



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
EM PORTUGAL**

Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Coimbra, Janeiro de 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
EM PORTUGAL**

Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Professora Orientadora: Maria Helena Santos Quaresma

Professora Co-Orientadora: Cândida Rosalinda Exposto da Costa Loureiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, Janeiro de 2022

“All our knowledge has its origins in our perceptions”

Leonardo da vinci

Agradecimentos

Agradeço a ti Mãe e a ti Pai... as palavras são demasiado limitadas para expressar a minha gratidão e Amor,

A vós manos, diferentes versões de mim, mas em tudo parte de mim,

A ti Sandra, meu Amor, minha inspiração e força em ser a melhor versão de mim mesmo,

A ti Carolina, que enches a minha vida de tudo o que me fora inimaginável até hoje,

A vós família, inabalavelmente sempre presentes,

A vós Amigos, que me fazem sentir uma parte de mim que não sabia existir,

Aos seres humanos que cuidam diariamente, que me fazem evoluir como Ser Humano e me fazem descobrir quem sou,

A ti Avô... Que estás sempre comigo.

Um agradecimento especial às Professoras Doutoradas Helena Quaresma e Cândida Loureiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) e à Professora Doutora Elisabete Loureiro (Faculdade de Medicina do Porto e EACH); Companheiras de jornada e Amigas a que manifesto profundo apreço e reconhecimento.

A todos sem exceção: Obrigado

SIGLAS

A3eS - Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior

AENECA - Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

ANA - American Nurses Association

AONE - Organização Americana de Executivos de Enfermagem

ASCO - American Society of Clinical Oncology

CC - Calgary-Cambridge

CSAS - Communication Skills Attitude Scale

ECTS - European Credits Transfer System

EsenfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

HPCCC - Health Professions Core Communication Curriculum

NUTTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSCE - Objective Structured Clinical Examinations

RCT - Estudos randomizados controlados

UICISA-E - Health Sciences Research Unit: Nursing

RESUMO

Enquadramento: É fundamental a importância de um enfermeiro comunicar com efetividade, seja para os clientes que cuidam, para as instituições com que colaboram ou para a classe que representam. O curso de licenciatura em enfermagem (CLE) em Portugal enfrenta desafios externos e internos que podem comprometer o processo de desenvolvimento de competências de comunicação clínica (CCC), fundamentais para a construção da identidade individual e profissional. Na ausência de evidência sobre este processo, desenvolve-se este estudo.

Objetivo: Conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de CCC nos estudantes de licenciatura em enfermagem. Pretende-se identificar obstáculos pedagógicos, conteúdos lecionados e as metodologias de ensino e avaliação destas competências.

Metodologia: A Maio de 2019 contactam-se via email todas as instituições de ensino superior em Portugal que lecionam o CLE, remetendo um questionário estruturado e previamente testado com peritos na área das CCC. A recolha de dados foi articulada com os docentes que lecionam a temática das CCC e com os alunos do CLE. O estudo é exploratório e descritivo, do tipo quantitativo. Através do SPSS v.25.0 analisaram-se medidas de estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Todas as 40 escolas de enfermagem (públicas e privadas) de Portugal foram contactadas, tendo obtido *feedback* de 31. Os resultados demonstram que (1) é dada elevada importância ao desenvolvimento de CCC pelos inquiridos, (2) existem barreiras identificadas no desenvolvimento destas competências, (3) o processo de desenvolvimento de CCC é muito heterogéneo entre instituições de ensino.

Conclusões: O processo de desenvolvimento de CCC é dotado de grande variabilidade entre instituições de ensino, seja quanto ao momento em que são lecionadas, conteúdos ministrados (quantidade, qualidade e diversidade), mas também metodologias pedagógicas e de avaliação adotadas. Apesar de mais estudos serem necessários, os dados obtidos deste estudo reforçam a necessidade de melhoria do currículo de CCC, de forma helicoidal, ao longo do CLE em Portugal.

Palavas-chave: Enfermagem, competências de comunicação clínica, curso de licenciatura em enfermagem

ABSTRACT

Background: It is essential for a nurse to effectively communicate. It's importance extends to the quality of care for their clients, the institutions they collaborate with and the professional class they represent. The degree course in nursing in Portugal faces external and internal challenges that can compromise the process of developing clinical communication skills, which are essential for the construction of individual and professional identity. This study is carried out facing absence of evidence in this process.

Objective: To acknowledge the process used in undergraduate nursing students by Portuguese schools of nursing in the development of clinical communication skills.

Methodology: Beginning May 2019, all the 40 nursing schools in Portugal were contacted via email and had access to a structured and communication skills experts previously tested form. Feedback was obtained from 31 of these schools. They articulated the collection of the required data regarding content, teaching and assessment methods of clinical communication skills in its curriculum with the teachers who teach them and with all their students. This study is exploratory, descriptive, and quantitative and used SPSS v25.0 to analyze the descriptive and inferential statistical measures obtained.

Results: From the online forms sent to all 40 nursing schools (public and private) in Portugal, 31 schools provided feedback. The results demonstrate that (1) The participants highly recognize the importance of developing these skills, (2) there are barriers identified in the development of these skills during the course, (3) the process of clinical communication skills development is highly heterogeneous.

Conclusions:

The clinical communication skills development process is endowed with great variability between nursing schools either regarding type, moment of teaching, content or teaching and assessment methodologies of the CCC. Although more studies are required, the knowledge obtained in this study suggests the need of a formal and cross-cutting structure nationwide, adopting a helicoidal model throughout the nursing degree.

Key Words: Nursing, clinical communication skills, nursing degree.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - BARREIRAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO	32
FIGURA 2 - TIPOS DE COMPETÊNCIAS A SEREM INTEGRADAS NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO	35
FIGURA 3 CONTINUUM METODOLÓGICO NO ENSINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA.....	44
FIGURA 4 VERSÃO ORIGINAL DA TAXONOMIA DE BLOOM	51
FIGURA 5 MAPAS DE DISTRIBUIÇÃO POR NUTTS II DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS (MAPA 1) E PRIVADAS (MAPA 2) QUE LECIONAM O CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM EM PORTUGAL, NO ANO LETIVO 2018-2019	66
FIGURA 6 PASSOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DESDE A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO AO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS OBTIDOS	70
FIGURA 7 PESO RELATIVO DOS MOMENTOS EM QUE OCORRE O ENSINO DE CCC SEGUNDO PERCEÇÃO DOS ALUNOS E DOCENTES, DURANTE O CLE, EM PORTUGAL	85
FIGURA 8 PESO RELATIVO DAS CCC DESENVOLVIDAS SEGUNDO PERCEÇÃO DOS ALUNOS E DOCENTES, DURANTE O CLE, EM PORTUGAL.....	88
FIGURA 9 ESTRATÉGIAS SUGERIDAS POR ALUNOS E DOCENTES QUE PERMITEM MELHORAR O ENSINO PRÉ-GRADUADO DE CCC, DURANTE O CLE, EM PORTUGAL	89
FIGURA 10 PESO RELATIVO DAS METODOLOGIAS DE ENSINO DAS CCC SEGUNDO PERCEÇÃO DOS ALUNOS E DOCENTES, DURANTE O CLE, EM PORTUGAL	90
FIGURA 11 PESO RELATIVO DAS METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DAS CCC SEGUNDO PERCEÇÃO DOS ALUNOS E DOCENTES, DURANTE O CLE, EM PORTUGAL	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - RESULTADOS DECORRENTES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DETENTORES DE CCC COM EFETIVIDADE.....	24
TABELA 2 - GUIA DE CONSULTA DO MODELO CALGARY-CAMBRIDGE	38
TABELA 3 - METODOLOGIAS DE ENSINO UTILIZADAS NOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DE CCC DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	43
TABELA 4 - ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS DO MÉTODO EXPERIENCIAL UTILIZADAS NO PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM EM CCC.....	47
TABELA 5 - DADOS DE REFERÊNCIA PARA CÁLCULO AMOSTRAL: Z SCORE	67
TABELA 6 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ALUNOS (N= 463).....	71
TABELA 7 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À APRENDIZAGEM DE CCC PELOS ALUNOS.....	72
TABELA 8 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS ALUNOS À APRENDIZAGEM DE CCC COMPARATIVAMENTE COM OUTRAS ÁREAS DE SABER PARA SER ENFERMEIRO	72
TABELA 9 - OPINIÃO DOS ALUNOS SOBRE SUFICIÊNCIA DE FORMAÇÃO EM CCC NO CLE	72
TABELA 10 - POSSÍVEIS SOLUÇÕES DOS ALUNOS QUE PERMITAM MELHORAR A FORMAÇÃO NO CLE DE CCC	73
TABELA 11 - PERCEPÇÃO DOS ALUNOS SE AS CCC SÃO INCLUÍDAS NO CURRÍCULO ACADÊMICO DO CLE	73
TABELA 12 - MOMENTOS DE APRENDIZAGEM DAS CCC NO CLE REFERIDOS PELOS ALUNOS	73
TABELA 13 - CCC ENSINADAS DURANTE O CLE, DE ACORDO COM OS ALUNOS.....	73
TABELA 14 - METODOLOGIAS PEDAGÓGICAS NO ENSINO DAS CCC MAIS UTILIZADAS DURANTE O CLE, DE ACORDO COM OS ALUNOS.....	74
TABELA 15 - PERCEÇÃO DOS ALUNOS SOBRE EXISTÊNCIA OU INEXISTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DAS CCC DURANTE O CLE.....	74
TABELA 16 - MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE CCC UTILIZADOS DURANTE O ENSINO NO CLE, DE ACORDO COM OS ALUNOS	74
TABELA 17 - FREQUÊNCIA PELOS ALUNOS DE FORMAÇÃO ACRESCIDA EM CCC	75
TABELA 18 - AFIRMAÇÕES DA COMMUNICATION SKILLS ATTITUDE SCALE (CSAS)	75
TABELA 19 - CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ATITUDES POSITIVAS E NEGATIVAS DA CSAS: VERSÃO TRADUZIDA PARA PORTUGUÊS.....	76
TABELA 20 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS ATITUDES DA VERSÃO TRADUZIDA PARA PORTUGUÊS DA CSAS.....	77
TABELA 21 - COMPARAÇÃO POR GÊNERO	77
TABELA 22 - COMPARAÇÃO POR ANO DE FREQUÊNCIA	77
TABELA 23 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS DOCENTES (N = 41)	78
TABELA 24 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À APRENDIZAGEM DE CCC.....	78

TABELA 25 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS DOCENTES À APRENDIZAGEM DE CCC COMPARATIVAMENTE COM OUTRAS ÁREAS DE SABER PARA SER ENFERMEIRO.....	79
TABELA 26 - POSSÍVEIS SOLUÇÕES DOS DOCENTES QUE PERMITAM MELHORAR A FORMAÇÃO NO CLE DE CCC	79
TABELA 27 - PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SE AS CCC SÃO INCLUÍDAS NO CURRÍCULO ACADÊMICO DO CLE	79
TABELA 28 - MOMENTOS DE APRENDIZAGEM DAS CCC NO CLE REFERIDOS PELOS DOCENTES	79
TABELA 29 - CCC ENSINADAS DURANTE O CLE, DE ACORDO COM OS DOCENTES	80
TABELA 30 - METODOLOGIAS PEDAGÓGICAS NO ENSINO DAS CCC MAIS UTILIZADAS DURANTE O CLE, DE ACORDO COM OS DOCENTES	80
TABELA 31 - ORIGEM DO CONHECIMENTO ADQUIRIDO PELOS DOCENTES PARA LECIONAR CCC	81
TABELA 32 - ANÁLISE SWOT: IMPLICAÇÕES NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CCC PERANTE OS RESULTADOS ENCONTRADOS	98

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1 PORQUÊ ENSINAR E APRENDER COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO.....	22
2 O QUE ENSINAR E APRENDER SOBRE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO... 	30
3 COMO ENSINAR E COMO APRENDER COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO.....	40
4 COMO AVALIAR COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO.....	49
CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO	63
1 TIPO DE ESTUDO E FINALIDADE	64
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	65
2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	65
2.2 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	68
2.3 PASSOS METODOLÓGICOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	70
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	71
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	71
4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	81
5 CONCLUSÕES	92
6 FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	93
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA:.....	95
8 PROPOSTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS	95
CAPITULO III – UMA PROPOSTA DE ESTRUTURA DE ENSINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	96
CAPITULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

ANEXO 1 - Currículo de competências de comunicação nucleares para as profissões da saúde: objectivos para a formação pré-graduada na área dos cuidados de saúde – versão portuguesa

ANEXO 2 - Learning outcomes for communication skills across the health professions

ANEXO 3 - Modelos de comunicação durante consultas clínicas

ANEXO 4 - Processo do guia CC de Silverman, Kurtz e Draper, estruturadas na consulta clínica.

ANEXO 5 - Ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb

ANEXO 6 - Prisma de Miller de desenvolvimento de competências clínicas e prisma de Miller profissional com exemplos de metodologias de avaliação

ANEXO 7 - Ciclo de aprendizagem e avaliação baseado em competências

ANEXO 8 - Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge guide

APÊNDICES

APÊNDICE I - Métodos de avaliação de CCC identificados

APÊNDICE II - Distribuição por NUTTS II das instituições de ensino superior que leccionam o curso de licenciatura em enfermagem em Portugal, no ano letivo 2018-2019

APÊNDICE III - Instrumento de colheita de dados para docentes e para alunos

APÊNDICE IV - Ficha de participante

INTRODUÇÃO

A humanidade presenciou e participou em revoluções sem rumo definido, mas dotada de um crescente e vincado desejo de melhor interpretar o mundo que nos rodeia. Tomemos como exemplo um inglês culto típico de 1600 para compreendermos estes factos. Este inglês acredita na feitiçaria pois leu a obra *Daemonologie* (1597), acredita em lobisomens e sabe da sua existência na Bélgica (por múltiplas referências de Jean Bodin, filósofo francês da época e especialista na área); sabe que os ratos nascem de geração espontânea nos montes de feno e recorre ao praticante de Medicina Simon Forman para recuperar objetos com recurso à magia. Acredita que o arco-íris é sinal de Deus e que o Sol e as estrelas andam à volta da Terra uma vez em cada vinte e quatro horas (as ideias de Copérnico parecem-lhe absurdas). Onze anos depois tudo muda com o telescópio de John Donne, nascendo uma nova forma de perceber o mundo. A revolução científica apresentou-se como um evento de proporções magnânimes na forma de perceber o mundo, transfigurando a humanidade e a forma de obter conhecimento até à atualidade pelo aprimorar do método experimental, da experimentação e da construção de leis universais e rompendo com a interpretação solitária da teologia e da filosofia, mudando para sempre o mundo, em busca de uma visão mais próxima da verdade (Wootton, 2017).

A comunicação em contexto de cuidados de saúde, à semelhança das diferentes disciplinas, desenvolveu-se e aprimorou-se em busca do seu conhecimento específico encontrando desafios na sua finalidade e objeto de estudo, na clarificação do caminho para alcançar conhecimento e naturalmente diferenciou-se tendo em conta o seu contexto particular, a sua linguagem própria e a comunidade científica específica.

Desde o início do caminho como enfermeiro que as capacidades de comunicação dos enfermeiros despertaram um particular interesse. Este ímpeto natural foi alicercado pelos docentes aquando da formação pré-graduada e, após 15 anos de profissão como Enfermeiro é necessário admitir que a importância dada por estes ao longo do primeiro ciclo de estudos em muito se revelou imprescindível na prática clínica e refletia a sensibilidade necessária nesta área de formação dos futuros enfermeiros. Mesmo nos professores que não tardaram a reformar-se, esteve presente o cuidado de sensibilizar para o contacto assertivo mas prático e respeitoso, faseado mas também proporcionador de confiança. Contudo, é necessário referir que muitos outros circunscreviam a necessidade de comunicar com o outro à necessidade de obtenção dos dados necessários para cumprir eficientemente uma dada tarefa e/ou procedimento, balançando no diálogo ao sabor do momento e às exigências específicas do utente, tal como comprovado mais recentemente por Ellington et al. (2018), que afirma que em

muitas ocasiões os enfermeiros podem estar mais concentrados numa tarefa orientada para cuidar em detrimento de comunicar com utentes, famílias e prestadores de cuidados informais. Aliado ao meu crescimento como Ser Humano no contacto com alunos do CLE nos mais variados contextos clínicos, em contexto de ensino superior como formador e mesmo ao nível informal ao longo destes anos, foi-me permitido perceber que algum caminho foi feito no âmbito das competências de comunicação clínica (CCC) com os futuros enfermeiros, mas muito do que foi o padrão habitual de ensino por mim conhecido no passado (e respetivas fragilidades), parece ainda persistir no ensino pré-graduado atual. Assisti ao longo dos anos e presencio diariamente as dificuldades dos enfermeiros em eliminar barreiras comunicacionais entre os atores do contexto de saúde como o recurso persistente a perguntas fechadas.

A revolução da comunicação está em marcha e os seus maiores feitos poderão ter os melhores frutos numa geração posterior à nossa, mas é absolutamente necessário fazer o caminho para que tal aconteça. Que este trabalho seja mais uma semente estruturante nesse sentido. Deseja-se que seja compreensível e coloque em debate as mais recentes evidências na comunidade científica e académica sobre o desenvolvimento das CCC mas também que nos forneça dados sobre a realidade pedagógica neste âmbito em Portugal. Pretende-se que tenha um tom humano, mas académico, através dos achados e reflexões dos estudos mais recentes relativos à temática e espera-se que todos os seus leitores, de iniciados a peritos, levem consigo novos conhecimentos e recursos, ao potenciar a reflexão sobre as CCC.

Dadas as implicações na prática dos enfermeiros, é relevante estudar o processo de desenvolvimento das CCC nas escolas de enfermagem em Portugal. Assume também a finalidade de gerar conhecimento científico na área do processo de ensino/aprendizagem das CCC em enfermagem e que suporte o ensino e a prática profissional. É um estudo inaugural desta realidade nas ciências da enfermagem, tornando relevante a sua concretização.

É um estudo de tipo descritivo, que segue uma orientação metodológica disciplinada e que identifica no decorrer do CLE, as CCC que são ensinadas, de que forma são ensinadas e como são avaliadas, a nível nacional. Neste sentido, como objetivo norteador deste estudo, pretende-se conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de CCC nos estudantes de licenciatura em enfermagem na atualidade. Como intenção associada pretende-se sensibilizar as instituições de ensino superior de enfermagem sobre a importância da comunicação na educação base dos enfermeiros. Temos como finalidade póstuma catapultar a melhoria do processo ensino/aprendizagem das CCC em Portugal (estabelecendo a etapa preparatória de lançamento de hipóteses sobre a área em estudo), mas também a melhoria dos cuidados prestados pelos futuros enfermeiros.

