de comunicação; a paralinguagem que são os

sons vocais emitidos durante a comunicação que não faça parte da língua usada; a tacêsica está relacionada ao toque; e as características físicas que são a própria forma e a aparência de um indivíduo e, por fim, os fatores do meio ambiente que é a disposição e as características dos objetos em um espaço e as características do próprio espaço[16].

A Cinésica, o estudo da linguagem corporal, possui um papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as relações interpessoais, profissionais ou pessoais, mas apenas os movimentos do corpo, os gestos efetuados, não traduzem o puro significado da mensagem, por isso é necessário considerar o contexto da realização deste gesto o que permite que um mesmo gesto tenha diferentes significados em diversos locais[17].

As expressões faciais têm relevância dentro do processo comunicacional não verbal, por isso Darwin já pesquisava este assunto e afirmava que elas são inatas e universais. Paul Ekman, pesquisador mais atual desta área, relata inicialmente ter se oposto as afirmações de Darwin considerando que as expressões faciais eram aprendidas, mas foi atuando em pesquisas em diversas comunidades culturalmente diferentes que ele chegou a mesma conclusão de Darwin[18].

As expressões faciais são os indícios mais fidedignos relacionados ao estado emocional da pessoa dentro do processo de comunicação, assim pode-se observar reações de alegria, tristeza, medo, raiva, asco ou afeto pelos movimentos da face. Os olhos são considerados a parte mais expressiva da face, a longitude do olhar, a dilatação das pupilas e o ponto da face que mantemos o olhar podem indicar importantes informações[19].

Ainda em relação às expressões faciais, há situações que devem ser evitadas pelos profissionais de saúde, especificamente pela enfermagem, pois é a equipe que lida diretamente com cuidados e manipulação do corpo do paciente, algumas pessoas podem apresentar uma face inexpressiva, o que mostra pouco sobre o que estão pensando ou sentindo e há também a situação de se manifestar uma expressão imprópria quando, por exemplo, sorrir enquanto descreve uma situação triste[3].

Em relação à outra dimensão da comunicação não verbal, a proxêmica, pode-se afirmar que a distância mantida entre os indivíduos durante o processo de comunicação depende de sua cultura, da situação e contexto, de obstáculos

espaciais, assim como do tipo de relação e grau de afinidade entre os indivíduos, pois se houver a invasão do espaço pessoal, que é a área delimitada imaginariamente por cada individuo considerando ate 125 cm de distancia do outro, de alguém provavelmente esta reagirá com o afastamento, mudança na orientação corporal e barreiras, com braços e pernas[16].

Quanto à invasão do espaço pessoal, um estudo do tipo quali-quantitativo, que teve como um dos objetivos identificar os mecanismos de invasão do espaço pessoal e da territorialidade do idoso hospitalizado, entendendo que territorialidade é a área variável que o indivíduo delimita como sua e que possui as funções de fornecer segurança, manter autonomia, privacidade e identidade pessoal, feito com participantes de uma capacitação em comunicação não verbal em gerontologia, sendo profissionais de diversas áreas da saúde e graduandos do último período, apontou que frente à proxêmica, no território do cuidado com o idoso, foram 89,7% de ações de invasão, 38,5% de contaminação e 38,5% de violação[20].

Existem essas três formas de invadir o espaço pessoal ou o território de alguém. A Violação é a invasão com o olhar, situação que comumente expõe o paciente; a Invasão está vinculada ao território material do paciente como sentar-se na cama dele ou modificar o lugar de seus objetos e a Contaminação é a invasão do território com objetos que não são do paciente[16]. No estudo citado, foi possível concluir que os profissionais de saúde identificaram a Invasão como o principal mecanismo utilizado contra o espaço pessoal e territorial do idoso hospitalizado, sendo justificado pelas ações em que não é solicitada a autorização prévia para manipulação de pertences ou do próprio corpo do idoso e de permissão de pessoas estranhas ou em quantidade excessiva no seu território [20].

Paralinguagem ou linguagem paraverbal, outra dimensão da comunicação não verbal, tem papel fundamental na comunicação, pois é responsável por imprimir a emoção na fala, além de demonstrar características de personalidade, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito[16].

O tom de voz, elemento que compõe a paralinguagem, pode mudar em frações de segundo, dependendo das circunstâncias e do ambiente; é um elemento relevante na transmissão de sentimentos. Quando alguém está deprimido, bravo ou magoado fica evidente pelo tom de voz, mesmo que a

pessoa afirme que “está tudo bem”. Entretanto tem-se a tendência de valorizar apenas as palavras pelo fato de que elas exigem uma resposta[21].

A tacêsica, que abrange o toque e todas as suas características como: a duração, localização, frequência, sensação provocada, entre outras, é de extrema relevância dentro do cenário da comunicação não verbal, pois muitas vezes o toque é sentido e transformado, principalmente para quem o recebe, em emoção[16].

A experiência tátil possui grandes significados, até porque todo ser humano está em contato com o mundo por meio da pele desde o nascimento, quando o bebê descobre o seu próprio corpo até quando o indivíduo descobre as relações sexuais que exploram a comunicação tátil[19].

Sobre as características físicas pode-se afirmar que a própria aparência e formato de um corpo trazem informações para quem o observa. Todas as partes do corpo podem ser analisadas individualmente ou em relação com as outras partes que também trarão informações sobre personalidade, condição social, entre outras[16].

Pode-se dividir as características físicas em não-opcionais, que são os traços físicos que as pessoas nascem, inclusive deficiências e anomalias, e as opcionais são aquelas escolhidas pelo sujeito como acessórios, corte de cabelo, vestimenta. Essas podem ser modificadas de acordo com a intenção das pessoas, ambiente e situação[21].

A vestimenta é uma das características físicas com diferentes funções, pois pode ser utilizada para proteção, decoração, identificação do grupo a qual o sujeito pertence, meio de atração sexual e, na área da saúde causa um grande impacto principalmente em relação à confiança no profissional na percepção do paciente[16, 22].

Em um estudo feito com o objetivo de conhecer a percepção dos pacientes sobre aspectos da comunicação não verbal que influenciam a consolidação da confiança no médico, especificamente sobre as características físicas, foram entrevistados 182 pacientes e obteve-se como resultado a preferência pelo perfil mais tradicionalista do profissional, ou seja, com roupas brancas, cabelos aparados e sem acessórios. Para profissionais do sexo feminino o uso de maquiagem e acessórios foi aceito com moderação e percebeu-se uma restrição na aceitação quanto ao uso de *piercings*, tatuagens

e brincos em homens, especialmente pela população idosa. Este resultado confirma a relevância das características físicas em relação à confiança no profissional da saúde[22].

O cuidado, integral e humanizado, que deve ter a enfermagem, só é possível quando o enfermeiro faz uso das várias facetas da comunicação, compreendendo e empregando a comunicação verbal e não verbal de forma adequada[13].

O processo de comunicação é complexo, dinâmico e é mais efetivo quando além da comunicação verbal, as mensagens da comunicação não-verbal são identificadas adequadamente e, para isso acontecer, é importante desenvolver habilidades comunicativas utilizando os cinco sentidos (visão, audição, olfato, tato e gustação) [16].

1.2 Relacionamento interpessoal profissional-paciente

Para falar de relacionamento interpessoal na enfermagem é preciso desmitificar a profissão quanto ao fazer puramente técnico. A enfermagem além do fazer tecnicista é também a origem e a razão desse fazer e, para isso, tem-se as Teorias da Enfermagem que devem ser usadas para orientar e aprimorar a prática profissional[23]. Vale ressaltar, que todas as Teorias de Enfermagem, de uma forma ou de outra, abordam a importância da comunicação e das relações interpessoais para Enfermagem.

Sabe-se que as relações interpessoais podem constituir um instrumento de cuidado em saúde[24], fundamentado na Teoria de Joyce Travelbee. De acordo com a teorista, a relação de ajuda só é possível quando se forma um vínculo entre paciente e profissional.

Travelbee prioriza o vínculo dentro do cuidado de enfermagem, feito pelo relacionamento interpessoal entre quem cuida e quem é cuidado, como um processo de troca. Como foi descrito em um relato de experiência em que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de um paciente internado vítima de acidente de transito foi feita embasada nesta teoria e foi verificado que ao estar próximo, ouvindo as queixas, e tornando-o ativo em seu processo de cuidado, valorizou-se o paciente e o profissional. Os autores afirmam que o contato com essa teoria possibilitou perceber como a relação entre enfermeiro e paciente influencia o processo de cuidar[25].

Outro relato de experiência feito a partir da aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee em que o cuidado foi direcionado para mãe de um recém-nascido que se encontrava internado em unidade de terapia intensiva neonatal, buscou diminuir as angústias, dúvidas e medos da mãe, por meio da interação proposta pela teorista. Constatou-se que a abordagem teórica foi relevante e serviu como guia para a enfermeira aplicar um cuidar mais ético e humano[26].

A relação interpessoal tem um cunho significativo na vida humana, e é nesse processo que forma-se ou não o conjunto de sistemas que organizam a sociedade. O prejuízo nas relações interpessoais pode dar origem ao prejuízo nas relações sociais inter e intraorganizacionais. Como ocorre este processo define a forma de convivência entre os seres e, até mesmo com o meio

ambiente. A qualidade das relações pode fazer diferença entre o bem-estar e o sofrimento, por isso é tão relevante para área da saúde[27].

Um estudo teórico e reflexivo sobre a teoria de Joyce Travelbee, a fim de indicar suas limitações e pontos positivos, identificou que embora alguns aspectos sejam discutíveis com relação à teoria, os pontos positivos têm-se sobressaído, principalmente para guiar a abordagem dos enfermeiros frente ao paciente e pelo apoio às concepções do ser humano como ser único, além de destacar o relacionamento interpessoal com comprometimento emocional, comunicação efetiva e verdadeira[28].

O processo de interação humana ou relação interpessoal é considerado complexo e acontece de forma contínua e permanente sendo demonstrados por meio de comportamentos, pensamentos, sentimentos, reações mentais e físicas, ou seja, é quando uma pessoa na presença de outra não fica indiferente à situação, pois a presença de alguém é estimulante[29].

Relação interpessoal acontece quando duas pessoas se conhecem, considerando a cultura e os costumes do outro, o suficiente, para trabalharem de forma cooperativa, ela pode traduzir um sentimento de confiança e empatia entre profissional e paciente a ponto de poderem ser reveladas as angústias, dúvidas e problemas do paciente. A questão da empatia é muito significativa para a atuação da enfermagem, pois a prática da profissão é baseada em cuidados de saúde centrada no sujeito[5, 30].

A empatia é uma habilidade a ser desenvolvida pelo profissional de enfermagem que considera a sensibilidade, respeito, compreensão dos sentimentos do outro e, principalmente, implica no autoconhecimento. A habilidade de gerar empatia nos relacionamentos é uma das essências da inteligência interpessoal e fundamental para quem quer se tornar emocionalmente eficaz[31].

Para o desenvolvimento da competência interpessoal, além a empatia, pode-se utilizar um mecanismo conhecido como *feedback*. Entende-se como *feedback* um processo de auxílio para a mudança de comportamento, ou seja, é a informação passada as pessoas de como sua atuação está afetando os demais participantes dentro das relações interpessoais[29].

Obter uma competência interpessoal exige o aperfeiçoamento e aquisição de algumas habilidades de comunicação com o objetivo de se

simplificar a compreensão de ambas as partes da relação. O *feedback* é reconhecido como uma habilidade em comunicação e para alcançá-lo pode-se utilizar recursos como a paráfrase, descrição do comportamento, verificação da percepção e a descrição de sentimentos[29].

A competência interpessoal é fundamental ao profissional, pois pode torná-lo habilitado para lidar com diversas situações no convívio com os pacientes. Com o domínio em habilidades de comunicação, o profissional pode ser considerado mais eficaz profissionalmente. Este tipo de habilidade tem a tendência de se tornar essencial na formação dos profissionais da saúde, pois isso é um diferencial[32].

A relação interpessoal entre enfermeira e paciente é pautada em uma relação de ajuda profissional, momento em que a enfermeira conhece o paciente como indivíduo que possui necessidades de saúde e padrões de vida próprios e essa relação inicia-se por meio da comunicação[3].

1.3 Processo de enfermagem: Anamnese e Exame Físico

O Processo de enfermagem ganha destaque no Brasil por meio da enfermeira Wanda de Aguiar Horta, que se baseou no conceito de Maslow de que as necessidades humanas básicas são “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”. Horta trata a comunicação como uma necessidade básica dentro das necessidades psicossociais e é uma ferramenta importantíssima para a execução do Processo de enfermagem e, principalmente, da anamnese e do exame físico[33].

Foi a partir da expansão da profissão, da necessidade de valorização profissional, de determinar sua função dentro dos serviços e das Teorias de Enfermagem, que a Lei 7498 de junho de 1986 surgiu regulamentando a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como responsabilidade do enfermeiro[34].

A consulta de enfermagem pode ser definida como função exclusiva do enfermeiro prestada diretamente ao paciente com o objetivo de identificar problemas no processo saúde-doença em que o profissional vai prescrever e implementar medidas e cuidados de enfermagem que contribuam com a promoção, proteção e recuperação do paciente[35].

Ressalta-se que a consulta de enfermagem é uma atividade profissional cotidiana, que se dá entre enfermeiro e o paciente, em interação face a face, e assim, deve-se considerar os aspectos da comunicação que ocorre entre ambos. O profissional deve perceber a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal[36].

Durante a consulta de enfermagem dá-se início ao processo de enfermagem, conhecido também como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio da anamnese ou, entrevista para coleta de dados e o exame físico. Em seguida utiliza-se as informações coletadas para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação dos cuidados para direcionar a ação do profissional[37].

A anamnese ou entrevista é a primeira parte do processo de enfermagem. Durante essa fase pode-se identificar quatro tipos de dados:

subjetivos, objetivos, históricos e atuais sendo coletados durante a própria entrevista ou até pelas anotações dos registros nos prontuários[38.]

O exame físico, considerado uma etapa relevante do processo e fundamental para o planejamento do cuidado, é o momento em que o enfermeiro deve utilizar as habilidades propedêuticas como: inspeção, ausculta, palpação e percussão, avaliando sinais e sintomas que possam identificar uma patologia. Este exame deve ser feito de forma sistematizada, céfalo-podálico avaliando minuciosamente todas as partes do corpo [39,40].

A anamnese e o exame físico, etapas iniciais da SAE, constituem ferramentas de grande importância para que seja elaborado o plano de ação da enfermagem e para a evolução esperada do paciente, mesmo que segmentada é imprescindível sua realização com critérios rigorosos[41,42.]

Durante a anamnese e o exame físico destaca-se, além das habilidades técnicas e práticas, a habilidade em comunicação, pois esta permite a ampliação e aprofundamento da relação profissional-paciente com compartilhamento de experiências vividas, trazendo uma riqueza de detalhes de informação que pode auxiliar na elaboração da SAE[30].

A comunicação pauta o início de qualquer relação; não é diferente no atendimento ao paciente pelo enfermeiro que, em muitos casos, tem inicio na realização do exame físico e levantamento do histórico de enfermagem durante a consulta de enfermagem.

Como a anamnese e o exame físico são práticas rotineiras da assistência do enfermeiro, a interação e o relacionamento interpessoal deve considerar o aspecto da comunicação como fator participante do processo, pois a comunicação está além da emissão e recepção de mensagens, principalmente durante estas fases que podem invadir a intimidade e a privacidade do paciente[36].

Considera-se privacidade o direito do cliente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outro, e que a falta de respeito frente a este direito é considerada invasão[43], portanto é importante que o profissional adote condutas e medidas de proteção da privacidade durante a assistência para que se evite situações de invasão[44].

O exame físico, uma das etapas da consulta de enfermagem, é um procedimento corriqueiro para o profissional, mas pode ser um momento

delicado para o paciente, por isso as comunicações verbal e não verbal adequadas podem tornar esta situação menos constrangedora.

