UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NÉLIDA BEATRIZ CALDAS DOS REIS

Adaptação cultural da ferramenta
Health Communication Assessment Tool

RIBEIRÃO PRETO

2017

NÉLIDA BEATRIZ CALDAS DOS REIS

Adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental

Área de concentração: Enfermagem fundamental.

Orientadora: Profª. Dra. Fernanda dos Santos Nogueira de Góes

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Reis, Nélida Beatriz Caldas dos

Adaptação Cultural da Ferramenta Heath Communication Assessment Tool. Ribeirão Preto, 2017.

102 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Góes, Fernanda Santos Nogueira de.

1. Simulação. 2. Comunicação. 3. Estudantes de enfermagem.
4. Estudos de Validação.

Nome: Reis, Nélida Beatriz Caldas dos

Título: Adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool*.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo por me darem
coragem para continuar, em meio aos tantos
obstáculos, prosseguindo sempre para o alvo.

À Melanie.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Fernanda dos Santos Nogueira de Góes que nos anos muito me ensinou contribuindo para o meu crescimento científico e cultural.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e ao Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental pela oportunidade de realização do Curso Mestrado.

Às Dras. Adriana Moraes Leite, Carmen Silvia Gabriel, Maria Cândida De Carvalho Furtado, Fabiana Faleiros Santana Castro, Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa e aos demais participantes, pela disponibilidade e colaboração neste presente estudo.

Aos meus pais Rita de Cássia Paiva e José Geraldo dos Reis.

RESUMO

REIS, N. B. C. **Adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool***. 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, 2017.

A simulação clínica tem sido compreendida como uma prática segura e reflexiva durante o processo ensino/aprendizagem em enfermagem. Ademais, a simulação pode ser uma oportunidade para que o estudante de enfermagem desenvolva habilidades de comunicação. Contudo é ausente na literatura brasileira, uma ferramenta que avalie a comunicação verbal e não verbal do estudante em ambientes simulados. A *Health Communication Assessment Tool* (HCAT), ferramenta desenvolvida por pesquisadores americanos, difundida em algumas universidades e países, mostrou-se válida e confiável para tal demanda, e avalia a comunicação de estudantes de enfermagem em simulação clínica. O objetivo geral desse estudo é realizar adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool* –HCAT, para o português brasileiro. Trata-se de uma pesquisa metodológica, autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. A *Health Communication Assessment Tool* (HCAT) trata-se de uma escala composta por 24 afirmações - alterada pelos autores originais para 22 afirmações, durante o curso desta pesquisa - que busca avaliar o uso ou falta de uso de comportamentos de comunicação interpessoal e de comunicação em saúde (verbal ou não verbal). Foi utilizado o referencial teórico-metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) aprimorado por Ferrer et. al (1996): a) tradução inicial para língua portuguesa; b) avaliação pelo Comitê de Juízes; c) retrotradução; d) avaliação semântica dos itens; e) pré-teste e análise das medidas adaptadas, a qual será realizada em estudo posterior. O estudo foi desenvolvido em uma instituição de ensino superior pública do estado de São Paulo. A etapa de tradução inicial para língua portuguesa foi realizada por dois tradutores, de forma independente, dando origem à primeira versão consensual em português, a qual foi composta por 16 afirmações da tradução versão 1, cinco da tradução versão 2, e as demais afirmações (09, 11, 4 20) foram idênticas entre as traduções. Em seguida, a primeira versão consensual em português foi submetida à avaliação por um Comitê de Juizes para verificação de equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais entre a versão original e a versão brasileira; nesta etapa houve mais de 80% de concordância entre os juízes em todas as afirmações, dando origem à segunda versão consensual em português. A retrotradução foi submetida à avaliação dos autores finais, os quais sugeriram a exclusão de duas afirmações para adequação da ferramenta à nova versão em inglês. Para a avaliação semântica, participaram 10 professores de enfermagem, distribuídos entre a região Nordeste (2), Sudeste (4) e Sul (4), os quais foram convidados por e-mail e avaliaram semanticamente cada uma das afirmações da versão brasileira do HCAT. Todos os itens obtiveram avaliação de concordância acima de 80%, com exceção da 'afirmação 8' que obteve 70 %. O pré-teste e análise das medidas adaptadas, não realizadas nesse estudo, se constituem na finalização do processo de validação do HCAT para o Brasil. A ferramenta deverá ser utilizada por uma amostra representativa de professores de enfermagem/ou educadores que atuam em simulação clínica. A versão brasileira do HCAT foi considerada adaptada culturalmente para o Brasil e poderá ser útil para avaliar a capacidade comunicativa dos estudantes de enfermagem durante cenários de simulação clínica.

Descritores: Simulação; Comunicação; Estudantes de Enfermagem; Estudos de Validação.

ABSTRACT

REIS, N. B. C. **Cultural adaptation of the *Health Communication Assessment Tool***. 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, 2017.

Clinical simulation has been understood as a safe and reflexive practice during the teaching/learning process in nursing. In addition, the simulation can be an opportunity for the nursing student to develop communication skills. However, there is no tool to evaluate verbal and nonverbal communication of the student in simulated environments in the Brazilian literature. The Health Communication Assessment Tool (HCAT) is a tool developed by American researchers, disseminated in some universities and countries, proved to be valid and reliable for such demand, and evaluates the communication of nursing students in clinical simulation. The general objective of this study is to develop a cultural adaptation of the Health Communication Assessment Tool -HCAT to Brazilian Portuguese. This is a methodological research, authorized by the Research Ethics Committee involving Human Beings. The Health Communication Assessment Tool (HCAT) is a scale compounded by 24 statements - altered by the original authors to 22 statements during the course of this research - that seeks to evaluate the use or lack of use of interpersonal communication and communication behaviors in health (verbal or nonverbal). In order to develop the cultural adaptation, the theoretical-methodological frame work elaborated by Guillemin, Bombardier and Beaton (1993) and enhanced by Ferrer et al. (1996) was used: a) initial translation from the original to Portuguese; b) evaluation by the Judges Committee; c) back-translation; d) semantic evaluation of the items; e) pre-test and analysis of the adapted measures which will be carried out in later study. This research was developed at a public higher education institution in the state of São Paulo. The initial translation to Portuguese was done by two translators, independently, giving rise to the first consensual version in Portuguese, which consisted of 16 statements of the first translated version, 05 of the second translated version, and the other statements (09, 11, 4, 20) were identical in both the translations. Afterwards, the first consensual version in Portuguese was submitted to a Judges Committee for evaluation of semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalences between the original version and the Brazilian version; at this stage there was more than 80% agreement among the judges in all the statements, resulting in the second consensual version in Portuguese. The back-translation was submitted to the final authors for evaluation, who suggested the exclusion of two statements in order to adapt the tool to the new version in English. In what concerns the Semantic Evaluation, 10 nursing professors distributed among the Northeast (2), Southeast (4) and South (4) of Brazil were invited by e-mail and semantically evaluated each of the statements of the Brazilian version of the HCAT. All items showed an agreement in evaluation above 80%, with the exception of the statement "8" which had 70% agreement. The pre-test and analysis of the adapted measures, not developed in this study, represent the completion of the validation process of HCAT for Brazil. The tool shall be used by a representative sample of nursing teachers or educators who work in clinical simulation. The Brazilian version of the HCAT was considered culturally adapted to Brazil and can be useful to evaluate the communicative ability of nursing students during clinical simulation scenarios.

Keywords: Simulation; Communication; Nursing students; Validation Studies.

RESUMEN

REIS, N. B. C. **Adaptación Cultural de la *Health Communication Assessment Tool***. 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, 2017.

La simulación clínica ha sido probada como una práctica segura y reflexiva durante el proceso de enseñanza / aprendizaje en enfermería. Además, una simulación puede ser una oportunidad para que el estudiante de enfermería desarrolle habilidades de comunicación. Sin embargo, es ausente en la literatura brasileña, una herramienta que hace la comunicación verbal y no verbal del estudiante en los ambientes simulados. Health Communication Assessment Tool (HCAT), herramienta desarrollada por investigadores estadounidenses, difundida en algunas universidades y países, se demostró que es válida y fiable para tal demanda, y evalúa la comunicación de los estudiantes de enfermería en la simulación clínica. El objetivo general de este estudio es realizar la adaptación cultural de la Health Communication Assessment Tool-HCAT, para el portugués. Se trata de una investigación metodológica, autorizada por el Comité de Ética e Investigación de Seres Humanos. La Health Communication Assessment Tool (HCAT) es una escala compuesta por 24 afirmaciones - alterada por autores originales para 22 afirmaciones, durante el curso de búsqueda - que busca evaluar la utilización o falta de uso de los comportamientos de comunicación interpersonal y de la comunicación en salud (verbal o no verbal). Para llevar a cabo la adaptación cultural fue utilizado el marco teórico de Guillemín, Bombardier y Beaton (1993), mejorado por Ferrer et. al (1996): a) traducción inicial para la lengua portuguesa; B) evaluación por Comité de Jueces; C) retrotraducción; D) evaluación semántica de los ítems; E) examen preliminar y análisis de las medidas adaptadas a la calidad del trabajo realizado. El estudio se ha desarrollado en una institución de educación superior pública del estado de São Paulo. La etapa de traducción inicial para la lengua portuguesa fue realizada por dos traductores, de forma independiente, dando origen a una primera versión consensuada en portugués, que fue compuesto por 16 afirmaciones de la traducción versión 1, 05 de la traducción versión 2, y otras afirmaciones (09, 11, 20 4) fueron similares entre las traducciones. En seguida, una primera versión consensual en portugués fue sometida a una evaluación por un Comité de Jueces para la selección de equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptuales entre una versión original y una versión brasileira; en este episodio se encontró 80% de concordancia entre los jueces y las afirmaciones, dando origen a la segunda versión consensual en portugués. La retrotraducción ha sido sometida a la evaluación de los autores finales, quienes sugirieron la exclusión de dos afirmaciones para la adecuación de la herramienta a la nueva versión en inglés. Para la evaluación semántica, participaron 10 profesores de enfermería, distribuidos en las regiones Noreste (2), Sureste (4) y Sur (4), los cuales fueron convocados por correo electrónico y sintácticamente evaluaron cada una de las versiones brasileiras de HCAT. Todos los elementos obtuvieron una evaluación de concordancia superior al 80%, con excepción de la afirmación "8" que obtuvo 70%. El examen preliminar y el análisis de las medidas adaptadas, no se llevan a cabo en el estudio y se constituyen en la finalización del proceso de validación de la HCAT para Brasil. La herramienta debe ser utilizada por una muestra representativa de profesores de enfermería / educadores que trabajan en la simulación clínica. La versión brasileira del HCAT fue adoptada culturalmente para Brasil y puede ser útil para evaluar la capacidad de los estudiantes de enfermería en centros de simulación clínica.

Palabras clave: Simulación; Comunicación; Estudiantes de enfermería; Estudios de validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Referenciais teóricos identificados nas produções científicas e processos realizados pelos estudos sobre adaptação cultural e/ou validação dos instrumentos na enfermagem, 2016	32
Quadro 2 - Critérios de inclusão para a composição do Comitê de Juízes.....	53
Quadro 3 - Versão 1 da HCAT traduzida, modificada após consenso do Comitê de juízes ...	54
Quadro 4 - Docentes colaboradores – etapa avaliação semântica dos itens.....	58
Quadro 5 - Resultados da avaliação semântica a cerca da versão final brasileira da HCAT	60

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Período de publicação da produção científica sobre adaptação cultural e/ou validação dos instrumentos na área de enfermagem nos últimos dez anos, 2006- 2016..... 31
- Figura 2 - Fluxograma do processo metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) aprimorada por Ferrer et. al (1996)..... 41

LISTA DE SIGLAS

BDENF	Base de dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem
HCAT	<i>Health Communication Assessment Tool</i>
HRQOL	<i>Health Related Quality of Life.</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SGRQ	<i>St. George's Respirator Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTIP	Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico
WHA	World Health Assembly

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A Comunicação em Enfermagem.....	18
1.1.1 A comunicação no contexto do cuidado em saúde.....	20
1.1.2 A comunicação no contexto da formação em enfermagem.....	21
1.2 A Formação em Enfermagem.....	22
1.3 A simulação clínica na educação em enfermagem.....	25
2 OBJETIVO	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL	30
4 MÉTODOS.....	43
4.1 Aspectos éticos	43
4.2 Tipo de Estudo.....	43
4.3 Local do estudo.....	43
4.4 Participantes	44
4.5 Apresentação da Ferramenta <i>Health Communication Assessment Tool</i> - HCAT	46
4.6 Permissão dos autores para utilização da HCAT.....	47
4.7 Processo de adaptação cultural da ferramenta HCAT	47
4.7.1 Tradução inicial para o português brasileiro da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT)	47
4.7.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT).....	48
4.7.3 Retrotradução da segunda versão consensual em português 2- SVCP 2 da HCAT	48
4.7.4 Avaliação semântica dos itens da terceira versão consensual em português 3- TVCP 3 da HCAT	49
4.7.5 Pré-teste e análise das medidas adaptada (versão final português brasileiro)	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51

5.1 Tradução inicial para o português brasileiro da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT)	52
5.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes.....	53
5.3 Retrotradução da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT).....	57
5.4 Avaliação semântica dos itens da terceira versão consensual em português 3- TVCP 3 da HCAT	57
 6 CONCLUSÕES.....	65
 REFERÊNCIAS	68
 ANEXOS	85
 APÊNDICES	89

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação no Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, me sentia inquieta ao perceber que o ensino de enfermagem ainda ocorria, em sua maioria, de forma tradicional, com aulas expositivas e com pouca participação efetiva dos alunos. Por outro lado, já se observavam mudanças face às novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino superior em enfermagem. Assim, a utilização de estratégias de ensino problematizadoras, as quais muitas vezes se apropriam de situações simuladas, ainda que utilizadas em menor escala, já eram uma realidade no ensino de enfermagem brasileiro.

Ainda, no decorrer de minha formação, pude observar que, eu e meus colegas apresentávamos diferentes personalidades, maneiras de nos comunicarmos e expor o que pensávamos; alguns eram mais expansivos e falavam muito, outros mais calados comunicando-se apenas quando necessário. Alguns conseguiam expor suas ideias de maneira clara; outros não. Diante disso tudo e considerando que a comunicação é uma ferramenta importante para a atuação em enfermagem, decidi pesquisar sobre o tema na formação em enfermagem.

Já em minha atuação profissional na área da saúde, observo quão necessários são os processos comunicacionais para a o cuidado, para o estabelecimento das relações profissional-profissional /profissional-paciente e o quão difícil pode ser estabelecê-los de maneira eficaz. Falhas e dificuldades no estabelecimento de uma comunicação eficiente podem ocasionar mal entendidos entre as partes, dificultar a prestação de um cuidado eficiente, gerar conflitos com o paciente e família, bem como colocar o paciente em situações que possam lhe trazer riscos. Paralelamente, a formação do profissional em enfermagem parece ainda fragilizada diante da aprendizagem de competências e habilidades de comunicação com foco no cuidado qualificado. Dessa maneira, tal pesquisa diz respeito a ferramentas que possam colaborar para a aprendizagem da comunicação por estudantes de enfermagem na perspectiva de contribuir para avanços na prática educativa em enfermagem.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A contemporaneidade tem sido marcada por transformações sociais, por acelerado processo de modernização científica e tecnológica e pela restrição de financiamento global, o qual pode resultar em escassez de recursos e força de trabalho. No caso da saúde, as novas configurações do mundo globalizado vêm demandando outras formas de construção do conhecimento, pressionando mudanças no processo de formação de profissionais competentes, para o atendimento à saúde da população (CARVALHO, 2011; SILVA et al., 2010).

Na área da saúde, novos atributos de qualificação, além dos tradicionais e tecnicistas, têm sido exigidos dos profissionais por seus empregadores. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013a), enfermeiros estão entre os profissionais que procuram renovar a atenção à saúde objetivando alcançar uma cobertura mais equânime e universal. As instituições de saúde têm procurado enfermeiros com conhecimento, habilidades e atitudes que estejam devidamente alinhados com as exigências de seus ambientes práticos (FERREIRA, 2014a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013a; SILVA et al., 2010).

Nessa perspectiva, o ensino de enfermagem tem passado por diversas modificações acompanhando as mudanças da sociedade, transitando do foco em questões biológicas para as questões sociais (ALVES et al., 2015). Nessa conjuntura, durante seu processo de formação, o profissional de enfermagem deve ser estimulado a pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade, procurar e implementar soluções. Ao reconhecer o significado da prática de enfermagem em seu contexto histórico-sócio-político e econômico, o enfermeiro pode ser capaz de se posicionar como agente de importantes transformações (BRASIL, 2001; PERES; CIAMPONE, 2006; SANTOS; CASTRO 2010; VIEIRA et al., 2016).

A despeito de transformações e avanços reconhecidos, registram-se ainda preocupações explícitas quanto ao aumento indiscriminado de cursos de graduação em enfermagem no Brasil, disponibilizados principalmente por instituições de ensino privadas, onde não há oferta de vivências nos campos da pesquisa e extensão para os sujeitos, ainda formados sob conceitos fortemente tecnicistas. Tal realidade contrapõe-se às necessidades complexas da saúde pública brasileira, permeada por desigualdades econômicas, sociais e culturais, as quais a racionalidade instrumental dirigida não consegue solucionar (GOTTEMS; ALVAREZ; ALMEIDA, 2014; LOPES; SILVA; NÓBREGA-THERRIEN, 2015; MELO, 2016).