Este relatório encontra estrutura em secções encadeadas. Depois de apresentar na parte I as evidências científicas mais atuais sobre a necessidade de serem ensinadas CCC, explora-se o que deve ser ensinado neste âmbito e como devem ser ensinadas e avaliadas estas competências. Seguidamente apresentam-se os diferentes passos metodológicos do estudo,

o pré-teste, as considerações éticas e a análise dos dados obtidos. Analisam-se reflexivamente as principais conclusões, realizando um balanço entre o resultado obtido e o objetivo inicialmente traçado, apresentam-se as limitações e forças do estudo, e lançam-se sugestões para futuras investigações. Ultima-se este relatório com uma proposta para o futuro na prática pedagógica das CCC em Portugal no CLE na parte III, e na parte IV onde se apresentam as considerações finais relativas à execução deste trabalho.

Considerando o contributo potencial e a aplicabilidade prática deste trabalho, o custo-benefício de o desenvolver é relevante e o prazer em o idealizar, conceber e estruturar em muito estão em sintonia com o valor que representa em si e com um ensino pré-graduado de qualidade, dirigido às necessidades de um presente e futuro necessariamente mais humano.

Que nos encoraje a ensinar, demonstrar e persistir na prática destas competências específicas e, em simultâneo, que sejamos promotores de consciência nos nossos alunos, ajudando-os a definir as suas próprias necessidades e a percorrerem o caminho que desejam. Seremos bem-sucedidos como professores de uma geração futura de enfermeiros se atingirmos tal feito.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 PORQUÊ ENSINAR E APRENDER COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

Como todos os caminhos, começamos com um primeiro e tímido passo: Mas afinal, porque é que ensinar CCC é importante? Existem problemas de comunicação entre enfermeiros e clientes? E se existem, quais são as consequências desses problemas? Que evidências científicas existem que as CCC podem fazer a diferença na resolução destes problemas? É possível ensinar e aprender CCC? Será que todo este esforço valerá a pena o investimento? Neste capítulo pretende-se dar resposta a estas inquietudes atendendo aos fundamentos teóricos que estão na base das teorias de comunicação, mas também à evidência científica da atualidade. A procura das evidências que permitem tornar estas inquietudes mais esclarecidas e a continuidade do estudo e investigação nesta área, como é o caso deste trabalho de investigação, poderão ser um contributo à mudança do paradigma de ensino de CCC clínica nas escolas de enfermagem em Portugal.

É importante estudar competências de comunicação?

O mundo é um sem fim de impressões que apelam aos nossos sentidos. Cada um de nós será apenas capaz de perceber uma pequena parte destas impressões, que de imediato são filtradas por todas as nossas vivências, pelo conjunto de experiências passadas, pela cultura, crenças, valores, omissões e generalizações (Furduescu, 2019).

Vivemos e interagimos com o mundo que nos envolve pelos limitados órgãos dos sentidos que nos providenciam uma versão enviesada do que efetivamente corresponde à verdade: visão, audição, tato, olfato e paladar. Assim sendo, cada indivíduo vive a sua própria realidade, atuando no tão vasto e rico mundo de acordo com o que dele interpreta e como a ele atribui significados. Esta simplificação em modelos mais lineares ocorre ao selecionarmos a informação a processar, tendo em foco os aspetos que são de maior relevo para cada indivíduo consoante os objetivos que cada um deseja alcançar (Passmore & Tatiana, 2019).

Comunicar é a forma de cambiarmos estes significados simbólicos, trocando informação. É o núcleo central de quem somos como seres. No contexto de cuidados de saúde é um tópico que tem ganho particular relevo nas últimas décadas, especialmente a correlação entre a qualidade da comunicação do profissional de saúde que a utiliza e o impacto no cliente que a recebe e de quem o profissional cuida (Rimal referido por Bachmann et al., 2013).

As vantagens de uma comunicação com efetividade não são passíveis de suficiente ênfase (Skarbalienė et al., 2019). Além de atualmente ser considerado por autores de renome na área que a comunicação é a ponte necessária entre a prática baseada na evidência e os cuidados centrados no indivíduo (Silverman et al., 2016), existem níveis de recomendação

elevados que corroboram maiores ganhos em saúde quando é estabelecida uma relação terapêutica entre clínico e cliente por elementos da equipa de saúde dotados de melhores CCC, nomeadamente ao nível da satisfação dos utentes (Lotfi et al., 2019), adesão ao regime terapêutico (Bukstein, 2016; Virgolesi et al., 2017), alívio de sintomatologia (Boissy et al., 2016), diminuição de recidivas (Jansen et al., 2010) e melhorias fisiológicas diretas (como por exemplo análises séricas) nos utentes pelos cuidados prestados (Kotwal et al., 2016). Segundo Roter et al. e Lau & Wang referido por Yoo & Park (2015), para que os enfermeiros providenciem cuidados de enfermagem de qualidade, melhorar a satisfação dos clientes e potenciarem a sua própria confiança nos cuidados que prestam têm necessariamente de ser comunicadores com efetividade.

Segundo Norgaard et al. referido por Skär & Söderberg (2018), as CCC dos enfermeiros são consideradas uma competência chave no processo de enfermagem com clientes, com prestadores de cuidados informais e com outros elementos da equipa multidisciplinar. Baby et al. (2018) refere que além de ser uma ferramenta essencial na avaliação clínica e no estabelecimento de uma intervenção terapêutica adequadamente direcionada, comunicar é antes de mais a competência necessária na construção da relação terapêutica e que uma comunicação empobrecida do profissional de saúde pode resultar numa variedade de problemas, nomeadamente erros nos procedimentos (Shaw, 2018), tempos médios de internamento hospitalar prolongados (Hurtig et al., 2018; Vermeir et al., 2015), incremento do sofrimento relatado pelos clientes (Hurtig et al., 2018), complicações hospitalares (Hurtig et al., 2018), maior dificuldade de tomadas de decisão e escalada progressiva de tensões na relação profissional de saúde-utente (Cummins et al., 2018; Hoffman, 2018).

Há mais de duas décadas que as CCC são identificadas como uma peça basilar da qualidade e segurança dos cuidados de saúde e permanece identificado como um factor contributivo para 70% dos erros associados a cuidados de saúde, quando empobrecidas no núcleo da equipa multidisciplinar (Balzer-Riley, 2017). Também os estudos de Hurtig et al. (2018) referem que minorar as barreiras de comunicação entre profissional e cliente pode levar a uma redução dos eventos adversos evitáveis em cuidados de saúde em 671.440 casos e uma poupança para o sistema de saúde na ordem dos 6.8 biliões de dólares anuais, classificando as CCC dos profissionais não só um imperativo ético mas também financeiro.

Barilaro et al. (2019) desenvolveram um estudo correlacional entre as CCC dos enfermeiros e a satisfação dos clientes através da aplicação de um questionário estruturado, concluindo que a capacidade dos enfermeiros comunicarem com efetividade é a chave para uma relação terapêutica de elevada qualidade.

Schoenfeld et al., (2019) concluíram através dos seus estudos que o recurso de CCC com efetividade e subsequente partilha de decisões entre profissional de saúde e cliente diminuiu significativamente a ocorrência de processos legais e queixas de clientes contra os profissionais de saúde e sistemas de saúde.

A importância das CCC entre enfermeiros e clientes é amplamente referida na literatura (Amoah et al., 2019; Balzer-Riley, 2017; Lotfi et al., 2019; Norouzinia et al., 2015; Sibiya, 2018), bem como entre enfermeiros e a restante equipa (Clark, 2014; Foronda et al., 2016), existindo consequências decorrentes da perícia dos profissionais de saúde em CCC. Segundo a pesquisa bibliográfica efetuada, o facto de os profissionais de saúde serem detentores de CCC tem implicações diretas nos sistemas de saúde e nos utentes, como pode ser analisado na tabela 1. Neste, foram agregadas as implicações citadas por cada um dos estudos analisados. Estes resultados foram obtidos através de uma pesquisa realizada a 14 de Janeiro de 2021 em revistas académicas na plataforma B-On para determinar que resultados positivos emergem decorrentes do facto de os profissionais de saúde serem detentores de CCC. Utilizando os termos de pesquisa (*nursing OR nurses OR nurse*) AND *TI communication skills* AND (*impact OR outcomes*), foram seleccionados todos os artigos escritos na língua inglesa e submetidos a peer-review entre 2016 e 2021. Os resultados da pesquisa, foram filtrados manualmente pelo título e *abstract* e foram eliminados artigos duplicados, artigos de opinião e artigos que não especificavam os dados em foco.

Tabela 1

Resultados decorrentes de profissionais de saúde detentores de CCC com efetividade

	Sibiya, 2018	Norouzinia, 2016	Amoah, 2019	Lotfi, 2019	Foronda, 2016	Leonard, 2017	Bachmann et al. 2016	Škodová et al., 2018
<i>Melhor prognóstico e resultados clínicos dos clientes</i>	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Maior adesão ao regime terapêutico</i>	x	x	x	x		x	x	x
<i>Maior sucesso na educação para a saúde</i>	x		x					x
<i>Melhor funcionamento da instituição</i>	x	x		x				
<i>Melhor qualidade de prestação de cuidados de saúde</i>		x	x				x	x
<i>Maior satisfação do cliente</i>		x	x	x	x	x	x	x
<i>Diminuição da probabilidade de erro clínico</i>		x	x		x			
<i>Diminuição dos processos judiciais/queixas</i>				x		x		x

Perante as evidências científicas, estudar CCC torna-se crucial para os profissionais de saúde. Determinam a satisfação dos clientes, a adesão ao regime terapêutico, o alívio de sintomas e melhoria fisiológica, diminuição das recidivas, menos erros durante os procedimentos e menos eventos adversos evitáveis, diminuição do tempo de internamento hospitalar, diminuição dos processos legais e queixas dos clientes, menor sofrimento relatado e significativamente

menores custos para o sistema de saúde, permitindo que os cuidados sejam centrados no cliente, tornando-o elemento ativo do processo de saúde/ doença.

Existem problemas de comunicação entre enfermeiros e os clientes? E se existem, quais são as consequências desses problemas?

Ser Enfermeiro vai muito além do simples completar de procedimentos que vão ao encontro com as necessidades dos clientes. Engloba uma abordagem holística e multivetorial que abraça a componente física, social, ambiental, psicológica e política do indivíduo e famílias alvo dos nossos cuidados. É nesta abordagem altamente diferenciada que a comunicação se destaca como a base das interações de todas estas variáveis, num processo de elevada qualidade e numa tela repleta de interações interprofissionais e outras relações humanas (Duncan, 2019; Sassen, 2018).

Os estudos sobre comunicação em enfermeiros de Pereira e Puggina referidos por Skarbalienė et al. (2019) descrevem comunicação como a capacidade de gerir relações interpessoais e a habilidade de enviar uma mensagem clara, honesta e profissional. Segundo Koenig e Lum et al. referidos por Skarbalienė et al. (2019), comunicação efetiva inclui igualmente trabalho em equipa e colaboração, comunicação intercultural, pensamento crítico e a utilização de um leque de técnicas comunicacionais para exprimir ideias e compreender os que nos rodeiam. Envolvem competências verbais e muitos aspetos não verbais como por exemplo escuta ativa, linguagem corporal, expressões faciais, entre outras.

O relatório elaborado por Hoffman (2018) sobre negligência em saúde ao longo de uma década de prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos da América concluiu que dos 23 mil casos de processos legais e queixas dos clientes dos quais resultaram dano para os mesmos, cerca de 30% estavam relacionados com défices comunicacionais e que estes resultaram em custos para o sistema de saúde de 1.7 biliões de dólares, incluindo o custo de indemnizações resultantes de lesões graves (nestes casos específicos as lesões que ocorreram eram graves ou muito graves) ou óbitos, incluindo as ocorrências nos internamentos hospitalares, em contexto de ambulatório e de serviço de urgência e emergência. Mais de 25% dos casos de negligência médica envolvendo cirurgia e 32% de todos os casos relatados envolvendo cuidados de enfermagem foram causados pela falta de comunicação em algum aspeto do atendimento ao cliente (Hoffman, 2018).

Skär & Söderberg (2018) relatam que as queixas dos clientes relativamente à comunicação prestador-cliente incluem descrições de capacidades empáticas e respeito insuficientes por parte dos profissionais de saúde, bem como relatos de negligência e tratamento insensível e rude, diminuindo em grande escala a satisfação dos clientes nos cuidados prestados.

A revisão da literatura efetuada por Bello (2017) sobre comunicação efetiva em enfermagem refere cinco autores que relatam a possibilidade da administração incorreta de medicação em alguns clientes, com consequências graves (incluindo óbito) estar associada a lacunas de CCC

dos enfermeiros. O mesmo autor destaca 3 artigos em que as visitas sucessivas aos internamentos hospitalares pelos familiares dos clientes são devidas à falta de comunicação dos enfermeiros com a família e 8 artigos que referem que os enfermeiros que são detentores de CCC com efetividade e melhores competências interpessoais, têm melhor qualidade de vida e satisfação de trabalho que os que não as demonstram, fenómeno também comprovado em muitos outros estudos como por exemplo nos trabalhos de Penberthy et al. (2018).

Em Portugal, o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 tem objetivos e prioridades estratégicas de atuação bem definidos no âmbito da comunicação tendo em consideração o estudo realizado em unidades hospitalares e de cuidados primários em 2014, no âmbito da Norma nº 025/2013 DGS, de 24 de Dezembro. Tendo encontrado uma realidade preocupante de 11,1% de taxa de eventos adversos e 5.159 erros com dano no ano de 2015, dos quais 2.641 erros podiam ser prevenidos (53,2%) e um enquadramento da problemática focado no profissional de saúde e no sistema foram elaboradas recomendações pelo departamento de qualidade na saúde da DGS, com vista à implementação de ações de melhoria, tanto a nível regional como local. Das 12 dimensões identificadas a capacidade de efetivamente comunicar não só é considerada uma dimensão por si mesma (dotando-se desde logo de especial destaque como área que carece de melhoria significativa nos profissionais de saúde em Portugal), mas analisando as restantes 11 dimensões, as CCC estendem as suas raízes a todas, incluindo o trabalho em equipa, supervisão dos profissionais, aprendizagem organizacional, formação contínua, etc, como elemento indissociável à melhoria.

Que evidências científicas existem que as CCC podem fazer a diferença na resolução destes problemas?

Urge ressaltar que um enfermeiro devidamente capacitado na prática de cuidados de enfermagem centrados no cliente está ideológica e emocionalmente melhor posicionado para interpretar as manifestações verbais e não-verbais do cliente e responder apropriadamente. Os enfermeiros devem possuir inteligência emocional estruturada para estabelecer barreiras terapêuticas saudáveis na relação terapêutica no percurso da comunicação efetiva. Neste caminho, a assertividade e os limites terapêuticos, balanceados com capacidade empática são uma arte em que os enfermeiros devem ser peritos (Bello, 2017).

Os modelos conceptuais da interação enfermeiro-cliente existem, contudo existem muitos problemas identificados no âmbito das CCC. Existirão soluções para estes problemas? Já terão sido estudadas as metodologias para combater estas questões?

Ao longo dos últimos 30 anos as CCC demonstraram ter a capacidade de fazer a diferença nos cuidados de enfermagem centrados no cliente, com evidência científica que corrobora esta mesma evidência baseada na prática.

Apresentam-se algumas evidências que sustentam que as CCC podem fazer a diferença na resolução dos problemas identificados. Foram esmiuçados em maior pormenor os problemas identificados com maior regularidade nos estudos referidos na tabela 1.

Prognóstico e resultados clínicos

- Os estudos de Heydarian et al. (2018) demonstraram que as CCC têm resultados estatisticamente significativos na auto regulação emocional, percepção da severidade da dor e comportamentos de auto cuidado em pessoas com diabetes ($p < 0,000$);
- Os estudos de Hickman et al. (2016) concluíram que as CCC dos profissionais têm impacto directo no controlo da pressão arterial mas também os estudos de Tavakoly et al. (2018) e Tavakoly Sany et al. (2020) demonstraram uma diminuição dos deste valor em pessoas portadoras de doenças crónicas;
- A revisão sistemática de Nguyen et al. (2019) correlaciona positivamente o treino de CCC dos cuidadores na qualidade de vida de pessoas portadoras de demência;
- Os estudos de Dithole et al. (2017) comprovaram que um programa de desenvolvimento de CCC em enfermeiros de cuidados intensivos promove comunicação efetiva entre os enfermeiros e pessoas ventiladas mecanicamente, diminuindo diversos problemas de saúde mental como a ansiedade, o medo e a depressão e concluem que estes programas devem ser encorajados e introduzidos na formação/ integração do enfermeiro de cuidados intensivos.

Adesão terapêutica

- Banerjee et al. (2016) demonstraram a importância de os enfermeiros que trabalham em oncologia serem detentores de CCC pois estão confrontados com desafios comunicacionais, como é exemplo a necessidade de adesão aos regimes de tratamento oncológicos pelos clientes;
- Os estudos de Beyebach et al. (2018) demonstraram que enfermeiros dotados de CCC são capazes de melhorar a adesão de clientes em programas de hemodiálise à restrição hídrica;
- Os estudos de Tavakoly et al. (2018) demonstraram que enfermeiros dotados de CCC são capazes de melhorar a adesão de clientes com hipertensão no autocontrolo da sua doença, pela adesão medicamentosa, dotação do conhecimento da doença, fatores de risco e dos tratamentos disponíveis.

Satisfação dos clientes

- Os estudos de Otogara et al. (2017) demonstraram que, após submeterem 508 enfermeiros a 4 sessões de formação de CCC, os clientes do grupo experimental demonstravam maior satisfação com a performance dos enfermeiros;
- Os estudos de Nikmanesh et al. (2018) demonstraram que a implementação de formação na área das CCC para enfermeiros incrementa a satisfação dos clientes após terem submetido 50 enfermeiros a um curso de CCC e comparando-os com um grupo controlo quando em contacto com um universo de 400 clientes;

- Os estudos de Salmani et al. (2020) demonstraram que a satisfação dos clientes aumentou após ter submetido 64 enfermeiros a um curso de formação de 3 dias de CCC.

É possível ensinar e aprender competências de comunicação?

Portanto, existem problemas. Mas existem evidências que as CCC podem ser parte da solução. Como é que cada um de nós pode usufruir desta solução? Será possível aprendermos estas competências? Afinal, não é um “saber de experiência feito”, amalhado ao longo dos anos de prática clínica? A verdade é que a repetição de comportamentos pode tornar-se infrutífera e potencialmente má professora. O mesmo acontece com as CCC na prática dos enfermeiros: a experiência (nossa e de outros) pode tornar-se um professor muito pobre (Bachmann et al., 2017; Kurtz et al., 2017; Otogara et al., 2017; Silverman et al., 2016).