Um estudo qualitativo e descritivo, que objetivou descrever a percepção de privacidade física do paciente hospitalizado frente à exposição e manipulação corporal, em que 34 pacientes internados participaram, demonstrou que há desconforto e constrangimento diante da nudez e toque corporal, principalmente nas partes íntimas, apontando fatores comportamentais que contribuem ou não para a proteção e manutenção da privacidade física e que dignidade, respeito, intimidade, toque corporal, autonomia, espaço pessoal e territorial são conceitos interrelacionados, e necessários à proteção e manutenção da privacidade, especialmente durante a exposição e manipulação do corpo durante a assistência[44].

Outro estudo feito acerca da privacidade com o objetivo de analisar situações que implicam a exposição corporal do paciente em UTI, os comportamentos das pessoas envolvidas e as consequências para as próprias, em que participaram 15 enfermeiras, obteve como resultado que proteger a privacidade do cliente e respeitá-lo garantem a qualidade assistencial. O gênero do cuidador, ou seja, homem ou mulher foi um fator complicador para a manutenção da privacidade e percebeu-se insegurança e inabilidade nos profissionais em contornar conflitos oriundos da exposição corporal durante o exame físico[43].

Acerca das evidencias citadas deduz-se que, se os profissionais de saúde observarem e considerarem aspectos que envolvem a exposição corporal como o tempo de exposição e a área exposta, ao realizarem as atividades de cuidado, como o exame físico, a sensação de invasão da privacidade pode ser minimizada, mesmo frente a nudez e contato corporal[44].

2. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

2.1 Tradução, adaptação transcultural de instrumentos e validação.

O uso da metodologia de tradução e adaptação cultural, ou adaptação transcultural, de instrumentos tem sido mais utilizada nos últimos anos principalmente nas áreas das ciências sociais; entretanto vem ganhando significância na área das ciências da saúde[45].

A tradução é a etapa inicial deste processo e tem como objetivo traduzir para a nova língua todos os itens do instrumento mantendo os mesmos significados; já a adaptação cultural de qualquer instrumento se refere a medir o mesmo evento em diferentes culturas tendo como resultado um novo instrumento próprio para a outra cultura[46].

O termo “adaptação transcultural” é utilizado para definir o processo sistemático que aborde tanto o idioma, na tradução, quanto à cultura do novo instrumento a ser usado em outra realidade[47].

Quando se fala nessa metodologia é importante esclarecer alguns conceitos que serão utilizados ao longo do processo, como: item, escala, domínio e instrumentos.

O *Item* refere-se às questões, as perguntas ou afirmações, que fazem com que o pesquisador alcance o objetivo do estudo. A *Escala* compreende as possíveis respostas que comumente são categorizadas em expressões (sim, nunca, frequentemente, fraco, excelente) ou por meio de uma linha analógica (de ruim a excelente). *Domínio* é um conjunto de alguns itens, ou apenas um, que identifica um foco de atenção do que se objetiva identificar com o estudo e o *Instrumento* é a coleção de Itens utilizados para se obter os dados desejados[48].

O processo de validação de um instrumento consiste em etapas de análise dos dados que se espera encontrar evidencias de que, no instrumento adaptado, são entendidas as mesmas medidas que foram usadas no instrumento original, de forma que os dados serão confiáveis, ou seja, é a habilidade de um instrumento medir o que se propõe. Pode ser avaliada por validade de conteúdo, de construto, de critério, entre outras[49].

Nessa pesquisa foi realizada a validação de conteúdo e a de construto. A validação de conteúdo demonstra a adequação do conteúdo do instrumento em número de extensão dos itens além da avaliação da clareza e compreensão do texto feito por um comitê de especialistas. Para se obter a validação do conteúdo leva-se em conta a estrutura básica do instrumento e sua aplicabilidade[50].

Há diversas recomendações internacionais a respeito das etapas de um processo de validação, entretanto neste trabalho optou-se por seguir a etapas estipuladas por Beaton e Guillemin[45]. As etapas do processo de validação de conteúdo e adaptação cultural foram padronizadas contemplando cinco passos: tradução, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juízes e o pré-teste.

A tradução do instrumento original deve ser feita por, no mínimo, dois tradutores, nativos da língua em que será traduzido o instrumento, além de conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos. A etapa seguinte, a síntese das traduções, deve ser feita após as traduções a fim de que elas sejam sintetizadas em uma única proposta do instrumento esta etapa permite que seja detectado erros ou problemas de compreensão[45].

A próxima etapa é a retrotradução que é verter o instrumento para a língua original e deve ser feita por nativos do idioma do instrumento e preferencialmente que não conheçam o objetivo do instrumento. É necessário que as versões (original, traduções e retrotraduções) sejam comparadas a fim de corrigir os possíveis erros de tradução que possam comprometer o significado dos itens[45].

Após as comparações, o comitê de juízes deve produzir ou avaliar uma proposta de versão para o pré-teste do instrumento mantendo as equivalências. Este comitê deve ser composto por profissionais bilíngues e por especialistas nos conceitos que o instrumento contempla. Se houver divergências, o comitê tem autonomia para modificar, incluir ou excluir expressões ou palavras para que se ajuste da melhor forma ao objetivo do instrumento e a cultura da nova língua[45].

Em relação à equivalência, que o comitê deve se atentar, destaca-se a equivalência semântica e a idiomática. A equivalência semântica é capaz de avaliar o significado das palavras com o objetivo de manter o significado dos termos originais enquanto a equivalência idiomática se preocupa com as

expressões coloquiais, pois dificilmente são traduzidas para outro idioma, portanto comumente são substituídas por termos equivalentes[45].

O pré-teste é a última etapa da validação de conteúdo, fase em que se aplica o instrumento adaptado a uma amostra que deve responder com a intenção de verificar erros e divergências da tradução; esta etapa também tem o intuito de avaliar a equivalência das versões original e traduzida[45].

Depois da validação de conteúdo é necessário validar o instrumento em relação à confiabilidade do constructo, pois ao adaptar uma escala e submetê-la a traduções e retrotraduções, é preciso assegurar de que esta escala ainda mantém as propriedades psicométricas testadas na sua validação no idioma original[46].

Propriedades psicométricas incluem a validade e a confiabilidade, sendo que a confiabilidade pode ser definida como o nível de coerência e precisão com que um instrumento mede o objeto que está se propondo medir[51].

Confiabilidade ou fidedignidade, é a primeira característica que o instrumento deve apresentar, como uma propriedade de medida verificada por meio da consistência interna, é verificada por meio de testes estatísticos[46].

Confiabilidade pode ser verificada sob três óticas: a estabilidade, a equivalência e a consistência interna. A estabilidade que deve ser mensurada por meio do teste-reteste, em que o mesmo instrumento é aplicado aos mesmos participantes, porém com um intervalo de tempo; a equivalência que verifica a confiabilidade, por diferentes observadores, e a consistência interna, utilizada nesta pesquisa, que verifica-se a medida de cada item do instrumento apresenta homogeneidade entre eles e comprova sua correlação[52,53].

Validade de constructo é definida como habilidade do instrumento de distinguir grupos para os quais se sabe previamente que se comportam de forma diferente na variável ou no construto estudado. Também pode-se dizer que constructo é um conceito cientifico criado para descrever ou explicar um fenômeno, como por exemplo, a percepção de um comportamento[54]. Para se fazer a validação de construto existem várias maneiras, neste caso, especificamente, optou-se pela análise fatorial e análise da consistência interna feita pelo Alpha de Cronbach.

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que, a partir da estrutura de dependência existente entre as variáveis de interesse, permite a

criação de um conjunto menor de variáveis (fatores) obtidas como função das variáveis originais. Além disso, é possível saber o quanto cada fator está associado a cada variável e o quanto o conjunto de fatores explica a variabilidade geral dos dados originais[55].

A análise da consistência interna de uma escala é uma necessidade na comunidade científica. Há diferentes métodos que fornecem estimativas do grau de consistência de uma medida, entre eles, o Alpha de Cronbach tem sido utilizado especialmente para os casos em que os itens da escala são heterogêneos, pois esse método de análise fornece uma estimativa da verdadeira fiabilidade da medida[56].

Antes de apresentar os resultados em relação à validade e a consistência interna é importante ressaltar que o Alpha de Cronbach estima "quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1". Também conhecido como consistência interna da escala, o Alpha classifica a escala como tendo fiabilidade apropriada quando o resultado é pelo menos 0,70[56].

Em relação ao coeficiente de correlação, ele indica como se comportam duas ou mais variáveis, umas em relação às outras. Quando temos uma correlação alta, isto nos indica que o crescimento de uma variável é acompanhado pelo crescimento da outra variável[54].

O percurso metodológico para realizar a validação e adaptação cultural de instrumentos integra um processo sistemático e rigoroso que garante que a validade e a confiabilidade se mantenham adequadas na versão adaptada[48].

2.2 Histórico da escala original

O questionário da *American Board of Internal Medicine* (ABIM) é uma das ferramentas de avaliação de comunicação e competência médicas mais utilizadas em programas de americanos de residência médica, utilizado para avaliar o desempenho dos residentes nesses quesitos.

A escala original da ABIM, faz parte de uma análise de desenvolvimento contínuo do profissional médico. É dividida em três questionários, sendo que o primeiro aborda 11 competências médicas, que é respondido por um colega da residência médica: Respeito, Conhecimento médico, Habilidades de cuidado ambulatorial, Integridade, Aspecto psicossocial da doença, Gerenciamento de múltiplos problemas complexos, Compaixão, Responsabilidade, Gerenciamento dos pacientes hospitalizados, Resolver problemas e Habilidades clínicas gerais[57].

O segundo questionário contém as mesmas questões do primeiro, entretanto é uma autoavaliação, ou seja, o profissional responde sobre ele mesmo em relação às mesmas 11 competências. Para avaliação, em ambos os questionários, é utilizada uma pontuação de 1 a 9 pontos em que o número 1 significa a pior competência médica e 9 a excelente.

O terceiro questionário é sobre habilidades de comunicação em que o paciente avalia o seu médico, também dividido em 11 questões, entretanto com uma escala Likert de 5 pontos em que 1 significa ruim, 2 regular, 3 bom, 4 muito bom, 5 excelente e ainda o símbolo # que significa incapaz de avaliar.

A primeira versão modificada para residentes contempla apenas o terceiro questionário da ABIM, e é uma autoavaliação composta de 11 questões fechadas, entretanto as respostas são agrupadas em 3 níveis (1 Pouco ou moderado, 2 Bom e 3 Muito bom ou excelente). Não há questões reversas e está dividido em duas subescalas: relações interpessoais e transmissão de informação. O estudo de validação deste questionário apresentou coeficiente de alfa de Cronbach de 0,86, ou seja, boa consistência interna (Anexo A)[57].

Para esta pesquisa propôs-se uma versão de autoavaliação de habilidades de comunicação e profissionalismo para enfermeiros, ou seja, foi utilizada a primeira versão modificada, elaborada pelo autor americano

Symons, do terceiro questionário da ABIM, visto que apenas este contempla itens relacionados a habilidades de comunicação que é o tema principal da pesquisa e, portanto foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa.

3 JUSTIFICATIVA

A comunicação é um fator presente na consulta de enfermagem e na realização do exame físico, e o enfermeiro deve utilizá-la adequadamente, ou seja, fazer com que o paciente se torne colaborativo durante o processo e compreenda o que lhe foi orientado e solicitado.

A validação e adaptação de um novo instrumento que pode ser usado na prática profissional do enfermeiro é de grande relevância, visto que a habilidade de comunicação é algo difícil de ser mensurado por envolver vários fatores pessoais como expressões faciais, gestos corporais, capacidade de escuta, assim como fatores externos e o ambiente.

Além disso, há atualmente uma preocupação com a formação de enfermeiros competentes em habilidades de comunicação e é escasso o número de instrumentos validados que mensure esse tipo de habilidade.

4 QUESTÃO DE PESQUISA

Qual a validade e a confiabilidade do instrumento *"A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residentes"* para enfermeiros na língua portuguesa?

5 OBJETIVO

Traduzir e adaptar culturalmente para o português o instrumento *“A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residentes”* proposto inicialmente para residentes de medicina para o profissional enfermeiro.

6 MÉTODO

6.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico com delineamento quantitativo.

Os estudos do tipo metodológicos são investigações sistemáticas e controladas para se obter, organizar e analisar dados. Aplica-se com objetivo de validar e avaliar técnicas e instrumentos de pesquisa e é composto por testes de confiabilidade e validade[50].

6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em cinco hospitais e em duas instituições de ensino superior do município de Dourados, no Mato Grosso do Sul.

Fase pré-teste do estudo

1. Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN): instituição de ensino superior, com 27 cursos, entre eles o de Enfermagem que conta com 34 docentes.

Fase pré-final do estudo

2. Instituição A: é o maior hospital público da região da grande Dourados, referencia de atendimento para 33 municípios, tem número aproximado de 195 leitos, divididos em: UTI adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal, Clinica Cirúrgica, Clinica Médica, Psiquiatria, Pediatria, Alojamento Conjunto, Unidade Intermediária e Centro Cirúrgico, com 60 enfermeiros ao total.
3. Insituição B: hospital privado do município com atendimento nas clinicas de UTI geral, UTI cardíaca, UTI neonatal, Pronto Socorro, Clinica Cirúrgica, Clínica Médica, Oncologia e Centro Cirúrgico e com 27 enfermeiros no quadro de funcionários.
4. Instituição C: considerado uma extensão da Instituição B. Este contém Pronto Socorro, Pronto Socorro Infantil, UTI adulto, Semi UTI, Clínica

Médica, Clinica Cirúrgica, Ortopedia e Centro Cirúrgico, com 21 enfermeiros.

5. Instituição D: hospital particular que apresenta 53 leitos divididos em: Centro Cirúrgico, UTI, Unidade Intermediária, Ambulatório, Setor de exames (EDA e Colonoscopia, ECO, USG, Teste ergométrico) e Unidade de Internação, com um quadro de 21 enfermeiros.
6. Instituição E: hospital particular com 62 leitos divididos em: Clinica Cirúrgica, UTI, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Central de Material e Maternidade, com um quadro de 11 enfermeiros.
7. Instituição F: instituição de ensino superior, pública, com 15 campus em todo o estado. Em Dourados conta com 16 cursos, entre eles o de Enfermagem que dispõe de 48 docentes.

6.3 Amostra e local do pré-teste

A amostra de conveniência foi composta por 11 participantes, vinculados a instituição de ensino superior particular, que responderam uma entrevista para saber quais os pontos duvidosos e questionáveis do instrumento traduzido[45].

6.4 Amostra e local do teste pré-final

A amostra de conveniência preconizada para estudos de validação foi calculada considerando-se 10 participantes por item validado. A escala original tem 11 itens, portanto foram selecionados 110 enfermeiros, distribuídos entre os cinco hospitais selecionados e a instituição de ensino superior pública[45].

6.5 Critérios de inclusão

Fase pré-teste

Ser professor e enfermeiro com experiência em semiologia e exame físico.

Fase teste pré-final

Ser enfermeiro assistencial e atuante nos setores hospitalares selecionados para o estudo e docentes que acompanhem estágio dentro de unidades hospitalares.

6.6 Critérios exclusão

Na fase teste pré-final foram excluídos aqueles enfermeiros que estavam de férias, licença maternidade, licença médica ou que atuavam somente em funções administrativas.

6.7 Recrutamento da amostra

A amostra, tanto do pré-teste quanto do teste pré-final, foi feita por conveniência. Na fase do pré-teste, os participantes foram recrutados ao término de uma reunião, que teve data e horários agendados previamente. O instrumento foi entregue individualmente e o pesquisador aguardou até que todos os participantes terminassem de responder.

Na fase do teste pré-final, o recrutamento dos participantes ocorreu de acordo com a orientação e exigência das instituições. Nesta fase os dados foram coletados tanto individualmente, em quatro instituições, como de forma coletiva, em duas instituições, o que não trouxe prejuízo para os resultados, pois trata-se de um questionário autoaplicado.

Na Instituição E, e na Instituição F, o recrutamento foi de forma coletiva em uma reunião de acordo com a solicitação das instituições.

Nas instituições: A, B, C e D o recrutamento para coleta de dados foi individual no horário e na data indicada pela Direção de Enfermagem de cada hospital em que o pesquisador foi em cada setor.

6.8 Procedimentos de coleta de dados

A autorização do autor do instrumento para o procedimento de tradução e adaptação cultural é de extrema importância e foi feita via e-mail (Apêndice C).