Apesar das importantes transformações ocorridas, o ensino de enfermagem ainda é predominantemente direcionado para o desenvolvimento das habilidades procedimentais e do

raciocínio estritamente clínico, em que os dados biológicos parecem ter precedência ou mais urgência do que os aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Consequentemente, é comum ao profissional de enfermagem deixar a comunicação e importantes necessidades de seus clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) em segundo plano, as quais são fundamentais para a elaboração e realização de um cuidado de enfermagem de qualidade, humano e holístico (ALMERUND, 2007; DANTAS, 2014; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

1.1 A Comunicação em Enfermagem

As relações humanas devem se constituir em uma das bases para o trabalho do enfermeiro. A comunicação é essencial à atuação no campo da saúde, pois, por meio dela o paciente e família podem emitir informações valiosas para a condução terapêutica pela equipe de saúde (BRASIL, 2006; STEFANELLI, 2010; TAMAKI et al., 2014).

Mais do que uma troca de palavras a comunicação, enquanto uma habilidade não técnica, trata-se de um processo complexo e dinâmico o qual permite que as pessoas acessem umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (BRASIL, 2006; MELO et al., 2013; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008; SILVA, 2000; STEFANELLI, 2010; TAMAKI et al., 2014). A comunicação tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente, podendo-lhe garantir mais satisfação e segurança (BRAGA; SILVA, 2007; FERREIRA, 2014).

Portanto, a comunicação para a enfermagem não é apenas mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico; ela deve ser considerada competência. Decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para estabelecer um plano de cuidados adequado às suas necessidades individuais é tarefa dos profissionais de saúde. Para que este processo complexo seja eficaz não basta que eles utilizem somente a comunicação verbal; é também necessário que tenham atenção aos sinais não verbais, emitidos durante a interação com o paciente, relacionados com todas as formas que não envolvem palavras expressas, escritas ou faladas, tais como, expressões faciais, os movimentos do corpo e a aproximação ou distanciamento entre os interlocutores (DANTAS, 2014; FERREIRA, 2014; FRANKEL, 2012; SILVA, 2002; TAMAKI et al., 2014).

Na busca de compreendermos a comunicação no contexto da enfermagem, na realidade brasileira, localizamos três revisões de literatura realizadas nos últimos 10 anos (MARTINS, 2015; MOURÃO et al., 2009; OLIVEIRA; SIMÕES, 2010).

Pesquisa de Mourão et al. (2009) averiguou o conhecimento produzido sobre comunicação na enfermagem no período de 1996 a 2006, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Dos 98 estudos identificados, 31 abordavam a temática sobre “comunicação-enfermeiro-paciente”. Ao considerarem que a comunicação poderia contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem, os autores afirmaram que os resultados da pesquisa poderiam ser utilizados para promover maior reflexão dos enfermeiros sobre as relações interpessoais e, conseqüentemente, a implicação na comunicação terapêutica. Outros 16 trabalhos tiveram como tema a “comunicação em enfermagem na sala de aula”, achado também considerado significativo pelos pesquisadores, ao levar-se em consideração que a comunicação permeia todas as ações do aluno e do futuro enfermeiro, sendo possível a aquisição de habilidades comunicativas, durante a formação do sujeito, quando se compreende sua importância para a prática.

Estudo de Oliveira; Simões (2010) buscou produções sobre “comunicação e enfermagem” em periódicos indexados na LILACS, BDENF e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), publicados no período entre 2002 a 2008, como objetivo de caracterizar os aspectos da comunicação na prática da enfermagem e descrever o conhecimento produzido acerca desse tema, enquanto elemento essencial para o cuidado com o cliente. Foram encontradas mais de 1501 publicações. Entre os artigos encontrados foram selecionados e analisados 21, os quais indicavam habilidades e técnicas para o desenvolvimento da comunicação como, por exemplo, permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente e mostrar envolvimento pessoal. Embora tenha sido reconhecido que a comunicação é a base para o relacionamento interpessoal e o cuidado de enfermagem, os autores identificaram obstáculos que interferem nesse processo, como falta de tempo para se relacionar e alta demanda de pacientes.

Partindo da premissa que os processos comunicacionais, muitas vezes, são ineficientes e objetivando a compreensão por parte dos profissionais da área de enfermagem acerca da temática “comunicação e saúde”, um estudo bibliográfico mapeou o perfil das publicações acadêmicas entre os anos de 2009 e 2013, provenientes de pesquisadores da área de enfermagem cadastrados no diretório do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). A partir do mapeamento, constatou-se que dos 1.185 artigos identificados, apenas 196 (16,5%) estavam relacionados à área de “comunicação e saúde”. A comunicação profissional-paciente e a comunicação interpessoal em outras esferas foram as principais temáticas em 75% das publicações (MARTINS, 2015).

Diante dos achados das revisões, as quais abrangeram 17 anos (1996-2013), é possível afirmar que há a necessidade de investimentos em ações de educação permanente e no ensino para evidenciar a importância da atuação do enfermeiro.

1.1.1 A comunicação no contexto do cuidado em saúde

Estudos internacionais evidenciam um interesse crescente no ensino de habilidades não técnicas, como a comunicação, as quais podem resultar em melhores ações de saúde (LEWIS; STRACHAN; SMITH, 2012; MAZZOCCO et al., 2009; NEILY et al., 2010; PEARSON; MCLAFFERTY, 2011; PUCHER et al., 2014).

No ano de 2013, um relatório sobre qualidade dos cuidados em 14 hospitais da Inglaterra destacou a comunicação regular e honesta como chave importante para segurança do cuidado. Foi identificada a urgência do desenvolvimento de sistema de comunicação efetiva para estabelecimento de prioridades de cuidado (KEOGH, 2013).

No contexto brasileiro, há também uma crescente preocupação em relação à segurança do paciente, gestão de riscos e cuidados de qualidade. A comunicação tem se mostrado de suma importância para a promoção de uma assistência segura, na qual a visão global do cliente e de seu processo saúde-doença deve ser abordada (GONÇALVES et al., 2016; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004). Apesar da crescente preocupação com a segurança do paciente, observamos uma escassez de estudos sobre a comunicação em enfermagem no contexto nacional.

Na perspectiva do paciente, destacamos um estudo realizado no Brasil, no ano de 2005, em uma unidade cirúrgica de um hospital público, com uma população de pacientes no período pré-operatório entre 10 a 80 anos de idade. Os achados evidenciaram a falta de comunicação entre enfermeiros e pacientes, impedindo o estabelecimento de um relacionamento terapêutico. Os pacientes, em sua maioria, não receberam orientações adequadas sobre suas cirurgias, não tiveram o apoio necessário por parte da equipe de saúde (a qual praticamente desconheciam) e apresentaram (do início ao fim da internação), ansiedade e sofrimento frente ao desconhecimento do que haveriam de enfrentar, configurando que a equipe de saúde ao não se ater para o aspecto da comunicação, deixou a desejar quanto à humanização do cuidado (SILVA; NAKATA, 2005).

Na visão de treze familiares/cuidadores, pesquisa qualitativa desenvolvida em 2009, teve como objetivo descrever os eventos adversos durante a assistência para crianças internadas, em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Os resultados demonstraram que a comunicação inadequada entre equipe e família contribuiu para que a

segurança das crianças fosse comprometida. Constatou-se que a comunicação inadequada e informações incompletas e imprecisas dificultavam o entendimento dos familiares/cuidadores, os quais demonstraram insatisfação frente às informações recebidas, consideradas limitadas e omissas, ou seja, houve falta de transparência no processo de cuidado, em decorrência da comunicação deficiente exercida pelos profissionais de saúde. O familiar/cuidador, frequentemente, não recebia orientações e explicações, conforme sua necessidade e em linguagem acessível, sentindo-se excluído do tratamento, diagnóstico e prognóstico da criança, tendo agravada sua ansiedade e insegurança (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

1.1.2 A comunicação no contexto da formação em enfermagem

Segundo a *Joint Commission* para Alertas de Eventos Sentinelas (2013) e o Ministério da Saúde (2014), as falhas de comunicação são uma das principais razões para a ocorrência de eventos adversos na assistência à saúde; elas estão em segundo lugar entre os fatores que contribuem para a ocorrência de eventos sentinelas (SITTIG; SINGH, 2012). Um maior enfoque ao tema, durante a formação dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, é um fator diretamente relacionado à qualidade e segurança do paciente (TREVIZAN et al., 2011).

Para Rosenzweig et al. (2008) as habilidades de comunicação para a prática clínica são essenciais para o cuidado seguro. No entanto, o seu desenvolvimento não é algo que possa ser considerado intuitivo, ou seja, assim como outras capacidades técnicas e psicomotoras devem ser estimuladas, durante o ensino da enfermagem, a comunicação também deveria ser.

No que se refere à formação em enfermagem, uma busca bibliográfica realizada na base de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), com os descritores “estudantes de enfermagem” e “comunicação”, identificou dois estudos realizados no Brasil (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015; PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2012), denotando a escassez de investimentos para o desenvolvimento de conhecimento científico e subsídios dessa área de formação.

Os estudos demonstram que os estudantes de enfermagem percebem a importância da comunicação individualizada (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015; PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2012) e a necessidade de serem ativos em sua aprendizagem (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015). Ainda faz-se necessário aprender sobre a interação com o outro, de modo a saber negociar, decidir, agir e reagir com pertinência (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015; PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2012). Contudo, os achados não podem ser generalizados, uma vez que se trata de realidades locais e com amostragem reduzida.

1.2 A Formação em Enfermagem

A Organização Mundial da Saúde na resolução WHA 64.7 incentiva aos seus Estados membros que fortaleçam e promovam continuamente iniciativas de mudanças nos cursos de formação para enfermeiros, objetivando o treinamento de competências que respondam às necessidades de saúde dos países e de seus sistemas de saúde. Apenas treinar e formar mais profissionais de saúde não é a resposta para os problemas atuais do setor. Esforços concentrados e imediatos para transformações na educação do profissional de saúde são necessários para que se alcance a mistura certa de habilidades e competências do profissional, tais quais possam responder às constantes mudanças relativas às necessidades de saúde das populações em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013b).

No Brasil, o sistema de saúde vigente, Sistema Único de Saúde (SUS), denota a importância de profissionais capazes de dialogar diferentes saberes e habilidades durante a sua prática, o que define a necessidade de reorganização nos processos de formação em saúde (FRANCO; SOARES; BETHONY, 2016; PIRES et al., 2014; SORIANO et al., 2015). No mesmo viés, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) orientam para uma formação promotora de desenvolvimento intelectual e a capacitação permanente na busca da autonomia profissional (FRANCO; SOARES; BETHONY, 2016; VARELA et al., 2016); denotam também que a formação do enfermeiro requer conhecimentos para o exercício de competências e habilidades relativas à tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento, atenção à saúde e educação permanente (BRASIL, 2001; VIEIRA et al., 2016).

No que se referem às competências e habilidades do enfermeiro, em relação à comunicação, as DCN/ENF evidenciam no artigo 4º, parágrafo 3º:

(...) os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

Se bem trabalhadas, as DCN/ENF podem proporcionar transformações dos problemas de saúde mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, uma vez que apontam caminhos para a formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos, reflexivos e atuantes

dentro do sistema da saúde brasileiro, com maior senso de responsabilidade social para promover a saúde individual e coletiva integralmente.

Todavia, a partir das diretrizes propostas, fundamental para a formação de enfermeiros é a adoção, pelas instituições formadoras, de Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e de currículos capazes de proporcionar a teorização a partir da prática baseada em evidências, nos espaços em que o trabalho em saúde ocorre, efetivando-se a articulação entre as distintas competências e áreas do conhecimento que permeiam a capacitação do profissional enfermeiro (BRASIL, 2001; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; FRANCO, SOARES, BETHONY, 2016).

Para a materialização das DCN/ENF, não menos fundamental são docentes comprometidos com o processo de formação, acostumados à reflexão sobre a docência, próximos à realidade dos serviços de saúde, conscientes acerca da operacionalização do SUS, com práticas não pautadas na fragmentação do conhecimento e no autoritarismo (GUBERT; PRADO, 2011; ITO et al., 2006; SORIANO et al., 2015b); do mesmo modo, enfermeiros(as) interessados na defesa das mudanças na formação em saúde, por meio do apoio de sua associação de classe, entidades educacionais e setores da sociedade civil (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Soriano et al. (2015b) analisaram as transformações ocorridas em seis cursos de graduação em enfermagem, de instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo, após a criação das DCN/ENF. De maneira geral, as Instituições apresentam PPC compatíveis com as atuais diretrizes propostas, porém há ainda a adoção de currículos fragmentados e conformados por disciplinas, o conceito de que a teoria deve preceder a prática e dificuldades de inserção no cenário real para a consolidação de um referencial pedagógico problematizador. A contratação docente ainda é insuficiente às demandas, nem sempre há regime de dedicação docente exclusiva, não ocorrendo preparo adequado para as transformações propostas pela DCN/ENF, ou seja, os cursos caminham entre o proposto e o possível, em um panorama marcado por políticas neoliberais e pela força que o modelo fragmentado de ensino e cuidado ainda possui. Dentre as Instituições analisadas algumas aproximam-se mais das diretrizes propostas; uma delas conseguiu adotar um modelo de organização curricular por competência e basear-se em metodologia ativa de aprendizagem como ferramenta de construção do conhecimento discente. Outras avançaram para uma organização modular, tornando possível mais diálogo entre as disciplinas. Soma-se também que todas as instituições analisadas buscam a incorporação dos princípios do SUS no seu desenvolvimento curricular.

Frenk (2010) afirmaram que os profissionais de saúde ainda não são devidamente preparados nos cursos de graduação e pós-graduação para enfrentar os desafios introduzidos pelas transformações advindas da contemporaneidade, como o envelhecimento, o manejo de doenças crônicas, as mudanças nos aspectos demográficos populacionais e pelos distintos aspectos culturais e comportamentais da população. Possivelmente, isso se relaciona aos currículos para a formação de profissionais de saúde em vários países, os quais são tradicionais, fragmentados, desatualizados e não definem explicitamente o desenvolvimento de algumas habilidades necessárias aos estudantes.

Habilidades de comunicação, por exemplo, não são avaliadas claramente durante a formação dos graduandos e pós-graduandos e quando se permite que a capacidade em um domínio essencial (por exemplo, habilidades técnicas) compense a falta de capacidade em outro (por exemplo, a comunicação) ocorre um desserviço, tanto à profissão, quanto ao público atendido. Contudo, em um momento histórico em que a responsabilidade pública é algo primordial, os currículos devem estimular que os alunos sejam competentes em todos os domínios essenciais (FRENK, 2010). Para isso, as Instituições de Ensino devem ser orientadas a reformular seus currículos, com o objetivo de proporcionar ao indivíduo a uma aprendizagem crítica, que o aproxime efetivamente de situações reais e do dinamismo da prática (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; FRENK, 2010).

Embora tenham um componente cognitivo e sejam necessárias para o provimento de um cuidado em saúde efetivo, as habilidades de comunicação devem ser ensinadas não apenas a partir de um método didático “engessado”, que se utiliza prioritariamente de aulas expositivas (WILKINSON et al., 2003) ou incorpora a aprendizagem prática unicamente nos doentes, com falta de uniformidade e oportunidades no processo, levando os estudantes a diferentes experiências e lacunas na sua formação (MARTINS, 2012). Elas devem ser aprimoradas a partir de métodos que incentivem a articulação entre o conhecimento teórico e o contato com situações práticas do cotidiano do enfermeiro. Tais métodos devem permear todo o currículo de ensino em enfermagem (CURREY et al., 2015; MAGUIRE; PITCEATHLY, 2002; WILKINSON et al., 2003), possibilitando não apenas o aprimoramento das habilidades de comunicação do aluno, mas uma educação contínua que o avalie por meio de sua constante prática (CURREY et al., 2015).

Para que os alunos aprendam a pensar, agir e refletir como enfermeiros, é preciso que aprimorem a capacidade de observar e avaliar, de maneira mais ampla, a comunicação verbal e não verbal de seus pacientes. É essencialmente pela formação teórica e prática reflexiva que os enfermeiros permanecem atualizados, mobilizam os conhecimentos para os contextos

profissionais e realizam práticas centradas em cada paciente, baseadas em evidências científicas e atuais (MARTINS, 2012).

Nesse contexto, o uso da simulação enquanto uma estratégia de ensino é uma possibilidade de reflexão e aprendizagem sobre o que ocorre, ou poderá ocorrer no cuidado de enfermagem e na comunicação com o paciente e família (CAMPBELL, 2012).

1.3 A simulação clínica na educação em enfermagem

As simulações clínicas têm sido recursos muito utilizados no ensino de enfermagem especialmente na última década, pois são definidas como atividades ou eventos que replicam o ambiente da prática clínica (JEFFRIES, 2005) e que integram o mundo real ao processo de ensino aprendizagem, de modo a atingir os objetivos de ensino (KABLE et al., 2013).