Há mais de 25 anos que se obtêm evidências sólidas que o treino de CCC pode trazer melhorias nas CCC dos profissionais de saúde no global, como por exemplo os estudos de Moore et al. (2018) e especificamente em enfermeiros (Trifkovič et al., 2017).

Já em 2007 a National Association for nursing practice, nurse education and service no seu relatório sobre Standards of practice and educational competencies of graduates of practical/vocational nursing programs realçaram que as CCC devem ser um conceito central no ensino pré e pós graduado para uma comunicação efetiva entre enfermeiros e clientes, tendo Ferrández-Antón et al. (2020) realçado que a qualidade das CCC dos enfermeiros pode ser uma preocupação na prática de enfermagem, provavelmente devido a treino inadequado (Mullan & Kothe referido por Ferrández-Antón et al., 2020).

Também Kameg et al. referido por Dithole et al. (2017) refere que estudos sobre a aprendizagem de CCC no ensino pré-graduado de enfermeiros indicam que os estudantes experienciam medo, ansiedade e atitudes negativas quando comunicam com clientes e que estão empobrecidamente preparados para comunicar. Já os estudos de Ruiz Moral et al. (2020) referem que uma das principais barreiras para o ensino de CCC são as atitudes negativas dos dirigentes das instituições académicas e dos docentes que lecionam temas tradicionais e a influência no modo como o currículo de CCC é incorporado e estruturado e que os líderes académicos consideraram que as CCC não eram úteis, que ameaçavam o seu status quo e que eram competências que podiam ser aprendidas por modelação.

Perante a evidência científica atual e com a certeza que estas competências, à semelhança de outras competências clínicas são retidas (Kurtz et al., 2017; Modi et al., 2016; Ruiz-Moral et al., 2019; Silverman et al., 2016) e têm efeitos incisivos nos cuidados prestados, urge mudar os paradigmas que persistem em alunos, docentes e instituições e que são bloqueios aos currículos de CCC no CLE.

O processo de aquisição de CCC é relatado por diversos autores como uma série de competências acrescidas amalhadas, apreendidas de forma encadeada (Ferrández-Antón et al., 2020; Kerr et al., 2020; Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016), onde os traços da

personalidade individual são somente o ponto de partida e onde cada indivíduo pode iniciar o percurso, não sendo algo previamente atingido e imutável. E no caminho da aprendizagem das competências comunicacionais, os métodos são da mais singular importância. Serão exploradas as metodologias com maior pormenor num capítulo dedicado mas é importante ressaltar que a evidência científica remete para uma cisão dos métodos tradicionais e na direcção da delineação sistemática e definição das competências essenciais, da observação dos alunos, *feedback* descritivo, detalhado e construtivo, gravação vídeo /ou áudio e respetiva revisão, prática repetida das competências e uma dinâmica pedagógica ativa de pequenos grupos ou aprendizagem individual (Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016).

Mas será que todo este esforço valerá a pena o investimento?

Ao longo da sua história profissional, os enfermeiros serão colocados à prova à medida que testemunham as histórias dos que cuidam. E em todos estes momentos terão de fazer opções e comunicar (Balzer-Riley, 2017). Irão regressar ao ensino superior para se especializarem, serão investigadores, administradores, líderes, peritos da qualidade e do controlo de infeção. Serão educadores. E em todos estes papéis têm de ser capazes de efetivamente comunicar e de um nível de perícia muito singular.

Os enfermeiros têm responsabilidades nos cuidados de saúde diretos e como tal são os profissionais que investem maior tempo com os clientes, mais que qualquer outro membro da equipa. É da sua responsabilidade a observação e avaliação precisa das necessidades da família e do cliente e devem ser capazes de comunicar esta informação a outros membros da equipa, empoderando o grupo às melhores tomadas de decisão (Balzer-Riley, 2017).

A revisão da literatura de Adams et al. (2017) concluiu que apesar dos enfermeiros admitirem que comunicar com os clientes e suas famílias é importante, reconhecem em simultâneo que necessitam de treino para potenciar a forma como o fazem.

Portanto, é possível ensinar CCC, mas parece haver dificuldades e desafios constantes na sua implementação na prática pedagógica e na prática clínica.

Desenvolveremos com maior pormenor que CCC ensinar e como as ensinar e avaliar, mas é importante desde já um racional que sistematize as ideias a transportar para os próximos capítulos sobre o que é relevante para o ensino das CCC:

- A comunicação é uma competência clínica fundamental (Balzer-Riley, 2017; Kerr et al., 2020; Kurtz et al., 2017);
- Existem dificuldades expressas por alunos e docentes, que é necessário estar plenamente alerta (Ferrández-Antón et al., 2020; Ruiz Moral et al., 2020);
- Engloba uma série de competências aprendidas (Kurtz et al., 2017; Ruiz-Moral et al., 2019);
- A experiência pode ser um professor pobre (Kurtz et al., 2017));

- A comunicação pode ser ensinada (Kerr et al., 2020; Kurtz et al., 2017; Modi et al., 2016; Ruiz Moral et al., 2020; Ruiz-Moral et al., 2019; Silverman et al., 2016);
- As mudanças obtidas através do treino das CCC podem ser retidas pelos alunos (Kurtz et al., 2017; Modi et al., 2016; Ruiz-Moral et al., 2019);
- Existem métodos específicos de aprendizagem para obter mudança comportamental definitiva: definição de objetivos/competências a aprender; observação dos alunos; *feedback* detalhado e construtivo e prática repetida (Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016);

2 O QUE ENSINAR E APRENDER SOBRE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

O caminho feito permitiu-nos compreender que devemos embarcar no caminho do ensino/aprendizagem das CCC. Um segundo passo é necessário dar, menos tímido e mais convicto, mas igualmente importante. Portanto, existem problemas no processo de comunicação entre enfermeiros e clientes e que existem evidências científicas sobre a solução desta problemática. E existem evidências científicas que demonstram ser possível reter CCC aprendidas, como relatado por exemplo nos estudos de Moore et al. (2018), Tavakoly Sany et al. (2020) e Ferrández-Antón et al., (2020).

Agora, confrontados com o desafio de o implementar, questionamo-nos com o conteúdo do que devemos ensinar e aprender. Mas afinal, o que estamos a tentar ensinar? Que conteúdo devemos incorporar no CLE? É possível estruturar em aprendizagens faseadas e crescentemente complexas algo aparentemente tão elaborado como CCC?

Estas perguntas merecem uma resposta clara, pelo maior bem dos nossos alunos do CLE e dos enfermeiros. Para que possamos ensinar e aprender CCC devemos definir (à luz da mais recente evidência científica) as competências a desenvolver. Temos de abordar os programas de desenvolvimento de CCC assentes num modelo que permita um entendimento transparente, tanto para docentes como para alunos, do caminho a percorrer até uma aprendizagem duradoura na prática clínica dos enfermeiros.

Ao longo dos últimos 30 anos acumulou-se evidência científica suficiente que definir as CCC necessárias e desejáveis na relação terapêutica e que podem e devem ser promovidas no processo de ensino-aprendizagem, em muito baseadas num fundamento teórico-prático de objetivos e princípios de comunicação em cuidados de saúde, que influenciam de forma direta a seleção das competências, dos objetivos de aprendizagem em comunicação clínica e do currículo necessário de profissionais de saúde.

Neste capítulo vamos compreender que pode ser um desafio definir o conteúdo dos currículos formativos no âmbito das CCC e dar uma resposta a este desafio. Iremos analisar e refletir sobre os resultados do consenso europeu para um currículo nuclear em CCC para profissões da saúde da European Association for Communication in Healthcare (EACH) (que nos permite

projetar um núcleo sólido de CCC no CLE) e vamos explorar o conjunto de objetivos de aprendizagem em CCC necessários. Para cimentar toda esta estratégia teórico-prática baseada em evidência, num modelo útil de ensino aprendizagem para instituições de ensino, docentes e alunos, vamos explorar uma estrutura onde podemos colocar em prática estas mesmas CCC durante o CLE.

Comunicar com efetividade

Dos estudos já apresentados anteriormente concluímos que as CCC dos enfermeiros são consideradas a raiz da ciência e prática de enfermagem (Skarbalienė et al., 2019), considerando que a comunicação é efetiva, num processo bilateral. A pessoa que envia a mensagem é também o destinatário das mensagens e vice-versa. Os enfermeiros devem estar conscientes do envio dessa mensagem e da necessidade de assumir os dois papéis no processo comunicacional (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

As conclusões e atitudes negativas que podem emergir são resultado de indivíduos que não compreendem a natureza bilateral da comunicação, onde a escuta e a fala são igualmente importantes. Comunicar com efetividade exige compreensão de todas as partes da mensagem e das variadas formas de comunicar (Furduescu, 2019).

Associações como a American Nurses Association (ANA), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Americana de Executivos de Enfermagem (AONE) referem que a comunicação com efetividade vai além da compreensão da mensagem.

A comunicação com efetividade requer uma compreensão da intenção de uma mensagem, do objetivo do emissor em entregá-la e das suas expectativas sobre o comportamento do recetor com a mensagem, uma vez recebida. Essa comunicação também exige uma análise e compreensão do contexto da mensagem ou de como a mesma se enquadra num diálogo mais amplo. Nas formas de comunicação diária, os enfermeiros devem-se concentrar em todas as partes da mensagem e não só nas palavras proferidas e ouvidas, para comunicar com outros enfermeiros, membros da equipa, clientes, familiares e cuidadores informais (Passmore & Tatiana, 2019).

Os estudos de DeMoor et al. (2017), Ervin et al. (2018) e Wang et al. (2018) em muito contribuíram para o estudo da comunicação com efetividade em ambientes complexos de equipas de saúde multidisciplinar e entre profissionais de enfermagem. Suportam as evidências que enraízam os princípios de uma comunicação com efetividade, sintetizados por Kurtz et al. (2017):

- Ocorre uma interação dinâmica, em vez de um processo de transferência direto;
- Reduz incertezas desnecessárias;
- Requer planeamento e raciocínio crítico sobre o resultado da comunicação;
- Segue um modelo helicoidal.

Um processo exigente

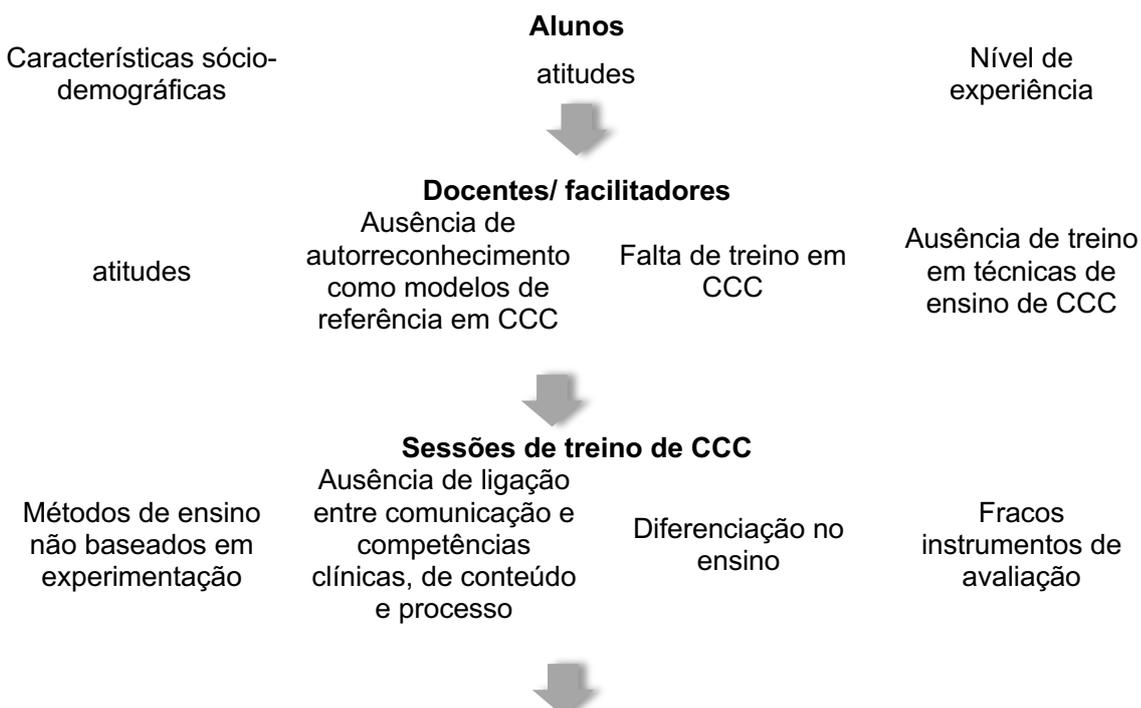
Portanto, não é simples. Mas existe evidência científica que comprova que as CCC podem ser ensinadas e aprendidas com efetividade, com o mesmo nível de exigência que outras competências nucleares (Kurtz et al., 2017; Loureiro et al., 2017; Salmani et al., 2020). Também existe evidência que os programas de treino de CCC melhoram a performance destas competências tanto em alunos como profissionais (Kerr et al., 2020; M. B. Smith et al., 2018) e outras que suportam que sem o treino persistente destas competências, sessões isoladas de aprendizagem não serão efetivas e a transferência para a prática clínica fica comprometida (Loureiro et al., 2017; Perron et al., 2015).

Além do citado, existem múltiplas barreiras ao processo de ensino-aprendizagem das CCC identificados por Ruiz Moral et al. (2020) e Trifkovič et al. (2017): ausência ou falta de docentes treinados na temática, problemas de logística pedagógica, tempo insuficiente para dedicar ao ensino destas competências além das exigências do restante conteúdo a lecionar, necessidade de *feedback* estruturado individual, compromisso contínuo dos docentes, elevados custos, dificuldades de avaliação específica e as atitudes dos alunos à aprendizagem destas competências.

Perron et al. referido por Loureiro et al., (2017), sintetizou as principais barreiras no processo de ensino aprendizagem de CCC, em 4 níveis: alunos, docentes/ facilitadores, sessões de treino de competências e ambiente de trabalho/instituição (figura 1).

Figura 1

Barreiras no processo de ensino-aprendizagem de competências de comunicação



de CCC. Mas este tópico merece ser explorado em maior profundidade, que ocorrerá em momento oportuno na cadência deste trabalho.

O *feedback* que Kurtz et al. (2017) obtêm dos facilitadores de aprendizagem de CCC que participam em sessões de *train the trainer* ilustram as barreiras que os inquietam quando se debatem com o ensino das CCC:

Simplesmente não consigo perceber em que é que tenho de me focar;
Sinto que ensino de forma imprecisa, um bocado ali e outro acolá;
Sinto que ensino de forma demasiado aleatória;
Não tenho a certeza se o que estou a ensinar tem alguma validade ou se estou a basear-me nas minhas próprias ideias. (p.30)

As conclusões da revisão sistemática da literatura de Kerr et al. (2020), que analisaram criticamente os estudos randomizados controlados (RCT) nos últimos 20 anos (1998 a 2018) e que sintetizaram a evidência da efetividade dos programas de desenvolvimento de CCC em enfermeiros, entram em concordância com estes testemunhos. Identificaram-se 1669 objetivos de aprendizagem dos programas de desenvolvimento de CCC dos 208 RCT analisados, tendo os autores concluído que existe uma global ausência de utilidade nos objetivos definidos pela incapacidade de mensuração objetiva (nomeadamente das competências percutuais) e ausência de transparência do processo de ensino-aprendizagem.

As CCC fornecem as fundações para uma comunicação com efetividade nos contextos de prestação de cuidados. Em todos estes contextos e em todos os dias, inúmeras situações desafiam-nos e colocam-nos à prova. Seja quando estamos confrontados com comunicação de más notícias, quando somos atores no palco de conflitos, na expressão de emoções, quando comunicamos com clientes de idade avançada, na comunicação com pessoas impossibilitadas de falar, na comunicação com clientes adolescentes, na comunicação com pessoas portadoras de doença mental, somos permanentemente desafiados a comunicar com efetividade (Lloyd et al., 2019).

Vários autores identificam que existem programas de desenvolvimento de CCC que tentam responder à necessidade de dotar os profissionais destas competências na sua prática clínica, como é o caso das revisões de Smith et al. (2018) ou de Kerr et al. (2020). Uma análise destes momentos formativos permite concluir que existe variabilidade na estrutura, conteúdo, metodologias de aprendizagem e de avaliação destas competências, não existindo um processo formal, direcionado e integrado.

Os estudos de Kurtz et al. (2017) definiram conceitos fundamentais sobre a temática, destacando 3 tipos de competências importantes a serem tornadas plenamente conscientes e integradas no processo de ensino aprendizagem de CCC: competências de conteúdo, de processo e percutuais. Os estudos de Denniston et al. (2017) complementaram com um quarto tipo: conhecimento (figura 2).

Figura 2

Tipos de competências a serem integradas no processo de ensino aprendizagem em competências de comunicação

<i>Tipos</i>	<i>Definição</i>
<i>Conteúdo</i>	<i>O que os profissionais de saúde comunicam - a substância das questões e das respostas; a informação que recolhem e providenciam; o regime terapêutico que debatem</i>
<i>Processo</i>	<i>Como os profissionais de saúde comunicam – as formas como comunicam com os clientes; como recolhem a história clínica e dão informação; que competências verbais e não verbais utilizam; como desenvolvem a relação terapêutica; a forma como organizam e estruturam a comunicação</i>
<i>Perceptual</i>	<i>O que os profissionais de saúde estão a pensar e a sentir – o processo de decisão interna dos profissionais, pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas; as suas atitudes; a consciência destes das emoções e pensamentos do cliente sobre a doença e outros assuntos que os estão a inquietar; a consciência sobre si próprio, o seu auto conceito e auto confiança, as suas distrações e possíveis erros de interpretação</i>
<i>Conhecimento</i>	<i>A capacidade de compreensão individual da informação que permite o processamento e registo da informação e/ou experiências</i>

Nota: adaptado de Kurtz et al (2017) e Denniston et al (2017)

Estas competências são interdependentes e ser detentor de maior ou menor capacidade num tipo de competência determina maior ou menor competência das restantes, num todo interativo. Assim sendo, no decorrer do processo de ensino aprendizagem, deve-se ter sempre em consideração o desenvolvimento de todas as vertentes em conjunto para assegurar uma comunicação com efetividade pelos alunos, pois são competências clínicas essenciais (Denniston et al., 2017; Kurtz et al., 2017).

Mas que resultados queremos alcançar?