Há diferentes métodos para a realização do processo de validação e adaptação cultural, entretanto seguiram-se as etapas recomendadas internacionalmente que são: tradução, síntese das traduções, retrotradução ou *backtranslation*, formação de um comitê de juízes, pré-teste e a avaliação final do instrumento[45].

Etapa 1: Tradução inicial (produção de T1 e T2)

Duas traduções foram realizadas por tradutores independentes, um que conhecia a temática da escala e outro que não conhecia. Eles não trocaram informações entre si. Os tradutores são nascidos no país onde a escala está sendo validada e tinham domínio do idioma português e do original da escala o inglês.

Etapa 2: Síntese das duas traduções (produção da versão T12)

Trabalhando com o instrumento original e com as duas traduções, um terceiro bilíngue compôs uma síntese consensual entre as traduções.

Etapa 3: Retrotradução (produção das versões RT1 e RT2)

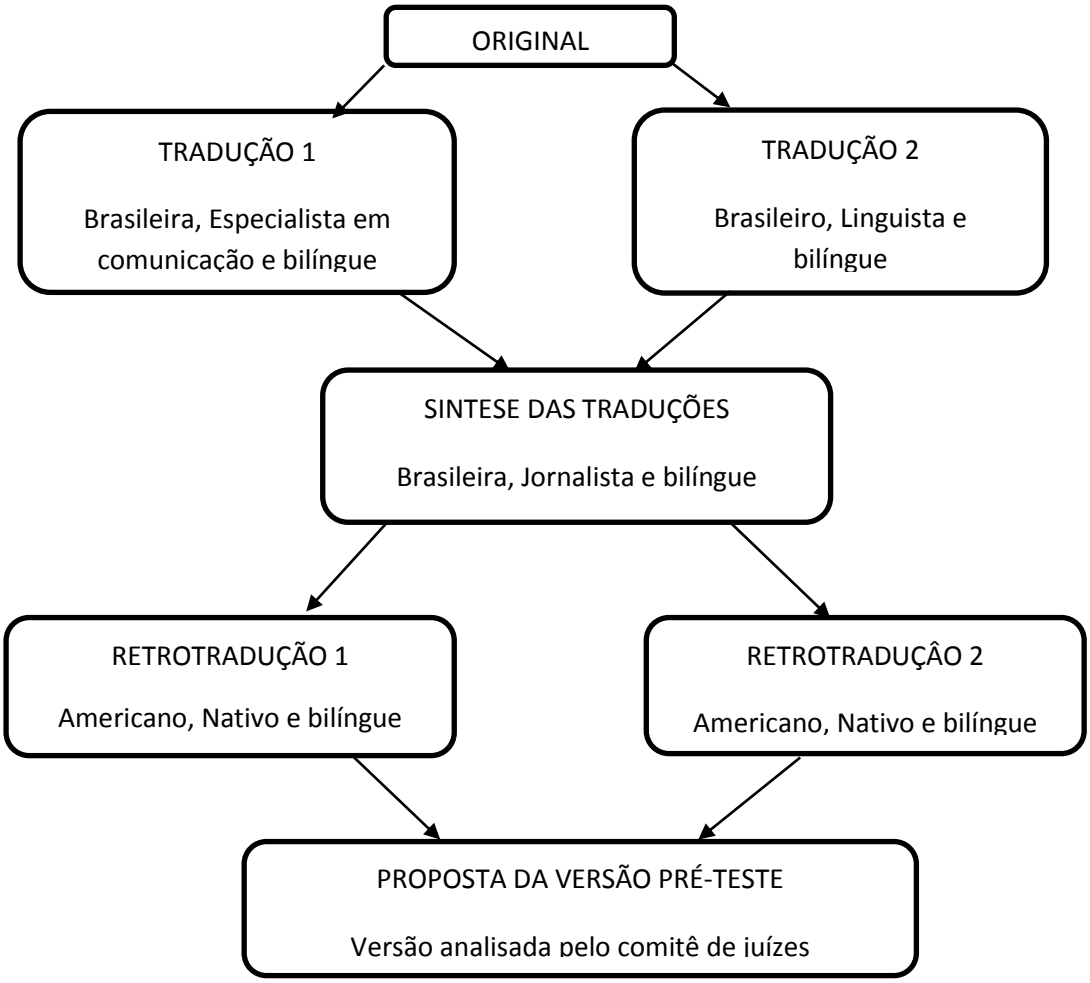
Nesta etapa os retrotradutores trabalharam com a versão sintetizada (T12) das traduções. Os (retro) tradutores dessa fase são nascidos e alfabetizados no país de língua igual à da escala a ser adaptada e possuem domínio linguístico e cultural do idioma original, bem como, dominam a língua para qual o instrumento está sendo adaptado. Eles não tiveram acesso ao instrumento original.

Etapa 4: Revisão do comitê de especialistas

Em posse das versões T1, T2, T12, RT1 e RT2 foram comparadas as versões e analisado e em seguida foi elaborado uma proposta de versão pré-teste que foi encaminhada para o comitê de juízes.

Escolher a composição do comitê de juízes é muito importante para alcançar a equivalência cultural do instrumento traduzido. Foram convidados 10 profissionais para o comitê: bilíngues; metodologistas; profissionais da saúde; linguistas e os tradutores.

Todos os membros do comitê receberam todas as versões da escala a ser adaptada (escala original, T1 e T2, T12, RT1, RT2). Neste momento, os juízes avaliaram as equivalências semânticas e idiomáticas, que corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respectivos idiomas; equivalência conceitual analisando a coerência dos itens aos seus respectivos grupos e equivalência cultural, quando as situações apresentadas no instrumento devem corresponder às vivenciadas no contexto da cultura brasileira.



Fluxograma 1- Etapas do processo de validação de conteúdo. Guarulhos, 2013.

Houve algumas sugestões por parte do comitê de juízes em relação a tradução e adaptação cultural do instrumento, entretanto o pesquisador, juntamente com o orientador, têm autonomia para acatar ou não as sugestões dadas visto que em nenhum item apresentou um nível de discordância alto.

Etapa 5: Pré-teste da escala

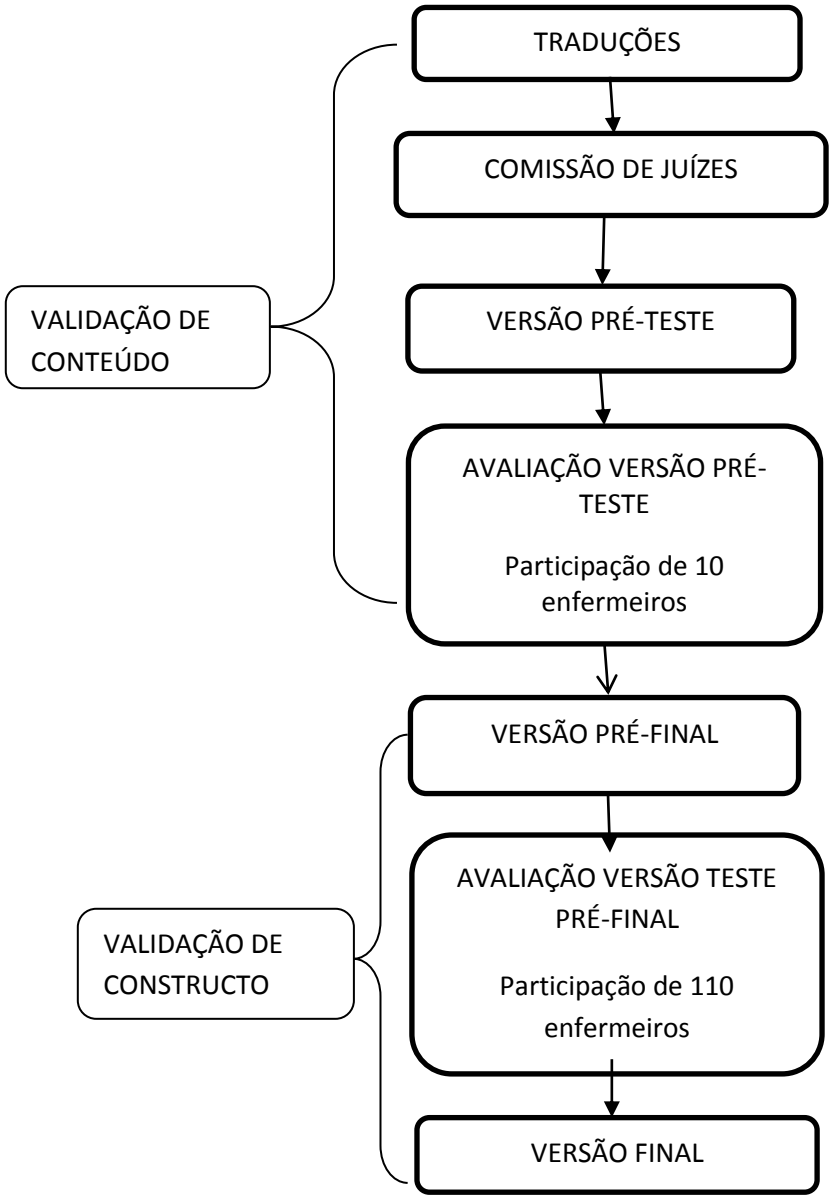
O último estágio do processo de validação de conteúdo é o pré-teste que foi aplicado a 11 pessoas do grupo alvo, que não fizeram parte da amostra do teste pré-final. Primeiramente os participantes responderam o questionário de 11 questões fechadas e depois responderam duas questões abertas que serviu para verificar se eles entenderam o significado das questões, se responderam adequadamente ou se tiveram dificuldade de compreensão (Apêndice D). Caso houvesse muitas dúvidas por parte dos respondentes, em um determinado item, poderíamos voltar ao comitê de juízes para consultá-los e realizar alterações, entretanto isto não foi necessário.

A proposta era que as questões com mais de 15% de respondentes com dúvidas ou que não entenderam o significado da afirmativa, devem ser revistas pelo comitê e reaplicadas em outros respondentes[58], mas este fato não ocorreu em nenhum dos 11 itens da escala.

Etapa 6: Teste da versão Pré-Final da escala

Após o pré-teste, foram reorganizadas as questões, e o pesquisador aplicou a escala numa amostra maior, sendo 110 participantes para verificar as propriedades psicométricas da escala que foi adaptada.

Neste estudo não foi possível realizar a validação de critério devido ao escasso número de instrumentos que avaliam esta variável, não permitindo, assim, a comparação.



Fluxograma 2- Etapas gerais do processo de validação. Guarulhos, 2013.

6.9 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Guarulhos, baseado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e a coleta de dados só se iniciou após aprovação do CEP, concedido pelo número do parecer 512.809, e a autorização das instituições envolvidas (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo, a garantia de sigilo das informações e sobre a opção de retirar seus dados da pesquisa a qualquer momento, sob nenhuma penalidade, e os que estiveram de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi elaborado um TCLE para a fase pré-teste (Apêndice A) e um para o teste pré-final (Apêndice B).

6.10 Considerações éticas

Descrição de métodos que afetem os participantes da pesquisa: Na fase pré-teste foi realizada uma entrevista com 2 perguntas norteadoras sobre a compreensão do instrumento. Na fase teste pré-final, os participantes responderam um questionário com 11 questões fechadas.

Descrição de riscos com avaliação de gravidade: os participantes da pesquisa tinham o risco de ser expostos ao risco considerado mínimo, o de constrangimento, por não apresentarem as habilidades mensuradas pelo instrumento.

Medidas de proteção de riscos e à confidencialidade: foi garantido o sigilo quanto à identificação do participante e este poderia desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo. Neste caso a coleta seria interrompida e os dados descartados.

Previsão de ressarcimento de gastos: não foi previsto ressarcimento de gastos.

Análise crítica de riscos e benefícios: A pesquisa não beneficiou diretamente o participante. No entanto, esse conhecimento foi útil para avaliação e melhora das habilidades em comunicação do enfermeiro durante a realização da anamnese e do exame físico no paciente. Atualmente destaca-se a preocupação com a formação de profissionais de saúde competentes em habilidades de comunicação interpessoal. Como benefício indireto ressalta-se que todos os participantes são enfermeiros e poderão utilizar a escala em sua atividade profissional.

6.11 Tratamento dos dados

No pré-teste os dados foram analisados individualmente com a finalidade de melhorar a compreensão do instrumento e identificar os itens com problemas na tradução ou na adaptação cultural.

No teste pré-final os dados quantitativos foram digitados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2010 para tratamento estatístico. Foram realizadas análise descritiva (média, desvio-padrão, mediana e frequência), analise fatorial e a confiabilidade interna do instrumento foi verificada por meio do Alpha de Cronbach.

Os fatores foram estabelecidos por meio de análise fatorial tendo como critério de quantidade de domínios o autovalor > 1, e como critério de entrada de variáveis no domínio o flag de 0.5.

Os fatores foram estudados quanto à distribuição dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e como não apresentaram aderência à curva de distribuição normal, os mesmos foram estudados segundo as características da amostra por meio dos testes não paramétricos de Mann-Whitney (quando a variável em questão foi estudada em duas categorias) ou Kruskal-Wallis (quando a variável em questão foi subdividida em 3 ou mais categorias). Ressalta-se que somente a variável sexo possuía duas categorias, portanto somente esta foi estudada pelo teste de Mann-Whitney, e o nível de significância foi assumido em 5%; o software utilizado para análise foi o SAS versão 9.5.

7 RESULTADOS

7.1 Caraterização da amostra

A amostra total foi de 110 enfermeiros que atuam na assistência e realizam a anamnese e o exame físico, com média de idade de 32 anos (dp=±7,3), composta por 72,7% (n=80) de mulheres e 27,3% (n=30) de homens, sendo as maiores frequências de solteiros (n=50; 45,5%) e casados (n=47; 42,7%) (Tabela 1).

Em relação ao tempo de formação tem-se em média 6,0 anos (dp=±4,8), no cálculo desta média foi excluído da média duas respostas: uma com tempo < 1 ano e a outra com valor exato indeterminado (Tabela 1).

A titulação dos participantes era na maioria especialistas seguidos de graduados. Respectivamente 62,7% (n=69) eram especialistas, 30,4% (n=34) eram graduados, 5,5% (n=6) eram mestres e 0,9% (n=1) era doutor. Sobre o setor de atuação a maior frequência foi a Enfermaria com 43,6% (n=48) seguido pela UTI (geral, cardíaca e pediátrica) (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição das características da amostra estudada. Dourados, 2014.

Característica	N	%
Idade		
< 30 anos	47	42,7%
30 a 39	44	40,0%
40 ou mais	19	17,3%
Sexo		
Feminino	80	72,7%
Masculino	30	27,3%
Estado Civil		
Solteiro	50	45,5%
Casado	47	42,7%
Convivente	6	5,5%
Separado	2	1,8%
Divorciado	4	3,6%
Viúvo	1	0,9%
Escolaridade		
Doutor	1	0,9%
Mestre	6	5,5%
Especialista	69	62,7%
Graduado	34	30,9%
Local de atuação		
UTI	29	26,4%
Centro Cirúrgico	7	6,4%
Pronto Socorro	17	15,5%
Enfermaria	48	43,6%
Ambulatório	5	4,5%
Outros*	4	3,6%
Tempo de formação		
Até 1 ano	14	12,7%
2 a 5 anos	48	43,6%
6 a 10 anos	36	32,7%
> 10 anos	12	10,9%
Média (Desvio-padrão)	6.0 (±4.8)	
Instituição		
Instituição A	22	20,0%
Instituição B	25	22,7%
Instituição C	22	20,0%
Instituição D	17	15,5%
Instituição E	15	13,6%
Instituição F	9	8,2%

Nota: *Outros: Comissão de Infecção Hospitalar (n=3) e Comissão de Curativos (n=1).

7.2 Validade e consistência interna

Para a amostra selecionada neste estudo, o coeficiente de consistência e validade interna da escala “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes” apresentou confiabilidade moderada de 0,712, ou seja, quando o Alfa de Cronbach está entre 0,60 a 0,75; entretanto, a partir de um alfa de 0,70 é considerado satisfatório[56].