A simulação pode ser uma oportunidade de melhorar estratégias pedagógicas que promovam habilidades de comunicação, bem como uma prática segura. Em ambientes simulados os alunos podem ter oportunidade de serem inseridos em possíveis situações do mundo do trabalho, nas quais suas habilidades de comunicação são fundamentais. Após tal inserção, eles têm oportunidade de observar seu desempenho nesses ambientes (quando são filmados), aprimorando suas habilidades de comunicação, ao observar o que está adequado e o que poderia melhorar, por meio da identificação de melhores práticas para a comunicação em saúde. A simulação é uma poderosa estratégia para o encorajamento de estudantes de enfermagem a pensar, agir e refletir já como profissionais enfermeiros (CAMPBELL, 2012, 2013; PINÃ-GIMENES; AMADOR-AGUILAR, 2015).

Contudo, para que os vários recursos de estímulo à aprendizagem por meio da simulação sejam efetivos, é preciso que estejam de acordo com os objetivos a serem alcançados (HOWARD et al., 2010; MARTINS, 2012).

O uso da simulação para o treinamento da habilidade de comunicação foi estudado junto aos alunos de enfermagem americanos. Tratou-se de cenário sobre situações desconfortáveis (paciente com raiva, ou comunicação de um mau prognóstico, por exemplo) no qual os alunos participaram durante duas horas, com o objetivo de avaliar as suas habilidades de comunicação empática. Foi utilizado escala do tipo *Likert*, para medir a confiança do aluno em suas habilidades de comunicação antes e após a primeira simulação e, quatro meses após. Os resultados demonstraram que, a confiança dos alunos para desenvolver sua comunicação com os pacientes, em situações consideradas desconfortáveis, como por exemplo, iniciar conversas difíceis, aumentou significativamente tanto imediatamente

($P < 0,001$) e 4 meses após ($P = 0,001$) da atividade de aula didática e simulação. Em relação à capacidade global de comunicação dos alunos também foi significativamente maior, imediatamente ($P < 0,001$) e 4 meses ($P = 0,001$) após a simulação. No geral, os alunos avaliaram a experiência de simulação em laboratório como consideravelmente benéfica (ROSENZWEIG et al., 2008).

Todavia, existem barreiras para a implementação de conteúdos e estratégias que incentivem a melhoria das habilidades de comunicação dos alunos, em ambientes de simulação. Tais barreiras, muitas vezes decorrem de razão da gestão acadêmica ineficiente, da falta de especialização do corpo docente e da escassez de recursos para financiar as despesas que os ambientes simulados demandam (CAMPBELL et al., 2013; HOWARD et al., 2010; MARTINS, 2012; ROSENZWEIG et al., 2008).

É importante reconhecer que a simulação só pode ser benéfica para alunos de enfermagem se for utilizada adequadamente e de uma maneira que melhore a qualidade do ensino e aprendizagem, possibilitando-lhes que realizem um adequado treino de habilidades e pensamento crítico em relação ao papel do enfermeiro diante da situação simulada (BRICKER; PARDEE, 2011). Contudo, ainda há escassez de instrumentos precisos e eficazes para medir comportamentos relativos à comunicação, em ambientes de simulação (ALINIER et al., 2006; CAMPBELL et al., 2013; TODD et al., 2008).

Considerando-se a importância da comunicação para a formação do enfermeiro e o cuidado ao paciente e família, a possibilidade do desenvolvimento e/ou treinamento da habilidade de comunicação em ambientes simulados, sensíveis à necessidade de investigar e implementar ações educativas, com foco no desenvolvimento da habilidade de comunicação, deparamo-nos com a Ferramenta Avaliação da Comunicação em Saúde (*Health Communication Assessment Tool* – HCAT), desenvolvida por pesquisadores americanos, os quais sentiram que havia oportunidades de avaliar a comunicação interpessoal ou comunicação em saúde dos alunos de enfermagem em ambientes simulados. Assim, diante da escassez de investimentos em pesquisas que subsidiem a atuação do professor no ensino de comunicação, a necessidade de instrumentos para avaliação da comunicação de estudantes de enfermagem, a escassa disponibilidade na língua portuguesa destes instrumentos, o presente estudo se propõe a realizar a adaptação cultural da HCAT para o idioma português adotado no Brasil.

Objetivo

2 OBJETIVO

Realizar a adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool* – HCAT, para o português brasileiro.

*Referencial Teórico e Metodológico do
Processo de Adaptação Cultural*

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL

A enfermagem precisa adotar instrumentos, escalas ou ferramentas que auxiliem nas respostas às questões da prática profissional por meio da pesquisa científica.

Muitas vezes, tais recursos não estão disponíveis em língua e cultura brasileira, precisando ser validados para que se adequem à realidade de saúde, social, política ou econômica do país e do público alvo. Nessas situações, faz-se necessário lançar mão da “adaptação cultural” que consiste no desenvolvimento ou adaptação de um novo instrumento de medida, previamente validado em outra língua ou cultura e da “validação” deste instrumento, a qual torna possível a avaliação das propriedades psicométricas de validade e confiabilidade, bem como a concordância entre os avaliadores, do instrumento já adaptado culturalmente. De tal forma é requerido o uso de uma metodologia específica para que o instrumento, ferramenta, ou escala seja válido (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O uso do termo “adaptação cultural” é considerado mais adequado que o termo tradução, uma vez que ele compreende todos os processos relativos à adequação cultural do instrumento, para além da tradução, que é o primeiro passo do processo de adaptação (HAMBLENTON, 2005; VIVAS, 1999). Quando adaptamos um instrumento, escala ou ferramenta são considerados os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução. Adaptar um instrumento já existente, ao invés de criar outro instrumento específico para a população-alvo, possui vantagens consideráveis (HAMBLENTON, 2005; VIVAS, 1999).

Entendemos que a utilização de instrumentos adaptados permite uma maior capacidade de investigação das diferenças entre uma crescente população diversificada, diferentes amostras e distintos contextos (SIMÕES et al., 2011).

Ressaltando a importância para a pesquisa na enfermagem brasileira de estudos metodológicos para busca e desenvolvimento de instrumentos validos realizamos uma revisão da literatura para identificação do contexto atual de produção científica sobre validação e/ou adaptação cultural de instrumentos, escalas ou ferramentas, na área da enfermagem.

A busca realizada na base de dados LILACS, resultou em 41 estudos. Destes, seis (6) não atendiam aos critérios de inclusão e um (1) estava duplicado. Dos cinco estudos que não atendiam aos critérios de inclusão, dois eram revisões integrativas, um era um texto reflexivo,

um não se tratava do tema e o outro foi adaptado para a língua espanhola e cultura mexicana. A amostra final resultou em 35 estudos primários.

Todos esses 35 estudos encaixam-se no quesito artigo original e foram publicados em periódicos científicos no período entre 2005 e 2015. Observa-se uma predominância de publicações de artigos no período de 2012 a 2015; não foram encontradas publicações sobre o tema no período de 2005 a 2008 (Figura 1).

Figura 1 - Produção científica sobre a adaptação cultural e/ou validação dos instrumentos na área de enfermagem nos últimos dez anos, 2005- 2015.

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 1 é possível identificar que da análise dos 35 estudos selecionados, 11 tratavam apenas de adaptação cultural de instrumento, escala ou ferramenta, dois tratavam do processo de validação de instrumento já anteriormente adaptado culturalmente e 22 narravam o processo de adaptação cultural e validação de instrumento.

Quadro 1 - Referenciais teóricos identificados nas produções científicas e processos realizados pelos estudos sobre adaptação cultural e/ou validação dos instrumentos na enfermagem, 2016*.

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993)	Adaptação Cultural; Adaptação Cultural e Validação; Validação.	<ol style="list-style-type: none"> 1. JANSSEN, A. C. et al. Avaliação da adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde: tradução e adaptação cultural de instrumento. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n.3, p. 670-679, 2015. (<i>adaptação cultural</i>) 2. PINTO, M.C. et al. <i>Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-verbal adult patients</i>. Einstein, São Paulo, v.13, n.1, p. 14-19, jan. 2015. (<i>adaptação cultural e validação</i>) 3. FIORAVANTI-BASTOS, A. M.; FILGUEIRAS, A.; MOURA, M. L. S. Análise de itens da versão brasileira do <i>Ages and stages questionnaires</i> para creches públicas da cidade do Rio de Janeiro. Estudos de Psicologia, Rio de Janeiro, v.32, n.99, 2015. (<i>validação</i>) 4. FREITAS, N.O. et al. <i>Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil</i>. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.48, n.1, fev.2014. (<i>adaptação cultural</i>) 5. ICHIKAWA, C. R. F. et al. Adaptação cultural do <i>Family Management Measure</i> para famílias de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.22, n.1, p.115-122, jan.2014. (<i>adaptação cultural e validação</i>) 6. PAN, R. et al. Adaptação cultural do instrumento <i>Costs of caring for children with cancer</i> para o Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.22, n.4, p. 591- 597, 2015. (<i>adaptação cultural</i>)

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
		<p>7. BERNARDINO, E. <i>Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness - Questionnaire-II instrument</i>. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.5, set.2013. <i>(Validação)</i></p> <p>8. SIQUEIRA, L.D.C. Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.2, mar. 2013. <i>(adaptação cultural e validação)</i></p> <p>9. FEIJÓ, M.K. et al. Adaptação transcultural e validação da <i>European Heart Failure Self-Care Behavior Scale</i> para o português do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.20, n.5, p.9, 2012. <i>(adaptação cultural e validação)</i></p> <p>10. SOUZA, S.R.; DUPAS, G., BALIEIRO, M.M.F.G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)*</i>; Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.25, n.2, p. 171-176, 2012. <i>(adaptação cultural e validação)</i></p> <p>11. FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação cultural e Validação da <i>Edmonton Frail Scale – EFS</i> em uma amostra de idosos brasileiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17,n. 6, p. 1043-1049, 2009. <i>(adaptação cultural e validação)</i></p> <p>12. QUEIJO, A.F., PADILHA, K.G. <i>Nursing Activities Score (NAS)</i>: Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, p. 1018-25, 2009. <i>(adaptação cultural e validação)</i></p> <p>13. HORA, E.C., SOUSA, R.M.C. Adaptação transcultural; do instrumento <i>Family Needs Questionnaire</i>. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17,n.4,2009. <i>(adaptação cultural)</i>.</p> <p>14. GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do <i>NursingWork Index – Revised</i>. Acta Paulista de Enfermagem, SãoPaulo,v. 22 n.3, 2009 <i>(adaptação cultural)</i></p>

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
FERRER et al. (1996)	Adaptação Cultural; Adaptação Cultural e Validação	<ol style="list-style-type: none"> 1. STRAZZIERI-PULIDO, K.C.; SANTOS, V.L.C.G.; CARVILLE, K. Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do "<i>STAR Skin Tear Classification System</i>". Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p. 155-161, 2015. <i>(Adaptação cultural e validação)</i>. 2. FREITAS, N.O. et. al. <i>Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil</i>. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.48, n.1, fev.2014. <i>(adaptação cultural)</i>. 3. VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Adaptação cultural do "<i>Questionnaires for knowledge and Compliance with Standard Precaution</i>" para o português brasileiro. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto alegre, v.34, n. 4, p. 28-36, dez.2013. <i>(adaptação cultural)</i> 4. SIQUEIRA, L.D.C. Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.2, mar. 2013. <i>(adaptação cultural)</i> 5. BALAMINUT, T. et. al. Adaptação cultural e confiabilidade para o Brasil do <i>Automated Telephone Disease Management</i>. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.25, n.5, out. 2012. <i>(adaptação cultural)</i> 6. XAVIER, A.T.F. et. al. Adaptação cultural e validação do <i>Neuropathy – and Foot Ulcer – Specific Quality of Life (NeuroQol)</i> para a língua portuguesa do Brasil - Fase 1. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.19, n.6, p.1352-1361, 2011. <i>(Adaptação cultural e validação)</i> 7. FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C. et. al. Adaptação cultural e Validação da <i>Edmonton FrailScale – EFS</i> em uma amostra de idosos brasileiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, 2009. <i>(Adaptação cultural e validação)</i>

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
BEATON et. al (2000)	Adaptação Cultural; Adaptação Cultural e Validação	<ol style="list-style-type: none"> 1. DOMANSKY, R. C.; SANTOS, V. L. C. G. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento <i>The Bowel Function in the Community</i> para o Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, p. 1114-29, 2009. (<i>Adaptação cultural e validação</i>) 2. ICHIKAWA, CRF et. al. Adaptação cultural do <i>Family Management Measure</i> para famílias de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.22, n.1, p.115-122, jan.2014. (<i>Adaptação cultural e validação</i>) 3. FEIJÓ, M.K. et. al. Adaptação transcultural e validação da <i>European Heart Failure Self-Care Behavior Scale</i> para o português do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.20, n.5, 2012. (<i>adaptação cultural e validação</i>) 4. FREITAS, N.O. et. al. <i>Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil</i>. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.48, n.1, fev.2014. (<i>adaptação cultural</i>) 5. PUGGINA, A. C.; SILVA, M. J. P. Validação e adaptação cultural para o português da <i>Interpersonal Communication Competence Scale</i>. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.27, n.2, p. 108-114, 2014. (<i>Adaptação cultural e validação</i>) 6. STRAZZIERI-PULIDO, K.C.; SANTOS, V.L.C.G.; CARVILLE, K. Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do "<i>STAR Skin Tear Classification System</i>". Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p. 155-161, 2015. (<i>Adaptação cultural e validação</i>).

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
BEATON et. al (2007)	Adaptação Cultural e Validação	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOUZA, A.C.; MILANI, D.; ALEXANDRE, N.M.C. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho / <i>Cultural adaptation of a job satisfaction assessment tool</i>. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 40, n.132, p. 219-227, 2015. 2. ROSPENDOWISKI, K.A.; ALEXANDRE, N.M.C; CORNÉLIO, M.E. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “<i>Evidence-Based Practice Questionnaire</i>”. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.27, n.5, p. 405-411. set. 2014. 3. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G.R. <i>The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation</i>. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.20, n.3, p. 583-89, mai.2012. 4. SCHARDOSIM, J.M. et. al. Adaptação transcultural e validação clínica do instrumento neonatal <i>Skin Condition Score</i> para uso no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.22, n.5, p. 834-41, 2014. 5. DORIGAN, G.H.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação cultural do <i>Newcastle Satisfaction with Nursing Scales</i> para a cultura brasileira. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 3, p.562-568, 2013.
BEATON et. al (2002)	Adaptação Cultural; Adaptação Cultural e Validação	<ol style="list-style-type: none"> 1. ZANETTI, A.C.G., GIACON, B.C.C., GALERA S.A.F. Adaptação cultural do <i>Family Questionnaire</i> para avaliação da emoção expressada. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.20,n1, 2012. (<i>Adaptação cultural</i>) 2. MAIA, C.A.R. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de <i>Braden Q</i> para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v.29, n.3, 2011. (<i>Adaptação cultural e validação</i>). 3. OLIVEIRA, L.D.R.; GUIRARDELLO, E.B.; LOPES M.H.B.M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do <i>Gaudenz-Fragebogen</i>. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.46,n.3, p.565-572, 2012. (<i>Adaptação cultural</i>).

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
REICHENHEIM; MORALES (2007)	Adaptação Cultural; Adaptação Cultural e Validação	<p>1. PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do <i>Stanford Presenteeism Scale</i> para avaliação do presenteísmo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.1, 2013. (<i>Adaptação cultural e validação</i>)</p> <p>2. SOARES, M.H.; VARGAS D. Tradução e adaptação cultural da <i>Management of Aggression And Violence Attitude Scale – MAVAS</i> – em enfermeiros brasileiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.47, n.4, p. 899- 906, ago. 2013. (<i>Adaptação cultural</i>)</p> <p>3. SOARES, M.H.; LUÍS, M.A.; HIRATA A.G. <i>Cross-cultural cultural adaptation of the "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers"</i> in Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 68,n.2, p. 174-181; 198-205, 2015. (<i>Adaptação cultural</i>)</p>
POLIT; BECK; HUNGLER (1995, 2004)	Adaptação Cultural e Validação	<p>1. DOMANSKY, R.C.;SANTOS, V.L.C.G. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento <i>The Bowel Function in the Community</i> para o Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, p. 1114-29, 2009.(<i>adaptação cultural e validação</i>)</p> <p>2. FERRARI, A.L. Tradução, adaptação e validação do <i>Cultural and Psychosocial Influences on Disability (CUPID) Questionnaire</i> para uso no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.18,n.6, nov.2010.</p>
COSTELLO; OSBORNE (2009)	Adaptação Cultural e Validação	O'HARA, T. et. al. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família / <i>Cross-cultural adaptation of na instrumentto measure the family-centered care</i> . Acta Paulista de Enfermagem , São Paulo, v.28,n.2, p. 107-112, mar.2015.