Esta diferenciação permite-nos desde já um referencial de trabalho sustentado, mas nas ciências da enfermagem e outras ciências da saúde torna-se pertinente explorar algumas inquietudes: que objetivos de aprendizagem desejamos? O que é que cada instituição de ensino e docente desejam alcançar com os nossos futuros enfermeiros?

Nesta linha de pensamento e perante a sobreposição de necessidades de CCC nas ciências da saúde, é necessário um mapa e uma bússola transversal às instituições de ensino que norteie o processo de ensino aprendizagem. Surgem os objetivos comuns de aprendizagem em CCC no ensino pré-graduado nas profissões da saúde.

Se por um lado o processo de Bologna pretende reestruturar o ensino superior europeu assegurando comparabilidade e compatibilidade da formação académica e graus académicos, por outro o ensino das CCC são um tema que deve ser debatido intradisciplinarmente e também entre disciplinas para existirem resultados comuns de aprendizagem no que diz

respeito a estas competências de importância fundamental para qualquer profissional de saúde (Bachmann et al., 2016; Loureiro et al., 2017).

No processo de comunicação com o cliente, seus familiares e equipa multidisciplinar, existem CCC que são nucleares e representam as bases dos cuidados centrados no cliente, numa visão interdisciplinar em saúde (McCarthy, 2017). Comunicar com efetividade deve ser um objetivo a atingir independentemente de esta ter de ser efetuada por um enfermeiro, farmacêutico, médico-dentista ou qualquer outra ciência da saúde. Cientes desta realidade e necessidade, Bachmann e os seus colaboradores realizaram um estudo que engloba uma revisão da literatura, 3 rondas Delphi e subsequente análise de conteúdo, com a finalidade de reunir e debater os documentos de consenso, *guidelines* e estruturas de trabalho existentes no que diz respeito ao ensino de CCC nas ciências da saúde. Foi um extenso trabalho composto por 121 peritos em comunicação de 16 países europeus diferentes e representando 15 profissões de prestação de cuidados de saúde (medicina, psicologia, medicina dentária, enfermagem, farmácia, enfermeira-parteira, terapia da fala, osteopatia, fisioterapia, comunicação em saúde, educação, assistência social, sociologia, especialistas em competência cultural e programas de simulação de clientes) com o propósito de definir objetivos nucleares de ensino-aprendizagem a nível europeu de CCC para as ciências da saúde e consequentemente possibilitar a determinação das competências necessárias a desenvolver em cada área de saber.

Como resultado deste longo percurso de desenvolvimento de um currículo europeu iniciado pelo subgrupo da EACH de comité de ensino (tEACH) foi elaborado o *Health Professions Core Communication Curriculum* (HPCCC) que contempla 61 objetivos de ensino-aprendizagem a serem explorados e aprendidos no ensino pre-graduado nas ciências da saúde e que englobam a comunicação com o cliente, a comunicação em equipa inter e multi-profissional, o profissionalismo e a reflexão. Os objetivos que emergiram deste trabalho foram descritos pelos participantes de forma muito positiva, bem desenhada e compreensíveis e como uma ferramenta altamente relevante (Bachmann et al., 2013). A versão portuguesa do HPCCC, traduzida e adaptada por Loureiro et al. (2015) pode ser consultada no anexo 1. Além de definir objetivos comuns nas disciplinas da saúde para o ensino pré-graduado, foi o primeiro passo em conjunto com as linhas orientadoras do processo de Bologna relativo a um currículo de CCC europeu (Bachmann et al., 2013; Denniston et al., 2017).

Segundo o tEACH, que desenvolveu e construiu o currículo nuclear nas diferentes áreas da saúde, o HPCCC pode ser útil como referencial flexível de acordo com as necessidades específicas de cada disciplina. Foi lançado o desafio de cada disciplina da saúde decidir em que extensão diferentes objetivos são abordados, ensinados e avaliados, tendo em consideração que a gestão do conteúdo programático a lecionar e respetiva articulação com estas exigências deve ser feita caso a caso, dependendo das capacidades do pessoal docente e demais desafios logísticos, que iremos explorar posteriormente (Bachmann et al., 2013; Denniston et al., 2017; Kurtz et al., 2017; Loureiro et al., 2015; Silverman et al., 2016).

Resultante deste trabalho, inúmeros outros se encadearam no sentido de dar resposta a esta necessidade em cada ciência da saúde. Citado em 58 artigos (segundo PlumX metrics, consultado a 10.05.2021 e 85% de fiabilidade) desde a sua publicação em 2013, os estudos de Bachman servem de suporte a estudos na formação de farmacêuticos (Svensberg, 2017), médicos (Ruiz Moral et al., 2020), bioquímicos (Schneider et al., 2019), fisioterapeutas (Ajjawi & Higgs, 2014), médico-dentistas (Lichtenstein et al., 2018), nutricionistas (Opsomer et al., 2018) e também enfermeiros (Antičević et al., 2018; Wershofen et al., 2016).

Os estudos de Bachmann et al. (2013) têm sido uma referência orientadora dos objetivos nucleares de aprendizagem no currículo em CCC nas profissões de saúde. Contudo, apesar de o processo Delphi e a análise quantitativa e qualitativa serem claramente descritos, a metodologia e a origem dos documentos utilizados não são transparentes. Esta carência foi suprida pelos estudos de Denniston et al. (2017) com a revisão sistemática "*learning outcomes for communication skills across health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis*", onde encontram 205 resultados de aprendizagem em CCC. Os objetivos encontrados foram organizados em objetivos de "conteúdo", "processo", "perpetuais" e "conhecimento", sob a forma de comportamentos observáveis, formulando uma estrutura transparente, útil e mensurável para docentes e alunos. Os objetivos de aprendizagem e a estrutura de Denniston et al., (2017) podem ser consultados no anexo 2.

Nesta linha orientadora são definidas as competências gerais a desenvolver (conteúdo, processo, perpetuais e conhecimento), mas são ainda demasiado abrangentes. Os estudos de Denniston et al. (2017) permitiram iluminar o caminho para a implementação na prática, mas como podemos estruturá-las num racional lógico? Em que contextos de aprendizagem e prática clínica podemos incorporar as competências baseadas em comportamentos observáveis, relatadas pelos autores? Como as podemos otimizar num processo de ensino-aprendizagem, estruturado e acessível aos docentes e alunos, num contexto de ensino pré-graduado de enfermeiros? Como as podemos apresentar de forma que os alunos se recordem facilmente das competências individuais e compreender como se relacionam entre si no contacto com os seus clientes?

Uma estrutura de aprendizagem de competências de comunicação para docentes e alunos

A evolução dos cuidados de saúde ao longo dos séculos levou inevitavelmente à multidisciplinaridade e a diferentes, mas convergentes, "estilos" de abordagem ao cliente, cada qual em áreas científicas específicas.

São inúmeros os autores ao longo da história que exploram a importância da comunicação e da relação terapêutica nas ciências da enfermagem. Um destes exemplos é Duncan (2019), na sua obra *General Practice Nursing: Foundational Principles* que explora o papel nuclear na prática clínica dos enfermeiros das competências interpessoais, intelectuais e técnicas no

âmbito de uma consulta de enfermagem. É neste sentido que podemos concluir que as competências de maior relevo para os enfermeiros, neste âmbito, são as que permitem conduzir uma consulta com efetividade onde transparece estrutura, objetivos bem definidos, onde se exploram as preocupações individuais do cliente e onde se incentiva o cliente a ser um elemento ativo e dinâmico na tomada de decisão.

E nesta linha de pensamento descreve-se “o que ensinar” em CCC, seguindo passo a passo um modelo de consulta aplicável ao ensino e à prática da enfermagem e integrando as CCC a mobilizar em cada passo. Desta forma, é possível não só fornecer uma estrutura organizada das competências para o ensino, mas também obter uma ferramenta de observação, *feedback* e avaliação, criando coerência, consistência e reprodutibilidade no processo de ensino-aprendizagem de CCC (Silverman et al., 2016).

Existem vários modelos de comunicação em consultas clínicas, baseados em competências, como por exemplo o *4-habits* (Frankel, 1999), o *MAAS-Global* (Thiel et al., 2000), o *SEGUE* (Makoul, 2001b), o *Bayer-Fetzer Essential Elements* (Makoul, 2001a) e o modelo de Calgary-Cambridge (Kurtz et al., 2017). Para melhor entendimento dos modelos de consulta clínica, alguns estão clarificados no anexo 3.

Apesar de o modelo de Calgary-Cambridge (CC) ter sido elaborado primariamente para ser utilizado em entrevistas médicas, vários autores vinculam com naturalidade a sua aplicação nas ciências de enfermagem (Mahdiye et al., 2016; Mudiyanse et al., 2016; Tottey, 2019) e que a natureza multidisciplinar e a necessidade imperiosa de comunicar com efetividade em cuidados de saúde por todas as disciplinas são não só uma realidade, mas uma catapulta enriquecedora do conhecimento científico na arte de cuidar outro ser humano. É neste caldeirão multidisciplinar que as interações clínico-cliente são em tudo similares à entrevista clínica do âmbito médico (Kurtz et al., 2017).

Essa estrutura baseada na evidência foi desenvolvida inicialmente por uma equipa de médicos e especialistas em comunicação e desde a sua origem foi traduzido com sucesso em 12 idiomas e aplicada a vários outros campos da área da saúde. O guia CC está estruturado em CCC de processo validadas pela evidência, organizadas em torno de uma estrutura expandida em etapas e corresponde ao momento formal de consulta clínica. Apresenta-se a tabela 2 que resume sucintamente as etapas do modelo de consulta de CC e respetivos objetivos a serem atingidos ao longo do processo (Andersson et al., 2019; Duncan, 2019; Kurtz et al., 2017).

Tabela 2

Guia de consulta do modelo Calgary-Cambridge

<i>Etapas</i>	<i>Objectivos</i>
<i>1: Iniciar a sessão</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer <i>rapport</i> inicial • Identificar a razão da consulta
<i>2: Colheita de Informações</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exploração dos problemas do cliente
<i>3: Dar estrutura à entrevista</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar transparência

4: <i>Construir a relação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar fluxo e cadência sistematizada • Utilizar comportamento não verbal adequado • Desenvolver <i>rapport</i> • Envolver o cliente
6: <i>Explicação e planeamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar a quantidade e tipo de informação adequada • Assistir na sistematização e entendimento da informação • Assegurar a compreensão da informação incorporando a perspetiva do cliente • Planear estratégia com base em tomadas de decisão partilhadas
7: <i>Encerrar a sessão</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento do passo seguinte a tomar • Assegurar ponto adequado de encerramento

Nota: adaptado de Silverman et al., (2016)

No sentido de atingir os objetivos pretendidos em cada etapa da consulta de enfermagem, devem ser mobilizadas as CCC necessárias. Apesar de ser um processo que implica personalização perante o cliente e contexto, o encadeamento das competências num reportório compreensivo (tendo por base os objetivos preliminares para cada etapa do processo) permite auxiliar coordenadores do curso de licenciatura na estruturação do curso, docentes no ensino, alunos na aprendizagem e enfermeiros na prática (Dohms et al., 2020; Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016).

Assim sendo, os autores defendem 71 (setenta e uma) CCC a explorar e a serem ensinadas e apreendidas pelos alunos pré-graduados do curso de licenciatura em enfermagem. É neste momento (e de imediato) que vem à superfície uma questão relevante e inquietante: 71 competências para aprender, assimilar e dominar? Parece uma tarefa não congruente com as múltiplas barreiras ao processo de ensino-aprendizagem das CCC identificados por Perron et al. (2015), Trifkovič et al. (2017) e também por Ruiz Moral et al. (2020), como já explorado.

A resposta a esta pergunta não é linear, nem possível de afago por um bálsamo. Temos necessariamente de desconstruir a missão em tarefas mais simples para, ao longo do processo de aprendizagem, as podermos incorporar, com a certeza que não necessitaremos de todas simultaneamente em cada contacto clínico. As necessárias dependerá da situação e dos ganhos em saúde que os enfermeiros e os clientes/ família/ cuidadores informais desejem alcançar em conjunto (Kurtz et al., 2017; Loureiro et al., 2017; Silverman et al., 2016).

O processo de ensino aprendizagem deve ser estruturado ao longo de todo o curso de licenciatura para que o aluno de enfermagem assimile as competências de conhecimento e conteúdo necessárias e desenvolva as competências percetuais que se exigem no seu papel para as incorporar em simultâneo e progressivamente com as competências de processo explícitas no modelo CC. A evidência recomenda-nos uma integração longitudinal e helicoidal das CCC, baseada em métodos de ensino e avaliação efetivos para que sejam não só mais

valorizadas pelas instituições, alunos e docentes, mas especialmente para gerar os frutos necessários e exigidos pelos clientes. Os desafios e necessidades do curso de licenciatura mudam e desenvolvem-se ao longo das diferentes fases do ensino pré-graduado, fornecendo experiências diversificadas e oportunidades significativas para o investimento profundo nas CCC. Momentos isolados de ensino-aprendizagem de CCC e sem reforços são menos eficientes na produção de mudanças efetivas nos comportamentos e competências comunicacionais dos alunos (Kurtz et al., 2017; Loureiro, Cavaco, et al., 2015).

Os modelos de consulta descritos na literatura são estruturas que moldam e orientam a consulta, ajustando-a à finalidade. Historicamente os modelos progrediram num caminho de foco no cliente e espelham a ideologia de vários autores da psicanálise, através de abordagens comportamentais e humanísticas. A abordagem centrada no cliente resulta de uma mistura destes modelos e a os enfermeiros adaptam os vários modelos para formular um com o qual se sentem confortáveis (Modi et al., 2016) .

O modelo de CC providencia-nos a estrutura e o detalhe necessários para transitar do domínio de um pensamento clínico e crítico com efetividade para uma fusão deste com a identificação e utilização precisa de CCC de processo durante a relação terapêutica. É um modelo simples, transparente e dota a consulta de efetividade e o processo de ensino e de aprendizagem de uma estrutura norteadora para instituições de ensino, docentes/ facilitadores de CCC, alunos e clientes (McLeish & Snowden, 2017). Apresentam-se no anexo 4 as CCC de processo do guia CC de Silverman, Kurtz e Draper, estruturadas na consulta.

Neste capítulo foram definidas as CCC a explorar e descrevem-se especificamente as competências individuais a serem incluídas num currículo, manifestadas em comportamentos observáveis. Apresenta-se a versão expandida do guia CC que oferece uma lista de competências e uma estrutura organizadora para instituições de ensino, docentes e alunos.

Estas competências expressam as fundações do que é efetivamente relevante para um enfermeiro na sua relação terapêutica em diversos contextos clínicos, nomeadamente os mais complexos como é o caso da entrevista motivacional, quando comunicam com clientes em fim de vida ou quando assistem num processo de transição em que o cliente lida com más notícias. As competências de processo enunciadas são as mesmas em qualquer situação, mas somente um conhecimento aprofundado destas competências nucleares e um nível de mestria na sua utilização vão permitir ao utilizador atingir os objetivos que pretende. Mas novas questões emergem.

3 COMO ENSINAR E COMO APRENDER COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

O caminho torna-se progressivamente mais palpável. Já verificamos pela evidência as razões que sustentam a importância de incorporar as CCC no currículo pré-graduado dos enfermeiros, já constatamos que as CCC são passíveis de ser ensinadas e que o treino destas competências produzem ganhos em saúde. Já destacamos os objetivos de aprendizagem a

atingir, as CCC que são relevantes ensinar e aprender ao longo do caminho e uma estrutura possível para as ensinar, mas surge agora uma outra questão. Já sabemos que é importante ensinar/aprender e o que devemos ensinar/aprender, mas afinal que metodologias são efetivas no processo de ensino/aprendizagem em CCC? Haverá evidência que suporte a adoção de determinados métodos de ensino em detrimento de outros?

Sabemos que saber comunicar não é suficiente e que saber como comunicar é igualmente importante. Paralelamente, saber o que ensinar torna-se insuficiente, apesar de importante. Urge saber como colocar em prática o processo de ensino para que as aprendizagens sejam dignas do nome e não um atributo temporário cuja única finalidade é o momento de avaliação, cujos conteúdos facilmente serão esquecidos pelo aluno.

Neste capítulo esclarece-se a importância e os fundamentos teóricos e comprovados pela evidência da operacionalização metodológica do ensino das CCC e da necessidade da experimentação nos contextos pedagógicos. Dá-se luz à importância de abordar a temática através de uma abordagem de resolução de problemas numa balança contínua entre o facilitador de aprendizagem e aluno. Revela-se igualmente a evidência científica que suporta as razões da inclusão de material cognitivo e métodos de ensino didáticos como impulsionador do processo.

Mas antes demais, tomar consciência que ensinar competências de comunicação não é só ensinar competências de comunicação...

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento de habilidades no seu percurso académico e profissional. Esta responsabilidade inclui a verificação contínua de valores, atitudes e crenças individuais que influenciam não só a sua vida como indivíduos, mas também a sua prática e comunicação dentro e além da equipa de trabalho. Excede as margens deste trabalho explorar com detalhe os aspetos mais profundos dos valores, atitudes, crenças e impacto da cultura organizacional, mas devem ser reconhecidas como a base do comportamento individual. Apesar das equipas em ambientes clínicos contemporâneos não disporem de oportunidade para explorar completamente os fundamentos emocionais e psicológicos das suas CCC, é crucial que o trabalho de autorreflexão e de empoderamento dos alunos de enfermagem da tomada de consciência de si próprios seja feito com resiliência ao longo do seu processo formativo para que se torne uma atitude inata e fluente. Kurtz et al. (2017) e Back et al. (2019) referem que as CCC são amplamente influenciadas pelas atitudes, crenças e valores do profissional de saúde e somente após ter sido confrontado sobre as mesmas, este conseguirá relacionar-se e comunicar com efetividade com os seus clientes (*feedback*). Além do conhecimento e destreza na utilização das CCC, torna-se necessário potenciar o aluno no caminho do desenvolvimento pessoal para que, em conjunto com o docente, analisarem os pensamentos, emoções e sentimentos relativamente ao cliente, rumo aos objetivos traçados com a relação

terapêutica. *Hildegard Peplau* advogava esta corrente de pensamento ao afirmar que “*nurses can only communicate and interact in terms of what they actually know, or are aware of – by way of their feelings, thoughts, and immediate actions*” (Peplau, 1957, p.886).

Era também convicção de Paulo Freire que para realmente educar é necessário dinamizar um processo completamente interativo. Segundo este autor, o ensino e a aprendizagem são um esforço conjunto entre professor e aluno que só pode gerar novos conhecimentos se ambos se vincularem e com o processo (Freire et al., 2018).