Sobre os fatores da escala, é importante esclarecer que na versão original, em inglês, haviam dois fatores nomeados como Relação Interpessoal e Transmissão da informação. Nesta versão traduzida e adaptada para o português, quatro fatores foram identificados e receberam as seguintes nomenclaturas: Habilidade Interpessoal, Troca de informação, Sinceridade na relação e Profissionalismo (Tabela 2).

Tabela 2- Fatores extraídos por meio da Técnica de Fatores Rotacionado. Dourados, 2014.

	Fator 1 Habilidade interpessoal	Fator 2 Troca de informação	Fator 3 Sinceridade na relação	Fator 4 Profissionalismo
1	3	5	82*	7
2	70*	-14	-1	-20
3	86*	-3	8	21
4	54*	34	18	-17
5	89*	-1	9	17
6	6	79*	-19	1
7	-11	61*	36	1
8	-2	76*	32	-2
9	23	19	71*	-8
10	6	2	11	-70*
11	12	2	13	83*

Nota: valores apresentados são multiplicados por 100 e arredondados. Os valores mais altos são agrupados em fatores.

O Alpha de Cronbach obtido em cada fator foi relativamente baixo, portanto estes não devem ser interpretados como subescalas. Foram encontrados correlações positivas entre os escores dos fatores e o total, ou seja, quando um aumenta, o outro também tende a aumentar indicando consistência entre os fatores e o total (Tabela 3).

Tabela 3 - Analise do Alpha de Cronbach e correlação com o total por fator. Dourados, 2014.

Fatores	**Itens**	**Correlação com o total**	**Alpha de Cronbach**
Habilidade Interpessoal	2,3,4 e 5	0,376	0,402
Troca de informação	6,7 e 8	0,336	0,439
Sinceridade na relação	1 e 9	0,314	0,458
Profissionalismo	10 e 11	0,241	0,519

Foi calculado o Alpha de Cronbach de cada item e pode-se destacar que o menor resultado foi no item 5, com o valor de 0,662, e os maiores foram nos itens 1 e 10, que obtiveram o mesmo valor de Alpha sendo 0,715, o que mostra que todos os itens se encontram dentro de um Alpha de Cronbach considerado moderado. As correlações positivas entre os itens e o total foram positivas, indicando consistência entre os itens e o total (Tabela 4).

Tabela 4- Analise do Alpha de Cronbach e correlação com o total por item da escala de "Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiro e paciente". Dourados, 2014**.**

Itens		Correlação com o total	Alpha de Cronbach
1	Digo-lhes tudo; sou verdadeiro, aberto e franco; não escondo as coisas que eles deveriam saber.	0,202	0,715
2	Cumprimento-os calorosamente; chamo-os pelo nome que preferem; sou amigável, não mal-humorado ou rude.	0,406	0,685
3	Trato-os no mesmo nível; não os menosprezo, não os trato como criança	0,459	0,676
4	Deixo-os contar as suas histórias; ouço-os com atenção; faço perguntas pertinentes; não os interrompo enquanto estão falando.	0,447	0,678
5	Mostro interesse por eles como pessoa; não ajo entediado; não ignoro o que eles têm a dizer.	0,552	0,662
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; digo-lhes o que encontro.	0,230	0,711
7	Discuto as opções com eles; peço sua opinião; ofereço alternativas e deixo-os ajudar a decidir o que fazer; pergunto o que eles pensam antes de dizer-lhes o que fazer.	0,302	0,700
8	Incentivo-os a fazer perguntas; respondendo-lhes claramente; não evitando seus questionamentos ou suas falas.	0,477	0,673
9	Explico o que eles precisam saber sobre seus problemas, como e por que ocorreram, e o que esperar em seguida.	0,395	0,686
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explico termos técnicos em linguagem simples.	0,205	0,715
11	Como classifico meu nível de profissionalismo?	0,274	0,705

O escore médio total das respostas dos participantes em relação a escala de "Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes" foi de 47,8 (dp=±3,99), ou seja, acima da média aritmética do instrumento (11+55/2=33), apresentando uma boa autoavaliação em relação aos fatores da escala (Tabela 5).

Tabela 5- Escore total e por fator da escala de "Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiro e paciente". Dourados, 2014.

Fatores	Nº de itens	Variação do escore	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Habilidade Interpessoal	4	4-20	18,2	2,0	19,0
Troca de informação	3	3-15	12,4	1,9	13,0
Sinceridade na relação	2	2-10	8,3	1,2	8,0
Profissionalismo	2	2-10	8,9	0,8	9,0
TOTAL	**11**	**11-55**	**47,8**	**3,99**	**48**

Em relação à análise descritiva das respostas dos participantes em relação à escala de “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes” pode-se observar que a maioria das respostas dos participantes foi “sempre” nos itens 3, 5, 6 e 10 mostrando que os participantes se autoavaliaram com boa percepção quanto a itens dos fatores Habilidade Interpessoal, Troca de informação e Profissionalismo. Houve maioria na resposta “moderado a alto” no item 11 em que os enfermeiros classificaram o seu nível de profissionalismo (Tabela 6).

Tabela 6- Analise descritiva das respostas dos participantes em cada um dos itens da escala segundo a Likert de 5 pontos. Dourados, 2014.

		Nunca		**Raramente**		**Algumas Vezes**		**Frequentemente**		**Sempre**	
Fator	**Item**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1	2	0	0,0%	2	1,8%	1	0,9%	36	32,7%	71	64,5%
	3	1	0,9%	1	0,9%	1	0,9%	18	16,4%	**89**	**80,9%**
	4	1	0,9%	1	0,9%	14	12,7%	48	43,6%	46	41,8%
	5	1	0,9%	1	0,9%	2	1,8%	30	27,3%	**76**	**69,1%**
2	6	0	0,0%	1	0,9%	14	12,7%	32	29,1%	**63**	**57,3%**
	7	1	0,9%	9	8,2%	23	20,9%	55	50,0%	22	20,0%
	8	0	0,0%	5	4,5%	19	17,3%	39	35,5%	47	42,7%
3	1	1	0,9%	2	1,8%	24	21,8%	49	44,5%	34	30,9%
	9	0	0,0%	0	0,0%	17	15,5%	47	42,7%	46	41,8%
4	10	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	25	22,7%	**84**	**76,4%**
	11*	0	0,0%	0	0,0%	13	11,8%	**68**	**61,8%**	29	26,4%

Nota: Número total de respostas em cada questão= 110 (100%). *Na questão 11 entende-se “frequentemente” como “moderado a alto”.

Sobre a análise descritiva das respostas dos participantes em relação a cada item da escala, as maiores médias foram nos itens 3 e 10 (4,75) e a menor média foi no item 7 (3,80). Isto indica que os enfermeiros se autoavaliaram melhor quanto a tratar o paciente com igualdade e em utilizar uma linguagem adequada, mas quanto a incluir o paciente no planejamento do seu cuidado e ouvir-lhe a opinião, os participantes da pesquisa se autoavaliaram de forma inferior quando comparado aos demais itens da escala (Tabela 7).

Tabela 7 - Analise descritiva das respostas dos participantes em cada um dos itens da escala segundo média, desvio-padrão e mediana. Dourados, 2014.

Itens	Média	Desvio-padrão	Mediana
1	4,03	0,83	4
2	4,60	0,61	5
3	**4,75**	0,61	5
4	4,25	0,78	4
5	4,63	0,66	5
6	4,43	0,75	5
7	**3,80**	0,89	4
8	4,16	0,87	4
9	4,26	0,71	4
10	**4,75**	0,45	5
11	4,15	0,60	4

7.3 Associação dos fatores com as características da amostra

Associando-se as características da amostra com as respostas dos participantes em cada um dos Fatores (Habilidade Interpessoal, Troca de informação, Sinceridade nas relações e Profissionalismo) encontrou-se diferença estatisticamente significante no Fator Habilidade Interpessoal em relação ao Sexo (p-valor=0,047). Este resultado mostra que as mulheres se autoavaliaram com uma melhor Habilidade Interpessoal quando comparada aos homens, pois o desvio padrão foi de dp=±2,2. Outra diferença estatisticamente significativa ainda em relação ao Sexo (p-valor=0,037) foi constatada no Fator Troca de informação em que as mulheres também aparecem com um melhor desempenho com média de 12,7 (Tabela 8).

Foi encontrada relevância estatística na característica Estado civil em relação ao Fator Habilidade Interpessoal em que os Solteiros (p-valor=0,020) apresentaram um desempenho menor quando comparados aos profissionais casados, viúvos, separados, divorciados ou conviventes, pois a média foi de 17,8, ou seja, menor que os outros estados civis (Tabela 8).

A variável, Setor de Atuação, mostrou significância estatística em relação ao Fator Troca de informação (p-valor=0,036). O setor identificado como “outros” obteve média 9,3, que abrange os profissionais vinculados a Comissão de Infecção Hospitalar e Comissão de Curativo, o que aponta que este setor é o que menos realiza a troca de informação. Acredita-se que esta

relevância estatística tenha se dado possivelmente por terem um contato com menor frequência com os pacientes no momento da anamnese e exame físico, entretanto estes profissionais foram incluídos como participantes da pesquisa pois a Direção de Enfermagem, das respectivas instituições, os considera como profissionais assistencialistas e além disso foi necessário para alcançar o número da amostra. (Tabela 8).

Outra significância estatística foi identificada na variável Local em relação ao Fator Habilidade Interpessoal (p-valor=0,003) e também ao Fator Troca de informação (p-valor= 0,027). No Fator Habilidade Interpessoal a Instituição A apresentou o desempenho mais baixo quando comparada as outras instituições do estudo com média 17,4, já no Fator Troca de Informação a Instituição E teve o melhor desempenho com média 13,3 (Tabela 8).

Tabela 8 - Estudos dos fatores Habilidade Interpessoal e Troca de informação segundo características da amostra. Dourados, 2014.

	Habilidade Interpessoal				Troca de informação			
	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor
Idade				0,550				0,977
< 30 anos	18,2	1,7	19,0		12,4	1,9	13,0	
30 a 39	18,1	2,6	19,0		12,4	2,0	13,0	
40 ou mais	18,7	1,2	19,0		12,5	1,5	12,0	
Sexo*				**0,047**				**0,037**
Feminino	18,4	2,2	19,0		12,7	1,8	13,0	
Masculino	17,9	1,6	18,0		11,7	2,1	12,0	
Estado Civil				**0,020**				0,480
Solteiro	17,8	1,6	18,0		12,3	1,7	13,0	
Casado	18,5	2,5	19,0		12,7	1,9	13,0	
Viúvo	19,0	-	19,0		12,0	-	12,0	
Separado	18,0	0,0	18,0		11,5	0,7	11,5	
Divorciado	19,0	0,8	19,0		12,0	0,8	12,0	
Convivente	18,8	1,0	19,0		11,0	3,5	13,0	
Escolaridade				0,367				0,442
Doutor	20,0	-	20,0		15,0	-	15,0	
Mestre	18,5	1,2	19,0		11,8	3,1	13,0	
Especialista	18,0	2,2	19,0		12,4	1,8	13,0	
Graduado	18,5	1,7	19,0		12,5	1,9	12,5	
Atuação				0,129				**0,036**
UTI	17,8	2,9	19,0		12,6	1,6	13,0	
Centro Cirúrgico	18,7	1,4	19,0		12,3	1,6	12,0	
Pronto Socorro	17,8	1,7	18,0		12,3	1,5	12,0	
Enfermaria	18,7	1,6	19,0		12,7	1,9	13,0	
Ambulatório	18,2	1,3	18,0		11,0	3,2	12,0	
Outros	17,3	1,0	17,5		9,3	1,7	9,5	
Tempo de formação				0,917				0,445
Até 1 ano	18,4	1,1	19,0		12,4	1,7	12,0	
2 a 5 anos	18,5	1,5	19,0		12,6	2,0	13,0	
6 a 10 anos	17,8	2,8	19,0		12,1	1,7	12,5	
> 10 anos	18,3	2,2	19,0		12,5	2,4	13,0	
Local				**0,003**				**0,027**
Instituição A	17,4	1,4	17,0		11,4	1,7	12,0	
Instituição B	17,8	3,2	19,0		12,4	1,9	13,0	
Instituição C	18,6	1,5	19,0		12,6	1,7	13,0	
Instituição D	18,4	1,7	19,0		12,5	1,9	13,0	
Instituição E	19,3	1,1	20,0		13,3	1,4	14,0	
Instituição F	18,8	1,1	19,0		12,6	2,7	13,0	

Nota: Teste de Kruskal-Wallis / *Teste de Mann-Whitney.

Comparando-se as características da amostra com as respostas dos participantes especificamente dos Fatores Sinceridade na relação e Profissionalismo tem-se relevância estatística em apenas duas variáveis: Estado Civil e Local (Tabela 9).

A variável, Estado Civil, em relação ao Fator Profissionalismo, apresentou relevância estatística (p-valor=0,036) uma vez que o estado civil viúvo apresentou a menor média (8,0) demosntrando que este estado civil utiliza a linguagem menos adequada e tem menos profissionalismo de acordo com a percepção deles mesmos (Tabela 9).

No Fator Sinceridade na relação, a variável Local apresentou significância estatística (p-valor=0,017), pois a Instituição D apresentou a menor média (7,4) em comparação às outras instituições do estudo; assim pode-se afirmar que os profissionais enfermeiros vinculados a esta instituição se autoavaliaram com menor grau de sinceridade nas relações profissional-paciente durante a anamnese e exame físico (Tabela 9).

Tabela 9 - Estudos dos fatores Sinceridade na relação e Profissionalismo segundo características da amostra. Dourados, 2014.

	Sinceridade na relação				Profissionalismo			
	Média	**Desvio-padrão**	**Mediana**	**p-valor**	**Média**	**Desvio-padrão**	**Mediana**	**p-valor**
Idade				0,991				0,971
< 30 anos	8,3	1,3	8,0		8,9	0,9	9,0	
30 a 39	8,3	1,1	8,0		8,9	0,8	9,0	
40 ou mais	8,3	1,3	9,0		8,9	0,9	9,0	
Sexo*				0,956				0,125
Feminino	8,3	1,3	8,0		9,0	0,9	9,0	
Masculino	8,3	1,0	8,5		8,8	0,7	9,0	
Estado Civil				0,106				**0,036**
Solteiro	8,1	1,1	8,0		8,7	0,8	9,0	
Casado	8,6	1,3	9,0		9,1	0,7	9,0	
Viúvo	9,0	-	9,0		8,0	-	8,0	
Separado	8,5	0,7	8,5		8,5	0,7	8,5	
Divorciado	7,0	1,4	6,5		8,8	1,9	9,5	
Convivente	8,5	1,4	9,0		9,3	0,8	9,5	
Escolaridade				0,276				0,205
Doutor	9,0	.	9,0		9,0	.	9,0	
Mestre	9,0	0,6	9,0		9,5	0,6	9,5	
Especialista	8,3	1,2	8,0		8,9	0,8	9,0	
Graduado	8,1	1,3	8,0		8,7	0,9	9,0	
Atuação				0,516				0,063
UTI	8,3	1,4	8,0		9,2	0,7	9,0	
Centro Cirúrgico	8,3	1,3	8,0		8,4	0,8	9,0	
Pronto Socorro	8,5	1,1	9,0		8,6	0,8	9,0	
Enfermaria	8,3	1,2	8,5		8,9	0,9	9,0	
Ambulatório	7,8	1,3	8,0		9,2	0,8	9,0	
Outros	7,5	0,6	7,5		8,5	1,0	9,0	
Tempo de formação				0,261				0,756
até 1 ano	8,4	1,2	8,0		8,8	0,7	9,0	
2 a 5 anos	8,2	1,4	8,0		8,9	0,8	9,0	
6 a 10 anos	8,2	1,1	8,0		9,0	0,8	9,0	
> 10 anos	8,9	0,7	9,0		8,8	1,2	9,0	
Local				**0,017**				0,451
Instituição A	8,3	1,1	8,0		9,0	0,7	9,0	
Instituição B	8,3	1,3	8,0		8,7	1,0	9,0	
Instituição C	8,5	1,1	8,5		8,8	0,8	9,0	
Instituição D	7,4	1,2	8,0		8,9	0,9	9,0	
Instituição E	8,5	1,2	9,0		9,1	0,9	9,0	
Instituição F	9,1	0,6	9,0		9,3	0,5	9,0	

Nota: Teste de Kruskal-Wallis / *Teste de Mann-Whitney.