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
PELEGRINO (2011)	Adaptação Cultural	VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Adaptação cultural do " <i>Questionnaires for knowledge and Compliance with Standard Precaution</i> " para o português brasileiro. Revista Gaúcha de Enfermagem , Porto alegre, v.34, n. 4, p. 28-36, dez.2013.
GJERSING; CAPLEHORN;CLA USEN (2010)	Adaptação Cultural e Validação	O'HARA, T. et. al. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família / <i>Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care</i> . Acta Paulista de Enfermagem , São Paulo, v.28, n.2, p. 107-112, mar.2015.
PASQUALI (2010)	Adaptação Cultural	SOARES, M.H.; LUÍS, M.A.; HIRATA A.G. <i>Cross-cultural cultural adaptation of the "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" in Brazil</i> . Revista Brasileira de Enfermagem , Brasília, v. 68, n.2, p. 174-181; 198-205, 2015.
RAPOSO (2009)	Adaptação cultural e validação	PAZ, E.P.A.et. al. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. Acta Paulista de Enfermagem , São Paulo, v.27, n.5, p.419-426, set. 2014.
REICHNHEIM; PAIXÃO-JUNIOR; MORALES (2008)	Adaptação cultural	OLIVEIRA, L.D.R.; GUIRARDELLO, E.B.; LOPES M.H.B.M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do <i>Gaudenz-Fragebogen</i> . Revista da Escola de Enfermagem da USP , São Paulo, v.46, n.3, p.565-572, 2012.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007)	Adaptação Cultural e Validação	CAMPOS, M.C.T.; MARZIALE, M.H.P.; SANTOS, J.L.F. Adaptação transcultural e validação do <i>World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire</i> para enfermeiros brasileiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP , São Paulo, v.47, n.6, p. 1338-1344, dez.2013.

Referencial Teórico	Processo	Identificação do estudo
LOBIONDO (2001)	Adaptação Cultural e Validação	FERRARI, A.L. Tradução, adaptação e validação do <i>Cultural and Psycho social Influences on Disability (CUPID) Questionnaire</i> para uso no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem , Ribeirão Preto, v.18, n.6, nov.2010.
PASQUALI (1999)	Adaptação Cultural	FREITAS, N.O. et. al. <i>Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil</i> . Revista da Escola de Enfermagem da USP , São Paulo, v.48, n.1, fev.2014.
HERDMAN (1998)	Adaptação Cultural e Validação	PASCHOALIN, H.C. et. al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do <i>Stanford Presenteeism Scale</i> para avaliação do presenteísmo. Revista Latino-Americana de Enfermagem , Ribeirão Preto, v.21,v.1, p.8, 2013.

Fonte: a própria autora.

*Alguns estudos estão citados mais de uma vez, pois utilizaram mais um referencial teórico.

Um total de 35 instrumentos dedicados para avaliação das características de pacientes/família e da equipe de enfermagem/saúde foram documentados nesta revisão; foram adotados 18 diferentes referenciais teóricos para realizar o processo de adaptação cultural ou validação os quais datam de 1993 até 2010. Apesar da variabilidade de referenciais teóricos adotados nos estudos revisados, todos seguiram uma sistematização para coleta de dados. Em relação à escolha dos referenciais, na sistematização dos estudos analisados, notou-se a prevalência de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Ferrer et al. (1996).

A adaptação cultural consiste no desenvolvimento ou adaptação de um novo instrumento de medida, previamente validado em outra língua e cultura, quando não dispomos de um equivalente validado em nossa língua e cultura (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Esta revisão subsidiou nossa decisão em adotar para esse estudo de adaptação cultural da HCAT o processo metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) aprimorado por Ferrer et al. (1996).

Partindo do princípio de que uma adaptação transcultural é algo menos dispendioso e pode aumentar a probabilidade de pesquisas e ensaios clínicos, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), médicos pesquisadores provenientes da França (Guillemin) e Canadá (Bombardier e Beaton), interessados em mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas, desenvolveram um conjunto de diretrizes padronizadas para a adaptação cultural de um instrumento originalmente criado na língua inglesa, denominado *Health Related Quality of Life* (HRQOL). Para isso basearam-se em pesquisas anteriores dos campos da psicologia e sociologia, bem como em outras estruturas metodológicas anteriormente publicadas. As diretrizes elaboradas incluem recomendações para a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual em tradução.

Mais adiante, buscando avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, Ferrer et al.(1996), médicos pesquisadores espanhóis, desenvolveram uma versão conceitualmente equivalente para a língua espanhola, do instrumento “*St. George's Respirator Questionnaire* (SGRQ)”, avaliando sua viabilidade, confiabilidade e validade. Para isso, aprimoraram a proposta de processo metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), sugerindo que antes da realização da retrotradução (*back-translation*), a primeira versão do instrumento no idioma alvo deve ser submetida a uma avaliação por um comitê de especialistas, ou “comitê de juízes”, para só depois passar pelo processo de retrotradução (FERRER et al., 1996). Tal alteração, na ordem das etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), é importante, pois possibilita a

detecção de erros ou problemas de compreensão, que após a retrotradução poderiam não ser notados, visando assegurar o objetivo da retro tradução, como por exemplo, observar possíveis erros de significado na primeira versão traduzida (ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA, 2006).

A proposta de processo metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) aprimorada por Ferrer et al. (1996), abrange as etapas:

Figura 2 – Fluxograma do processo metodológico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) aprimorado por Ferrer et al. (1996)

Fonte: elaborado pela autora.

Métodos

4 MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética envolvendo Seres Humanos, CAAE 41472415.2.0000.5393 (Anexo 1) e seguiu todas as recomendações éticas nacionais e internacionais (Brasil, 2012). Os participantes do estudo foram apresentados por códigos alfa-numéricos.

4.2 Tipo de Estudo

Realizamos uma pesquisa metodológica, definida como averiguação de métodos e procedimentos adotados como científicos. Esta visa à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (DEMO, 1994; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2006).

A pesquisa metodológica adota conhecimentos para elaboração ou aprimoramento de um instrumento ou ferramenta de avaliação que, após ser submetido a todas as etapas sistematizadas, poderá ser utilizado por outros pesquisadores ou profissionais (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; POLIT; HUNGLER, 1995). Contudo, ela difere de outros delineamentos por não abranger todas as etapas do processo de pesquisa. Assim, o pesquisador metodológico está interessado em identificar um constructo intangível e torná-lo tangível com uma ferramenta de papel e lápis ou protocolo de investigação (DANTAS, 2007; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2006).

4.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior do Estado de São Paulo, a qual oferece dois cursos de graduação em enfermagem: Bacharelado em Enfermagem (integral, quatro anos) e Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem (vespertino/noturno, cinco anos).

De acordo com os projetos pedagógicos dos dois cursos de graduação em enfermagem, a simulação fez-se necessária para atender as demandas advindas dos avanços nos campos da saúde, do ensino, da educação permanente e pesquisa em saúde (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2014a, 2014b).

A instituição dispõe de 10 laboratórios de ensino e treinamento de habilidades, sendo quatro deles equipados também para a simulação de baixa e média fidelidade e um para alta

fidelidade. A modernização e a ampliação dos laboratórios deram-se por meio de recursos financeiros aprovados e subvencionados pela Pró-Reitoria de Graduação e investimentos da própria Unidade, sendo, o conjunto de laboratórios, denominado como “Centro de Simulação de Práticas de Enfermagem” (Universidade de São Paulo, 2016a).

São objetivos do Centro de Simulação de Práticas de Enfermagem (Universidade de São Paulo, 2014a p. 13-14, 2014b p. 13-14):

- Gerenciar e disponibilizar recursos materiais e físicos para capacitar estudantes de graduação de enfermagem, pós-graduação e profissionais de áreas afins para o desenvolvimento de habilidades procedimentais, cognitivas e atitudinais;
- Criar cenários para o desenvolvimento de procedimentos apropriados à realidade para a assistência individual ou coletiva;
- Possibilitar ao estudante o treino de habilidades específicas, gerais e organizacionais em ambiente seguro e controlado pelos docentes;
- Oferecer aos alunos a oportunidade de rever técnicas e procedimentos, antes de iniciar a assistência ao paciente;
- Minimizar o impacto psicológico do aluno quando em situação real na assistência;
- Contribuir para maior segurança dos pacientes, por meio do ensino e formação profissional, e melhor qualidade na assistência; fomentar, propiciar e possibilitar o desenvolvimento de pesquisas científicas que envolvam a assistência e o ensino, em cenários simulados específicos e integrados;
- Propiciar aos estudantes de graduação, de pós-graduação o conhecimento da aplicação da metodologia do ensino simulado em enfermagem.

O ensino simulado tem sido frequente em algumas disciplinas que buscam o desenvolvimento das competências necessárias ao profissional em formação, em ambientes controlados, participativos e seguros (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016a).

Um dos cursos contou no ano de 2016, com 49 disciplinas no total (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016a). Destas, seis utilizaram a simulação em seu desenvolvimento. Já, o segundo curso contou com 65 disciplinas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016b) no total e sete delas utilizaram a simulação em seu desenvolvimento.

4.4 Participantes

De acordo com o referencial metodológico de Ferrer et. al (1996) adotado nesse estudo, fez-se necessária a participação de docentes de enfermagem em duas etapas distintas, descritas a seguir.

Etapa 2 – Comitê de Juízes

Para a etapa de avaliação da tradução e retrotradução foram convidados cinco docentes de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter experiência de no mínimo três anos na docência em enfermagem;
- Ser fluente na língua inglesa;
- Ter desenvolvido atividades de ensino, pesquisa ou extensão sobre o tema comunicação e/ou adaptação cultural de instrumentos/ferramentas/escalas.

Todos os membros do Comitê de Juízes eram enfermeiros, docentes de enfermagem na mesma instituição de ensino para favorecer o encontro presencial do grupo.

Etapa 4 – Avaliação Semântica

Dada a grande extensão territorial do Brasil, as diferenças sociais e culturais entre as regiões, as quais podem interferir na compreensão de expressões e frases, fizemos a opção por convidar docentes de enfermagem das cinco regiões brasileiras na tentativa de garantir que o instrumento fosse analisado por profissionais com diferentes experiências.

Para tanto, realizamos uma busca nos *sites* dos cursos de enfermagem de instituições de ensino público de todas as regiões do Brasil. Entretanto, apenas algumas instituições de ensino disponibilizavam o contato eletrônico de seus docentes, entre elas:

- Região Norte: Universidade Federal do Pará, Universidade Federal de Rondônia, Universidade Federal do Amazonas;
- Região Nordeste: Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Estadual da Bahia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- Região Centro Oeste: Universidade Federal de Brasília, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul;
- Região Sudeste: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Escola de Enfermagem- USP, Universidade Federal de Viçosa; Universidade Federal do Rio de Janeiro;
- Região Sul: Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) e Universidade Federal de Santa Catarina.

Com o intuito de encontrar docentes que se enquadrassem em alguns critérios pré-selecionados, tais como ter experiência clínica, ensino e/ou capacitação em comunicação, ensino e/ou capacitação em simulação, analisamos na Plataforma Lattes do CNPq o currículo de cada um dos docentes encontrados.

Assim, localizamos seis docentes na região Norte, 11 docentes na região Nordeste, nove na região Centro Oeste, 13 docentes na região Sudeste e 10, na região Sul, totalizando 49 possíveis participantes.

Um mês após o convite, tivemos a resposta de apenas quatro participantes. Desta forma o convite foi reenviado por mais duas vezes com intervalo de 45 dias; no total, aguardamos 90 dias para concluir essa etapa do estudo.

Finalmente, concluímos com a participação de “10” docentes de enfermagem.

4.5 Apresentação da Ferramenta *Health Communication Assessment Tool* - HCAT

A primeira versão da ferramenta *Health Communication Assessment Tool* (HCAT) foi desenvolvida por pesquisadores americanos que atuavam no ensino e pesquisa sobre simulação e comunicação. Após participarem de numerosas simulações no ensino de enfermagem, os pesquisadores identificaram a oportunidade de avaliar a comunicação interpessoal ou comunicação em saúde dos alunos de enfermagem participantes de cenários de simulação, que enfocavam a prática de cuidados. Assim, desenvolveram a HCAT, em uma universidade privada dos Estados Unidos, a partir da análise de gravações de simulações de aproximadamente 350 estudantes de graduação em enfermagem.

A primeira versão da ferramenta tratava-se de uma escala composta por 24 afirmações, que buscava avaliar o uso ou falta de uso de comportamentos de comunicação interpessoal e de comunicação em saúde (Anexo 2). Tal escala era dicotômica com três pontos (sim, não, não tem certeza) e busca vai identificar se os comportamentos (verbal ou não verbal) foram realizados como evidência de comunicação. Havia uma questão aberta para que o avaliador identificasse se o aluno utilizou terminologia de enfermagem inadequada, terminologia médica ou jargões (Campbell et. al., 2013). A escala da ferramenta HCAT avaliava a comunicação do estudante de enfermagem, a partir de alguns quesitos tais como: estabelecimento de vínculo, nas afirmações 2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 21 e 23; valorização/estímulo à autonomia do indivíduo nas afirmações 9, 11 e 17; educação /capacitação nas afirmações 6, 13, 16; empatia nas afirmações 18, 21, 23 e evitando falhas de comunicação nas afirmações 7, 22 e 24.

Durante a coleta de dados desse estudo, cabe ressaltar que após a etapa de retrotradução, a versão HCAT retrotraduzida foi encaminhado aos autores para avaliação. Neste momento, foi sugerida a retirada de afirmações, pois a primeira versão da HCAT tinha sido revista por eles, recentemente. Assim a partir desse momento, passamos a utilizar a versão HCAT com 22 afirmações. Além disso, os autores modificaram a avaliação de dicotômica com três pontos (sim, não, não tem certeza) para escala de 1 a 5 (1 = concordo fortemente; 2 = concordo; 3 = indeciso; 4 = discordo; 5 = discordo fortemente). Ressaltamos que não houve outras mudanças na HCAT que justificassem que o processo fosse retomado do seu início. Todas as demais afirmações foram mantidas de acordo com a primeira versão da HCAT.

4.6 Permissão dos autores para utilização da HCAT

Os pesquisadores brasileiros fizeram contato com os autores responsáveis pelo estudo os quais autorizaram a realização da pesquisa no contexto nacional (Anexo 3).

4.7 Processo de adaptação cultural da ferramenta HCAT

4.7.1 Tradução inicial para o português brasileiro da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT)

Foi realizada a tradução da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT) para a língua portuguesa por dois tradutores brasileiros, com fluência na língua inglesa, de forma independente, dando origem a duas versões da ferramenta: versão traduzida para o português brasileiro 1 e versão traduzida para o português brasileiro 2.

Após, com as duas versões traduzidas para o português, comparamos ambas e selecionamos as frases de melhor expressão de cada uma delas.

Finalmente, as melhores frases de cada uma das versões traduzidas deram origem a primeira versão consensual em português PVCP – 1. A seleção das frases foi realizada considerando-se aquelas que melhor se adaptaram ao português brasileiro sem perder de vista a versão original em língua inglesa.

4.7.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT)

Seguindo o referencial teórico-metodológico adotado nesse estudo, na segunda etapa a ferramenta traduzida PVCP -1 foi avaliada por um Comitê de cinco juízes buscando-se o consenso da primeira versão brasileira. Foram considerados os seguintes itens:

- Equivalência semântica: equivalência de significado das palavras;
- Equivalência idiomática: substituição de expressões e coloquialismos, por expressões equivalentes na cultura local;
- Equivalência conceitual: analisa se um dado domínio do instrumento tem o mesmo valor, tanto na cultura da versão original do instrumento, quanto na cultura para o qual está sendo adaptado;
- Equivalência cultural: tenta adequar as expressões do instrumento original, às do idioma para o qual o instrumento será retro traduzido.

A reunião do Comitê de Juízes foi realizada por um período aproximado de duas horas. Cada participante recebeu a versão original em inglês e a primeira versão consensual em português PVCP – 1. Cada item da PVCP- 1 foi discutido detalhadamente sendo verificadas as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais entre a versão original e a brasileira PVCP -1.

Caso cada afirmação fosse considerada equivalente, alcançado mais de 80% de concordância entre os juízes, ou seja, no mínimo a concordância de quatro juízes, elaborou-se a segunda versão consensual em português 2- SVCP 2.

4.7.3 Retrotradução da segunda versão consensual em português 2- SVCP 2 da HCAT

A Retrotradução da segunda versão consensual em português 2 (SVCP 2) foi solicitada a dois tradutores independentes para a versão de inglês americano, por se tratar da versão original da ferramenta. Após, as pesquisadoras se reuniram para o estabelecimento do consenso, gerando a primeira versão consensual retrotraduzida 1 – PVCR-1 do HCAT.

Conforme já descrito acima, esta versão foi encaminhada para os autores, os quais excluíram duas afirmações, sob a justificativa que o HCAT tinha sido recentemente revisto. Assim, desde momento em diante foi utilizado a terceira versão consensual em português 3- SVCP 3 do HCAT avaliada pelos autores originais.

4.7.4 Avaliação semântica dos itens da terceira versão consensual em português 3-TVCP 3 da HCAT

Nesta etapa, os docentes participantes foram convidados por e-mail, conforme já descrito anteriormente. Aos que responderam ao e-mail, aceitando o convite, foi lhes solicitado que avaliassem o instrumento e, se necessário, fizessem sugestões de mudanças da redação para melhor entendimento do público alvo.

Para realizar a avaliação semântica (equivalência de significado das palavras), cada afirmação do HCAT foi analisada quanto ao grau de concordância, por meio da escala: "(1) Discordo fortemente"; "(2) Discordo"; "(3) Concordo"; "(4) Concordo fortemente".

4.7.5 Pré-teste e análise das medidas adaptada (versão final português brasileiro)

A etapa de análise das propriedades da medida adaptada será realizada em estudos posteriores.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, objetivou-se realizar a adaptação cultural da ferramenta *Health Communication Assessment Tool – HCAT*, para o português brasileiro. Tendo em vista que não foram encontrados outros instrumentos/ferramentas que associem as variáveis de comunicação à versão original, os achados não podem ser discutidos por meio da comparação com instrumentos ou ferramentas semelhantes, tratando-se assim de um estudo inédito no Brasil.