Segundo Gilligan et al. (2017), o treino de CCC deve fomentar o desenvolvimento de consciência individual e lucidez no contexto da prática, especificamente referindo-se a emoções, atitudes e crenças subjacentes que possam interferir com a comunicação. Este aspeto foi reforçado nos estudos de Góes et al. (2017) que comprovaram défices nas competências percetuais dos alunos de enfermagem e manifestam a necessidade de reforçar o currículo de CCC no ensino pré-graduado.

Ensinar CCC com efetividade é desafiador. Este facto é particularmente verdade também para os estudantes do CLE, que iniciam o seu caminho das CCC em ambiente académico, com momentos limitados de *feedback*. Neste modelo ocorre uma necessária (ocasionalmente excessiva) separação entre teoria e prática, que são indissociáveis (Cooper et al., 2020).

Reforçados pelas linhas de pensamento de Freire et al. (2018) e Cooper et al. (2020), inspirados na teoria das relações interpessoais de Peplau (1952) e tendo por base os estudos de autores proeminentes na temática das CCC como Kurtz et al. (2017), Silverman et al. (2016), Denniston et al. (2017) e Loureiro et al. (2017), apresentaremos o quadro conceptual baseado em evidências de como ensinar CCC.

Que métodos funcionam na prática pedagógica no ensino de CCC?

Nenhum método de ensino é isento de mérito e existem considerações a ser tomadas na sua seleção pelo docente tais como a disponibilidade de recursos, o custo, tempo disponível, entre outros. Contudo, a efetividade de uma metodologia depende dos objetivos a atingir e assim sendo, o que poderemos esperar atingir com cada metodologia de ensino disponível no ensino de CCC é distinto (Kurtz et al., 2017).

Ao longo de anos de experiência na implementação de programas de desenvolvimento de CCC em profissionais de saúde, diferentes metodologias foram utilizadas no sentido de estimular a aprendizagem, mudar comportamentos e potenciar a solidificação de competências comunicacionais, como podemos constatar na literatura existente.

Existem várias revisões sistemáticas da literatura que analisam estes programas e as metodologias utilizadas, mas verifica-se (à semelhança da análise das CCC abordadas nos programas) uma variação considerável nas metodologias empregues.

Perante esta variabilidade, e para explorar o que acontece na prática formativa, foi feita uma pesquisa de artigos a 24 de Fevereiro de 2021 em revistas académicas na plataforma B-On para determinar que metodologias foram utilizadas nos últimos anos no ensino destas competências. Utilizando os termos de pesquisa (*nursing or nurses or nurse or student nurse*)

AND (education or teaching) AND TI communication skills training AND (effectiveness or impact or outcomes), foram selecionados todos os artigos escritos na língua inglesa e submetidos a peer-review entre 2019 e 2021. Obtiveram-se 25 resultados de pesquisa, que foram filtrados manualmente pelo título e *abstract* para averiguar que metodologias de ensino foram utilizadas e após eliminação de artigos duplicados, artigos de opinião e artigos que não especificavam as metodologias utilizadas, obtiveram-se 11 resultados de pesquisa.

Na tabela 3 podemos analisar as metodologias de ensino utilizadas nos programas de desenvolvimento de CCC de profissionais de saúde analisados.

Tabela 3

Metodologias de ensino utilizadas nos programas de desenvolvimento de CCC de profissionais de saúde

	Donesky et al (2020)	Kaur et al. 2019	kerr et al (2020)	Joseph et al (2020)	Alexander et al (2019)	Van Beusekom et al 2019)	Hamischfeger et al (2020)	Jin et al (2019)	Whitehead and walker (2020)	Henselmans et al (2020)	Vaghei et al (2019)
Discussão de Grupo	x			x				x		X	x
Reflexão crítica	x										
Simulação (ator/cliente)	x		x		x	x	x		x		
Video e/ou audiogravação		x		x	x		x	x	x	x	
Questionários escritos		x									
Expositivo/didático		x	x	x	x	x	x	x		x	x
Role play			x		x	x		x	x	x	x
Face-to-face/individual			x			x		x	x		

Uma análise destes estudos permite-nos retirar algumas conclusões, que são concordantes com a bibliografia disponível de autores proeminentes na temática.

Os estudos de Kerr et al. (2020) identificaram a aprendizagem individualizada, método expositivo (apresentações powerpoint, discussão de grupo e reflexões) e role play. Gutiérrez-Puertas et al., (2020) analisou programas de desenvolvimento de CCC entre 2000 e 2020 e concluíram que há diferenças estatisticamente significativas nas CCC dos estudantes de enfermagem após a intervenção educacional mas, apesar deste facto e de em 68% dos casos o método utilizado ter sido a simulação de casos reais, os autores referem que não foi possível determinar a metodologia mais efetiva.

Apesar destes dados, a revisão sistemática de Smith et al. (2018) concluiu que as experiências de aprendizagem baseadas em simulação propiciam a aprendizagem de CCC em estudantes

de enfermagem e os estudos de Riley-Baker et al. (2020) concluem que a utilização de estudos de caso recorrendo à simulação é um método efetivo de aprendizagem de CCC. Também Modi et al. (2016) e Kurtz et al. (2017) referem que métodos expositivos como palestras e seminários são menos efetivos que métodos experienciais com *feedback* como *role play* e estudos de caso simulados. Estes últimos permitem reforçar as forças e identificar as fraquezas individuais na capacidade de comunicar com efetividade.

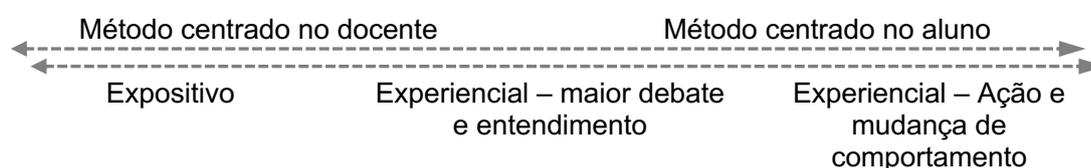
A revisão sistemática da literatura de Bos – van den Hoek et al. (2019) concluiu que não foi possível delinear características transversais delineadoras dos programas de desenvolvimento de CCC analisados, mas referem que programas de duração mais longa, sessões de reforço em regime de *follow up* e metodologias como o *role play*, *feedback* e interação com clientes reais ou simulados são mais efetivos.

A revisão sistemática de Mata et al. (2019) refere que nos programas analisados utilizam-se diferentes estratégias: canções, filmes, círculos de conversação, gravações vídeo, observação direta, *feedback*, *role play* e simulações. Estas estratégias são reconhecidas como efetivas no desenvolvimento de um perfil de profissional de saúde centrado na pessoa, com resultados positivos a curto e longo prazo.

Analisando documentos de associações internacionais, também as guidelines da American Society of Clinical Oncology (ASCO) redigidas por Gilligan et al. (2017) recomendam como metodologias efetivas no desenvolvimento de CCC o *role play* e entrevistas observadas ou vídeo-gravadas com clientes reais ou simulados com *feedback* estruturado. A ASCO reforça que o treino de CCC deve basear-se em princípios sólidos e incluir e enfatizar a prática de competências individuais de forma escalada e metodologias experienciais de aprendizagem. Métodos centrados no docente e métodos centrados no aluno parecem tomar relevo diferente na aprendizagem de CCC (figura 3) e os métodos experienciais segundo Kurtz et al. (2017) são mais efetivos na mudança duradoira de comportamentos.

Figura 3

Continuum metodológico no ensino de competências de comunicação clínica



Nota: adaptado de *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (p.78), de S. Kurtz et al. Direitos de autor 2017 de Suzanne Kurtz

Tendo em consideração o que é descrito por Kurtz et al. (2017) e Silverman et al. (2016), as recomendações atuais da EACH e os achados encontrados em revistas académicas relativamente às metodologias utilizadas em programas de desenvolvimento de CCC conclui-

se que a metodologia pedagógica a ser valorizada deverá ser do tipo experiencial, em detrimento da metodologia tradicional com foco no docente, à semelhança de outras competências clínicas. O processo de aprendizagem deve ocorrer o mais próximo possível da realidade profissional futura, ou seja, as CCC devem ser ensinadas e aprendidas no contexto clínico ou em simulações clínicas o mais realistas possíveis. Mesmo no que diz respeito a alunos pré-graduados em anos acadêmicos inaugurais, em que os alunos não têm muito contato com os clientes, é pertinente utilizar exemplos realistas e simulações clínicas fiéis..

Segundo Díaz et al. (2016) os modelos de ensino/ aprendizagem usados nas ciências da saúde no âmbito das CCC devem transitar dos modelos tradicionais focados na transferência expositiva para métodos centrados no aluno. Em defesa desta transformação surgiram estratégias de aprendizagem experiencial como a simulação clínica, onde o *role play*, o recurso a clientes reais/simulados e gravações áudio ou vídeo (Ballangrud et al., 2014). Nesta modalidade, os docentes criam cenários de acordo com os objetivos e competências que os alunos devem adquirir e que mais tarde poderão ser incorporados na prática (Oh et al., 2015). O método expositivo/ didático permanece um recurso fundamental no sentido que promove o desenvolvimento de um quadro conceptual e permite a reflexão sobre a temática. Tem vantagens apelativas que os docentes apreciam como o facto de ser uma metodologia segura para o formador (controla em pleno os conteúdos, apesar de ser pouco desafiador para o aluno), é estruturado e os conteúdos programáticos bem delineados, que podem ser abordados com confiança. Contudo, e apesar de permitir conhecer as fundações necessárias, quando utilizado de forma isolada não produz mudanças comportamentais nem aprendizagens duradouras, pois não desenvolve competências e não assegura a mestria e capacidade de aplicação na prática clínica, desvantagens superadas pelo método experiencial (Gutiérrez-Puertas et al., 2020; Kurtz et al., 2017; Yoo & Park, 2015).

Desde os primórdios dos fundamentos do ensino experiencial em enfermagem publicados por Hildegard Peplau em 1957 no seu artigo *What is experiential teaching?* até à atualidade, a teoria da aprendizagem experiencial tem promovido processos de aprendizagem singulares na temática das CCC. Esta teoria tem raízes em autores proeminentes do século XX (incluem investigadores, pedagogos, filósofos e filantropos como John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget, William James, Carl Jung, Paulo Freire e Rogers) que deram à experiência um papel nuclear nas suas teorias da aprendizagem e desenvolvimento humano, possibilitando elaborar um modelo pluridimensional, dinâmico e holístico do processo de aprendizagem, baseado em experiência (Ghaderi & Farrell, 2020; Kolb & Kolb, 2017; McCarthy, 2016).

É o processo de aprendizagem que se baseia na experimentação de um fenómeno e reflexão sobre essa experimentação. Apesar de ser uma metodologia descrita desde Aristóteles, tornou-se uma abordagem educacional com maior solidez e articulação na prática com David Kolb, autor da teoria mais contemporânea, cujo modelo pode ser analisado no anexo 5.

Este método, e segundo Kurtz et al. (2017), quando aplicado ao processo de ensino-aprendizagem de CCC também tem desafios que devem ser adequadamente previstos, geridos e superados aquando da conceção e implementação de programas de desenvolvimento de CCC:

- **É um método potencialmente inseguro para os alunos**

As competências de comunicação individuais estão intimamente ligadas ao autoconceito e autoimagem e na aprendizagem experiencial de CCC a exposição à crítica é um desafio difícil de abraçar. Em ambientes menos seguros e/ou que assegurem menor proteção dos alunos, estes podem assimilar os comentários do facilitador/ docente/ pares como referências depreciativas, bloqueando a aprendizagem;

- **É menos estruturado que os métodos didáticos convencionais**

À medida que o grau de envolvimento dos alunos incrementa (num processo colaborativo de ensino aprendizagem de CCC) mais desafiador se torna dotar a sessão de uma estrutura útil, bem-sucedida e produtiva para todos os participantes;

- **É por natureza oportunista e aleatório**

Torna-se complexo determinar especificamente todas as CCC que serão abordadas em casa sessão. O foco flutua de acordo com o que acontece durante a sessão e as necessidades específicas dos alunos, fazendo com que os alunos possam revelar dificuldades acrescidas a sistematizar as aprendizagens num processo aparentemente disperso e com que os facilitadores/ docentes tenham a dificuldade em cumprir o conteúdo programático.

O ensino de CCC implica necessariamente um papel ativo dos alunos, aprendendo através do fazer, em detrimento dos métodos de estudo tradicionais, da esfera predominantemente cognitiva. É uma competência clínica que vai além de participar em palestras, conceber apontamentos e resumos, participar em debates de grandes grupos, estudar material escrito, elaborar um trabalho escrito e obter validação numa avaliação escrita, de índole sumativa. Afasta os alunos dos livros e desafia-os a observarem-se a si próprios, num processo que é centrado no aluno e menos centrado no facilitador e em que o tempo em redor da área de estudo é investido na prática, na observação e na participação em forma de *feedback* construtivo e empoderador (Kissane et al., 2017; Silverman et al., 2016).

Estratégias pedagógicas do método experiencial

Torna-se necessário clarificar as estratégias pedagógicas que estão associadas ao método experiencial para ser possível, dentro dos contextos particulares em que serão utilizados no programa de desenvolvimento de CCC, a sua seleção e aplicação. Neste sentido, e com recurso às obras de Silverman et al. (2016) e Kurtz et al. (2017) e também numa pesquisa direcionada para o efeito de revistas académicas, elaborou-se a tabela 4 que sistematiza as estratégias identificadas e expõe uma breve definição de cada uma.

A pesquisa da literatura foi efetuada na plataforma B-On a 24 de Maio de 2021, utilizando os termos de pesquisa (*communication skills*) AND (*assessment*), e foram selecionados todos os artigos escritos na língua inglesa e submetidos a peer-review entre 2016 e 2021. Analisaram-se 12 resultados de pesquisa, após a listagem inicial ter sido filtrada manualmente pelo título e *abstract* e após eliminação de artigos duplicados, artigos de opinião e artigos que não especificavam as estratégias utilizadas.

Tabela 4

Estratégias pedagógicas do método experiencial utilizadas no processo de ensino/aprendizagem em CCC

<i>Estratégia Pedagógica</i>	<i>Autores</i>	<i>Definição</i>
<i>Observação direta</i>	Ditton-Phare et al., (2017) Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kasper et al., (2017) Kerr et al., (2020) Kurtz et al. (2017) Silverman et al. (2016)	Os alunos são submetidos a observação externa durante o seu desempenho em contexto de simulação ou na prática clínica por um facilitador, que fornece posteriormente ao aluno os pontos fortes e pontos a melhorar.
<i>Simulação: Roleplay ou clientes reais</i>	Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kasper et al., (2017) Kerr et al., (2020) Kurtz et al. (2017) Sá-Couto et al., (2016) Sarkany et al., (2018) Silverman et al. (2016) Stewart et al., (2019) Trickey et al., (2016) Vora et al., (2018)	Técnica que utiliza diferentes abordagens e abrange qualquer ambiente simulado em que os alunos tentam solucionar um problema ao interagir com os seus pares, equipamento ou cliente. Substitui e catapulta situações reais da prática clínica de forma estruturada em que os intervenientes interagem para replicar as características do contexto e situação o mais fielmente possível.
<i>Lista de Verificação (Checklist)</i>	Ditton-Phare et al., (2017) Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kerr et al., (2020) Kurtz et al. (2017) Sarkany et al., (2018) Setyonugroho et al., (2016) Silverman et al. (2016) Stewart et al., (2019) Vargovich et al., (2016)	É uma lista de itens pré-estabelecidos, com a intenção de certificar as condições de um serviço, produto ou processo. Pretende-se que ateste que todas as etapas/ itens da lista foram cumpridos de acordo com o estabelecido. É um instrumento que tem o intuito de minimizar erros, garantindo consistência e integridade na execução de uma tarefa.
<i>Feedback</i>	Ghaderi & Farrell, (2020) Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kasper et al., (2017) Kerr et al., (2020) Kurtz et al. (2017) Silverman et al. (2016)	Segundo Van de Ridder, citado por Ghaderi et al, (2020), <i>feedback</i> engloba o ato de providenciar informação ao aluno pelo docente, com base na observação direta da do aluno com a intenção de a melhorar, rumo a um objetivo pré-determinado.
<i>Aprendizagem em pequenos grupos e/ou</i>	Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kerr et al., (2020)	Abordagem pedagógica que se focaliza na aprendizagem de indivíduos em pequenos grupos e que se distingue da

<i>aprendizagem individual</i>	Kurtz et al. (2017) Silverman et al. (2016)	aprendizagem organizacional convencional. É uma abordagem baseada no papel da equipa, em que os alunos trabalham em conjunto rumo aos objetivos previamente delineados.
<i>Gravações Áudio e Vídeo</i>	Gutiérrez-Puertas et al., (2020) Kerr et al., (2020) Kurtz et al. (2017) Silverman et al. (2016)	Estratégia que utiliza o recurso à gravação de som ou vídeo aquando da interação entre enfermeiro/ aluno e cliente, sendo posteriormente facilitada a possibilidade de auto-observação. Esta permite a mudança de comportamentos ao identificar o que é passível de melhoria. A gravação de vídeo tem maiores vantagens pois permite a análise do comportamento não verbal.

E o tal elefante no meio da sala?

Nas revisões sistemáticas da literatura que analisaram 56 estudos sobre programas de desenvolvimento de CCC de Smith et al. (2018) [estudantes de enfermagem e enfermeiros], Kerr et al. (2020) [enfermeiros] e Gutiérrez-Puertas et al., (2020) [estudantes de enfermagem] e mesmo a revisão sistemática que englobou 205 estudos de Denniston et al. (2017) [55% médicos, 17% enfermeiros, 5% dentistas, 13% médicos veterinários, 3% farmacêuticos e restantes alunos alvo colaboradores mistos], não existem descrições relativas à formação dos facilitadores dos programas.

Segundo Loureiro (2015), ensinar CCC é diferente de ensinar outras competências. É um processo intimamente ligado ao autoconceito e autoestima dos alunos e apesar das evidências em contrário, os alunos têm a ideia pré-concebida que são competências ligadas a traços da personalidade individual e que não podem ser aprendidas.

Os docentes podem necessitar de um leque acrescido de conhecimentos que envolvam não somente “o que ensinar”, mas também “como ensinar” CCC. Terão de ter conhecimento sobre como estimular a tomada a consciência dos alunos esmiuçando as suas competências percetuais, mas também conhecer as CCC que devem ser ensinadas, a forma de estruturar estas competências num todo maior coerente e capaz de ser retido de forma duradoura na memória e comportamento dos alunos, mas também sobre as evidências científicas e modelos teóricos que suportam o processo e o uso de CCC específicas e estratégias pedagógicas adequadas. Necessitam de ter um conhecimento suficientemente alargado do currículo a desenvolver em CCC, mas específico o suficiente para que o integrem, coordenadamente com os demais facilitadores, no restante conteúdo programático do CLE (Kurtz et al., 2017; Loureiro, Cavaco, et al., 2015; Taveira-Gomes et al., 2016).