8. DISCUSSÃO

A escolha de um instrumento criado em outra cultura e em outra língua proporciona ao pesquisador e demais envolvidos o desafio de torna-lo aplicável a uma nova realidade por meio de método sistemático de tradução e adaptação transcultural. Instrumentos de pesquisa que permitem comparações entre diferentes realidades ampliam a discussão acerca do assunto de interesse[59].

A adaptação transcultural engloba um processo que analisa a linguagem, por meio da tradução, e as questões em relação à adaptação cultural dentro das etapas de preparação de um instrumento para uma nova realidade[53]. A adaptação transcultural é um pré-requisito essencial para estudos feitos com o mesmo instrumento em diferentes culturas[46].

Torna-se extremamente relevante atingir a equivalência entre os instrumentos por meio dos processos que garantam a validade e a confiabilidade do novo instrumento, para que se confie na sua capacidade de medir o que se propôs sem, a ocorrência de erros[45,60].

O objetivo da escala validada é identificar a percepção do enfermeiro sobre a sua própria atuação durante a anamnese e o exame físico do paciente, em relação a itens vinculados ao profissionalismo e a competência em comunicação interpessoal. Comunicação interpessoal, ou seja, comunicação entre pessoas acontece em interação face a face por meio de situações de compreender o outro e de se fazer compreender, também é considerada como uma habilidade de cada indivíduo resultante de atitudes de troca com o outro[16,61].

Durante o processo das traduções e retro tradução houve grande similaridade entre as versões, portanto não houve dificuldades em concluir estas etapas. Após isso, as versões foram encaminhadas para a avaliação do comitê de juízes.

A análise do instrumento pelos juízes permite avaliar a pertinência de cada item da escala em relação às variáveis que ela pretende verificar, assim receberam mais atenção dos juízes questões de adequação semântica, expressões mais pertinentes a língua portuguesa e tornar o instrumento mais claro possível para uma autoavaliação[62,63].

Houve várias sugestões feitas pelos juízes a fim de tornar o instrumento mais claro possível para a realidade brasileira. O resultado deste processo foi descrito detalhadamente de acordo com cada item, sendo enumerados os juízes de 1 a 9.

A primeira alteração feita pela a pesquisadora e pela orientadora foi em relação à necessidade de tirar os verbos da forma gerúndio e passa-los para o presente para adequar-se melhor a escala de frequência das respostas.

De acordo com a gramatica brasileira, o modo verbal no gerúndio, também chamado de forma nominal, não define a pessoa do discurso e, por isso são conhecidas também como forma infinita[64]. Como o instrumento proposto é uma autoavaliação, torna-se imprescindível a definição da primeira pessoa para que o participante da pesquisa compreenda que os itens dizem respeito de sua própria atitude.

Pode-se justificar a substituição do verbo no gerúndio pelo verbo no presente, uma vez que o presente do indicativo é utilizado para enunciar um fator atual, que ocorre no momento em que se fala[65] e é exatamente esta intenção do instrumento, fazer com que o participante reflita sua atitude; pensando na ação atual.

Uma consideração feita pelos juízes 5 e 6 foi tornar os itens afirmativos ao invés de mantê-los interrogativos, como foi proposto na fase das traduções, visto que na língua portuguesa a ideia de uma autoavaliação fica mais clara de forma afirmativa; exceto no item 11 que permaneceu interrogativo, sugestão que foi aceita.

Baseado na gramatica brasileira é possível verificar que o emprego do verbo no presente do indicativo denota uma declaração[64], portanto uma afirmação e não uma interrogação.

No item 1, os juízes 5, 6 e 7 sugeriram retirar a palavra “deles” deixando a frase mais clara, sem repetições. Na gramática isto é adequado, pois pode-se afirmar ser um acaso de termo subentendido que são insinuações escondidas por trás de uma afirmação[66], uma vez que o objeto indireto já está explicito na primeira oração por meio do vocábulo “lhes”.

No item 2, o juiz 5 sugeriu substituir a palavra “nunca” pois poderia influenciar a resposta do participante visto que era a mesma palavra que consta como opção para resposta, consideração que foi aceita; e o juiz 4

sugeriu substituir a palavra “calorosamente” por “cordialmente” sugestão que não foi aceita por entender que “calorosamente” é uma palavra de compreensão mais fácil.

Ainda sobre a sugestão no item 2, justifica-se manter a palavra “calorosamente”, pois no referencial metodológico das etapas de tradução está claro que os tradutores devem certificar-se que o instrumento final será compreendido por uma criança de 12 anos de idade[45], assim a palavra “calorosamente” torna-se mais adequada do que a palavra “cordialmente”, que faz parte de um vocabulário mais refinado e formal.

Conforme sugestão dos juízes 1,2,3,4,5 e 6, no item 3, foi retirada a palavra “como” deixando o item mais claro. No item 4, os juízes 1,3 e 6 sugeriram retirar a palavra “eles” uma vez que ela se tornava desnecessária para a compreensão da afirmação. A retirada da palavra “eles” está adequada a gramática visto que dessa forma a oração “eles estão falando” passa a ter um sujeito elíptico, que é a omissão de um elemento linguístico pois nem sempre é relevante o aparecimento dos termos da oração que exprimem o sujeito[64].

Os juízes 4 e 6 sugeriram substituir a palavra “entediado” por “aborrecido” no item 5, entretanto esta sugestão não foi aceita visto que não há similaridade de significados e que nas traduções e retrotradução foi a palavra “entediado” que se fez presente.

No item 6, os juízes 2, 3, 4, 5 e 7 sugeriram retirar a palavra “vou” já que ela aparecia duas vezes na mesma oração e a sua retirada não prejudicou a compreensão do texto. No item 7 a sugestão dos juízes 4 e 5 foi em substituir a palavra “opções” já que constava duas vezes na mesma frase, portanto a palavra foi substituída por “alternativas”.

As modificações feitas nos itens 3, 6 e 7 se fazem necessárias pensando no principio de uma linguagem moderna baseada em seis qualidades textuais utilizadas para nortear a atividade dos escritores: leveza, rapidez, exatidão, visibilidade, multiplicidade, consistência. Aqui se destaca a qualidade exatidão que significa uma linguagem que seja a mais precisa possível[67] e, portanto, evitam-se repetições ou termos que não acrescentem na compreensão da oração.

Para o item 8 os juízes 1 e 5 também destacaram a necessidade de substituição da palavra “nunca” por um sinônimo visto que esta palavra consta

na escala de resposta o que poderia influenciar a resposta do participante; sugestão foi acatada.

No item 8, assim como no item 2, optou-se em substituir a palavra “nunca” por um sinônimo visto que questões de instrumento de coleta de dados, do tipo questionário, devem ser objetivas, de modo a provocar respostas também objetivas evitando-se assim dúvidas, ambiguidades e indução de respostas[68].

No item 9, os juízes 1, 2, 3, 4 e 7 sugeriram a inclusão do artigo “o” e a exclusão do artigo “os” para tornar o item mais claro. A inclusão do artigo “o” torna-se necessária, pois ele assume a função de objeto direto que atua como complementação do verbo. Em relação ao sentido, o objeto direto demonstra, neste caso, a coisa que recebe a ação verbal, do verbo “esperar”[64].

Para o item 10 não houve nenhuma sugestão e, por fim, para o item 11, os juízes 1 e 7 sugeriram a substituição do pronome de tratamento em 3ª pessoa “você” pelo pronome possessivo em 1ª pessoa “meu” dando mais ênfase a questão de autoavaliação.

Além da questão de ser uma autoavaliação pode-se justificar a modificação, no item 11, por meio da definição de coerência textual, pois um texto coerente se apresenta de forma harmônica, em que todas as partes se encaixam de forma complementar e, portanto, não há nada contraditório ou ilógico[66]; assim, manter os outros itens do instrumento em primeira pessoa e apenas o item 11 em terceira pessoa demonstraria uma incoerência.

A escala Likert do instrumento adaptado foi apresentada em uma escala de 5 pontos, visto que no estudo original também foi utilizado a escala de 5 pontos no momento da aplicação do instrumento; mas, devido aos testes estatísticos, o autor americano[57] optou por agrupar as respostas em uma escala de apenas 3 pontos para a apresentação dos resultados.

Mesmo com a mudança na escala Likert, de 5 para 3 pontos na pesquisa original, optou-se por manter apenas a escala de 5 pontos, pois ela foi utilizada tanto no instrumento da ABIM como na aplicação do instrumento para os participantes da pesquisa americana, além de proporcionar ao participante mais opções de respostas.

Ainda sobre a utilização da escala Likert um estudo que avaliou a influência do número de itens na escala tipo Likert e o efeito da disposição da

escala nos resultados de uma mensuração, além da precisão das respostas, feito com 211 participantes, obteve como resultado que a escala de três pontos é menos confiável e tem menor capacidade de demonstrar com precisão a opinião do entrevistado; e que a escala de cinco pontos teve, em média, uma boa precisão e mostrou-se mais fácil e mais rápida que a escala de sete pontos. Portanto, para o estudo citado a escala que se mostrou mais adequada foi a de cinco pontos ao invés da de três pontos[69].

Em relação ao escore, é apresentado em uma escala de frequência variando de nunca (1) a sempre (5), optou-se em manter este formato, pois foi assim que a escala foi aplicada inicialmente, mesmo que depois o autor da escala original tenha modificado a frequência em apenas três respostas: pouco ou moderado (1), bom (2) e muito bom ou excelente (3). O escore total varia de 11 a 55 e, quanto maior a pontuação, melhor o participante se autoavaliou quanto ao seu profissionalismo e a sua comunicação interpessoal.

Após a análise dos juízes elaborou-se o modelo do pré-teste, que foi realizado com o objetivo de observar a aplicabilidade da escala validando o seu uso na realidade brasileira; e foi durante esta fase que se buscou a identificação das mesmas variáveis que o estudo internacional abordou assim como possíveis erros na adaptação transcultural[45,59].

O pré-teste foi aplicado a 11 enfermeiros que responderam os itens objetivos e mais duas perguntas abertas. Apenas um participante apresentou dificuldade na compreensão do item 3 por constar a conjunção “ou”, e por considerar pertinente a observação do participante a conjunção foi retirada o que tornou o item mais objetivo.

A conjunção “ou” é classificada como conjunção coordenativa alternativa, portanto estabelecem a separação ou exclusão da palavra/ oração[64] e no item 3 o objetivo não era excluir nenhuma das ações e sim considerar todas elas, por isso a conjunção foi retirada.

Após a aplicação e analise do pré-teste se encerra o processo de validação de conteúdo que nesta pesquisa, foi feita por meio da análise e comparação das traduções e retro tradução, além do consenso entre os membros do comitê de juízes. Assim, inicia-se o processo de validação de constructo, por meio da análise fatorial e do Alpha de Cronbach, que vem se mostrando um método estatístico eficiente para estudos de validação e sua

utilização está sendo crescente[56]. Nesta fase, contou-se com 110 participantes cujas características sóciodemográficas foram verificadas.

Em relação às características sóciodemografficas pode-se observar que em outros estudos sobre comunicação, realizados com enfermeiros, apresentaram como perfil da amostra a média de idade de 34 anos, a maioria do sexo feminino, em torno de 9 anos de formação e atuante em enfermarias; estes achados identificam uma semelhança com o perfil identificado neste estudo[70,71].

Um dos estudos citados teve como objetivo avaliar as dificuldades e suas respectivas causas, na percepção do enfermeiro, ao prestar assistência ao paciente idoso com patologia oncológica, e concluiu que a enfermagem deve atuar com habilidades que visem não apenas à assistência técnica e prática, mas habilidades que garantam uma assistência integral ao paciente, como por exemplo, a utilização da comunicação que é uma estratégia que possibilita a melhoria da qualidade da assistência[70].

O outro estudo, que apresentou as características sociais e demográficas dos participantes semelhante às encontradas neste estudo, teve como objetivo identificar a opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem sobre o tema liderança e comunicação. Como resultado destacou-se que liderança e comunicação são recursos essenciais para o enfermeiro desenvolver a sua prática profissional e esses dois elementos também são capazes de promover um bom relacionamento entre as pessoas que estão se interelacionando[71].

Quanto ao processo de validação de constructo, de acordo com a análise fatorial, foram identificados quatro fatores nomeados de: Habilidade Interpessoal, Troca de informação, Sinceridade na relação e Profissionalismo; entretanto, na escala original eram apenas dois fatores identificados por Relação Interpessoal e Transmissão da informação[57].

O fator Habilidade interpessoal demonstra a capacidade do indivíduo em reagir da melhor forma possível à presença do outro, o que inclui os gestos utilizados, como tratar a outra pessoa, a escuta, o interesse pelo outro; assim neste fator a comunicação não verbal ganha destaque. Se esta habilidade for identificada com uma alta frequência, significa que o indivíduo se autoavalia como capaz de relacionar-se eficazmente.

As relações interpessoais surgem a partir do processo de interação e a interação no ambiente de trabalho, como no caso enfermeiro-paciente, traz condutas e sentimentos recomendados como: comunicação, respeito, cooperação e amizade. É certo que os sentimentos influenciam o processo de interação, assim sentimentos e condutas positivas aumentam a interação por meio da habilidade interpessoal[29].

A definição da palavra “habilidade” está relacionada a capacidade, inteligência, aptidão, engenho, destreza e astúcia; e a palavra “interpessoal” tem a definição do que se faz entre duas pessoas. Estas definições auxiliam a compreensão do que o fator se propõe a verificar[72].

Neste estudo tomar-se-á como sinônimos as palavras competência e habilidade assim como em outros estudos[32,73,74], pois se entende que estão amplamente relacionadas, já que não há profissional competente sem ser habilidoso em uma determinada área.

Habilidade interpessoal ou competência interpessoal é a aptidão de lidar eficazmente com as relações interpessoais, de se relacionar com outras pessoas de forma adequada as situações e também as necessidades do outro[29].

Pode-se afirmar que para as profissões existirem as habilidades técnicas e as habilidades interpessoais devem fazer parte do cotidiano do profissional, mas é importante reconhecer a necessidade da utilização adequada de cada uma delas para se prestar um serviço de qualidade[29].

O fator Troca de informação reflete a capacidade do profissional em transmitir e receber informações pertinentes durante o exame físico. Se o profissional se autoavaliar com uma alta frequência nos três itens que compõem este fator, isto demonstrará que, na percepção dele, ele transmite e recebe informações claras, objetivas e adequadas, além de manter um processo comunicacional verbal coerente.

Entre as várias definições do verbo “trocar”, ressalta-se as que mais se enquadram neste fator como: dar em troca, dar uma coisa por outra; permutar, dar e receber reciprocamente; alternar, reciprocar. Já a palavra “informação” pode ser definida como: transmissão de notícias, comunicação, ação de informar-se, instrução, ensinamento, transmissão de conhecimentos, indagação, opinião sobre o procedimento de alguém. Assim, pode-se observar

que as definições da língua portuguesa traduzem exatamente o que o fator verifica[72].

Este fator baseia-se na comunicação verbal, que é o tipo de comunicação associada às palavras, sejam faladas ou escritas e para ser considerada efetiva deve ser bidirecional e com a necessidade de se validar as mensagens[16.] A comunicação verbal adequada e efetiva contribui para a qualidade da assistência de enfermagem, principalmente nos procedimentos desconhecidos que causam medo e ansiedade ao paciente, como o exame físico.

A Troca de informação se mostrou relevante em um estudo voltado à promoção da saúde, que identificou as percepções de meninas e de seus familiares sobre um programa de educação em saúde que abordava a violência contra a mulher. O sucesso desse Programa está vinculado ao elemento troca de informação, destacando o diálogo entre as partes e o inter-relacionamento dos envolvidos: meninas, familiares e educadores[75].

O terceiro fator é a Sinceridade na relação. Os itens que compõem este fator trazem de forma clara a necessidade de se falar tudo ao paciente. O profissional enfermeiro que se autoavaliar com alta frequência nos itens 1 e 9 estará afirmando ser sincero dentro desta relação, o que evidencia a veracidade e totalidade das informações e sem omissões.