Sem lançar mão de habilidades de comunicação, dificilmente o enfermeiro conseguirá prestar um cuidado efetivo ao paciente e família. No campo da saúde, mais precisamente na área da enfermagem, a comunicação constitui um fio condutor para a promoção do cuidado humanizado envolvendo percepção, compreensão e transmissão de mensagens (BARBOSA; SILVA, 2007).

Contudo, nos últimos anos, tem aumentado a demanda pela adoção de instrumentos/ferramentas que garantam avaliação clara e comunicável de uma situação bem como colaborar para a qualidade e segurança da assistência ao paciente (SANTULLO, 2008) e diminuir custos de tratamento (DE VELLIS, 2011).

A adoção sistemática de instrumentos, ferramentas ou escalas para avaliação das necessidades dos pacientes e da equipe de saúde pode facilitar o processo decisório dos profissionais de saúde (MOORE; COWMAN, 2008).

O processo adotado para tradução ao português e adaptação cultural da HCAT seguiu o rigor científico, utilizando-se de etapas empregadas em vários outros estudos realizados no Brasil (BALAMINUT et al., 2012; FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009; FREITAS et al., 2014; SIQUEIRA et al., 2013; STRAZZIERI-PULIDO, SANTOS, CARVILLE, 2015; VALIM; MARZIALE, 2013; XAVIER et al. 2011). Este estudo buscou realizar a validade de conteúdo. Entretanto, estudos adicionais serão conduzidos, mantendo-se a continuidade das avaliações das propriedades psicométricas.

O processo de adaptação cultural tem sido uma atividade reconhecida como importante para proporcionar informações sobre saúde ou educação que possam ser generalizadas, respeitando-se as características de cada país. Permite a elaboração de instrumento conceitualmente equivalente ao original e culturalmente aceitável ao país para o qual foi adaptado (LEPLÈGE; HUNT, 1997).

Assim, neste estudo buscou-se obter medidas que sejam igualmente apropriadas e validadas entre as culturas americana e brasileira.

Soma-se também que, apesar de não haver consenso universal sobre a forma de adaptar-se culturalmente um instrumento/ferramenta para uso em outra cultura, há consenso sobre a inadequação de apenas traduzi-lo sem que seja realizada sua adaptação cultural (HERDEMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; WANG; LEE; FETZER, 2006). Ademais, não ajustar sua terminologia à população-alvo, incluir ou excluir itens e não submeter o instrumento/ferramenta adaptado à análise pode comprometer, de forma importante, a qualidade da informação e a capacidade de generalização dos resultados (TAVARES, 2010).

Os resultados alcançados nessa pesquisa e sua discussão estão apresentados de acordo com cada fase executada.

5.1 Tradução inicial para o português brasileiro da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAAT)

De posse das duas traduções da HCAAT, versão traduzida para o português brasileiro 1 (Apêndice 1) e versão traduzida para o português brasileiro 2 (Apêndice 2), a pesquisadora reuniu-se com outros estudiosos ou investigadores, compararam as duas versões na busca das melhores afirmações de cada uma das versões, a qual deu origem a primeira versão consensual em português PVCP – 1 (Apêndice 3).

Assim, foi construída a primeira versão da ferramenta HCAAT - PVCP – 1 composta por 16 afirmações da versão 1 e cinco da versão 2, sendo que as afirmações 4, 9, 11 e 20 foram idênticas.

Para a realização dessa etapa, são necessárias pelo menos duas traduções da ferramenta original para o idioma-alvo. Assim, é possível fazer a comparação das traduções, produzidas de maneira independente, observando discrepâncias e/ou ambiguidade entre as palavras (BEATON et al., 2002; FERREIRA, 2014b).

Os tradutores envolvidos são brasileiros e, embora não apresentassem relacionamento direto com a área de enfermagem, o rigor na qualidade da tradução foi preservado, pois a ferramenta tinha palavras de fácil compreensão e, de certa forma, ligadas ao cotidiano da maior parte da população.

Esta ação intencional na escolha dos tradutores corrobora com alguns autores, ao afirmarem que os tradutores devem ser naturais do país que receberá a tradução e, também, ter domínio semântico, conceitual e cultural do idioma do instrumento/ferramenta original. É recomendável que um dos tradutores tenha noção sobre os objetivos básicos do instrumento/ferramenta pois assim, as peculiaridades do tema estudado serão respeitadas e a

perspectiva clínica será mais adequada. Sua tradução oferecerá linguagem usada pela população em geral, esclarecendo as ambivalências que os termos do idioma original do instrumento/ferramenta podem apresentar. Outra recomendação é que os tradutores utilizem, em suas traduções, uma linguagem que possa ser compreendida pela população em geral (BEATON et al., 2002; FERREIRA, 2014b; TAVARES, 2010).

5.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes

Participaram desta etapa do estudo cinco docentes de enfermagem, conforme os critérios de inclusão. As informações sobre atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pelos juízes estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2- Caracterização dos docentes participantes do Comitê de Juízes.

Juízes	Tempo de atuação na docência (anos)	Fluência na língua inglesa	Ensino sobre comunicação	Pesquisa sobre comunicação ou adaptação cultural	Extensão sobre comunicação ou adaptação cultural
J1	14	x	x	x	x
J2	13	x	x	x	x
J3	11	x	x	x	x
J4	04	x	x	--	--
J5	03	x	x	x	x

Fonte: da própria autora.

A reunião do Comitê de Juízes foi conduzida pela pesquisadora e realizada durante duas horas, aproximadamente. Cada item da versão original e da PVCP – 1 foi discutido “ponto a ponto” sendo verificadas as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais entre a versão original e a versão brasileira. Após a avaliação algumas palavras e expressões da primeira versão foram substituídas por outras que melhor se adequaram ao nosso idioma, no intuito de estabelecer o melhor significado para os itens da ferramenta.

O objetivo do Comitê de Juízes foi produzir a versão brasileira da HCAT, a partir da síntese das versões produzidas pelos tradutores, garantido equivalência entre a ferramenta original e a traduzida (BEATON et al., 2002; FERREIRA, 2014b).

Outro aspecto que merece destaque é a realização de um grupo presencial com os juízes para discutir as traduções. Essa participação presencial permitiu o debate exaustivo de

cada item produzindo como resultado o consenso do grupo. A discussão em grupos permite a interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa, a partir de ambiente favorável à discussão, propiciando espaços para que os participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 1993).

Um estudo realizado por Kwiatkoski (2016) também utilizou grupo de discussão presencial entre os juízes para traduzir e adaptar transculturalmente o questionário de auto avaliação de competência clínica. Segundo a autora, a participação presencial de juízes, facilitou o processo e abreviou o tempo a ser dispensado nesse tipo de pesquisa.

A reunião com o comitê foi importante, uma vez que algumas sugestões realizadas, relativas aos itens da ferramenta, foram posteriormente discutidas com os autores da versão americana, proporcionando adequações e melhorias em seu entendimento. Além de alterações no título da HCAT, foram também realizadas modificações nos itens 2, 5, 9, 10, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 24, descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Versão 1 da HCAT traduzido, modificada após consenso do Comitê de juízes.

Afirmação original	Afirmação modificada	Questionamentos a serem feitos ao pesquisador responsável pelo instrumento
Título: “Comportamentos verbais e não verbais simulados em enfermagem”	Título: “Comportamentos verbais e não verbais na simulação em enfermagem”	
2. “Apertou a mão do (a) paciente e/ou familiares (ou tocou o paciente de maneira apropriada).”	2. “Apertou a mão do (a) paciente e/ou familiares (ou tocou o paciente apropriadamente).”	Compreender o que significa “apropriado”, mediante ao seu referencial teórico, que avalia a comunicação/rever o parêntese.
5. “Manteve contato visual ao conversar com o paciente e/ou família.”	5. “Manteve contato visual enquanto conversava com o paciente e/ou família.”	
9. “Passou a maior parte do tempo perto do (a) paciente.”	9. “Permaneceu a maior parte do tempo perto do (a) paciente.”	
10. “Sentou enquanto falava com o (a) paciente” ou o (a) educava. ”	10. “Sentou enquanto falava ou orientava o paciente.”	Discutir com a autora acerca da mudança do termo “educar” por “orientar”
13. “Informou o paciente e/ou família sobre o procedimento, doença e/ou tratamento.	13. “Orientou o paciente e/ou família sobre o procedimento, doença e/ou tratamento.”	

Afirmação original	Afirmação modificada	Questionamentos a serem feitos ao pesquisador responsável pelo instrumento
14. “Fez perguntas para minimizar erros de comunicação entre enfermeiros - paciente / família, para confirmar a compreensão do paciente/família sobre o procedimento/tratamento.”	14. “Fez perguntas para minimizar falhas na comunicação, na orientação do enfermeiro para o paciente / família e para confirmar a compreensão do paciente/família sobre o procedimento/tratamento.”	
17. Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero ou diversidades econômicas, etc.).	17. Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero ou diversidades econômicas, etc.).	Item 17: qual seria o parâmetro? Comportamento verbal? Não verbal? Falar com a autora.
20. Gastou quantidade igual ou maior de tempo nos aspectos psicossociais com o paciente/familiar, comparativamente aos aspectos clínicos (biológicos).	20. Dispensou quantidade igual ou maior de tempo nos aspectos psicossociais do cuidado com o paciente/familiar, comparativamente aos aspectos clínicos (biológicos).	
21. Indagou sobre os sentimentos do (a) paciente/familiar em relação ao parto, doenças, lesões e/ou tratamentos.	21. Indagou sobre os sentimentos do (a) paciente/familiar em relação ao nascimento, doenças, lesões e/ou tratamentos.	
Item 22: “Reconheceu conflito (entre paciente e família, ou paciente e situação) e tentou coletar informações e descobrir meios para minimizar.	22. Reconheceu conflito (entre paciente e família ou paciente e situação) e tentou obter informações e descobrir oportunidades para minimiza-lo.	
Evitou jargões de profissionais de saúde/ assistência à saúde (sinais vitais, respiratório, etc) [ver abaixo].	24. Evitou jargões da área da saúde (sinais vitais, respiratório, etc.) [ver abaixo].	

A tradução para a língua brasileira foi considerada equivalente, pois houve mais de 80% de concordância entre os juízes em todas as afirmações da HCAT (XAVIER et al., 2011), dando origem à segunda versão consensual em português 2 - SVCP 2 (Apêndice 4).

Alguns questionamentos realizados pelos juízes, durante a reunião, foram encaminhados aos pesquisadores responsáveis. Em relação ao questionamento direcionado ao item 2, da utilização do termo “tocou o paciente de maneira apropriada” em sua formulação,

os autores referiram que o termo “apropriado” deve ser entendido como “*aquilo que a cultura do país que utilizará a ferramenta considera como tal*”.

Segundo Silva, Tonelli, Lacerda (2003), no Brasil, o toque apropriado é confortador e faz parte ativa do cuidado. Ao tocar o paciente, não se toca somente o corpo, mas sim os sentimentos, ou seja, já se está cuidando.

Ainda nesse sentido, estudo realizado com a equipe de enfermagem e pacientes de dois hospitais do Rio de Janeiro, destacou que os pacientes aceitam o toque como um ato de cuidado da enfermagem; contudo, cabe ao enfermeiro estabelecer interação com o paciente na qual o toque é compreendido para além de uma atitude procedimental, ou seja, o enfermeiro deve buscar a comunicação empática sabendo do potencial afetivo do toque (REZENDE et al., 2015).

Adicionalmente, no período em que os questionamentos foram enviados aos autores da versão americana da HCAT, eles relataram que tinham finalizado recentemente adaptações na versão original. Assim, propuseram que a expressão contida no item original “2”, “tocou o paciente de maneira apropriada”, fosse retirada; sugeriram também para a afirmação 2 que a expressão “aperto de mão” fosse substituída por “ou cumprimentou apropriadamente”, pois a depender do país e/ou da sua região, o “aperto de mão” pode não ser utilizado para cumprimentos.

Também foi discutida com os autores da versão original a mudança do termo “educar” por “orientar” no item 10, o qual foi aceito.

Finalmente, no item 17, o Comitê de Juízes sugeriu que deveria haver clareza sobre que tipos de comportamentos poderiam ser considerados “comportamentos estereotipados”. Após discussão com os autores realizamos novas modificações. No lugar de “Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero, ou diversidades econômicas, etc.)” estabeleceu-se “O estudante/profissional evitou julgar comportamentos do paciente/família (ex: condição econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.)”.

A partir do exposto compreendemos que foram atingidos os objetivos desta etapa quais sejam: verificar a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural. Todas as afirmações foram discutidas exaustivamente para garantir que as palavras brasileiras tivessem equivalência com o inglês; do mesmo modo, foram sugeridas modificações para garantir que expressões locais fossem respeitadas sem perder de vista o respeito às expressões da versão original. Ademais, não houve discordâncias entre os juízes sobre a equivalência conceitual da HCAT nas versões americana e traduzida.

Acreditamos que a participação dos autores originais nessa etapa do estudo, garantiu maior fidedignidade da versão brasileira à ferramenta original proposta, garantindo que, no

futuro, os dados de diferentes culturas possam ser comparados na busca da formação de enfermeiros que atendam as necessidades de saúde de um mundo globalizado.

5.3 Retrotradução da Ferramenta de Avaliação da Comunicação em Saúde (HCAT)

Inicialmente, a retrotradução da segunda versão consensual em português 2 SVCP 2 foi solicitada a dois tradutores independentes, para a versão de inglês americano (Apêndice 5).

Após, a retrotradução foi enviada para os autores originais a fim de garantir o rigor metodológico e a preservação do conteúdo inicial da versão original. Os autores concordaram com a versão retrotraduzida, contudo sugeriram a redução do número de afirmações da HCAT de 24 para 22; para tanto, foram suprimidas as afirmações 19, 20 e 25.

Assim, obedecendo-se ao rigor metodológico, procederam-se os seguintes passos novamente:

1. Versão reduzida (considerando também os ajustes após os questionamentos feitos pelo Comitê de Juízes) foi traduzida para o português brasileiro: não houve diferenças entre as versões (Apêndice 6).
2. Geração de nova retrotradução (Apêndice 7);
3. Envio da versão retrotraduzida aos autores da versão original americana: aprovada (Apêndice 7).

Cabe destacar que a retrotradução deve ser realizada para verificar se a versão original e a versão que está sendo adaptada são comparáveis, mantendo-se as equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais. Além disso, torna-se especial relevância obter evidências da validade do instrumento no novo contexto cultural. Para isso, é preciso verificar se o instrumento realmente mede aquilo que se propõe a medir (DUARTE; BORDIN, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

5.4 Avaliação semântica dos itens da terceira versão consensual em português 3- TVCP 3 da HCAT

Após o reenvio da solicitação de participação por duas vezes, durante um período de 90 dias, contamos com a colaboração de 10 docentes (20,4%) de três distintas regiões do Brasil, de um total de 49 convidados (Quadro 4).

Quadro 4- Características das docentes colaboradoras que participaram da etapa avaliação semântica dos itens da HCAT

Docentes	Graduação	Região do País	Tempo de atuação na docência (anos)	Experiência Clínica	Formação e/ou Ensino em comunicação	Atividades de Pesquisa sobre comunicação ou adaptação cultural	Atividades de Extensão sobre comunicação ou adaptação cultural	Atividades de Ensino e/ou formação em simulação
D1	Enfermagem	Sul	15	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
D2	Enfermagem	Sul	07	Sim	Não	Sim	Não	Não
D3	Enfermagem	Sul	05	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D4	Enfermagem	Sul	05	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D5	Enfermagem	Nordeste	12	Sim	Não	Sim	Não	Não
D6	Enfermagem	Nordeste	08	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D7	Enfermagem	Sudeste	31	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D8	Enfermagem	Sudeste	17	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D9	Pedagogia	Sudeste	26	Não	Sim	Sim	Sim	Não
D10	Enfermagem Pedagogia	Sudeste	16	Sim	Não	Sim	Não	Sim

Fonte: da própria autora.

Possivelmente, uma das justificativas para o baixo índice de participação trata-se do excesso de atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão exercidas pelos docentes universitários.

O produtivismo acadêmico tem sido importante fator de intensificação da sobrecarga de trabalho ao docente-pesquisador, cada vez mais incumbido de intensas atividades e, muitas vezes, isento de autonomia (CARAN et al., 2011; SGUISSARDI; 2013; SILVÉRIO et al., 2010). Possivelmente, tal sobrecarga motivou a demora na aceitação e a recusa de vários dos docentes convidados na participação nessa presente etapa.

Das 10 docentes participantes, quatro atuam na região Sul, duas na região Nordeste e quatro na Sudeste. Dessa maneira, a avaliação semântica dos itens da HCAT, realizada no presente estudo, pôde abranger o entendimento acerca de cada um dos itens da ferramenta, a partir da visão de pessoas situadas em distintos contextos regionais do Brasil.

Todas as docentes participantes possuem mais de cinco anos de experiência na docência. Tal fato pode ter facilitado compreensão acerca dos itens e da aplicabilidade HCAT, uma vez que ela foi desenvolvida para ser utilizada por docentes/tutores (CAMPBELL et al., 2013).