Também Gilligan et al. (2017) na sua edição das *guidelines* da ASCO refere que os facilitadores devem ter treino e experiência suficientes perante uma área diferenciadora que requer um conhecimento pedagógico específico. Longe de se apresentar como uma missão destacada a alguns docentes peritos, é necessário um enorme leque de facilitadores para ensinar CCC. Um trabalho de grupo assente em experimentação, como as evidências apontam

neste tipo de competências, requer um facilitador para cada 4 a 8 alunos e em casos de ser necessário ensino individual a necessidade acentua-se ainda mais. Em Portugal, existem 40 escolas de enfermagem que ensinam milhares de alunos de enfermagem em todo o ciclo formativo do curso de licenciatura. Todos eles necessitam de sessões de desenvolvimento de CCC, além da reciclagem de conhecimento e reforço das CCC dos enfermeiros da prática clínica. É necessário e imperioso a existência de facilitadores de CCC e de programas específicos de “como ensinar” CCC no CLE. É neste contexto que a formação contínua dos docentes ao longo da carreira adquire especial destaque.

4 COMO AVALIAR COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

“Correction does much, but encouragement does more”

Johan Wolfgang von Goethe

O processo de ensino aprendizagem tem de estar alinhado com a finalidade e resultados desejados, tendo sempre em consideração que devemos sempre avaliar o que é ensinado e treinado. Um programa de desenvolvimento de CCC com maturidade é baseado em princípios teóricos e evidências científicas de uma comunicação com efetividade e os objetivos educacionais devem derivar destes princípios. As metodologias pedagógicas devem ser selecionadas para assistir os alunos a atingir os objetivos educacionais e o currículo deve incentivar a acumulação progressiva de aprendizagem e momentos de autorreflexão e introspeção, preparando os alunos para o pleno desempenho da profissão de Enfermagem. O sistema de avaliação deve basear-se nestes mesmos princípios e objetivos.

No percurso pedagógico do desenvolvimento das CCC impõe-se um momento de avaliação. É o momento de quantificar o mais objetivamente possível as competências adquiridas, mas também o momento em que é possível fornecer dados aos alunos sobre a sua performance e potenciar a aprendizagem. É neste momento que o docente tem oportunidade de utilizar as ferramentas adequadas para a tomada de decisão sobre a aptidão dos alunos para a vida profissional, comprovando a aquisição de competências que darão resposta às exigências de comunicação na prática (Bachmann et al., 2017; Brouwers et al., 2019).

Segundo Silverman et al. (2016) (e apesar de os alunos frequentemente centralizarem a sua energia em assegurar a sua “sobrevivência” académica e tendencialmente estudarem o que esperam ser avaliado), o momento de avaliação das CCC adquiridas é importante porque motiva a aprendizagem dos alunos e porque estimula a importância da temática pelos alunos (os estudantes valorizam as temáticas que exigem uma avaliação estruturada e sólida), porque inevitavelmente a avaliação valida a importância da temática no continuum pedagógico. Por outro lado, avaliar e a forma de avaliar as CCC envia um forte sinal consciente e inconscientes aos estudantes sobre o que nós, profissionais, consideramos sobre a importância e

necessidade de CCC na prática clínica e encoraja institucionalmente a aceitação dos programas de desenvolvimento de CCC durante o percurso académico (Brouwers et al., 2019; Modi et al., 2016).

Mesmo confrontados com a realidade de ser um processo de maior dificuldade de quantificar e avaliar quando comparada com, por exemplo, procedimentos técnicos, a avaliação de CCC deve sempre estar presente e com um nível de rigor equiparado a outras áreas de conhecimento (Kissane et al., 2017).

Apesar da importância e da necessidade relatada por diversos autores sobre a avaliação de CCC, uma imensa variabilidade de instrumentos é encontrada. No sentido de analisar o que foi encontrado atualmente na bibliografia e o que acontece na prática pedagógica foi feita uma pesquisa de artigos a 28 de Maio de 2021 em revistas académicas na plataforma B-On para determinar as metodologias utilizadas no último ano no ensino destas competências. Utilizando os termos de pesquisa (*nursing or nurses or nurse or student nurse*) AND (*education or teaching*) AND *TI communication skills training* AND (*assessment tools*), foram selecionados todos os artigos escritos na língua inglesa e submetidos a peer-review em 2020 e 2021. Obtiveram-se 17 resultados de pesquisa, que foram filtrados manualmente pelo título e *abstract* para averiguar que métodos de avaliação de CCC foram utilizados. Eliminaram-se os artigos duplicados, artigos de opinião e artigos que não especificavam os métodos de avaliação utilizados e obtiveram-se 5 resultados de pesquisa. No apêndice 1 podemos analisar os instrumentos de avaliação de CCC encontradas nesta pesquisa. Desta análise podemos concluir que foram desenvolvidas e utilizadas diversas ferramentas de avaliação e que divergem no número e tipo de itens abordados, conteúdo, nas escalas utilizadas para resposta, propriedades psicométricas, usabilidade, configurações e objetivos de avaliação. De destacar também que são utilizados tanto instrumentos validados como não validados cientificamente. Apesar do extenso portfolio encontrado, fenómeno também identificado por Queirós et al., (2019) na sua revisão narrativa da literatura sobre metodologias de avaliação de CCC em saúde e por Boucher et al., (2020) na sua revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação de CCC, é possível traçar uma linha de pensamento que torna este fenómeno mais claro, desde as raízes deste problema.

Segundo Kurtz et al. (2017) o processo de avaliação de CCC deve ser transparente e deve estar intimamente ligado aos objetivos de aprendizagem delineados para o currículo académico em que se incluem. Estes objetivos devem ser perfeitamente explícitos e previamente publicados, refletindo as metas e a filosofia do programa de desenvolvimento de CCC naquele contexto específico. Apesar da grande diversidade de estratégias possíveis de utilização no método experiencial é necessária uma clarificação e divulgação das mesmas. Com a certeza que o conteúdo e o formato das ferramentas de avaliação influenciam o comportamento de aprendizagem dos alunos (de forma implícita e explícita) e que os alunos devem estar previamente familiarizados com os métodos e instrumentos que serão utilizados no percurso até à avaliação, a metodologia utilizada na avaliação de CCC deve ser fiel às

metodologias pedagógicas empregues no processo de ensino-aprendizagem. Se assim não for e estes fatores forem ignorados, abrimos porta ao risco de o comportamento dos alunos reverter a uma vinculação cognitiva e de validação sumativa, em que os comportamentos não são solidificados a longo prazo e as aprendizagens esquecidas na prateleira da biblioteca privada do aluno (Boucher et al., 2020; Kissane et al., 2017; Kurtz et al., 2017).

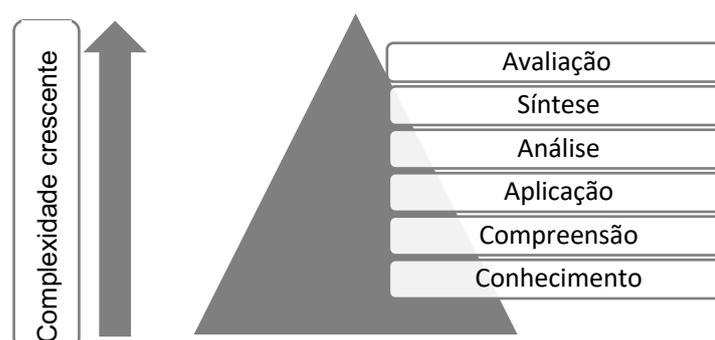
Assim sendo, no início do término do programa de desenvolvimento de CCC com o momento de avaliação, remetemos à sua origem, com a necessidade de planeamento e estrutura e que inclui necessariamente a metodologia de avaliação. Um cuidadoso projeto torna-se assim de elevada importância, onde o conteúdo e forma da avaliação é planeado de forma a ser congruente com as estruturas conceituais e os objetivos educacionais do programa de CCC.

Mas neste racional de operacionalização, é necessário definir: O que pretendemos avaliar com o nosso programa de CCC e que instrumentos podemos utilizar? Que recurso de avaliação da performance e aquisição de competências do aluno podemos usar ao longo do processo de ensino aprendizagem? E em que momentos?

Nesta clarificação (e como em tudo na vida e na ciência), torna-se relevante retornar às origens. Exploremos múltiplos domínios significativos no âmbito do conhecimento adquirido, competências e atitudes que têm necessariamente um reflexo ao nível cognitivo, psicomotor e emocional no processo de desenvolvimento de competência clínicas. Estes 3 níveis foram identificados por Bloom et al. em 1940 e designados por taxonomia de Bloom. Esta taxonomia identifica a capacidade do domínio cognitivo e do domínio afetivo de estruturar a capacidade cognitiva em seis níveis de crescente complexidade, como podemos analisar na figura 4.

Figura 4

Versão original da taxonomia de Bloom



Nota: adaptado de *Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives*, N.E. Adams, 2015 JMLA. Direitos de autor de 2015 por Nancy E. Adams

Em 2001 esta taxonomia foi reformulada numa estrutura que fornece as ferramentas necessárias para definir de forma transparente os objetivos da aprendizagem, uma mais-valia no desenvolvimento de CCC, com objetivos nucleares definidos pela EACH.

O processo de avaliação de CCC deve ser guiado nesta linha de pensamento, empoderado pela própria natureza das competências que se deseja esmiuçar: conteúdo, processo, perceptual e conhecimento, como iremos explorar no seguimento deste trabalho. Um modelo estruturado de avaliação que dá resposta a esta necessidade específica no âmbito das ciências da saúde é o modelo elaborado no início dos anos 90 de George Miller, conhecido por Pirâmide de Miller de conhecimentos e competências, revisto em 2009 e otimizado para o Prisma de Miller, tendo em consideração os fundamentos da taxonomia de Bloom.

A Pirâmide de Miller permite determinar a competência clínica dos alunos em ambiente académico (utilizando recursos como a simulação) e na prática clínica, permitindo ao avaliador diferenciar um nível de conhecimentos do aluno de níveis inferiores e de níveis superiores (maior autenticidade profissional), definidos pelos resultados demonstrados (pode não corresponder exatamente ao que os docentes lhes ensinaram) (Williams et al., 2016).

Apesar da versão original da Pirâmide de Miller contemplar 4 níveis (*“Knows”*, *“Knows how”*, *“Shows how”* e *“Does”*), foram posteriormente adicionados dois níveis valorizando a necessidade de ter ouvido falar sobre a temática e a necessidade de tomada de consciência antes dos 4 níveis originais, como fatores potenciadores de níveis de conhecimento futuro. Mais tarde, adicionou-se uma terceira dimensão, incluindo atitudes, cognição e competências psicomotoras e realçando o caminho de iniciado a perito até à plena autenticidade profissional e plena performance (anexo 6) (Persky & Robinson, 2017; Williams et al., 2016).

Tendo por base esta conceção de construção do conhecimento e competência clínica nas ciências da saúde, reduzir a avaliação no processo de desenvolvimento de CCC num modelo puramente sumativo e direcionado ao domínio cognitivo revela-se claramente insuficiente. Na construção do indivíduo capaz de efetivamente comunicar em contexto clínico, queremos avaliar o seu conhecimento sobre a temática, mas queremos também (e especialmente) avaliar competência e performance na relação enfermeiro-cliente, em resultados palpáveis.

Como tivemos oportunidade de explorar na primeira parte deste trabalho, e segundo Kurtz et al. (2017) e Denniston et al. (2017), existem competências de relevo a serem ensinadas e aprendidas aquando do desenvolvimento de CCC. Esta importância mantém-se em igual proporção no processo de avaliação. As competências que circunscrevem o conhecimento, destacadas por Denniston et al. (2017), devem ser avaliadas pois são as fundações que permitem o aluno tomar conhecimento teórico dos termos, contextos e interações na temática. A avaliação de competências de “conteúdo” deve incidir no quão preciso, adequado e completo é o conjunto de informação que o aluno detém e comunica com os clientes. É a substância das suas questões e das suas respostas (Kurtz et al., 2017).

A avaliação de competências de processo deve incidir sobre a presença/ausência de CCC nucleares de acordo com a estrutura utilizada (p.e. no modelo CC) e obviamente incorporando comunicação verbal e não verbal. São as formas como comunicam, como descobrem informação relevante, como constroem a relação terapêutica, como organizam e estruturam a comunicação (Kurtz et al., 2017; Payan-Carreira et al., 2019).

No âmbito das competências perceptuais deve-se avaliar as estratégias usadas na resolução de problemas. Refletem o processo interno de tomada de decisão, o pensamento crítico, as atitudes e intenções, valores e crenças e a capacidade de tomada de consciência sobre emoções e pensamentos do cliente e sobre o seu próprio processo interno de confiança, autoconceito, suas distrações e emoções (Silverman et al., 2016; Thampy et al., 2019).

O processo de avaliação de CCC é, portanto, complexo, multidimensional (conhecimento, conteúdo, processo e perceptual) e multinível (cliente, profissional, pensamentos, emoções). O Prisma de Miller como ferramenta acessível e confiável, auxilia alunos e docentes a identificar níveis e progressos, mapear o ciclo de ensino e a aprendizagem, mas também a estruturar o processo de avaliação ao incorporar os diferentes vetores envolvidos (Thampy et al., 2019; Witheridge et al., 2019).

A importância de momentos de avaliação formativos e sumativos

Além desta clarificação, torna-se também importante tornar transparente a necessidade da existência e da simbiose contínua da avaliação formativa e sumativa no decurso da avaliação de CCC já que, e segundo Silverman et al., (2016), Kissane et al., (2017) e Kurtz et al., (2017), um programa de CCC maduro e bem desenhado inclui estes dois tipos de avaliação.

A avaliação no seu propósito formativo (habitualmente informal e considerada pelos alunos de “baixo risco”), deteta os pontos fortes e menos fortes dos alunos e orienta a aprendizagem futura a percorrer, fornecendo tranquilidade e motivação (os docentes “formam” a aprendizagem dos alunos) (Silverman et al., 2016; Wilby et al., 2019).

A avaliação sumativa normalmente destina-se a atingir outros objetivos. O foco reside na tomada de decisão sobre competência e adequação à prática clínica (“resumindo” a aprendizagem dos alunos). Os atos de avaliação sumativos no ensino pré-graduado das profissões da saúde podem ser conceptualizados como uma barreira para proteger clientes e a classe, identificando prestadores de cuidados de saúde não competentes (Dolin et al., 2018; Kiessling et al., 2015; Silverman et al., 2016).

Tanto a avaliação formativa como sumativa são importantes para que os alunos se tornem profissionais e devem ser tidas em conta no planeamento e operacionalização do processo de avaliação de CCC (Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016).

A importância do feedback

Há uma crescente tomada de consciência no que concerne a relação simbiótica entre avaliação, *feedback* e aprendizagem contínua. A avaliação, especialmente do tipo formativa, providencia *feedback* de elevada utilidade para alunos e docentes, sendo desejável que seja o mais construtivo possível, tendo em consideração os aspetos emocionais, psicológicos e de personalidade dos alunos. Além disso, embora a avaliação sumativa se foque em decisões de aprovação/ reprovação, é da maior utilidade que igualmente forneça o *feedback* necessário

aos alunos, potenciando a aprendizagem. Alunos maduros procuram *feedback* de fontes externas e fornecem *feedback* que consideram uma mais-valia aos seus pares, fortalecendo a sua autorregulação e potenciando a aprendizagem. Tanto o *feedback* como a autoavaliação acompanham este processo dinâmico e complementam os métodos formais de avaliação operacionalizados pela instituição. O *feedback* construtivo de docentes e colegas ajudarão os alunos a compreender e aceitar os critérios aplicados no processo de avaliação das CCC (Ghaderi & Farrell, 2020).

Uma visão mais ampla do sistema de avaliação em CCC inclui *feedback*, autoavaliação e avaliação pelos pares, num sistema plural de fontes de informação sobre *performance* em CCC, mas também em instrumentos de avaliação baseados nas perceções dos intervenientes, sejam docentes ou alunos (Ghaderi & Farrell, 2020; Kurtz et al., 2017).

Estratégias de avaliação da competência clínica segundo o Prisma de Miller

A categorização em quatro camadas da Pirâmide de Competência Profissional de Miller, dos níveis de conhecimento e avaliações associadas é provavelmente a hierarquia mais conhecida para descrever o processo de aprendizagem. Permite uma aferição contínua ao nível das competências desenvolvidas pelos alunos no ensino das profissões da saúde e fornece a base conceitual das estratégias de avaliação (anexo 6) (Thampy et al., 2019).

Ao nível da avaliação do domínio cognitivo, o nível "*Knows*" do prisma de Miller envolve conhecimentos obtidos através da leitura e estudo de literatura de CCC e trabalhos escritos dos alunos, identificando informação relevante à temática, mas sem desenvolver qualquer tipo de relação terapêutica com o cliente. Neste âmbito os resultados são aferidos através de, por exemplo, perguntas de escolha múltipla (Criscione-Schreiber, 2020; Miller, 1990).

O nível subsequente "*Knows how*" ainda no domínio da avaliação cognitiva, engloba a demonstração da capacidade dos alunos aplicarem conteúdo de ordem biomédica à análise e resolução de problemas de casos escritos ou simulações baseadas em situações reais e utilizar os conhecimentos amealhados na tomada de decisões que os docentes solicitem nestes casos, além das capacidades esperadas sobre mecanismos fisiológicos básicos, fisiopatologia e demais. Os trabalhos escritos, questões de escolha múltipla baseadas em cenários clínicos e avaliações orais são ferramentas de avaliação apropriadas (Criscione-Schreiber, 2020; Rathod et al., 2017; Thampy et al., 2019).

No domínio comportamental, no nível "*Shows*" é esperado que os alunos demonstrem em contexto de simulação as ferramentas necessárias para estabelecer uma relação terapêutica. Os métodos de avaliação de CCC tornam-se mais sofisticados, colocando os alunos em simulações fidedignas e/ou quase reais, possibilitando determinar se os alunos são capazes de aplicar conhecimentos e competências em condições controladas e bem supervisionadas. No último nível, "*Does*", é esperado que o aluno seja capaz de executar as principais tarefas e responsabilidades em condições de trabalho "reais" ou muito realistas, com suporte muito limitado e pontual do docente, por um longo período de tempo. Nesta fase pretende-se

determinar se o aluno domina as competências fundamentais necessárias para uma prática clínica ausente de supervisão e se detém as capacidades necessárias para reproduzi-las de forma consistente (Sam & Leong, 2020).