No dicionário da língua portuguesa a palavra sinceridade é definida como: franqueza, lealdade; ausência de dobrez ou de hipocrisia; lisura de caráter, palavras ou observações sinceras[72]. Pode-se perceber que a ultima definição tem relação direta com a comunicação.

Uma pesquisa qualitativa feita acerca da integralidade do cuidado, com uma população diversa, incluindo docentes, discentes, gestores de serviços de saúde e enfermeiros assistenciais, concluiu a partir dos discursos que o cuidado deve ser pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre profissionais e usuários[76]. Pode-se observar que a sinceridade permeia relações profissionais independente da ocupação trabalhista.

O elemento sinceridade apareceu também no discurso de alguns participantes de uma pesquisa feita com objetivo de discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e o vínculo como tecnologia

leve na atenção básica. A percepção do que é vinculo entre usuários e profissionais da saúde traz a sinceridade como elemento componente, afirmando que para se ter vinculo, como relação entre semelhantes, o fator Sinceridade é relevante[77].

A Sinceridade também permeia a questão da humanização, pois a partir de um estudo reflexivo e teórico feito acerca do processo comunicativo e da humanização, com o objetivo de discorrer sobre as potencialidades e requisitos para a produção de um agir comunicativo, visto que este agir comunicativo se refere à expansão de uma competência comunicativa, que constitui a base de um cuidado, destaca a inteligibilidade da mensagem; a verdade e coerência do conteúdo proposicional; a exatidão da mensagem em meio à circunstâncias; e a sinceridade[78].

O último fator, Profissionalismo, composto por dois itens faz com que o profissional classifique, sob sua própria perspectiva, o seu profissionalismo. Entende-se profissionalismo como uma característica do servidor ideal que tenha coerência ética, pessoal e profissional e valores orientadores da profissão, que podem ser entendidos como um conjunto de saberes, atitudes e competências necessárias ao correto exercício profissional[79].

O significado de “profissionalismo” contido no dicionário da língua portuguesa complementa a definição citada quando conceitua como: caráter, espírito ou métodos profissionais; posição, prática ou métodos de profissionais em contraposição aos de amadores; conjunto de profissionais, seu procedimento ou ponto de vista característicos; carreira de profissionais[72]. No contexto da escala proposta entende-se que o fator Profissionalismo esteja relacionado às habilidades de comunicação.

Após a analise fatorial que definiu os quatro fatores, foi feita a consistência interna do instrumento por meio do Alpha de Cronbach e os resultados foram conclusivos para atestar a homogeneidade entre os itens e a correlação positiva entre eles, assim como em outros estudos de validação que utilizaram o mesmo método [52,53, 57].

Quanto aos fatores identificados e o valor do alpha, pode-se afirmar que eles foram menores, do que o total, entretanto apresentaram uma correlação positiva comprovando que os fatores não devem ser utilizados como escalas individuais.

Para este estudo foi utilizado a validade de conteúdo e a validade de constructo. Não foi possível realizar a validade de critério, visto que o objetivo da validade de critério é verificar se o instrumento é capaz de identificar os que são efetivamente melhores para uma determinada atividade[82], e por isso exige a comparação entre instrumentos que mensurem a mesma variável da mesma forma. Como não foram encontrados instrumentos na língua portuguesa com as mesmas características, esta comparação não foi possível.

Considerando o contexto nacional em produção de escalas que avaliem comunicação, pode-se perceber que há um número insuficiente de instrumentos, portanto há uma lacuna nesta área da pesquisa, sendo necessários mais estudos nesta temática. O cenário internacional também se apresenta com uma demanda inferior de escalas validadas à necessidade desta área[83].

Realizar a avaliação da comunicação entre enfermeiro e paciente é um recurso útil, uma vez que é possível obter informações que auxiliam na elaboração do planejamento e das ações de enfermagem para o cuidado. Entretanto, sabe-se que esta avaliação torna-se difícil, pois há poucos instrumentos validados e adaptados para a cultura brasileira e os que se propõem a avaliar o processo comunicacional apresentam limitações[83].

O processo comunicacional é complexo e envolve vários fatores. Instrumentos que avaliam a comunicação podem ser de grande valia para intervenções individuais com o objetivo de aprimorar as relações e o cuidado, porém avaliar a comunicação interpessoal de forma abrangente pode demandar mais de uma técnica ou o uso de instrumentos diferentes como a observação das interações, dinâmicas, filmagem e interpretação da comunicação não verbal, entre outras[84].

É neste cenário, de atuação prática, que os instrumentos de mensuração em comunicação interpessoal ganham maior relevância. Quando é resultado de um processo interativo, cuja intencionalidade dos participantes seja manifestada, para isso os profissionais devem utilizar a comunicação interpessoal adequada como meio para se alcançar uma melhor assistência ao paciente[85,86].

9. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo conseguiu comprovar a validade e a confiabilidade do instrumento “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes”, entretanto deve-se considerar que o resultado pode estar sujeito a algumas limitações.

O tamanho das instituições em que foi realizada a coleta de dados era variado podendo ter relação com as respostas dos participantes, no sentido de que, para uma instituição menor a compreensão de habilidade em comunicação pode ser mais clara do que para enfermeiros de atuam em uma instituição de grande porte.

O fato de o instrumento proposto ser uma autoavaliação, o que depende da capacidade reflexiva e critica de cada profissional sobre a sua própria atuação, obtendo a percepção apenas do profissional.

10. CONCLUSÃO

A escala de “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes”, quando utilizada na situação de anamnese e do exame físico, apresenta validade conteúdo e uma confiabilidade interna moderada, portanto, satisfatória e aceitável. Foram determinados quatro fatores, entretanto não devem ser utilizados como subescalas individuais, e as correlações entre os itens e o total foram positivas.

Assim, levando-se em conta os resultados obtidos, pode-se afirmar que a escala “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes” apresenta boa confiabilidade e boa consistência interna sendo um instrumento confiável para o profissional enfermeiro se autoavaliar em itens sobre profissionalismo e comunicação interpessoal.

REFERÊNCIAS

1. Littlejohn SW. Fundamentos Teóricos da Comunicação. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
2. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente critico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [online]. 2005 dez; [citado em 2014 junho 6]; 39(4):423-9.Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008
3. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
4. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2º ed. São Paulo: Robe, 1993.
5. Pinho LB, Santos SMA. O Relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no Hospital Geral. Cogitare Enf [online]. 2007 jul/set; [citado em 2013 maio 3]; 12(3):377-85. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/10038/6895
6. Sousa LFL, Leal AL, Sena EFC. A importância da comunicação não verbal do professor universitário no exercício da sua atividade profissional. Rev CEFAC [online]. 2010 set/out; [citado em 2013 junho 18]; 12(5):784-787.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/137-09.pdf
7. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção a saúde. Rev Bioética [online]. 2002; [citado em 2013 março 10]; 10(2):73-88. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216
8. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente-visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul Enferm [online]. 2007; [citado em 2013 março 13]; 20(4):410-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf
9. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Rev Bras Enferm [online]. 2009 nov/dez; [citado em

2013 junho 18]; 62(6):831-6.10. Disponível em: http://scielo.br/pdf/reben/v62n6/a05v62n6.pdf

10. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. Estud Psicol (Natal) [online]. 2004 set/dez; [citado 2015 abril 12]; 9(3):459-469.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a08v09n3.pdf
11. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. Rev Latino Am Enfermagem [online]. 2005 set/out; [citado 2013 maio 21]; 13(5):723-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf
12. Santos CCV, Shiratori K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [online]. 2005 jul/ago; [citado em 2013 junho 25]; 58(4):434-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a10v58n4.pdf
13. Araujo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP [online]. 2007 dez; [citado em 2014 fevereiro 12]; 41(4):668-74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf
14. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Rev Esc Enferm USP [online]. 2006; [citado em 2013 junho 18]; 59(3):327-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf
15. Araujo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal como fator iatrogênico. Rev Esc Enferm USP [online]. 2007 set; [citado em 2013 junho 18]; 41(3):419-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/11.pdf
16. Silva MJP. Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4º ed. São Paulo: Loyola, 2006.
17. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savontti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Lat Am Enfermagem [online]. 2000 ago; [citado em 2013 outubro 11]; 8(4):52-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384

18. Ekman P. A linguagem das emoções: revolucione sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor. São Paulo: Lua de Papel, 2011.

19. Pease A, Pease B. Desvendando os segredos da linguagem corporal. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

20. Schimidt TCG, Silva MJP. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. Rev Enferm UERJ [online]. 2012 jul/set; [citado em 2015 fevereiro 10]; 20(3):349-54. Disponível em: http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2337

21. Dimitrius JE, Mazzarella M. Decifrar pessoas. São Paulo: Alegro, 2000.

22. Barbosa LARR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. Rev Bras Educ Med [online]. 2010 jul/set; [citado em 2014 junho 18]; 34(3):363-370. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/05.pdf

23. Chistóforo BEB, Zagonel IPS, Carvalho DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão a luz da teoria de Joyce Travelbee. Cogitare Enferm [online]. 2006 jan/abr; [citado em 2015 fevereiro 18]; 11(1):55-60. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5977/4277

24. George JB [organizador]. Teorias de Enfermagem: os fundamentos a pratica profissional, 4º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

25. Brito M da CC, Sales DS, Dias MS de A. Experienciando as reflexões humanísticas de Joyce Travelbee acerca da assistência de Enfermagem. Essentia [online]. 2012 jul/nov; [citado 2015 maio 29]; 14(1):79-86. Disponível em: http://www.uvanet.br/essentia.old/edicao_ano14n1/reflexoes_humanisticas.pdf

26. Oliveira MMC, Almeida CB, Araújo TL, Galvão MTG. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. Rev Esc Enferm USP [online]. 2005 dez; [citado

em: 2015 março 18]; 39(4):430-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf

27. Leitão SP, Fortunato G, Freitas AS. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. Rev Adm Pública [online]. 2006 set/out; [citado 2015 março 22]; 40(5):883-907. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n5/a07v40n5.pdf
28. Waidman MAP, Elsen I, Marcon SS. Possibilidades e limites da Teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado a família. Rev Eletr Enf [online]. 2006; [citado em 2015 fevereiro 18]; 08(2):282-29. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm
29. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 21ºed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2012.
30. Roehrs H, Maftum MA, Mazza VA, Borille DC. Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no espaço escolar. Ciênc Cuid Saúde [online]. 2007; [citado em 2015 março 22]; 6(1):110-19. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4983
31. Takaki MH, Sant'Ana DMG. Empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enferm [online]. 2004 jan/jun; [citado em 2015 fevereiro 20]; 9(1):79-83. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1708/1416
32. Munari DB, Bezerra ALQ. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. Rev Bras Enferm [online]. 2004 jul/ago; [citado em 2015 janeiro 19]; 57(4):484-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf
33. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
34. Kletemberg DF, Siqueira MD, Mantovani MF. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. Esc Anna Nery [online]. 2006 dez; [citado em ano mês e dia]; 10(3):478 - 86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a17.pdf

35. Comitê de Consulta de Enfermagem. Rev Bras Enferm.1979; 32:407-8.
36. Silva MG. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal- a percepção do cliente. Rev Lat Am Enfermagem [online].1998; [citado em ano mês e dia]; 6 (1):27-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13918
37. Maciel ICF, Araújo TL de. Consulta de enfermagem: analise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. Rev Lat Am Enfermagem [online]. 2003 mar/abr; [citado em ano mês e dia]; 11(2):207-14. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf
38. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm [online]. 2005 set/out; [citado em ano mês dia]; 58(5):568-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf
39. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.
40. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm [online]. 2011 mar/abr; [citado em 2013 maio 10]; 64(2):355-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf
41. Paula JC, Cintra FA. A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. Acta Paul Enferm [online]. 2005; [citado em ano mês e dia]; 18(3):301-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a11v18n3.pdf
42. Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O Processo de Enfermagem sob a ótica de enfermeiras de uma maternidade. Rev Bras Enferm [online]. 2007 mar/abr; [citado em 2013 maio 10]; 60(2):207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a14v60n2
43. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [online]. 2005 set/out; [citado em 2013 maio 10]; 58(5):580-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a15v58n5.pdf

44. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente a exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm [online]. 2010 jan/mar; [citado em 2013 maio 10]; 19(1):36-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04.pdf
45. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. SPINE. 2000 dez; [citado em 2013 abril 5]; 25(24):3186-91. PubMed; PMID 11124735. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/12203631_Guidelines_for_the_Process_of_Cross-Cultural_Adaption_of_Self-Report_Measures
46. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS) [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
47. Garcia AM. Tradução para o português e validação de um instrumento de avaliação de qualidade da ressuscitação cardio- pulmonar no atendimento pré-hospitalar: Utstein Style [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
48. Pelegrino FM. Adaptação e validação do instrumento Duke Anticoagulation Satisfaction Sacale (DASS): versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
49. Castro MEM. Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de Qualidade de Vida relacionada à Saúde, DISABKIDS 37 para crianças/adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais/cuidadores: fase I [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
50. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7º ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
51. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

52. Godoy S. Validação para o Brasil da escala Revises two-factor Study Process Questionneire (R-SPQ- 2F) [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
53. Cassota RA. Validação do inventário de sintomas do M.D Anderson (MDASI-core) em adolescentes brasileiros com câncer [dissertação] Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2012.
54. Rosa PRS. Validando os instrumentos de pesquisa. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Departamento de Física; s/d.
55. Artes R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. Rev Psiquiatr Clín [online]. 1998; [citado em 2015 março 2]; 25(5):223-28. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n5/conc255d.htm
56. Maroco J, Marques TG. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia. 2006; 4(1):65-90. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706
57. Symons AB, Swanson A, McGuigan D, Orrange S, Akl EA. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. BMC Med Educ. 2009 jan; 9(1):1-7. PubMed; PMCID: 19133146. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631014/
58. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). Rev Bras Reumatol. 1999; 39 (3):143-150. Disponível em: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf
59. Avansi PdoA. Tradução e validação para a língua portuguesa do “In-hospital Utstein Style” [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
60. Pasquali L. Psicometria: teoria de aplicações. Brasilia: Editora Universidade de Brasilia, 1997

61. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em Medicina: uma abordagem. Interface (Botucatu) [online]. 2006 jan/jun; [citado em 2014 fevereiro 12]; 10(19):93-102. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a07v1019.pdf
62. Picon P, Gauer GJC, Fachel JMG, Manfro GG. Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). Rev psiquiatr Rio Gd Sul [online]. 2005 jan/abr; [citado em 2015 março 2]; 27(1):40-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a05.pdf
63. Pires CP, Ferraz MB, Abreu MH. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). Braz Oral Res [online]. 2006; 20(3):263-8. PubMed; PMID 17119711. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242006000300015
64. Bechara E. Moderna gramatica portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 2009.
65. Cunha C. Nova Gramatica do português contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Lexikon, 2011.
66. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 16º ed. São Paulo: Editora Ática; 2002.
67. Calvino I. Seis propostas para o próximo milênio. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
68. Severino AJ. Metodologia do trabalho cientifico. São Paulo: Editora Cortez; 2007.
69. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o número de Itens e a disposição influenciam nos resultados? RGO [online]. 2013; [citado em 2015 abril 12]; 6(3):161-174. Disponível em: http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1386/1184
70. Peterson AA, Carvalho EC . Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Rev Bras Enferm [online]. 2011 jul/ago; [citado em 2015 janeiro 19]; 64(4):692-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf
71. Corniani F, Galvão CM, Sawada NO. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital

governamental. Rev Esc Enf USP [online]. 2000 Dez; [citado em 2015 janeiro 19]; 34(4):347-53. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/541.pdf

72. Michaelis H. Dicionário pratico língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2009.
73. Esperidião E, Munari DB. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestaltica. Rev Bras Enferm [online]. 2000 jul/set; [citado em 2015 janeiro 19]; 53(3):415-423. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n3/v53n3a09.pdf
74. Munari DB, Costa HK, Cardoso AHA, Almeida CCOF. Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem. Rev Bras Enferm [online]. 2003 set/out; [citado em 2015 janeiro 19]; 56(5):484-487. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a03v56n5.pdf
75. Leite SN, Tonolli LLM. Uma terceira via para a gente aprender as coisas femininas... perspectivas sobre o desenvolvimento de um projeto de promoção de saúde e cidadania de meninas. Interface (Botucatu) [online]. 2010 out/dez; [citado em 2015 abril 12]; 14(35):933-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/aop1710.pdf
76. Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [online]. 2010 maio/jun; [citado em 2015 janeiro 19]; 63(3):366-7070. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a03v63n3.pdf
77. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciên Saúde Colet [online]. 2009 set/out; [citado em 2015 abril 12]; 14(Supl. 1):1523-1531. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf
78. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2009; [citado em 2015 abril 12]; 13(supl.1):641-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf

79. Mestrinho MG. Profissionalismo e competências dos professores de Enfermagem [tese]. Lisboa: Instituto de Educação, Universidade de Lisboa; 2011.
80. Machado NJ. Competência e profissionalismo: o lugar da ética. São Paulo: Programa Ética e Cidadania construindo valores na escola e na sociedade; s/d. Consultado em 12 de Abril de 2015. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf%5C%C3%89tica%20e%20cidadania%5CO%20lugar%20da%20%C3%A9tica.pdf
81. Rego S. O Profissionalismo e a Formação Médica [editorial]. Rev Bras Educ Med [online]. 2012 out/dez; [citado em 2015 abril 12]; 36(4):446. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/01.pdf
82. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. Letras de Hoje [online]. 2009 jul/set; [citado em 2015 abril 12]; 44(3):86-93. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768/4188
83. Casarin FS, Pagliarin KC, Koehler C, Oliveira CR, Fonseca RP. Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. Rev CEFAC [online]. 2011 set/out; [citado em 2015 abril 12]; 13(5):917-925. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/144-10.pdf
84. Puggina AC, Silva MJ. Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. Acta Paul Enferm. 2014 mar/abr; [citado em 2015 março 25]; 27(2):108-14. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0108.pdf
85. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009; [citado em ano mês e dia]; 22(3):323-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf
86. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. Enfermagem Global [online]. 2006 Maio; [citado em ano mês e dia]; (8):1-7. Disponível em: http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/450/421

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o pré-teste

Prezados Colaborador,

Estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado "Validação e adaptação transcultural do instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros", sob orientação da Prof[a.] Dr[a.] Ana Cláudia Puggina, docente do mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UNG).