Pudemos ainda constatar, que apenas uma delas possui formação acerca da temática “comunicação”, denotando o quanto as habilidades de comunicação podem não estar sendo avaliadas e desenvolvidas claramente, durante a formação dos graduandos e pós-graduandos (AZEVEDO; VIDAL; SILVA, 2015; FRENK, 2010, PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2012).

Entre essas 10 participantes, sete possuem formação ou experiência em atividades de ensino e pesquisa acerca da temática simulação, denotando o quanto o uso de ambientes simulados para a formação em enfermagem tem sido uma prática cada vez mais frequente e difundida (CAMPBELL, 2012; JEFFRIES, 2005).

Os resultados das avaliações estão descritos no Quadro 5. Verificamos que cada um dos itens da versão brasileira do HCAT obteve concordância mínima superior à 80%, com exceção do item 8 que obteve 70% de concordância.

Quadro 5 – Resultados da avaliação semântica acerca da versão final brasileira da HCAT.

Afirmações (HCAT)	Discordo fortemente (%)	Discordo (%)	Indeciso (%)	Concordo (%)	Concordo fortemente (%)
1. O estudante/profissional apresentou-se ao paciente e/ou família				30	70
2. O estudante/profissional apertou a mão do paciente e/ou família ou cumprimentou apropriadamente.		20		30	50
3. O estudante/profissional explicou a razão de sua visita em termos apropriados.		10		10	80
4. O estudante/profissional usou comunicação positiva, incluindo um sorriso para encorajar as interações.			10	20	70
5. O estudante/profissional manteve contato visual enquanto conversava com o paciente e/ou família.				20	80
6. O estudante/profissional comunicou o que estava prestes a fazer ANTES de fazê-lo.			20		80
7. O estudante/profissional perguntou ao paciente ou familiar se poderia tocar o paciente ANTES de fazer um procedimento ou exame (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sondagem, etc.).			10	10	80
8. O estudante/profissional tocou o paciente apropriadamente.		10	20	20	50
9. O estudante/profissional passou a maior parte do tempo perto do paciente.			20	10	70
10. O estudante/profissional sentou-se ao orientar ou conversar com o paciente			20	10	70
11. O estudante/profissional ouviu mais do que falou.				20	80
12. O estudante/profissional inclinou-se em direção à pessoa que falava para demonstrar interesse.			10	10	80
13. O estudante/profissional orientou efetivamente o paciente e/ou família sobre o procedimento, doença e/ou tratamento.				40	60

14. O estudante/profissional fez perguntas para encorajar o <i>feedback</i> e aumentar a clareza.	10			20	70
15. O estudante/profissional reconheceu e respondeu apropriadamente aos comportamentos verbais e não-verbais (franzir de testa, lágrimas, histeria, silêncio, etc.) do paciente e/ou família.			20	30	50
16. O estudante/profissional usou tom de voz e volume apropriados para a situação.		10	10		80
17. O estudante/profissional evitou julgar comportamentos do paciente/família (ex.condição econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.).			10	10	80
18. O estudante/profissional passou um tempo igual ou maior abordando aspectos psicossociais no cuidado ao paciente/família em relação aos aspectos clínicos (biológicos).				20	80
19. O estudante/profissional perguntou sobre os sentimentos do paciente/família sobre a situação,demonstrando preocupação.			20	10	70
20. O estudante/profissional reconheceu o conflito e tentou obter informações e encontrar oportunidades para minimizá-lo ou manejá-lo.			20	20	60
21. O estudante/profissional desenvolveu, manteve ou aprimorou relacionamento interpessoal com o paciente e/ou família (via comunicação e profissionalismo)			10	50	40
22. O estudante/profissional evitou termos técnicos de saúde (sinais vitais, punção venosa, etc.) [inclua abaixo os termos técnicos utilizados]			20	10	70
Se termos técnicos foram utilizados, liste-os:					

Fonte: da própria autora.

Algumas avaliadoras fizeram sugestões. Dentre elas, coube destacar as sugestões relativas aos itens 2, 8 e 14.

Para o item 2, ou “*O estudante/profissional apertou a mão do paciente e/ou família ou cumprimentou apropriadamente*” algumas avaliadores emitiram os seguintes comentários: “...nem todo paciente gosta de apertar a mão...” e “... a palavra apropriadamente pode ter várias interpretações...”. Concordamos com as considerações e reafirmamos que tais questionamentos já haviam sido discutidos durante as etapas “comitê de juízes” e “retrotradução”, bem como discutidos amplamente com os autores da versão original para o qual obteve-se a seguinte resposta: “...aquilo que a cultura do país de utilização da ferramenta considera como tal..”, sugerindo que a expressão “ou cumprimentou apropriadamente” fosse mantida, em alternativa à expressão “aperto de mão”, também contida na afirmação 2, porque a depender do país e/ou da sua região, nem sempre é considerado “adequado” ou “apropriado” ter a sua mão apertada em forma de cumprimento.

Para o item 8, ou seja, “*O estudante/profissional tocou o paciente apropriadamente*”, foram emitidos os seguintes comentários: “*O que é tocar apropriadamente? Levar em conta cada paciente...*”, “*Fiquei em dúvida se apropriadamente não poderia ser trocado por ‘respeitosamente’ ou de ‘maneira respeitosa..’*” e “*Talvez trocar ‘apropriadamente’ por ‘com respeito e cuidado...*”, “*O estudante/profissional tocou o paciente durante os procedimentos apropriadamente*”.

Apesar das variações que podem existir entre um país e outro, na cultura ocidental, toques nos membros superiores, ombro, braço, antebraço e mãos, são mais aceitáveis do que em áreas habitualmente cobertas por vestes e, conseqüentemente, mais protegidas, tais como, tórax, abdômen e pernas (SILVA, 2002).

Ainda sobre a cultura ocidental, no Brasil, por exemplo, as pessoas estão acostumadas a “tocar-se” enquanto falam de maneira informal, umas com as outras. Entretanto, toques em algumas regiões do corpo são apropriados e em outras regiões do corpo, não. De maneira geral, dentro da cultura brasileira, durante um diálogo estabelecido entre profissional e paciente, toques nos braços são “tolerados” e não são vistos como desrespeitosos. Apesar de sermos mais tocados nos braços, em ambiente hospitalar pode haver uma “permissão implícita”, que nos permite tocar, por exemplo, o abdômen dos pacientes com mais naturalidade do que tocaríamos os das outras pessoas que não estão sob nossos cuidados. Entretanto, “toques nas pernas” podem representar “invasão de privacidade” e desrespeito por parte do profissional (SILVA, 2002).

Salientamos, portanto, que ser tocado “de maneira apropriada” pode ter sentidos muito variáveis e subjetivos, devendo-se sim “levar-se em conta cada paciente”. Concordamos, portanto, com o que o docente nos trouxe sem, contudo, realizar alterações na versão final do instrumento, uma vez que as não julgamos tal alteração primordial para o entendimento do item e as alterações julgadas necessárias, já haviam sido realizadas em etapas anteriores.

Ainda, relativo às observações dos participantes ao item 8, coube destacar a sugestão “*O estudante/profissional tocou o paciente durante os procedimentos apropriadamente*”, uma vez que, esta modificação poderia denotar uma ideia de cuidado tecnicista, ainda bastante comum no ensino e cuidado de Enfermagem, de que o cuidado e a aproximação profissional/paciente ocorre a partir da realização de técnicas e procedimentos, essencialmente (ALMERUND, 2007; DANTAS, 2014; ORÍÁ; MORAES; VICTOR., 2004;).

Para o item 14 ou “*O estudante/profissional fez perguntas para encorajar o feedback e aumentar a clareza*” os peritos concederam algumas observações, tais quais: “*Feedback: não seria melhor substituir essa palavra?* ” e “*Considerar devolutiva ao invés de feedback*”.

Ressaltamos que, assim como todos os itens do instrumento, o item 14 foi amplamente discutido em etapas anteriores. Após a discussão, inclusive com uma das autoras da ferramenta, decidiu-se deixar no item 14 o termo “feedback” uma vez que é bastante utilizado por pessoas com experiência acadêmica, para as quais a HCAT foi desenvolvida (CAMPBELL et al., 2013).

Diante da finalização dessa etapa do estudo, esperamos ser capazes de colaborar para a formação do enfermeiro, uma vez que a comunicação permeia todas as ações do aluno e do futuro enfermeiro, sendo possível a aquisição de habilidades relativas à comunicação, durante a formação do sujeito, quando se compreende sua importância para a prática (MOURÃO et al., 2009).

Conforme descrito no método, a etapa de pré-teste e análise das propriedades da medida adaptada será realizada em estudos posteriores.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Para realizar a adaptação cultural da ferramenta HCAT para o português brasileiro, este estudo cursou as etapas de tradução, comitê de juízes, retrotradução e validação semântica. Cada uma dessas etapas foi percorrida considerando-se o rigor científico e metodológico.

Os resultados obtidos demonstraram que a versão brasileira da HCAT pode ser utilizada no contexto nacional. Ou seja, foi considerada adaptada culturalmente para o Brasil e poderá ser útil para avaliar a capacidade comunicativa dos estudantes de enfermagem durante cenários de simulação clínica.

Contudo, ainda se faz necessário realizar o pré-teste e a análise das medidas adaptadas utilizando uma amostra representativa de professores/facilitadores de simulação clínica em Enfermagem.

A participação dos autores da versão original em inglês, durante toda a execução desse estudo, permitiu espaços de construção coletiva de conhecimentos e experiências. Do mesmo modo, tal contato permitiu que tivéssemos conhecimento da versão original atualizada, dando-nos oportunidade de retomar algumas etapas do estudo, garantindo sua atualização no contexto científico mundial.

Dada a extensão geográfica do Brasil, a qual confere a este país diferentes identidades culturais e sociais, a participação de docentes de distintas localidades do Brasil permitiu que houvesse maior credibilidade à versão brasileira do HCAT.

A participação de 10 docentes de enfermagem que participaram da etapa avaliação semântica dos itens da HCAT pode ter limitado a generalização dos resultados, contudo tivemos representantes de três regiões brasileiras. Possivelmente, a extensa carga de atividades acadêmicas, científicas, assistenciais e administrativas pôde ter desmotivado alguns docentes. De forma indireta, este estudo demonstrou que muitos docentes podem estar sobrecarregados, limitando sua capacidade de colaborar em estudos científicos.

Dada a importância da comunicação para a formação do enfermeiro e cuidado ao paciente, família e sociedade, consideramos que quando disponibilizada para uso, no ensino de enfermagem, a versão brasileira da HCAT poderá ser mais uma estratégia para avaliar a comunicação de estudantes de enfermagem como também uma ferramenta de apoio ao professor em ambientes de simulação.

A versão brasileira do HCAT foi considerada adaptada culturalmente para o Brasil e poderá ser útil para avaliar a capacidade comunicativa dos estudantes de enfermagem durante cenários de simulação clínica

Referências

REFERÊNCIAS

ALINIER, G. et al. Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education. **Issues and Innovations in Nursing Education**, London, v.54, n.3, p. 359-369, 2006. Disponível em: <<http://winnies-how-tos.wikispaces.com/file/view/effectiveness+of+intermediate-fidelity+simulation.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

ALMERUND, S. **Vigilance & Invisibility. Care in technologically intense environments**. 2007. 142 f. Tese (Doutorado em filosofia) –Linnaeus University, Växjö, 2007. Disponível em: <<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:205326/FULLTEXT01.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2015.

ALVES, C. C. et. al. Reflexos Históricos da Formação do enfermeiro no Brasil: Um debate à luz das políticas de saúde. **Sanare- Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/645/350>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

AZEVEDO, A. L.; ARAÚJO, S. T.; VIDAL, V. L. L. Como o estudante de enfermagem percebe a comunicação com o paciente em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.28, n.2, p.125-131. 2015. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/1982-0194201500022>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

BALAMINUT, T. et al. Adaptação cultural e confiabilidade para o Brasil do *Automated Telephone Disease Management*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500023>. Acesso em: 15 fev.2016.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2015.

BEATON, D. E. et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of healthy status measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons. **Institute for Work & Health**, Toronto, 2002. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 27 fev 2017.

BERNARDINO, E. Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness - Questionnaire- II instrument. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.5, 2013, p. 1112-1118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501112>. Acesso em: 15 fev.2016.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007. São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 7set. 2016.

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Conselho Nacional de Educação**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica, Série A, n. 19, 2006. 192 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>> Acesso em: 6 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2015.

BRICKER, D. J.; PARDEE, C. J. Nurse experts jump-start clinical simulation in rehabilitation nursing: supporting new graduate transition to competence. **Nursing Education Perspectives**, New York, v. 32, n.1, p.34-36, 2011. Disponível em:<<http://gita.sitybook.com/free-ebooks/nurse-experts-jump-start-clinical-simulation-in-rehabilitation-nursing-supporting-new-graduate-transition-to-competence-teaching-with-technology.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

CAMPBELL, S. H. Role-Playing: An Underutilized Tool for Teaching Students to Think, Act, and Reflect Like a Nurse. **Clinical Simulation in Nursing**, Londres, v. 8, n. 7. p. 261-262, 2012. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/18761399/8/7>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CAMPBELL, S. H. et. al. Development of the Health Communication Assessment Tool: Enhancing Relationships, Empowerment, and Power-Sharing Skills. **Clinical Simulation in Nursing**, Londres, v. 9, n. 11, p. 543-550, 2013. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/259167183_Development_of_the_Health_Communication_Assessment_Tool_Enhancing_Relationships_Empowerment_and_Power-Sharing_Skills>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CAMPOS, M.C.T.; MARZIALE, M.H.P.; SANTOS, J.L.F. Adaptação transcultural e validação do World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire para enfermeiros brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.6,p. 1338-1344,2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601338>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CARAN, V. C. S. et al., Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. **Revista da Escola de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 255-261, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a14.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

CARVALHO, V. Globalização e competitividade: contexto desafiante para a formação da enfermeira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, 2011, p. 171-179. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100024>. Acesso em: 4 set. 2016.

CONTRADIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CURREY, J. et al. Developing professional attributes in critical care nurses using Team-Based Learning. **Nurse education in practice**, Edinburgh, v.15, n.3, p. 232-238, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25704795>>. Acesso em: 19 ago.2017.

DANTAS, R.A.S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 115f. Tese (Livre Docência em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em:<http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA_NCIA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

DANTAS, T. R. A. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva. **Revista da Escola de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.169-174, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13559/10366>>. Acesso em: 4 set. 2016.

DE VELLIS, R .F. **Scale development**. Theory and applications.London(UK): Bickman and Rog; 2011.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DOMANSKY, R. C.; SANTOS, V. L. C. G. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento *The Bowel Function in the Community* para o Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n. especial, p. 1114-1129, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a16v43ns.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação cultural do *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales* para a cultura brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v. 47, n. 3, p.562-568, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00562.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 55-58, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3800.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

ECHEVARRIA-GUANILO, M.E. et. al. Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale--BSPAS to be used with Brazilian burned patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 526-533, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 16 fev. 2017.

FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C.et. al. Adaptação cultural e Validação da *Edmonton Frail Scale – EFS* em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17,n. 6, p. 1043-1049, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf>. Acesso em: 15 fev.2016.

FEIJÓ M.K. et. al. Adaptação transcultural e validação da *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* para o português do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_22.pdf>. Acesso em: 15 fev.2016.

FERNANDES, J.D.; REBOUÇAS, L.C.Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,v.66, n. especial, p.95-101.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FERRARI, A. L. Tradução, adaptação e validação do *Cultural and Psychosocial Influences on Disability (CUPID) Questionnaire* para uso no Brasil. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.6, p. 1092-1098, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000600008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev.2016.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da "Burn Specific Health Scale - Revised (BSHS-R):** versão para brasileiros que sofreram queimaduras. 2006. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092006-153741/publico/MS-ENEAS_FERREIRA-BSRS-R-2006.pdf>. Acesso em: 15 fev.2017.

FERREIRA, J.A. et al. Comunicação terapêutica no contexto da atenção à saúde do homem. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro,v. 6, n.1, p. 333-343, 2014a. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2891/pdf_1068>. Acesso em: 7 set. 2016.

FERREIRA, L. Guia da AAOS: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicologia**, Itatiba, v.13, n.3, p. 457-461, 2014b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300018>. Acesso em: 27 fev. 2017.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Lausana, v. 9, n.6, p. 1160-1166, 1996. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2891/pdf_1068>. Acesso em: 17 set. 2015.

FIORAVANTI-BASTOS, A. M.; FILGUEIRAS, A.; MOURA, M. L. S. Análise de itens da versão brasileira do *Ages and stages questionnaires* para creches públicas da cidade do Rio de Janeiro. **Estudos de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.32, n.99, p. 293-301, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200293>. Acesso em: 15 fev2016.

FRANCO, E. C. D.; SOARES, A.N.; BETHONY, M. F. G. Currículo Integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros docente. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.7, n. 1, p. 33-36, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/662/281>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FRANKEL, R. M. et al. Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 21 p. 121-127, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173182>>. Acesso em: 11 set. 2016.

FREITAS, N.O. et al. *Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.1, p. 25-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000100025&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2016.