O Ciclo de aprendizagem e avaliação baseado em competências: um modelo contemporâneo

O modelo mais contemporâneo desenhado para estudantes pré graduados das profissões da saúde foi construído a partir dos fundamentos da avaliação de competência clínica de Miller (1990), do modelo de estágios de desenvolvimento de perícia de Dreyfus & Dreyfus (2005) e da aprendizagem de domínio de McGaghie et al. (2011). O objetivo geral deste modelo é avaliar os alunos à medida que percorrem os domínios da base para a aquisição de conhecimentos mais complexos, rumo à perícia (Bajis et al., 2019, 2020).

O Anexo 7 ilustra o modelo no qual a aprendizagem e a avaliação podem ocorrer, que descrevemos de forma sucinta, convidando os leitores a analisarem o diagrama a par e passo da sua sumária descrição, baseado no trabalho *Rethinking Competence: A Nexus of Educational Models in the Context of Lifelong Learning* de Bajis et al. (2020) sobre o *Competency-based learning and assessment cycle*.

Este modelo realça que o conhecimento, a competência e o desempenho precisam ser domínios integrados e que estão intimamente envolvidos num ciclo contínuo de atualizações através de inputs providenciados pela prática clínica e pela investigação científica. Reconhece e dá relevo à inexistência de um método ou modelo único que seja capaz de capturar todos os dados necessários para uma avaliação o mais objetiva possível, defendendo que as competências adquiridas num domínio de conhecimento são passíveis de transferência para outro, permitindo que os alunos assimilem conhecimento mais rapidamente, à medida que alternam entre os ciclos relacionados.

A primeira característica diferenciadora dos modelos antecessores é a fusão do nível “*Knows*” e “*Knows how*” do prisma de Miller e correspondem ao domínio cognitivo e de conhecimento. Outra característica distintiva deste modelo, e baseado nas raízes da definição de competência, é que destaca a capacidade de efetivamente fazer algo de forma adequada ou eficiente, dando relevo à operacionalização da competência em si, ou seja, da ação. Divergindo de Miller, a competência neste modelo corresponde ao nível “*Shows how*”, como elemento estruturante do desenvolvimento da competência. O nível “*Shows how*” diz respeito à avaliação do desempenho de um aluno com recurso a exercícios de simulação (com supervisão), como por exemplo os *objective structured clinical examinations* (OSCEs). O terceiro domínio deste modelo dá relevo à ação do aluno no desempenho da competência, vinculando-se de forma particular à prática clínica de um aluno no ambiente de trabalho (nesta fase com supervisão mínima).

A terceira característica diferenciadora deste modelo é o destaque na demonstração e solidificação da perícia na competência como o objetivo último do desenvolvimento na experiência de aprendizagem. A perícia profissional na competência desenvolvida possui diversas dimensões contextuais que afetam o seu desenvolvimento (como por exemplo o contexto social e a autorregulação), mas no quadro global diz respeito ao aluno que possui uma experiência enriquecida de aprendizagem multidimensional quer cognitiva mas sobretudo experiencial e que demonstra comportamentos e pensamento crítico e intuitivo na solução de problemas, derivados de forma automática do estudo e desenvolvimento do programa de desenvolvimento da competência. A mais significativa característica deste modelo (e que o diferencia inclusivamente ao nível visual) é a representação circular da transferência de conhecimento para a aplicação prática. O círculo interno pontilhado pretende representar a troca constante de novos conhecimentos e de experiências, prática e investigação, colocando os alunos num processo de desenvolvimento ao longo da vida.

Em contraste com o prisma de Miller ou mesmo com o modelo de Dreyfus modificado que utilizam uma representação piramidal e um desenvolvimento hierárquico progressivo, este modelo apresenta-nos o desenvolvimento da competência profissional e do conhecimento num ciclo contínuo e ininterrupto de compromisso de aprendizagem ao longo da vida, tornando-se uma conceção inovadora em que é valorizada a aprendizagem autodirigida e a capacidade autodidata dos alunos. A essência da manutenção póstuma à aprendizagem base inicial do desempenho da competência (com perícia) no local de trabalho é ilustrada por uma seta em rodopio ao entrar novamente no ciclo de aprendizagem e avaliação, também representando a exposição constante a vários contextos clínicos da prática e a necessidade de autorreflexão sobre as necessidades de educação contínua.

É crucial que a pedagogia de desenvolvimento de competências abrace com persistência o conceito de aprendizagem centrada no aluno, representado no modelo pelo círculo branco central. A abordagem de aprendizagem centrada no aluno muda o foco do professor para o aluno e promove a motivação e incentivo para a aprendizagem.

As implicações dessa abordagem na avaliação de competências adquiridas incluem o envolvimento do aluno na metodologia de avaliação e na forma como demonstram o processo de aprendizagem ao longo do caminho. Esta abordagem deve também associar-se a mecanismos efetivos de avaliação formativa, *feedback* e observação direta, descritos no modelo, que são centrais na avaliação baseada em competências.

Categorização das ferramentas de avaliação de CCC de acordo com os estágios de desenvolvimento de competência clínica

Perante uma breve abordagem aos modelos de desenvolvimento de competência profissional de Miller e de Bajis, e considerando que os métodos de avaliação devem ser um espelho dos métodos pedagógicos utilizados ao longo do processo, é possível compreender a multiplicidade de instrumentos que encontramos anteriormente e também que um processo

efetivo de avaliação da aprendizagem de CCC requer uma diversidade de metodologias para abraçar todas as variáveis envolvidas. Neste sentido, e perante as evidências científicas acumuladas ao longo dos anos, a tEACH disponibiliza diversas ferramentas de avaliação (disponíveis para download no seu sítio web oficial em www.each.eu/resources/teach). Todos os instrumentos disponibilizados pela EACH são aplicáveis à avaliação das CCC, apesar da maioria dos instrumentos apresentados serem direcionados para avaliar as CCC em ambiente de consulta entre clínico e cliente. Alguns dos instrumentos foram desenvolvidos para profissões da saúde específicas e outros têm como objetivo a avaliação de temáticas específicas (como por exemplo “comunicação de más notícias”). À enorme multiplicidade de instrumentos já identificados, surge a necessidade de os categorizar, estruturando o pensamento e tomada de decisão de docentes e instituições aquando do planeamento do programa de desenvolvimento de CCC (Boucher et al., 2020; Iversen et al., 2020).

Se a integração do conhecimento, habilidades e atitudes de forma a ser capaz de superar um desafio profissional complexo reflete a aquisição de uma competência clínica (van der Vleuten et al., 2019), faz sentido categorizar as estratégias e instrumentos de avaliação dividindo-os de acordo com os resultados de desempenho que desejamos avaliar. Assim sendo, e de forma a melhor estruturar o processo, sintetizaremos a vasta amplitude de instrumentos de avaliação que aferem (Miller, 1990; van der Vleuten et al., 2019; Bajis et al., 2020):

- Conhecimento sobre CCC;
- Desempenho em simulações clínicas e performance e/ou ação no local de trabalho;
- Atitudes, valores e domínios multidimensionais.

Conhecimento e avaliação escrita: avaliar conhecimentos básicos sobre CCC

Várias metodologias de avaliações escritas foram desenvolvidas nas últimas décadas. As perguntas podem ser abertas, de escolha múltipla; ricas em contexto (quando as opções são enquadradas em contextos clínicos, impelindo constructos cognitivos mais complexos, como a aplicação do conhecimento, através da síntese e operacionalização) e pobres em contexto; otimizadas para recursos audiovisuais; otimizadas para papel e caneta ou para computador (Center for Teaching Excellence, 2020; FMUC, 2017).

A avaliação escrita pode ser administrada num intervalo de tempo relativamente curto e com elevado nível de padronização e fiabilidade, quando dotadas de diretrizes transparentes de construção e classificação. A avaliação escrita permite colocar em prova diferentes tipos de competências cognitivas como o conhecimento e compreensão de evidências, de processos e de conceitos. Apesar de não permitir testar competências processuais e a perícia na sua performance, é uma ferramenta importante na previsão do desempenho das mesmas. Apesar desta relevante limitação, a avaliação escrita assume um papel importante na avaliação de conhecimento sobre CCC, especialmente nas fases iniciais do treino em CCC e com realce

particular após a exposição de conteúdos vídeo preparados pelo docente (Kiessling et al., 2015; Kissane et al., 2017; K. Smith, 2016).

Kiessling et al. (2015) enumera e cita alguns autores que desenvolveram métodos de avaliação escritos específicos na área da avaliação de CCC e que incluem por exemplo o *reflective portfolio assessment*, o *key feature assessment*, o *situational judgement test*, e o *script concordance test*.

Demonstração de resultados de desempenho de CCC em simulações clínicas

Avaliar o desempenho clínico dos alunos do CLE é uma das responsabilidades mais desafiadoras de um docente de enfermagem (Soni, 2017). Apesar de existirem variadas metodologias, existem duas que se destacam. Por um lado o método de avaliação mais conhecido utilizando simulações clínicas é o OSCE (Harden, 2016), por outro temos o modelo de CC que tem ganho relevo pelas evidências científicas que tem amejalhando e que comprovam a sua efetividade na assimilação de CCC (Iversen et al., 2020).

O OSCE é uma metodologia de avaliação desenvolvida na Universidade de Dundee em 1970, tendo sido alvo de implementação progressiva e aperfeiçoamento, tendo-se tornado um sucesso à escala mundial. Nesta metodologia e em contexto de simulação, o aluno demonstra as competências clínicas e conhecimentos subjacentes, ao longo de várias “estações” que contemplam clientes padronizados. Neste processo os alunos são sucessiva e consistentemente treinados em situações habituais da prática clínica.

É esperado que os alunos demonstrem competências específicas como a entrevista clínica, o exame físico e procedimentos, onde se incluem inevitavelmente as CCC necessárias à relação terapêutica, dentro de um período de tempo especificado (5 a 30 minutos). Os avaliadores (clientes ou profissionais/docentes padronizados) utilizam uma lista de verificação ou classificações globais para avaliar o desempenho dos alunos. De forma a alcançar confiabilidade aceitável, é importante considerar o número de casos, estações, examinadores e clientes (Aronowitz et al., 2017; Iversen et al., 2020). Autores como Aronowitz et al., (2017) e Soni, (2017) comprovaram e defendem a utilização da OSCE no CLE.

A utilização de listas de verificação ou de classificações globais na avaliação das competências de comunicação tem sido debatida incluindo aspetos relevantes como a confiabilidade (por exemplo, entre diferentes avaliadores e entre diferentes estações da OSCE), validade (tentando reduzir a inclusão de competências complexas para fácil mensuração) e viabilidade (como por exemplo, o tempo disponível para capacitação dos avaliadores). No momento, parece haver uma tendência ligeiramente positiva para classificações globais em questões de validade, atendendo que existem evidências científicas que uma avaliação holística de carácter qualitativo mensurada com o auxílio de uma escala é tão fiável como uma lista de verificação que incorpora domínios comportamentais e permitem diferenciar com maior precisão os alunos com maior nível de perícia, além de terem melhores propriedades psicométricas (Kiessling et al., 2015; Kurtz et al., 2017). Independentemente do método utilizado é perentório ter em mente

que o instrumento de pontuação deve corresponder aos objetivos educacionais e modelos de ensino de forma a obter o máximo impacto pedagógico (Kurtz et al., 2017).

A simulação (imitação de uma tarefa ou processo do mundo real), tornou-se cada vez mais relevante na avaliação de domínios como o raciocínio clínico e o trabalho em equipa e o processo de avaliação evoluiu de mãos dadas englobando clientes simulados, simulações utilizando o computador, manequins e simuladores de elevada fidelidade. O recurso ao *feedback* de carácter construtivo representa um dos aspetos mais relevantes no processo pedagógico aquando da simulação em programas de desenvolvimento de CCC, como já foi explorado anteriormente (Kiessling et al., 2015; Aronowitz et al., 2017; Soni, 2017).

O modelo de CC foi já explorado em rigor no capítulo “O que ensinar” e foi adaptado posteriormente pelos autores como ferramenta de avaliação, que auxilia na estruturação do *feedback* e aquando do processo de avaliação formativa. A sua transformação em lista de verificação foi elaborada pelos autores que a conceberam inicialmente e utilizaram uma escala de likert que permite a classificação desde “inaceitável” a “excepcional”. Mais recentemente (2020), os estudos de Iversen et al permitiram confirmar a validade e fidelidade desta abordagem, com recurso à conceção da “*observation scheme-12*” (OS-12), um instrumento de mensuração para avaliação de CCC baseado no modelo de CC, que se disponibiliza para análise, no anexo 8 (Kiessling et al., 2015; Kurtz et al., 2017; Iversen et al., 2020).

Observação direta de desempenho em contextos clínicos quotidianos: desempenho ou ação no local de trabalho

Observações estruturadas e não estruturadas de docentes, pares ou colegas de outras profissões da saúde da equipa multidisciplinar são frequentemente utilizadas na avaliação de desempenho de CCC de alunos de profissões da saúde e também de profissionais com os clientes. Muitas dessas estratégias são designadas de “avaliações baseadas no local de trabalho” (van der Vleuten et al., 2019).

A título de exemplo, refere-se o mini-exercício de avaliação clínica (mini-CEX) que se evidencia como um instrumento útil de apoio no *feedback* estruturado no treino pós-graduado em medicina (Kiessling et al., 2015; Goch et al., 2018). Permite, através da observação direta, estruturar a avaliação formativa, fornecendo *feedback* tanto a alunos como docentes aprimorando a aprendizagem e o processo pedagógico. A esta metodologia podem ser associadas outras estratégias, coletadas num portfolio reflexivo de aprendizagem como apresentações orais, exercícios escritos e recolha de evidências científicas. Um dos mais valiosos contributos que a observação direta providencia na avaliação formativa (num acompanhamento de elevada qualidade pelo docente) é o *feedback* significativo ao longo do processo pedagógico (van der Vleuten et al., 2019).

As classificações providenciadas pelos clientes também podem representar valiosas informações no decorrer da avaliação formativa, podendo representar um indicador da

qualidade na relação terapêutica, apesar da inclusão de classificações de clientes num programa de avaliação ser uma tarefa complexa. Se por um lado a satisfação do cliente pode ser um indicador adequado de CCC de elevada qualidade, por outro um cliente satisfeito pode estar envolvido numa interacção com um profissional incompetente. Apesar dos desafios, alguns destes instrumentos são promissores no treino de CCC, mas ainda carecem de investigações mais aprofundadas (Kiessling et al., 2015).

Avaliação baseada em registos vídeo gravados

Outra abordagem de avaliação de CCC é a classificação de interações entre alunos e clientes em ambiente simulado ou gravados na vida real. Permite que os alunos possam rever e analisar o seu próprio comportamento e que terceiros (incluindo colegas de turma) possam ser convidados a avaliar o desempenho. Por outro lado, os docentes podem explicar ou justificar a avaliação de forma mais documentada (Zahl et al., 2018).

Dohms et al. (2020) exploraram o impacto do *feedback* na avaliação formativa vídeo gravada de CCC de interações clínicas em contexto real e concluíram que o processo incrementa a auto percepção dos alunos sobre a qualidade da sua interação e Kiessling et al. (2015) referem que, tal como as avaliações que se baseiam em contextos simulados, a qualidade das interações em contexto real pode ser aferida, sendo de particular interesse no treino de CCC.

Atitudes, valores e domínios multidimensionais

O maior desafio no percurso pedagógico de qualquer docente diz respeito à avaliação de atitudes, valores e outros domínios multidimensionais dos seus alunos. Exemplos de domínios multidimensionais são a compaixão, a empatia, e a prática clínica centrada no cliente, num processo em que conhecimentos, habilidades e atitudes trabalham em unísono para formar um todo maior (Hartley et al., 2020; Sims et al., 2020).

Em comparação com as habilidades técnicas, como a capacidade de proceder a uma algaliação ou punção venosa, as construções multidimensionais são muito mais complexas de aferir (Hartley et al., 2020; Kiessling et al., 2015). Esta complexidade potenciou o estudo e as tentativas de as avaliar, surgindo ao longo dos anos estudos e classificações para cada área como as quatro dimensões de empatia de Stepien e Baernstein e a classificação de instrumentos de avaliação de empatia de Hemmerdinger e seus colaboradores.

Existem variadíssimas características que são de relevo para todos os enfermeiros independentemente do contexto da prática, mas muitas estão na sombra de uma definição com raízes profundas na integridade pessoal e profissional, na inteligência emocional, no progresso como ser humano, na resiliência, no conceito pessoal imbuído de humanidade e outros de difícil exploração mas que inevitavelmente influenciam a capacidade do aluno (e somos todos alunos) de comunicar com efetividade consigo próprio, com o colega de profissão, com outros profissionais da equipa profissional e naturalmente com de quem cuidam. Identificar, potenciar, dotar o outro de consciência e de capacidade autodidata e de

desenvolvimento individual e aferir estas características é uma tarefa, no mínimo, necessária apesar de laboriosa, mas sobretudo nobre (Kuntze et al., 2018; Tomlinson, 2020).

É nossa opinião que maiores debates ocorram para determinar com maior precisão as características fundamentais a potenciar dos alunos pré-graduados de forma a alcançar os resultados desejados num Enfermeiro e na sua capacidade em ser detentor de CCC com efetividade, pois apesar dos nossos esforços para o fazer, o desafio apresenta-se ainda como monumental. Tal como Albert Einstein outrora referiu: *“Not everything that counts can be counted, and not everything that counts can be counted”*. Caminhemos com foco.

A procura contínua de evidências e boas práticas na avaliação de CCC e a adaptação ao contexto pedagógico

As últimas décadas trouxeram à comunidade científica uma vasta variedade de ferramentas de avaliação passíveis de serem utilizadas para avaliar as CCC. A própria perceção dos estudantes de enfermagem sobre as CCC pode ser aferida usando uma variedade de métodos, tais como o estudo de estudos de caso, registo de desempenho clínico, simulações, OSCE, entre outros (Soni, 2017).

Quando é implementado um novo sistema de avaliação, é difícil antecipar os efeitos que terá sobre os alunos, a instituição de ensino e outras partes interessadas, pois existem sempre efeitos não intencionais dos instrumentos de avaliação. Segundo Kiessling et al., (2015) existe pouco acordo no que diz respeito a ferramentas ideais de avaliação de CCC e admitem que possivelmente não existe uma ferramenta de avaliação ideal. Todos os instrumentos são dotados de vantagens e desvantagens e obrigatoriamente devem estar adequados ao contexto pedagógico. Mesmo Boucher et al. (2020) na sua extensa revisão sobre instrumentos de avaliação de CCC referem que é necessária investigação mais aprofundada para desenvolver e validar rigorosamente ferramentas acessíveis, convenientes, "amigas do docente" e fáceis de administrar e pontuar e Gutiérrez-Puertas et al., (2020) afirmam que existe a necessidade de desenvolver instrumentos que avaliem CCC centradas no cliente no CLE.