O objetivo do estudo é validar e adaptar culturalmente o instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros", um instrumento que pode ser muito útil na avaliação das habilidades de comunicação do enfermeiro com o paciente.

Para a validação teórica deste estudo necessito de sua valorosa contribuição no **pré-teste** do instrumento respondendo aos dados de caracterização do participante, bem como, uma entrevista com 2 perguntas abertas e um questionário com 11 questões fechadas, isso levará em média **20 minutos**.

Você tem total liberdade participar ou não da pesquisa. Informo que você não terá despesas e nem prejuízo; que não será lesado em qualquer circunstância e que seu nome não será citado no trabalho. Como risco pode-se citar o constrangimento e para sua minimização será mantida a privacidade dos dados e os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Caso seja de sua vontade, você poderá abandonar a pesquisa, pois não ocorrerá nenhum tipo de repressão.

Não haverá benefício direto. No entanto, esse conhecimento poderá ser útil para avaliação e melhora das habilidades em comunicação do enfermeiro durante a realização do exame físico no paciente. Atualmente destaca-se a preocupação com a formação de profissionais de saúde competentes em habilidades de comunicação interpessoal.

Declaro que me foram fornecidas todas as informações sobre este estudo, e então me comprometo a participar da pesquisa. Caso houver novas perguntas sobre este assunto, posso entrar em contato com a mestranda Thaís Josgrilberg Pereira pelo e-mail thata_josgrilberg@hotmail.com e pelo celular (67) 9668-9112 ou com a orientadora Profa. Dra. Ana Cláudia Puggina e-mail apuggina@prof.ung.br e celular (11) 99450-0502

Estou ciente de que esse termo foi elaborado em 2 vias e que uma delas ficará comigo e outra com o pesquisador, bem como, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos, situado à Praça Tereza Cristina, n.º 229 - Centro - Guarulhos. Email: comitê.etica@ung.br, telefone(11)2464-1779.

Eu,....., portador do R.G....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Foi me certificado de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Dourados, _____ de _____ de 2013.

_____ _____

Thaís Josgrilberg Pereira Assinatura do Participante

(mestranda Universidade Guarulhos)

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o teste pré-final

Prezados Colaborador,

Estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado "Validação e adaptação transcultural do instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros", sob orientação da Prof[a.] Dr[a.] Ana Cláudia Puggina, docente do mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UNG).

O objetivo do estudo é validar e adaptar culturalmente o instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros", um instrumento que pode ser muito útil na avaliação das habilidades de comunicação do enfermeiro com o paciente.

Para a validação teórica deste estudo necessito de sua valorosa contribuição no **teste pré-final** do instrumento respondendo aos dados de caracterização do participante, bem como, um questionário com 11 questões fechadas, isso levará em média **10 minutos**.

Você tem total liberdade participar ou não da pesquisa. Informo que você não terá despesas e nem prejuízo; que não será lesado em qualquer circunstância e que seu nome não será citado no trabalho. Como risco pode-se citar o constrangimento e para sua minimização será mantida a privacidade dos dados e os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Caso seja de sua vontade, você poderá abandonar a pesquisa, pois não ocorrerá nenhum tipo de repressão.

Não haverá benefício direto. No entanto, esse conhecimento poderá ser útil para avaliação e melhora das habilidades em comunicação do enfermeiro durante a realização do exame físico no paciente. Atualmente destaca-se a preocupação com a formação de profissionais de saúde competentes em habilidades de comunicação interpessoal.

Declaro que me foram fornecidas todas as informações sobre este estudo, e então me comprometo a participar da pesquisa. Caso houver novas perguntas sobre este assunto, posso entrar em contato com a mestranda Thaís Josgrilberg Pereira pelo e-mail thata_josgrilberg@hotmail.com e pelo celular (67) 9668-9112 ou com a orientadora Profa. Dra. Ana Cláudia Puggina e-mail apuggina@prof.ung.br e celular (11) 99450-0502

Estou ciente de que esse termo foi elaborado em 2 vias e que uma delas ficará comigo e outra com o pesquisador, bem como, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos, situado à Praça Tereza Cristina, n.º 229 - Centro - Guarulhos. Email: comitê.etica@ung.br, telefone(11)2464-1779.

Eu,....., portador do R.G....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Foi me certificado de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Dourados, _____ de _____ de 2013.

_____ _____

Thaís Josgrilberg Pereira Assinatura do Participante

(mestranda Universidade Guarulhos

Apêndice C – Autorização do autor por email

RE: validate and to adapt culturally this instrument of communication skills

Symons, Andrew (symons@buffalo.edu) Adicionar aos contatos 27/03/2013
Para: Thaís Josgrilberg Pereira
Cc: Mcguigan, Denise

Thais,

That is OK with me. I only request that you reference it properly. Good luck with your work.

Andy

Andrew Symons MD, MS
Vice Chair for Medical Student Education
Department of Family Medicine
Course Director, Clinical Practice of Medicine I
SUNY at Buffalo School of Medicine and Biomedical Sciences
President, Erie County Chapter of the NYSAFP

From: Thaís Josgrilberg Pereira [thata_josgrilberg@hotmail.com]
Sent: Wednesday, March 27, 2013 3:40 PM
To: Symons, Andrew
Subject: validate and to adapt culturally this instrument of communication skills

My name is Thais Josgrilberg Pereira. I'm a nurse and Master Degree Student at University of Guarulhos in Brazil. Here the graduated nurse (Registered Nurse) realize physical examination on patients requiring also of this professional an effective communication during this procedure. Therefore, reading your article entitled "The tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents" we think it might be possible to adapt this instrument for the professional nurse. What do you think about?

I'm asking your authorization to translate, to validate and to adapt culturally this instrument of communication skills for nurses.

My contact:
Thais Josgrilberg Pereira
Email:thata_josgrilberg@hotmail.com
Phone: +55 67 91693588

Advisor's contact:
Ana Claudia Puggina
Email: claudiapuggina@usp.br
Website: www.claudiapuggina.com
Phone +55 11 994500502

Apêndice D – Tradução 1
Autoavaliação das habilidades em comunicação interpessoal e profissionalismo

Instruções: pense de maneira geral nas suas habilidades de comunicação com os pacientes durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e tente ser o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1(pouco ou moderado) 2 (bom) 3 (muito bom ou excelente)

1	Digo-lhes tudo, sou verdadeiro, aberto e franco, não escondo coisas deles que eles deveriam saber?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	Cumprimento-os calorosamente, chamando-os pelo nome que preferem, sou amigável, nunca mal-humorado ou rude?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	Trato-os como no mesmo nível, nunca “falando baixo” com eles ou tratando-os como uma criança?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	Deixo-os contar a sua história, ouço com atenção; fazendo perguntas pertinentes, não os interrompendo enquanto eles estão falando?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	Mostro interesse por eles como uma pessoa; não ajo entediado ou ignorando o que eles têm a dizer?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; dizendo-lhes o que vou encontrar?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	Discuto as opções com eles, pedindo sua opinião, oferecendo opções e deixando-os ajudar a decidir o que fazer, perguntando o que eles pensam antes de dizer-lhes o que será feito?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	Incentivo-os a fazer perguntas, respondendo-lhes claramente, nunca evitando seus questionamentos ou seu discurso?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	Explico o que eles precisam saber sobre os seus problemas, como e por que ocorreu, e que os espera?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explicando termos técnicos médicos em linguagem simples?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	Como você classificaria o seu nível de profissionalismo?	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Apêndice E -Tradução 2

Uma ferramenta para autoavaliação de habilidades de comunicação e profissionalismo em residentes

Instruções: Para responder as perguntas escolha apenas uma opção, que pode ser 1 (ruim ou justo), 2 (bom) ou 3 (muito bom ou excelente).

1	Contando tudo; sendo verdadeiro, honesto e franco; não escondendo coisas de que eles devem saber.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	Cumprimentando-os cordialmente; chamando-os pelo nome que eles preferem; sendo amigável, nunca, mal-humorado ou rude.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	Tratá-los como se estivessem no mesmo nível; nunca falar com eles ou trata-los como uma criança.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	Deixá-los contar sua história; ouvindo atentamente; fazendo perguntas atenciosas; não as interrompendo enquanto estão falando.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	Mostrando interesse nelas como pessoas; não agindo entediado ou ignorando o que eles têm a dizer.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	Avisando-os durante o exame físico sobre o que você vai fazer e por quê; dizendo-lhes o que você encontrar.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	Discutindo opções com eles; pedindo sua opinião; oferecendo opções e deixá-los ajudar a decidir o que fazer; perguntando o que eles pensam antes de lhes dizer o que fazer.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	Incentivando-os a fazer perguntas; respondendo as claramente; nunca fugir às suas perguntas ou palestras.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	Explicando o que eles precisam, saber sobre seus problemas, como e por que eles ocorreram e o que esperar em seguida.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	Usando palavras que conseguem compreender quando explicando seus problemas e tratamento; explicar quaisquer termos técnicos médicos em linguagem simples.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	Como você classificaria o seu nível de profissionalismo?	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Apêndice F - Sínteses das traduções 1 e 2

Autoavaliação sobre a comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes

Instruções: Pense nas suas habilidades de comunicação com os pacientes durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e seja o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1 (não), 2 (às vezes) ou 3 (sim)

1	Digo-lhes tudo, sou verdadeiro, aberto e franco, não escondo coisas deles que eles deveriam saber?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	Cumprimento-os calorosamente, chamando-os pelo nome que preferem, sou amigável, nunca mal-humorado ou rude?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	Trato-os como no mesmo nível, nunca “falando baixo” com eles ou tratando-os como uma criança?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	Deixo-os contar a sua história, ouço com atenção; fazendo perguntas pertinentes, não os interrompendo enquanto eles estão falando?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	Mostro interesse por eles como uma pessoa; não ajo entediado ou ignorando o que eles têm a dizer?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; dizendo-lhes o que vou encontrar?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	Discuto as opções com eles, pedindo opinião, oferecendo opções e deixando-os ajudar a decidir o que fazer, perguntando o que eles pensam antes de dizer-lhes o que será feito?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	Incentivo-os a fazer perguntas, respondendo-lhes claramente, nunca evitando seus questionamentos ou seu discurso?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	Explico o que eles precisam saber sobre os seus problemas, como e por que ocorreu, e que os espera?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explicando termos técnicos médicos em linguagem simples?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	Como você classificaria o seu nível de profissionalismo? Marque 1 (baixo) 2 (moderado) 3 (alto)	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Comentários da colaboradora:

Sugeri o título: “**Autoavaliação sobre a comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes”** porque a comunicação interpessoal é realizada entre duas ou mais pessoas, deixando para a descrição a explicação de que é voltada para enfermeiros.

Acredito que para as perguntas de 1 a 10, as respostas adequadas seriam SIM, NÃO, ÀS VEZES. Somente o questionamento 11 que pede repostas como BAIXO, MODERADO, ALTO.

A meu ver, a autoavaliação deve ser feita com questionamentos, a exemplo do apêndice F e não com afirmações como o anexo A. Neste caso, talvez seja necessário uma melhor explicação sobre como responder a avaliação a partir das afirmações.

Apêndice G - Retrotradução 1

Self-assessment of the interpersonal communication among nurses and patients

Instructions: Think about your communication skills with patients during physical examination and medical history to answer the questions below. Please do not leave questions unanswered and be as honest as possible.

Choose only one response which may be:

1 (no), 2 (sometimes) or 3 (yes)

1	I tell them everything, I am truthful, open and frank, do not hide things from them that they should know?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	I greet them warmly, calling them by the name that they prefer, am friendly, never grumpy or rude?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	I treat them as the same level, never "talking down" to them or treating them as a child?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	I let them tell their story, listen carefully, asking pertinent questions, not interrupting while they are talking?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	I show interest in them as a person, not act bored or ignoring what they have to say?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	I notify them during the physical examination of what I will do and why,telling them what I find?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	I discuss the options with them, asking opinion, offering choices and letting them help to decide what to do, asking what they think before I tell them what will be done?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	I encourage them to ask questions, answer them clearly, never avoiding their questions or their response?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	I explain what they need to know about their problems, how and why it occurred, and what awaits them?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	I use words that they can understand when I explain their problems and the treatment; explaining technical medical terms in simple language?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	How would you rate your level of professionalism? Mark: 1 (low) 2 (moderate) 3(high)	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Apêndice H - Retrotradução 2

Self-assessment of the interpersonal communication between nurses and patients

Instructions: Think about your communication skills with the patients during the performance of the physical examination and the anamnesis to answer the questions below. Please do not leave questions unanswered and be as honest as possible.