FRENK, J. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet Commissions**, London, v. 4, n. 376, p. 5-40, 2010. Disponível em: <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF?sequence=1>. Acesso em: 6 maio 2015.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do NursingWork Index. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 281-287, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a07v22n3.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

GONÇALVES, M. I., et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n. 1, e2310014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100310> Acesso em: 11 set. 2016.

GOTTEMS, L. B. D.; ALVAREZ, A. M.; ALMEIDA, L. M. W. S. Educação em enfermagem: qualidade, inovação e responsabilidade. Editorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.4, p. 499-500, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000400499&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GUBERT, E.; PRADO, M. L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 285-295, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a15.htm>. Acesso em 16 janeiro 2017.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, London, v. 48, n. 12, p. 1417-1432, 1993. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/a2a8/fc3722ce868ac3cc37fd539f50afa31f4445.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

HAMBLETON, R.K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. (Eds.). **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum, 2005.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Amsterdam, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024985930536>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Adaptação transcultural; do instrumento *Family Needs Questionnaire*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 541-547, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_17.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

HOWARD, V. M. et al. Human patient simulators and interactive case studies: A comparative analysis of learning outcomes and student perceptions. **Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 42-48, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19940620>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ICHIKAWA, C. R. F. et al. Adaptação cultural do *Family Management Measure* para famílias de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 115-122, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00115.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JANSEN, A. C. et al. Avaliação da adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde: tradução e adaptação cultural de instrumento. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 670-679, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00670.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

JEFFRIES, P. R. A frame work for designing, Implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. **Nursing Education Perspectives**. New York, v. 26, n.2, p.96-103, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/7821020_A_Frame_Work_for_Designing_Implementing_and_Evaluating_Simulations_Used_as_Teaching_Strategies_in_Nursing> Acesso em: 20 fev. 2017.

JOINT COMMISSION. Sentinel Events Alert. **Joint Comission International**, Oakbrook Terrace v. 51, 5p., 2013. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_51_URFOs_10_17_13_FINAL.pdf>. Acesso em: 6 ago.2015.

KABLE, A. K. et al. Student evaluation of simulation in undergraduate nursing programs in Australia using quality indicators. **Nursing & Health Sciences**, London, v.15, n.2, p. 235-243, 2013 Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12025/full>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

KEOGH, B. Review into the Quality of Care and Treatment Provided by 14 Hospital Trusts in England: **Overview Report**.UK: National Health Service. July 2013. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf>>. Acesso em: 17jan. 2017.

KWIATKOSKI, D. R. **Tradução e adaptação transcultural de um questionário de competências clínicas**. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/44128>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

LEPLÈGE, A.; HUNT, S. The problem of quality of life in medicine. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.278, n.1, p.47-50, 1997 Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/417282>> . Acesso em: 3 mar. 2017

LEWIS, R.; STRACHAN, A; SMITH, M. M. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. **Open Nursing Journal**, Hilversum, v. 6, p.82-89, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415625/>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 6ª ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2006

LOPES, R. E.; SILVA, A. C.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M. Formação Reflexiva no Ensino da Enfermagem: discussão à luz de Schön. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 22, n. 1, p. 47-58, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/3393/1442>>. Acesso em: 15jan. 2017.

MAGUIRE, P.; PITCEATHLY, C. Key communication skill and how to acquire them. **British Medical Journal**, London, v.325, n.7366, p. 697-700, 2002 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124224/>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

MAIA, C. A. R et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de *Braden Q* para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.29, n.3, p. 405-414, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300016>. Acesso em: 15 fev.2016.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation Brasília. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.3, p. 583-589, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2016

MARTINS, J. C. A. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.4, p. 619-625, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MARTINS, Y. C.; PESSONI, A. Comunicação e saúde na enfermagem: um estudo bibliométrico. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 1-13, 2015. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/445>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MAZZOCCO, K. et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. **American Journal of Surgery**, New York, v.197 n. 5, p. 678-685, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/23254762_Surgical_team_behaviors_and_patient_outcomes>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MELO G. M. et al. Nursing team communication with regard pain in newborns: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 462-470, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4019/html>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MELO, C. M. M. Desafios contemporâneos sobre trabalho e Formação da Enfermeira no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 3-5, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16963/pdf_57>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MOORE, Z. E. H.; COWMAN, S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Sidney, v. 16, n.3, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub2/abstract>>. Acesso em: 11 maio 2016.

MOURÃO, C. M. L. et. al. Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027967017>>. Acesso em: 19 jan. 2017

NEILY, J. et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 304, n.15, p.1693-1700,2010. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186748>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

O'HARA, T. et al. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.28, n.2, p. 107-112, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-2100201500020010>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OLIVEIRA, T. R., SIMÕES, S. M. As faces da comunicação na prática da enfermagem: Uma pesquisa bibliográfica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2010. Disponível: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3116/698>>. Acesso em: 19jan. 2017.

OLIVEIRA, L. D. R.; GUIRARDELLO, E. B.; LOPES M. H. B. M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do Gaudenz- Fragebogen. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46,n.3, p.565-572,2012Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/06.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nursing and Midwifery Progress Report 2008-2012**. Geneva: OMS, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Transforming and Scaling Up Health Professional Education and Training. Policy Brief on monitoring and Evaluation the education of Health Professionals. **Report**. Geneva, 2013b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2015.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PAGLIUCA, L.M.F.; REGIS C.G.; FRANÇA I.S.X. Análise da comunicação entre cego e estudante de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.3, p. 296-301, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jan. 2017.

PAN, R. et al. Cultural adaptation to Brazil of the questionnaire Costs of caring for children with cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n. 4, p. 591-597, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00591.pdf>. Acesso em: 15 fev.2016.

PASCHOALIN, H. C. et al. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.1, p. 388-395, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100014>. Acesso em: 15 fev.2016.

PAZ, E. P. A. et al. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.5, p.419-426, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0419.pdf>. Acesso em: 15 fev.2016.

PEARSON, E.; MCLAFFERTY, I. The use of simulation as a learning approach to non-technical skills awareness in final year student nurses. **Nurse Education in Practice**, v.11, n.6, p. 399-405, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51055520_The_use_of_simulation_as_a_learning_approach_to_non-technical_skills_awareness_in_final_year_student_nurses>. Acesso em: 16 jan. 2017.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 492-499, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.

PIÑA-GIMENES I.; AMADOR-AGUILAR, R. O ensino da enfermagem com simuladores, considerações teórico-pedagógicas para perfilar um modelo didático. **Enfermería Universitaria**, Distrito Federal, v.12, n. 3, p: 152-159, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300152&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 4 set. 2016.

PINTO, M.C. et al. Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-verbal adult patients. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.1, p. 14-19, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/1679-4508-eins-13-1-014.pdf>> Acesso em: 15 fev.2016.

PIRES, A.S. et al. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.705-711, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a20.pdf>>. Acesso em: 19jan. 2017.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006>. Acesso em: 4 set. 2016.

PUCHER P. H. et al. Ward simulation to improve surgical ward round performance: a randomized. **Annals of surgery**, Philadelphia, v. 260, n. 2, p.236-243, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24646529>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

PUGGINA, A. C.; SILVA, M. J. P. Validação e adaptação cultural para o português da *Interpersonal Communication Competence Scale*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.2, p. 108-114, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev.2016.

QUEIJO, A. F., PADILHA, K.G. *NursingActivities Score (NAS)*: Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n. spec., p. 1018-1025, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500004>. Acesso em: 15 fev.2016.

RANGEL, E.M. et. al. (Ed.).Evaluation by nursing students in virtual learning environments for teaching endocrine physiology. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.327-333, 2011. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 abr. 2015.

REZENDE, R. C et al. Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n.3, p. 490-496, 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ROSENZWEIG, et. al. Simulation Laboratory for students in a acute care nurse practitioner program. **American Journal of Critical Care**, Palo Alto, v. 17, n. 4. 2008. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

ROSPENDOWISKI, K.A.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORNÉLIO, M.E. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “*Evidence-Based Practice Questionnaire*”. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.5, p. 405-411, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002014000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev.2016.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Personal and professional nuances of nurses who perform administration functions in the university hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 154-160, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a22v44n1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SANTULLO, A. **Le scale diva lutazione in sanità**. Milano (I): Mc-Graw-Hill; 2008.

SCHARDOSIM, J. M. et. al. Cross-cultural adaptation and clinical validation of the Neonatal Skin Condition Score to Brazilian Portuguese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.5, p. 834-841, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/0104-1169-rlae-22-05-00834.pdf>>Acesso em: 15 fev.2016.

SGUISSARDI, V. O produtivismo acadêmico: sequestro do tempo livre e ócio criativo do professor. In: Congresso em Docência Universitária da Universidade de Buenos Aires. 2013, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: Universidade de Buenos Aires, 1994. p. 2-6. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/vs-o-produtivismo-academico-e-o-sequestro-do-tempopdf.html>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

SILVA, M. B. G. M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 59-64, 2003. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362003000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2017

SILVA L. M. G. et. al. Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

SILVA, G. M. et. al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto&Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n.6 p. 176-184, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2158/1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2016.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2002.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N.R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n. 2, p. 337-344, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a14.htm>>. Acesso em 25 fev. 2017.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

SILVÉRIO, M. R. et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p. 65-73, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-550220100001000008>. Acesso em: 27 fev. 2007.

SIMÕES, J. et. al. Assessment of comatose patients: a Portuguese instrument based on the Coma Recovery Scale – Revised and using nursing standard terminology. **Journal of Advanced Nursing**, London, v.67, n.5, p.1129-1141, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05559.x/abstract;jsessionid=68CDA70E8E10F34CE1BF0459996CA187.f03t02>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SIQUEIRA, L.D.C.et. al. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 2. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200610&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en>. Acesso em: 15 fev.2016.

SITTIG, D. F.; SINGH, H. Electronic health records and national patient-safety goals. **New England Journal of Medicine**, London, v. 367, p.1854-1860, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690003/>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

SOARES, M. H.; LUÍS, M. A.; HIRATA A. G. Cross-cultural cultural adaptation of the "Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers" in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n.2, p. 174-81, p. 198-205, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000200198&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SOARES, M. H.; VARGAS, D. Tradução e adaptação cultural da *Management of Aggression And Violence Attitude Scale – MAVAS* – em enfermeiros brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n. 4, p. 899-906, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000400899&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SORIANO, E. C. I. et al. Cursos de enfermagem do estado de São Paulo frente às diretrizes curriculares. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p. 965-972, 2015a. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000400013>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SORIANO, E. C. I. et al. Os cursos de enfermagem frente às diretrizes curriculares nacionais: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.9, n. 3, p.7702-7709, 2015 b. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/File/10511/11390>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

SOUZA, A. C.; MILANI, D.; ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n.132, p. 219-227, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000200219>. Acesso em: 15 fev.2016.

SOUZA, S. R.; DUPAS, G., BALIEIRO, M. M. F. G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 171-176, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a03v25n2.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 3ªed. São Paulo: Pearson Education, 2010.

STRAZZIERI-PULIDO, K.C.; SANTOS, V.L.C.G.; CARVILLE, K. Cultural adaptation, content validity and inter-rater reliability of the “STAR Skin Tear Classification System”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p. 155-161, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00155.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

TAMAKI, C. M. et. al. Cuidar de pacientes terminais. Percepção dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva de hospital público. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 414-420, 2014. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20702/17370>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

TAVARES, M. G. S. **Adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil do Asthma Control Scoring System – ACSS**: um sistema de escore para controle abrangente da asma. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93715>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

TODD, M. et. al. The development of a quantitative evaluation tool for simulations in nursing education. **International Journal of Nursing Education Scholar ship**, London, v.5, n.1, p. 1-17, 2013. Disponível em: <<http://www.degruyter.com/view/j/ijnes>>. Acesso em: 8 mar 2015.

TREVIZAN, M. A. et. al. Investment in nursing human assets: education and minds of the future. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 1-5 p., 2010. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300024&lng=en>. Acesso em: 15 abr. 2015.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem. 2014a. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/bacharelado-pp/>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

_____. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. 2014b. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/Bacharelado-Licenciatura-PP/>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

_____. Centro de simulação de Práticas de Enfermagem: Laboratórios. 2016 a. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/corporate-centro-simulacao-laboratories/>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Cronograma de Aulas do Curso Bacharelado e Licenciatura - 2016. 2016a. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/Cronograma-de-aulas-2017-Licenciatura/>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

_____. Cronograma de Aulas do Curso Bacharelado – 2016. 2016b. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/Cronograma-de-aulas-2017-Bacharelado/>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Adaptação cultural do "*Questionnaires for knowledge and Compliance with Standard Precaution*" para o português brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n. 4, p. 28-36, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/en_04.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

VARELA, D.S.S. et. al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v.6, n.3, p.39-43, 2016. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3928>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

VIEIRA, M. A. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v.5, n.1, p. 105-121, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/viewFile/102/148>>. Acesso em: 15jan. 2017.

VIVAS, E. Estudiostransculturales: Una perspectiva desde los trastornos alimentarios. In: WECHSLER, S. M.;GUZZO, R. S. L. (Orgs.).**Avaliação psicológica: Perspectiva internacional**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

WANG, W.; LEE, H.; FETZER, S. J. Challenges and strategies of instrument translation. **Western journal of nursing research**, Missouri, v.28, n. 3, p. 310-321, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585807>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

WILKINSON, S. M. et. al. Can intensive three-day programs improve nurses' communication skills in cancer care? **Psycho-oncology**.Melbourne, v.12, n.8, p.747-759, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681949>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

XAVIER, A. T. F. et. al. Cultural adaptation and validation of the Neuropathy - and Foot Ulcer - Specific Quality of Life instrument (NeuroQol) for Brazilian Portuguese - Phase 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, p.1352-1361, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en>. Acesso em: 15 fev.2016.

ZANETTI, A. C. G.; GIACON, B. C. C.; GALERA S. A. F. Adaptação cultural do *Family Questionnaire* para avaliação da emoção expressada. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a16.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2016.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2015

Ribeirão Preto, 27 de abril de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de abril de 2015.

Protocolo CAAE: 41472415.2.0000.5393

Projeto: A eficácia da comunicação dos estudantes de enfermagem: comparação internacional entre o ensino no Brasil e Canadá.

Pesquisadores: Fernanda dos Santos Nogueira de Góes

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Fernanda dos Santos Nogueira de Góes
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ANEXO 2

HEALTH COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL (VERSÃO ORIGINAL)

Table 1 Health Communication Assessment Tool

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

]]

ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO DOS PESQUISADORES

RE: Hello.

Campbell, Suzanne <Suzanne.Campbell@ubc.ca>

ter 12/04/2016, 21:47

Você; mpagano@fairfield.edu; mpagano@fairfield.edu; eoshea@fairfield.edu; eoshea@fairfield.edu; mais 1 ✉

Dear Beatriz,

I'm happy to grant my permission for you to use this tool.

Best regards,

Suzanne

Suzanne H. Campbell, PhD, RN

Director and Associate Professor

School of Nursing

The University of British Columbia

T201 – 2211 Wesbrook Mall | Vancouver, BC Canada V6T 2B5

Phone 604 822 7748 | Fax 604 822 7423

suzanne.campbell@ubc.ca

www.nursing.ubc.ca

twitter @shccampbell27

Profile - <https://nursing.ubc.ca/our-people/suzanne-campbell>

Assistant to the Director: Jane Li directors.assistant@nursing.ubc.ca 604-822-7747

"Health is not only to be well but to be able to use well every power we have." Florence Nightingale, 1893

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1

VERSÃO TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO 1

Ferramenta de Avaliação em Comunicação em Saúde (HCAAT)

Comportamentos verbais e não verbais de simulação em enfermagem	Sim	Incerto	Não
1. Apresentou-se para o (a) paciente (e/ou familiares)			
2. Apertou a mão de um (a) paciente e/ou familiares (ou tocou o paciente de maneira apropriada)			
3. Explicou a razão da visita de enfermagem em uma linguagem apropriada para o (a) paciente/família			
4. Usou comunicação positiva incluindo sorriso para encorajar a interação			
5. Manteve contato visual enquanto falava com o(a) paciente e/ou familiares			
6. Comunicou o que estava prestes de fazer ANTES de fazê-lo			
7. Perguntou a(o) paciente ou familiar se estava tudo bem tocar o(a) paciente antes de realizar um procedimento ou teste (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sonda nasogástrica, etc.)			
8. Tocou o(a) paciente apropriadamente			
9. Passou a maior parte do tempo perto do(a) paciente			
10. Sentou enquanto falava com o(a) paciente ou o(a) educava			
11. Ouviu mais do que falou			
12. Inclinou-se para quem estava falando para mostrar que estava ouvindo atentamente			
13. Informou paciente e/ou familiares sobre procedimento, doença e/ou tratamento			
14. Fez perguntas para minimizar problemas de comunicação em relação a informações de enfermeiro para paciente/familiar e para confirmar a compreensão de paciente/familiar em relação ao procedimento/tratamento			
15. Reconheceu e respondeu apropriadamente aos comportamentos não verbais e verbais do(a) paciente e/ou familiares (franzido de sobrelhas, lágrimas, histeria, silêncio, etc.)			
16. Usou tom de voz e volume apropriados para a situação (não emergencial x emergencial, não muito baixo ou muito alto, não acusador, etc.)			

17. Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero, ou diversidades econômicas, etc.)			
18. Usou empatia para construir um relacionamento com paciente/familiar			
19. Evitou julgar comportamentos do(a) paciente/familiar (ex: situação econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.			
20. Gastou um tempo igual ou maior em aspectos psicossociais da assistência a(o) paciente/familiar em relação a aspectos clínicos (biológicos)			
21. Indagou sobre os sentimentos do(a) paciente/familiar em relação ao parto, doenças, lesões e/ou tratamentos			
22. Reconheceu conflito (entre paciente e família ou paciente e situação) e tentou coletar informações e achar oportunidades para minimizar			
23. Manteve, melhorou ou desenvolveu relacionamento interpessoal compaciente e/ou familiar (via comunicação e profissionalismo)			
24. Evitou jargões de profissionais de saúde/assistência a saúde (sinais vitais, respiratório, etc.) [verabaixo]			
25. Vocabulário de saúde (liste vocabulários de enfermagem/médicos termos/palavras/jargões inapropriados para o(a) paciente): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 Nome _____ Cenário _____ Data _____			

APÊNDICE 2
VERSÃO TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO 2

Instrumento de Avaliação em Comunicação em Saúde (HCAAT)

SIMULAÇÃO DE COMPORTAMENTOS VERBAIS E NÃO VERBAIS DE ENFERMEIROS	Sim	Incerto	Não
1. Apresentou-se ao paciente (e/ou à sua família)			
2. Apertou a mão do paciente e/ ou de um membro da família (ou tocou o paciente de forma adequada)			
3. Explicou o motivo da visita de sua visita em uma linguagem apropriada para o paciente/ ou família			
4. Usou reforço positivo de comunicação, incluindo sorrir para encorajar a interação.			
5. Manteve contato visual ao conversar com o paciente e/ ou família			
6. Comunicou o que ela/ele iria fazer ANTES de fazê-lo			
7. Perguntou ao paciente ou a família se era tudo bem tocar o paciente antes de realizar um procedimento ou exame (exame de sangue,			
8. Tocou o paciente adequadamente			
9. Passou a maior parte do tempo perto do paciente			
10. Sentou ao conversar ou explicar alguma coisa ao paciente			
11. Ouviu mais do que falou			
12. Inclinou-se em direção à pessoa que falava, para demonstrar que estava prestando atenção			
13. Explicou ao paciente e/ ou a família sobre o procedimento, doença, e/ ou tratamento			
14. Fez perguntas para minimizar erros de comunicação entre enfermeiro – paciente/família para confirmar a compreensão do paciente/família sobre o procedimento/tratamento			
15. Reconheceu e respondeu adequadamente aos comportamentos verbais e não-verbais do paciente/família (franzir de sobrancelhas, lágrimas, histeria, silêncio, etc.)			
16. Usou volume e tom de voz adequados para a situação (não			

emergência vs emergência, não suave demais ou alto demais, não acusadoramente, etc.)			
17. Evitou estereotipar comportamentos (re: mãe adolescente, mãe solteira, raça, orientação sexual, sexo, ou diversidades econômicas, etc.)			
18. Usou de empatia para construir um relacionamento com paciente/família			
19. Evitou julgar comportamentos do paciente/família (re: situação econômica, situação de abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião, diferenças culturais, etc.)			
20. Gastou a mesma quantidade de tempo nos aspectos psicossociais do paciente/família, tanto quanto nos aspectos clínicos (biológicos)			
21. Inquiriu sobre os sentimentos do paciente e da família em relação a nascimento, doença, ferimentos, e/ou tratamento			
22. Reconheceu conflitos (entre paciente e família, ou paciente e situação) e tentou conseguir informação e descobrir meios para minimizar			
23. Manteve, aprimorou, ou desenvolveu relacionamento interpessoal com o paciente e/ou família (através da comunicação e profissionalismo)			
24. Evitou o uso de jargões da área de saúde (sinais vitais, respiratório, etc.) {verabaixo}			
25. Linguagem da saúde (apresentou termos/ palavras inadequadas de enfermagem – medicina / jargão apara pacientes)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 Nome _____			
Situação _____ Data _____			

APÊNDICE 3
PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO HCAT - PVCP – 1

Ferramenta de Avaliação em Comunicação em Saúde (HCAT)

Comportamentos verbais e não verbais de simulação em enfermagem	Sim	Incerto	Não
1. Apresentou-se para o (a) paciente (e/ou familiares)			
2. Apertou a mão de um (a) paciente e/ou familiares (ou tocou o paciente de maneira apropriada)			
3. Explicou o motivo da visita de sua visita em uma linguagem apropriada para o paciente/ ou família			
4. Usou comunicação positiva incluindo sorriso para encorajar a interação			
5. Manteve contato visual enquanto ao conversar com o(a) paciente e/ou familiares			
6. Comunicou o que ela/ele iria fazer ANTES de fazê-lo			
7. Perguntou a(o) paciente ou familiar se estava tudo bem tocar o(a) paciente antes de realizar um procedimento ou exame (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sonda nasogástrica, etc.)			
8. Tocou o(a) paciente apropriadamente			
9. Passou a maior parte do tempo perto do(a) paciente			
10. Sentou enquanto falava com o(a) paciente ou o(a) educava			
11. Ouviu mais do que falou			
12. Inclinou-se em direção à pessoa que falava para mostrar que estava prestando atenção.			
13. Informou paciente e/ou familiares sobre procedimento, doença e/ou tratamento			
14. Fez perguntas para minimizar problemas de comunicação em relação a informações de enfermeiro para paciente/familiar e para confirmar a compreensão de paciente/familiar em relação ao procedimento/tratamento			
15. Reconheceu e respondeu apropriadamente aos comportamentos não verbais e verbais do(a) paciente e/ou familiares (franzido de sobrelhas, lágrimas, histeria, silêncio, etc.)			
16. Usou tom de voz e volume apropriados para a situação (não			

emergencial x emergencial, não muito baixo ou muito alto, não acusador, etc.)			
17. Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero, ou diversidades econômicas, etc.)			
18. Usou de empatia para construir um relacionamento com paciente/família.			
19. Evitou julgar comportamentos do (a) paciente/familiar (ex: situação econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.)			
20. Gastou quantidade igual ou maior de tempo nos aspectos psicossociais do paciente/familiar (ex: situação econômica, abuso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.)			
21. Indagou sobre os sentimentos do(a) paciente/familiar em relação ao parto, doenças, lesões e/ou tratamentos			
22. Reconheceu conflito (entre paciente e família ou paciente e situação) e tentou coletar informações e achar meios para minimizar			
23. Manteve, aprimorou, ou desenvolveu relacionamento interpessoal com o paciente e/ou família (através da comunicação e profissionalismo)			
24. Evitou jargões de profissionais de saúde/assistência a saúde (sinais vitais, respiratório, etc.) [ver abaixo]			
25. Vocabulário de saúde (liste vocabulários de enfermagem/médicos termos/palavras/jargões inapropriados para o(a) paciente): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 Nome _____ Cenário _____ Data _____			

APÊNDICE 4
SEGUNDA VERSÃO CONSENSUAL EM PORTUGUÊS 2- SVCP 2

Ferramenta de Avaliação em Comunicação em Saúde (HCAAT)

Comportamentos verbais e não verbais na simulação em enfermagem	Sim	Incerto	Não
1. Apresentou-se para o (a) paciente (e/ou familiares)			
2. Apertou a mão do (a) paciente e/ou familiares (ou tocou o paciente apropriadamente).			
3. Explicou o motivo da visita de enfermagem em uma linguagem apropriada para o (a) paciente/família.			
4. Usou comunicação positiva incluindo sorriso para encorajar a interação			
5. Manteve contato visual enquanto conversava com o paciente e/ou família.			
6. Comunicou o que ela/ele iria fazer ANTES de fazê-lo			
7. Perguntou ao paciente ou familiar se estava tudo bem tocar o(a) paciente antes de realizar um procedimento ou exame (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sonda nasogástrica, etc.).			
8. Tocou o(a) paciente apropriadamente.			
9. Permaneceu a maior parte do tempo perto do(a) paciente			
10. Sentou enquanto falava ou orientava o paciente.			
11. Ouviu mais do que falou			
12. Inclinou-se em direção à pessoa que falava para demonstrar que estava prestando atenção.			
13. Orientou paciente e/ou família sobre o procedimento, doença e/ou tratamento.			
14. Fez perguntas para minimizar falhas na comunicação, na orientação do enfermeiro para o paciente / família, e para confirmar a compreensão do paciente/família sobre o procedimento/tratamento.			
15. Reconheceu e respondeu apropriadamente aos comportamentos não verbais e verbais do(a) paciente e/ou familiares (franzido de sobrelhas, lágrimas, histeria, silêncio, etc.).			
16. Usou tom de voz e volume apropriados para a situação (não emergencial x emergencial, não muito baixo ou muito alto, não acusador, etc.).			

17. Evitou estereotipar comportamentos (ex: mãe adolescente, mãe solteira, etnia, orientação sexual, gênero, ou diversidades econômicas, etc.).			
18. Usou de empatia para construir um relacionamento com paciente/família.			
19. Evitou julgar comportamentos do(a) paciente/familiar (ex: situação econômica, abuso/ uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc).			
20. Dispensou quantidade igual ou maior de tempo nos aspectos psicossociais do cuidado com o paciente/familiar, comparativamente aos aspectos clínicos (biológicos).			
21. Indagou sobre os sentimentos do(a) paciente/familiar em relação ao nascimento, doenças, lesões e/ou tratamentos.			
22. Reconheceu conflito (entre paciente e família, ou paciente e situação) e tentou obter informações e descobrir oportunidades para minimiza- lo.			
23. Manteve, aprimorou ou desenvolveu relacionamento interpessoal com paciente e/ou familiar (através da comunicação e profissionalismo).			
24. Evitou jargões da área da saúde(sinais vitais, respiratório, etc.) [verabaixo]			
25. Vocabulário de saúde (liste vocabulários de enfermagem/médicos termos/palavras/jargões inapropriados para o(a) paciente): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 Nome _____ Cenário _____ Data _____			

APÊNDICE 5
PRIMEIRA RETROTRADUÇÃO REALIZADA ANTES DA MODIFICAÇÃO DA
FERRAMENTA (HCAT)

Health Communications Assesment Tool (HCAT)

Verbal and non-verbal behaviors in nursing simulation.	Yes	Unsure	No
1. Introduced him-/herself to the patient (and/or family members)			
2. Shook patient's and/or family member's hand (or touched patient appropriately)			
3. Explained the reason for the nurse's visit in appropriate language to the patient/family.			
4. Used positive communication including smile to encourage interaction.			
5. Maintained eye contact when talking with patient and/or family member.			
6. Communicated what s/he was about to do BEFORE doing it.			
7. Asked the patient or family member if it was okay to touch patient before doing a procedure or test (blood pressure, auscultation, intravenous, nasogastric, etc.)			
8. Touched patient appropriately.			
9. Spent most of the time near patient.			
10. Sat when talking with or educating patient.			
11. Listened more than talked.			
12. Leaned towards the speaker to show listening attentively.			
13. Educated patient and/or family about the procedure, disease and/or treatment.			
14. Asked questions to minimize misunderstandings between nurse and patient/family and to confirm patient/family comprehension of procedure/treatment.			
15. Recognized and responded appropriately to patient's and/or family member's verbal and non-verbal behaviors (frowns, tears, hysteria, silence, etc.).			
16. Used appropriate vocal tone and volume for the situation (non emergent vs. emergency, not too soft or too loud, non accusatory, etc.).			
17. Avoided stereotyping behaviors (re: teen mom, unwed mother, ethnicity, sexual orientation, gender, or economic diversities, etc.).			

18. Used empathy to build relationship with patient/family.			
19. Avoided judging patient/family behaviors (re: economic status, abuse, drug use, sexual orientation, religion/cultural differences, etc.).			
20. Spent equal or more time on psychosocial aspects of patient/family care as on clinical (biological) aspects.			
21. Questioned patient/family about their feelings regarding birth, illness, injury, and/or treatment.			
22. Recognized conflict (between patient and family, or patient and situation) and tried to obtain information and find opportunities to minimize it.			
23. Maintained, enhanced or developed interpersonal relationship with patient/family (through communications and professionalism).			
24. Avoided health care jargon (vital signs, respiratory, etc.) [see below]			
25. Health literacy (list inappropriate nursing/medical terms/words/jargon for patient): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 Name _____ Scenario _____ Date _____			

APÊNDICE 6
VERSÃO JÁ TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS APÓS A EXCLUSÃO DE TRÊS
AFIRMAÇÕES

FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (HCAT) ©

Para cada comportamento listado abaixo, atribua o número que representa sua resposta baseada na seguinte escala:

1 = concordo fortemente; 2 = concordo; 3 = indeciso; 4 = discordo; 5 = discordo fortemente

1. O estudante/profissional apresentou-se ao paciente e/ou família	
2. O estudante/profissional apertou a mão do paciente e/ou família ou cumprimentou apropriadamente.	
3. O estudante/profissional explicou a razão de sua visita em termos apropriados.	
4. O estudante/profissional usou comunicação positiva, incluindo um sorriso para encorajar as interações.	
5. O estudante/profissional manteve contato visual enquanto conversava com o paciente e/ou família.	
6. O estudante/profissional comunicou o que estava prestes a fazer ANTES de fazê-lo.	
7. O estudante/profissional perguntou ao paciente ou familiar se poderia tocar o paciente ANTES de fazer um procedimento ou exame (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sondagem, etc.).	
8. O estudante/profissional tocou o paciente apropriadamente.	
9. O estudante/profissional passou a maior parte do tempo perto do paciente.	
10. O estudante/profissional sentou-se ao orientar ou conversar com o paciente.	
11. O estudante/profissional ouviu mais do que falou.	
12. O estudante/profissional inclinou-se em direção à pessoa que falava para demonstrar interesse.	
13. O estudante/profissional orientou efetivamente o paciente e/ou família sobre o procedimento, doença, e/ou tratamento.	
14. O estudante/profissional fez perguntas para encorajar o feedback e aumentar a clareza.	

15. O estudante/profissional reconheceu e respondeu apropriadamente a comportamentos verbais e não-verbais (franzir de testa, lágrimas, histeria, silêncio, etc.) do paciente e/ou família.	
16. O estudante/profissional usou tom de voz e volume apropriados para a situação.	
17. O estudante/profissional evitou julgar comportamentos do paciente/família (ex. condição econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais, etc.).	
18. O estudante/profissional passou um tempo igual ou maior abordando aspectos psicossociais no cuidado ao paciente/família em relação aos aspectos clínicos (biológicos).	
19. O estudante/profissional perguntou sobre os sentimentos do paciente/família sobre a situação, demonstrando preocupação.	
20. O estudante/profissional reconheceu o conflito e tentou obter informações e encontrar oportunidades para minimizá-lo ou manejá-lo.	
21. O estudante/profissional desenvolveu, manteve ou aprimorou relacionamento interpessoal com o paciente e/ou família (via comunicação e profissionalismo)	
22. O estudante/profissional evitou termos técnicos de saúde (sinais vitais, punção venosa, etc.) [inclua abaixo os termos técnicos utilizados	
Se termos técnicos foram utilizados, liste-os: _____ _____ _____ _____	

Nome _____

Profissão _____

Cenário _____

Data _____

APÊNDICE 7
SEGUNDA RETROTRADUÇÃO REALIZADA APÓS A MODIFICAÇÃO DA
FERRAMENTA (HCAT)

Health Communications Assessment Tool (HCAT)©

For each behavior listed below, circle the number that represents your answer based on the following range:

1 = strongly agree; 2 = agree; 3 = unsure; 4 = disagree; 5 = strongly disagree

1. The student/professional introduced himself/herself to the patient and/or family.	
2. The student/professional shook the patient's and/or family's hand or used any other appropriate greeting.	
3. The student/professional explained the reason for his/her visit in appropriate terms.	
4. The student/professional used positive communication, including smile to encourage interaction.	
5. The student/professional kept eye contact when talking to the patient and/or family.	
6. The student/professional reported what s/he was about to do BEFORE doing it.	
7. The student/professional asked the patient or family if he could touch the patient BEFORE doing a procedure or exam ((blood pressure, auscultation, intravenous, nasogastric, etc.).	
8. The student/professional touched the patient appropriately.	
9. The student/professional spent majority of time near patient.	
10. The student/professional sat when educating or talking with patient.	
11. The student/professional listened more than talked.	
12. The student/professional leaned toward the speaker to show interest.	
13. The student/professional effectively educated the patient and/or family about the procedure, disease, and/or treatment.	
14. The student/professional asked questions to encourage feedback and enhance clarity.	
15. The student/professional recognized and responded appropriately to patient's and/or family's verbal and non-verbal behaviors (frowns, tears, hysteria, silence, etc.).	

16. The student/professional used appropriate vocal tone and volume for situation.	
17. The student/professional avoided judging patient/family behavior. (economic status, abuse, drug use, sexual orientation, religion/cultural differences, etc.)	
18. The student/professional spent equal or more time on psychosocial aspects of patient/family care as on clinical (biological) aspects.	
19. The student/professional inquired about patient's/family's feelings regarding the situation showing concern.	
20. The student/professional recognized conflict and tried to gain information and find opportunities to minimize or manage it.	
21. The student/professional developed, maintained or enhanced the interpersonal relationship with patient and/or family (via communication and professionalism).	
22. The student/professional avoided health care jargon (vital signs, venipuncture, etc.) [listtheusedtermsbelow] _____ _____	

Name

Profession

Scenario

Date