Choose only one response, which may be:

1 (no), 2 (sometimes) or 3 (yes)

1	Do I tell them everything, am I truthful, open and frank, not hiding things that they should know from them?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	Do I greet them warmly, calling them by the name they prefer, am I friendly, never ill-tempered or rude?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	Do I treat them as my equals, never "talking down" to them or treating them like children?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	Do I let them tell their story, listen carefully; asking pertinent questions, not interrupting them while they are talking?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	Do I show interest in them as people; not acting bored or ignoring what they have to say?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	Do I advise them during the physical examination about what I am going to do and why; telling them what I find?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	Do I discuss the options with them, asking for opinions, offering choices and letting them help to decide what to do, asking what they think before telling them what will be done?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	Do I encourage them to ask questions, answering them clearly, never avoiding their questions or their conversation?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	Do I explain what they need to know about their problems, how and why they occurred, and what awaits them?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	Do I use words they can understand when I explain their problems and the treatment; explaining technical medical terms in simple language?	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	How do you rate your level of professionalism? Mark 1 (low) 2 (moderate) 3 (high)	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Apêndice I - Proposta versão pré-teste-avaliação do comitê de juízes Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes

Instruções: Pense nas habilidades de comunicação com os pacientes, que você utiliza em geral, durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e seja o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1 (nunca), 2 (às vezes) ou 3 (sempre) ( ) concordo ( ) discordo[1]

1	Digo-lhes tudo, sou verdadeiro, aberto e franco, não escondendo as coisas deles que eles deveriam saber?	( ) concordo ( ) discordo
2	Cumprimento-os calorosamente, chamando-os pelo nome que preferem, sou amigável, nunca mal-humorado ou rude?	( ) concordo ( ) discordo
3	Trato-os como no mesmo nível, nunca “falando baixo” com eles ou tratando-os como uma criança?	( ) concordo ( ) discordo
4	Deixo-os contar a sua história, ouvindo com atenção; fazendo perguntas pertinentes, não os interrompendo enquanto eles estão falando?	( ) concordo ( ) discordo
5	Mostro interesse por eles como uma pessoa; não agindo entediado ou ignorando o que eles têm a dizer?	( ) concordo ( ) discordo
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; dizendo-lhes o que vou encontrar?	( ) concordo ( ) discordo
7	Discuto as opções com eles, pedindo opinião, oferecendo opções e deixando-os ajudar a decidir o que fazer, perguntando o que eles pensam antes de dizer-lhes o que será feito?	( ) concordo ( ) discordo
8	Incentivo-os a fazer perguntas, respondendo-lhes claramente, nunca evitando seus questionamentos ou sua fala?	( ) concordo ( ) discordo
9	Explico o que eles precisam saber sobre os seus problemas, como e por que ocorreu, e que esperar em seguida?	( ) concordo ( ) discordo
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explicando termos técnicos em linguagem simples?	( ) concordo ( ) discordo
11	Como você classificaria o seu nível de profissionalismo? Marque 1 (baixo) 2 (moderado) 3 (alto)	( ) concordo ( ) discordo

Comentários:

_____

[1] A concordância ou discordância em cada item deve ser em relação a tradução e melhor entendimento na nossa cultura. Somente esta folha deve ser devolvida aos autores por e-mail.

Apêndice J - Proposta versão pré-teste

Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes

Instruções: Pense nas habilidades de comunicação com os pacientes, que você utiliza em geral, durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e seja o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1 (nunca), 2 (raramente), 3 (algumas vezes), 4 (frequentemente) ou 5 (sempre)

1	Digo-lhes tudo, sou verdadeiro, aberto e franco, não escondo as coisas que eles deveriam saber.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
2	Cumprimento-os calorosamente, chamo-os pelo nome que preferem, sou amigável, não mal-humorado ou rude.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
3	Trato-os no mesmo nível, não os menosprezo ou trato-os como criança.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
4	Deixo-os contar as suas histórias, ouço-os com atenção; faço perguntas pertinentes, não os interrompo enquanto estão falando.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
5	Mostro interesse por eles como pessoa; não ajo entediado ou ignoro o que eles têm a dizer.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e porquê; digo-lhes o que encontro.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
7	Discuto as opções com eles, peço sua opinião, ofereço alternativas e deixo-os ajudar a decidir o que fazer, pergunto o que eles pensam antes de dizer-lhes o que fazer.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
8	Incentivo-os a fazer perguntas, respondendo-lhes claramente, não evitando seus questionamentos ou suas falas?	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
9	Explico o que eles precisam saber sobre seus problemas, como e por que ocorreram, e o que esperar em seguida?	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explico termos técnicos em linguagem simples.	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )
11	Como classifico meu nível de profissionalismo? Marque 1 (baixo) 2 (baixo a moderado) 3 (moderado) 4(moderado a alto) 5(alto)	1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )

Apêndice L – Entrevista dirigida para o pré-teste

1- Em geral, você teve dificuldade na compreensão e preenchimento dos itens da escala?

2- Você poderia apontar-me e justificar quais itens você teve mais dificuldade ou leu mais de uma vez para entender o que era proposto?

Apêndice M - Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa

Participante de pesquisa n°: _____

Idade: _____anos

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Estado civil:
☐ Solteiro
☐ Casado
☐ Viúvo
☐ Separado
☐ Divorciado
☐ Amasiado

Grau de escolaridade/titulação:
☐ Doutor
☐ Mestre
☐ Especialista
☐ Graduado

Setor de atuação: _____

Tempo de formação (anos):_____

Local de coleta:

☐ Hospital Universitário da Grande Dourados
☐ Hospital Evangélico Dr. E Sra. Goldsby King
☐ Hospital da Vida
☐ Hospital do Coração
☐ Hospital Cassems
☐ Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

Apêndice N - Versão teste pré-final

Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes

Instruções: Pense nas habilidades de comunicação com os pacientes, que você utiliza em geral, durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e seja o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1 (nunca), 2 (raramente), 3 (algumas vezes), 4 (frequentemente) ou 5 (sempre)

1	Digo-lhes tudo; sou verdadeiro, aberto e franco; não escondo as coisas que eles deveriam saber.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
2	Cumprimento-os calorosamente; chamo-os pelo nome que preferem; sou amigável, não mal-humorado ou rude.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
3	Trato-os no mesmo nível; não os menosprezo, não os trato como criança.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
4	Deixo-os contar as suas histórias; ouço-os com atenção; faço perguntas pertinentes; não os interrompo enquanto estão falando.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
5	Mostro interesse por eles como pessoa; não ajo entediado; não ignoro o que eles têm a dizer.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; digo-lhes o que encontro.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
7	Discuto as opções com eles; peço sua opinião; ofereço alternativas e deixo-os ajudar a decidir o que fazer; pergunto o que eles pensam antes de dizer-lhes o que fazer.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
8	Incentivo-os a fazer perguntas; respondendo-lhes claramente; não evitando seus questionamentos ou suas falas.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
9	Explico o que eles precisam saber sobre seus problemas, como e por que ocorreram, e o que esperar em seguida.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explico termos técnicos em linguagem simples.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
11	Como classifico meu nível de profissionalismo? Marque considerando: 1 (baixo); 2 (baixo a moderado); 3 (moderado); 4 (moderado a alto); 5 (alto).	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

Apêndice O - Versão final

Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes

Instruções: Pense nas habilidades de comunicação com os pacientes, que você utiliza em geral, durante a realização do exame físico e da anamnese para responder as questões abaixo. Por favor, não deixe questões sem resposta e seja o mais sincero possível.

Escolha apenas uma opção de resposta, podendo ser:

1 (nunca), 2 (raramente), 3 (algumas vezes), 4 (frequentemente) ou 5 (sempre)

Fator 3	1	Digo-lhes tudo; sou verdadeiro, aberto e franco; não escondo as coisas que eles deveriam saber.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
Fator 1	2	Cumprimento-os calorosamente; chamo-os pelo nome que preferem; sou amigável, não mal-humorado ou rude.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	3	Trato-os no mesmo nível; não os menosprezo, não os trato como criança.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	4	Deixo-os contar as suas histórias; ouço-os com atenção; faço perguntas pertinentes; não os interrompo enquanto estão falando.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	5	Mostro interesse por eles como pessoa; não ajo entediado; não ignoro o que eles têm a dizer.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
Fator 2	6	Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e por que; digo-lhes o que encontro.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	7	Discuto as opções com eles; peço sua opinião; ofereço alternativas e deixo-os ajudar a decidir o que fazer; pergunto o que eles pensam antes de dizer-lhes o que fazer.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	8	Incentivo-os a fazer perguntas; respondendo-lhes claramente; não evitando seus questionamentos ou suas falas.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
Fator 3	9	Explico o que eles precisam saber sobre seus problemas, como e por que ocorreram, e o que esperar em seguida.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
Fator 4	10	Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explico termos técnicos em linguagem simples.	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5
	11	Como classifico meu nível de profissionalismo? Marque considerando: 1 (baixo); 2 (baixo a moderado); 3 (moderado); 4 (moderado a alto); 5 (alto).	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

Pereira TJ; Puggina ACG. Validação e adaptação transcultural do *instrumento A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós – Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2014.

ANEXOS

Anexo A – A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents

Instructions: To answer the questions choose only one option, which can be 1 (poor or fair), 2 (good) or 3 (very good or excellent).

Item	Description	Answer
1	Telling them everything; being truthful, upfront and frank; not keeping things from them that they should know.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
2	Greeting them warmly; calling them by the name they prefer; being friendly, never crabby or rude.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
3	Treating them like they're on the same level; never "talking down" to them or treating them like a child.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
4	Letting them tell their story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting them while they're talking.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
5	Showing interest in them as a person; not acting bored or ignoring what they have to say.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
6	Warning them during the physical exam about what you are going to do and why; telling them what you find.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
7	Discussing options with them; asking their opinion; offering choices and letting them help decide what to do; asking what they think before telling them what to do.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
8	Encouraging them to ask questions; answering them clearly; never avoiding their questions or lecturing them.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
9	Explaining what they need to know about their problems, how and why they occurred, and what to expect next.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
10	Using words they can understand when explaining their problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language.	1 ( ) 2 ( ) 3( )
11	How would you rate your level of professionalism?	1 ( ) 2 ( ) 3( )

Symons AB, Swanson A, McGuigan D, Orrange S, Akl EA. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. BMC Medical Education. 2009; 9(1): 1-7.

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE GUARULHOS - UNG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO A TOOL FOR SELF-ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS AND PROFESSIONALISM IN RESIDENTS PARA ENFERMEIROS

Pesquisador: Thaís Josgrilberg Pereira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 24630613.7.0000.5506
Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.809
Data da Relatoria: 19/11/2013

Apresentação do Projeto:
O projeto intitulado "Validaçao e adatação transcultural do instrumento "a tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents para enfermeiros" foi apresentado em conformidade com a normatização adotada pela instituição proponente e contempla todos os itens necessários avaliados pelo CEP-UnG.

Objetivo da Pesquisa:
O objetivo foi exposto de forma clara e contundente à proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
O projeto não vislumbra situações de riscos a integridade física, moral e cultural dos participantes da pesquisa. O principal benefício apresentado é abertura de precedente à melhoria do atendimento em enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisa visa a tradução e adaptação do instrumento "a tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents" para o profssional enfermeiro.
130 particpantes serão selecionados para as duas fases do projeto, sendo 20 enfermeiros para a

Continuação do Parecer: 512.809

primeira fase e 110 para uma segunda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O pesquisador responsável apresentou todos os itens necessários: projeto de pesquisa bem redigido, TCLE adequado bem como autorizações dos órgãos onde acontecerá a pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se este projeto adequado à execução do ponto de vista científico e ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa pode ser iniciada. A presente aprovação é válida pelo período previsto no cronograma. Enviar relatório final ao CEP-UnG, via Plataforma Brasil até 30 de maio de 2014.

GUARULHOS, 21 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Jumara Sílvia Van De Velde
(Coordenador)

Anexo C- Carta de autorização do Centro Universitário da Grande Dourados

UNIGRAN

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Tatiana Vallezzi Cavichioli coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Dourados- UNIGRAN, venho por meio desta, autorizar que a mestranda Thais Josgrilberg Pereira realize neste local sua coleta de dados do Mestrado intitulado: Validação e adaptação transcultural do instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residentes* para enfermeiros". No entanto solicita-se apresentação dos resultados encontrados com a realização do trabalho a esta Coordenação como forma de devolutiva e contribuição social da pesquisa.

Cordialmente,

Dourados, 02 de outubro de 2013.

Tatiana Vallezzi Cavichioli
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UNIGRAN

Tatiana Vallezzi Cavichioli

Coordenadora do Curso de Enfermagem - UNIGRAN

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS
Rua Balbina de Matos, 2121 - CEP 79.824-900 - Dourados/MS - Fone: (67) 3411 4141 / Fax: (67) 3411 4167
facebook.com/Unigran - www.unigran.br

Anexo D- Carta de autorização da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE MATO GROSSO DO SUL

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Wilson Brum Trindade Junior**, responsável pela Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, venho por meio desta, autorizar que a mestranda Thaís Josgrilberg Pereira realize neste local sua coleta de dados do Mestrado intitulado: "Validação e adaptação transcultural do instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residentes* para enfermeiros". No entanto solicita-se apresentação dos resultados encontrados com a realização do trabalho a esta Instituição como forma de devolutiva e contribuição social da pesquisa.

Cordialmente,

Dourados, MS, 22 de outubro de 2013.

Wilson Brum Trindade Junior

Cidade Universitária de Dourados - CP 351 - CEP 79804-970 - DOURADOS - MS
Tel. (067) 411-9141 – 411-9142 - Fax. (067) 411-9120 - Home Page http://www.uems.br -

Anexo E- Carta de autorização do Hospital Cassems

HOSPITAL CASSEMS DOURADOS-MS

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Clarinez Soares Brito Giurizato, Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital CASSEMS-Dourados/MS, venho por meio desta, autorizar que a mestranda Thais Josgrilberg Pereira da universidade de Guarulhos (UNG) realize neste local, junto aos Enfermeiros do quadro funcional sua pesquisa intitulada **"Validação e adaptação transcultural do Instrumento a tool for self-assesssment of communication akills and professionalism in residentes para enfermeiros"** . No entanto solicita-se apresentação dos resultados encontrados com a realização do trabalho a este hospital como forma de devolutiva e contribuição social da pesquisa com os profissionais envolvidos.

Cordialmente

Dourados, 19 de Agosto de 2013

Clarinez Soares Brito Giurizato
Enfermeira RT. Hospital Cassems
Coren/MS 185.308

Rua Oliveira Marques,2771 -Vila Lili - Dourados - MS - CEP.: 79805-021
Tel.: (67)3410-0000

Anexo F- Carta de autorização do Hospital Evangelico Dr. e Sra. Goldsby King e Unidade Hospital da Vida

Hospital Evangélico
Dr. e Sra. Goldsby King

Dourados/MS, 10 de Setembro de 2013.

Eu, **Rosangela Carvalho de Almeida, Diretora do departamento de Enfermagem** do Hospital Evangélico Dr. e Sra.Goldsby King, Unidade Hospital da Vida, venho por meio deste autorizar a execução do trabalho de Conclusão de Dissertação pela Universidade de Guarulhos (UNG), realizado no Hospital Evangélico Dr. e Sra.Goldsby King, Unidade Hospital da Vida, com o seguinte **Tema: "VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRASCULTURAL DO INSTRUMENTO A TOOL FOR SELF-ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS AND PROFESSIONALISM IN RESIDENTS PARA ENFERMEIROS."**, executado pelo acadêmico (a) Thais Josgrilberg Pereira tendo como orientadora, Profa. Dra.Ana Claudia Puggina.

Rosangela Carvalho de Almeida
Diretora Departamento de Enfermagem
Corem/MS-234.566

Anexo G- Carta de autorização do Hospital Universitario da UFGD

Ministério da Educação
Universidade Federal da Grande Dourados

hu

"Aqui você será bem cuidado"

DECLARAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E AUTORIZAÇÃO PARA USO DA MESMA

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada **"Validação e adaptação transcultural do instrumento *A toll for self-assessment of communication skills and professionalism in residents* para enfermeiros"**, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Thaís Josgrilberg Pereira**, que a área do Hospital Universitário da UFGD, conta com a infra–estrutura necessária para a realização da referida pesquisa, bem como para atender eventuais problemas dela resultantes, atendendo plenamente o Regulamento da Comissão de Ética em Pesquisa do HU/UFGD, bem como as normas complementares ao mesmo.

Declaramos, ainda, que o referido pesquisador está autorizado a utilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa, exceto insumos e mão de obra.

Dourados, 16 de agosto de 2013.

Wedson Desidério Fernandes
Diretor Geral
HU/UFGD

Anexo H- Carta de autorização do Hospital do Coração

HOSPITAL DO CORAÇÃO

Protegendo sua vida 24 horas

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Julia Cabral , responsável pelo Hospital do Coração de Dourados-MS, venho por meio desta, autorizar que a mestranda Thaís Josgrilberg Pereira realize neste local sua coleta de dados do Mestrado intitulado: Validação e adaptação transcultural do instrumento *A Tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residentes* para enfermeiros". No entanto solicita-se apresentação dos resultados encontrados com a realização do trabalho a este Hospital como forma de devolutiva e contribuição social da pesquisa.

Cordialmente,

Dourados, 02 de outubro de 1013.

Julia Cabral
Administração
Hospital do Coração

Assinatura e carimbo do responsável

Rua João Rosa Góes, 770 - Centro
CEP 79804-020 - Dourados-MS
Fones (67) 3416-4700

CLÍNICA SÃO CAMILO LTDA.
CNPJ 15.505.738/0001-88
Inscrição Estadual - Isenta

HC - 18