Tendo estas referências em consideração, além do estudo da literatura existente e da evidência científica, debater o plano de avaliação de CCC com peritos com reconhecida experiência em programas de desenvolvimento de CCC, torna-se uma mais valia inquestionável. Além deste passo importante, a implementação da avaliação no currículo precisará de uma cuidadosa gestão e planeamento para garantir tanto a sustentabilidade como a melhoria contínua e deverá obter o apoio dos estudantes, colegas e instituição de ensino (Kurtz et al., 2017; Silverman et al., 2016).

A avaliação é sempre um compromisso entre o que é desejável e o que é alcançável, envolvendo uma simbiose equilibrada entre critérios específicos que devem sempre ser tidos em consideração aquando da seleção do instrumento de avaliação (Kiessling et al., 2015):

- Consistência (o grau em que a medição é reproduzível e confiável);

- Validade (se o instrumento mede o que é expectável medir);
- Impacto pedagógico (impacto na aprendizagem e prática clínica futura);
- Credibilidade (tanto para alunos como docentes);
- Viabilidade e custos (para docentes, instituição e sociedade).

Instrumentos desadequados de avaliação de CCC podem levar a decisões enviesadas e que podem tornar-se prejudiciais no desempenho académico e profissional, tendo em consideração que as técnicas de avaliação produzem impacto nas estratégias de estudo e influenciam o desempenho, como exploramos anteriormente (Soni, 2017).

Sabemos que as CCC são melhor aprendidas de forma longitudinal, com amplo recurso à prática, num ambiente o mais autêntico possível e que o *feedback* significativo através da observação direta inicia o processo de aprendizagem (Boucher et al., 2020; Ghaderi & Farrell, 2020). Quando realizado de forma profissional, um conjunto de CCC integram-se numa comunicação especializada, possibilitando uma relação terapêutica orientada a objetivos pré-definidos. A aferição das CCC deve seguir uma abordagem moderna da avaliação, onde a função de aprendizagem da avaliação é considerada uma prioridade, em detrimento da convencional função aprovação/ reprovação. As avaliações individuais devem promover uma aprendizagem incremental e a tomada de decisão de progressão académica deve ser uma decisão partilhada (Aronowitz et al., 2017; Hartley et al., 2020; Kiessling et al., 2015).

Uma avaliação em CCC alinhada de forma construtiva deve então contemplar uma orientação longitudinal e ser o mais autêntica e fiel possível ao desempenho do aluno ao fornecer *feedback* significativo. Deve ser capaz, num processo formativo de tomada de consciência e aprendizagem, de permitir decisões válidas e o mais transparentes possíveis num processo de *feedback* significativo através da observação direta e em que a deliberação final seja tomada em grupo de docentes ou comité e nunca assente num único momento de avaliação (Boucher et al., 2020; van der Vleuten et al., 2019).

“The best teacher is experience learned from failures.”

Byron Pulsifer

CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO

“Always a student, sometimes a teacher”

Avi Nardia – Mestre de Artes Marciais

A investigação científica destaca-se como um processo de resolução de problemas pela aplicação sistemática de várias etapas que produz soluções e que permite a expansão do conhecimento científico. As opções metodológicas adotadas neste processo permitem ao investigador atingir metas ou objetivos, com base na seleção e aplicação de métodos e técnicas apropriadas que conferem validade científica ao estudo (Fortin, 2009; Vilelas, 2020). Se a investigação ocupa um lugar de destaque na construção do conhecimento científico, todos os enfermeiros independentemente da sua área de intervenção devem contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos da sua área de saber.

Decorrida a fase conceptual em que foram amealhadas as bases necessárias para esclarecer o objeto de estudo, neste capítulo torna-se mais clara a forma como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Serão definidos os métodos utilizados para obter as respostas que se pretendem. Será especificado um desenho, selecionada a população e a amostra e definido o instrumento de colheita de dados de forma a iniciar o percurso na fase empírica, rumo a resultados sustentados. Colocam-se assim em marcha o conjunto de atividades que permitem a realização efetiva do projeto (Fortin, 2009; Vilelas, 2020).

A evolução da enfermagem ao longo dos últimos 40 anos é não só uma realidade inquestionável como necessária a um futuro do contexto de prestação de cuidados mais capaz na resposta ao desafio do paradigma de cuidar e mais centrado na pessoa. Neste ponto de desenvolvimento da humanidade, diariamente alimentado de conhecimentos científicos, inovações tecnológicas e transformações socio-político-económicas, é um imperativo irrefutável surgirem enfermeiros com competências que definem a excelência da profissão.

O ensino da enfermagem enfrenta múltiplos desafios num contexto de globalização e na necessidade de não se focalizar exclusivamente na aquisição de conhecimentos, competências e atitudes do foro técnico. Estes aspetos têm de ser transformadores e transferíveis num processo de aprendizagem ao longo da vida, fundamentais para a construção da identidade individual e profissional, em detrimento de serem reduzidos a um conteúdo que, para o individuo e para o profissional em que se tornarão podem não ser plenos. O CLE em Portugal é atualmente um curso com 4 anos e dotado de 240 créditos ECTS (european credits transfer system). Apesar de ter características similares à formação pré-

graduada em enfermagem em Espanha, Escócia e Estados Unidos da América, apresenta-se como um percurso único, dotado de características singulares e reconhecidas internacionalmente de qualidade muito elevada e de exigências ímpares.

À semelhança de outros ciclos de estudos de ensino superior, necessita da avaliação e acreditação das instituições particulares e públicas de ensino superior que o ministram e que, no nosso país, está a cargo da agência de avaliação e acreditação do ensino superior (A3ES). Apesar desta laboriosa, mas necessária missão (e distinguindo-se do que acontece por exemplo em Espanha, descrito no “libro blanco – título de grado de enfermería”), a A3ES não regulamenta conteúdos programáticos a abordar ao longo do CLE.

As CCC destacam-se pelo seu papel central na competência clínica. Todas as evidências descritas ao longo da primeira parte deste trabalho corroboram este fato e também a Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) como instituição reguladora do ensino superior adscrito ao ministério da educação espanhol reconhecem que as CCC são uma das competências basilares a adquirir por estudantes de enfermagem e medicina (Vázquez & Gascons, 2004). Actualmente, o seu processo de integração no currículo de formação dos enfermeiros é desafiante tendo em conta as variáveis já exploradas.

Num contexto de reconhecimento crescente das CCC como uma competência essencial no CLE, são ainda escassas as evidências e estudos sobre os processos de desenvolvimento das CCC nas escolas de enfermagem, seja o conteúdo que é ensinado ou a forma como são ensinadas e avaliadas. Neste caminho de investigação que agora é traçado, tenta-se dar resposta à questão emergente:

“Que estratégias são utilizadas nas escolas de enfermagem portuguesas no desenvolvimento das competências de comunicação clínica dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem?”

A questão expressa-se assim em termos observáveis e mensuráveis e proporciona-se a possibilidade de adquirirmos conhecimentos sobre a temática.

1 Tipo de estudo e finalidade

É um estudo de tipo descritivo, que segue uma orientação metodológica disciplinada e que identifica no decorrer do CLE, as CCC que são ensinadas, de que forma são ensinadas e como são avaliadas, a nível nacional. Neste sentido, como objetivo norteador deste estudo, pretende-se conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de CCC nos estudantes de licenciatura em enfermagem na atualidade. Como intenção associada pretende-se sensibilizar as instituições de ensino superior de enfermagem sobre a importância da comunicação na educação base dos enfermeiros. Temos como finalidade póstuma catapultar a melhoria do processo ensino/aprendizagem das CCC em Portugal (estabelecendo a etapa preparatória de lançamento de hipóteses sobre a área em estudo), mas também a melhoria dos cuidados prestados pelos futuros enfermeiros.

2 Material e Métodos

A seleção criteriosa do material e dos métodos deve ser influenciada pelos objetivos e pelo tipo de estudo que pretendemos implementar, com a finalidade de obter resultados creíveis. Descrevem-se seguidamente as metodologias e instrumentos adotados de forma a atingir os objetivos inicialmente delineados.

2.1 População e amostra

O estudo ocorreu em ambiente académico de ensino superior público e privado e a população são todos os estudantes do CLE em Portugal e docentes que lecionam CCC no CLE em Portugal. Foram incluídos no estudo os alunos do CLE e docentes do CLE que fazem parte de estabelecimentos de ensino pré-graduado que cumpriram os seguintes requisitos:

- Ensino do CLE aprovado pela Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior (A3eS);
- Disponibilização para participar no estudo via internet, correio eletrónico ou telefone.

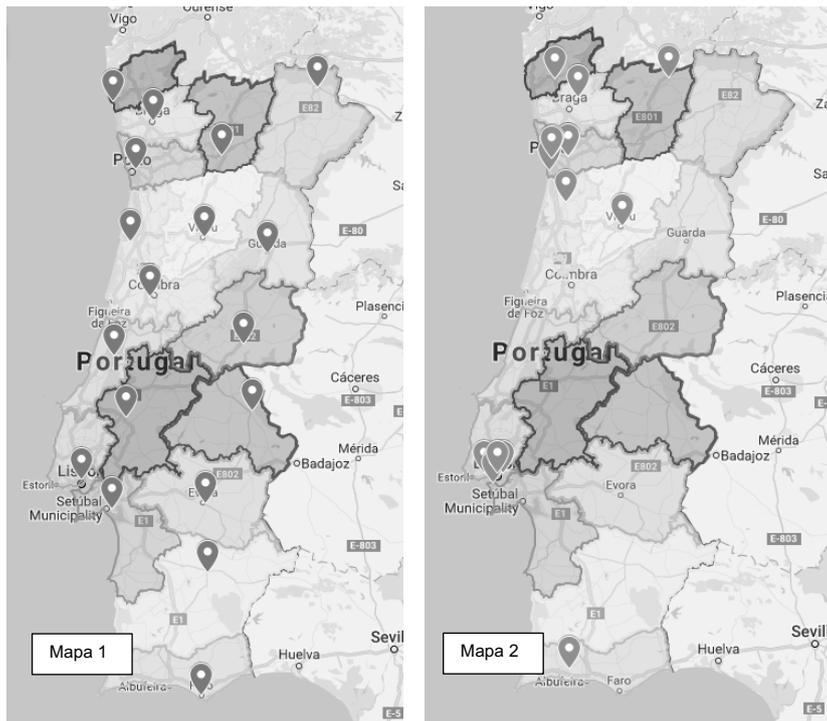
De forma a identificar a população em estudo, foi feita uma pesquisa na Direcção Geral do Ensino Superior no sítio web www.dges.gov.pt pesquisa de cursos e instituições e selecionado o curso “enfermagem” e tipo de curso “Licenciatura – 1ºCiclo”. Os resultados da pesquisa revelaram todas as escolas a nível nacional (públicas e privadas) verificando-se que (ao momento da pesquisa) existem 40 escolas de Enfermagem em Portugal que lecionam o CLE, 21 do ensino superior público e 19 do ensino superior privado. Elaborou-se uma lista de contactos telefónicos e endereços eletrónicos, que foram utilizados para remeter o projeto de investigação, ficha de participante, consentimento livre e esclarecido e os instrumentos de colheita de dados. Após confirmação de intenção de participação no estudo pelas instituições de ensino, estas foram solicitadas a remeter os instrumentos de colheita de dados para os docentes e para os alunos, tal como esclarecido nos documentos inicialmente enviados.

Uma pesquisa foi realizada para revelar o número de alunos inscritos e a frequentar o CLE, em <https://www.dges.gov.pt/guias/indcurso.asp?curso=9500> e em <https://www.dges.gov.pt/guias/pdfs/guiacandpub2018.pdf>, associada a contactos telefónicos para os serviços académicos de todas as instituições de ensino que demonstraram interesse em participar no estudo após contacto inicial via endereço eletrónico. Este método revelou os 12.124 alunos a frequentar o CLE no ano académico 2018-2019. Desejando-se que a amostra seja representativa da população, foram mobilizados esforços para que o número de respostas obtidas pelo instrumento de colheita de dados refletisse uma amostra representativa no que diz respeito ao ensino superior público e ao ensino superior privado, mas também nas diferentes áreas geográficas de Portugal. Através da sua distribuição segundo a “Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos” (NUTTS) II (figura 5), concluiu-se que a sua dispersão ao longo do território nacional é: norte (15 escolas), centro (8 escolas),

Alentejo (4 escolas), área metropolitana de Lisboa (8 escolas), Algarve (2 escolas), região autónoma dos Açores (2 escolas), e região autónoma da Madeira (1 escola) (apêndice 2).

Figura 5

Mapas de distribuição por NUTTS II das instituições de ensino superior públicas (mapa 1) e privadas (mapa 2) que lecionam o curso de licenciatura em enfermagem em Portugal, no ano letivo 2018-2019



Considerando que a amostra representativa reflete apenas parte do grupo de pessoas (ou população-alvo) cujas opiniões ou comportamentos estão no foco de interesse e correspondem ao número de respostas efetivas recebidas, torna-se pertinente o cálculo do tamanho da amostra necessário para que os resultados sejam os mais fidedignos possíveis. Com recurso à obra de Thompson (2012), dedicada em exclusivo ao cálculo amostral, calculou-se o tamanho da amostra através da fórmula:

$$\text{Sample size} = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2} \div \left(1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)$$

Em que:

N = tamanho da população

e = Margem de erro (percentagem na forma decimal)

z = pontuação z

O score z é o número de desvios padrão que uma determinada proporção está afastada da média. Para encontrar o score z adequado a ser utilizado, de acordo com o intervalo de confiança desejado, foram utilizados os valores de referência enunciados por Thompson (2012), descritos na tabela 5:

Tabela 5

Dados de referência para cálculo amostral: Z score

Intervalo de confiança desejado	z-score
80%	1.28
85%	1.44
90%	1.65
95%	1.96
99%	2.58

Fonte: Thompson, S.K. (2012). *Sampling* (3rd ed). Wiley. Direitos de autor 2012 por Thompson

Considerando uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%, a amostra de alunos estimada para que seja representativa da população é de 372 alunos. Foram obtidas através do instrumento de recolha de dados para alunos 463 respostas. (o que provoca uma melhoria na margem de erro de 5% para 4,465%).

Apesar das tentativas realizadas quer telefonicamente quer via correio eletrónico, a heterogeneidade da número de docentes por instituição que lecionam estas competências, a variabilidade do plano curricular a nível nacional e a distinta distribuição dos momentos em que estas competências são desenvolvidas por instituição dificultou a determinação (com fiabilidade) da população de docentes a nível nacional que leciona CCC e a determinação de quantos professores existem por instituição que as lecionam. Contudo, a resposta dos 41 docentes de 16 instituições distintas permitir-nos-á debater os resultados encontrados entre estes e os resultados dos alunos das suas instituições.

No que diz respeito às instituições de ensino, foram obtidas respostas de 76% do total de escolas de ensino superior público e 79% do total de escolas do ensino superior privado.

Enquadra-se a amostra obtida dos alunos como uma amostra não probabilística e acidental, uma vez que todas as instituições de ensino superior que lecionam o CLE foram convidadas a participar no estudo. Os resultados obtidos de alunos e de docentes foram os que responderam aos questionários remetidos pela instituição a que pertencem. Esta forma de disseminação, juntamente com contatos diretos via telefone, correio eletrónico e partilha dos instrumentos de dados pelos pares, pretendeu atingir o mais amplo número de participantes possível na tentativa de evitar fenómenos de sobre amostragem e de obter a amostra o mais significativa possível.

Apesar das amostras probabilísticas serem as que suscitam maior interesse por assegurarem que todos os elementos têm igual probabilidade de participar no estudo, dada a dimensão da amostra, iria implicar inúmeros obstáculos.

2.2 Instrumento de recolha de dados

Para melhor compreender a realidade (e com maior fidelidade), a forma como os alunos percebem a sua experiência ao longo da sua formação torna-se relevante. Neste sentido, é necessário recolher dados tanto com os docentes que lecionam estas competências como com os alunos. Esta abordagem permitirá analisar a convergência ou divergência de dados referentes ao processo de aquisição destas competências.

Assim, como instrumentos de colheita de dados, construíram-se dois questionários estruturados, um para alunos e outro para docentes que lecionam CCC no CLE.

As perguntas foram elaboradas de forma a refletir o mais fielmente possível o processo de desenvolvimento das CCC no CLE. As primeiras versões dos instrumentos foram construídas com base na investigação na área e dados fornecidos pela EACH. Esta versão preliminar foi submetida a um painel de peritos com o objetivo receber feedback quanto à clareza, correção, compreensão e relevância dos itens (validade de conteúdo).

Para constituir o grupo de peritos foi selecionada a representante em Portugal da EACH e responsável pela tradução e validação do currículo de competências nucleares para as profissões da saúde e objetivos para a formação pré-graduada na área dos cuidados de saúde e do material pedagógico relativo a CCC e também três docentes do CLE da escola superior de enfermagem de Coimbra (EsenfC), com experiência clínica e trabalho académico desenvolvido na área das CCC. A todos os peritos foi fornecido a ficha de participante, o projeto de investigação, a autorização da UICISA-E e o esboço preliminar do questionário, que após análise e respetiva reformulação, culminou na versão final (apêndice 3).

É um questionário de autopreenchimento online, o que permitiu uma considerável economia de recursos na recolha de informação (cópias, construção de bases de dados, tempo de edição dos dados obtidos, etc), dada a familiarização dos participantes alvo com este tipo de ferramenta e a comodidade de completar o inquérito de acordo com a conveniência individual. É dividido em três secções, contudo o questionário dos docentes tem somente as duas primeiras secções do questionário, comparativamente ao dos alunos. A primeira secção inclui uma breve caracterização sociodemográfica do participante e a segunda a avaliação do processo de desenvolvimento de CCC abordando questões relativas ao tipo de competências ensinadas/ aprendidas, a forma como são lecionadas e como são avaliadas ao longo do CLE. Esta segunda parte é constituída por 11 itens: três para avaliação da importância da temática ao longo do CLE, um item para sugestões de melhoria no ensino de CCC e sete itens referentes ao processo de ensino/aprendizagem. A última secção do questionário, presente somente no questionário dos alunos, foi elaborada a partir da Communication Skills Attitude Scale (CSAS) traduzida para língua portuguesa pela equipa de investigação da faculdade de

medicina da universidade do Porto (FMUP). Devido à inexistência de outros instrumentos de recolha sobre CCC em estudantes, o facto de já ter sido utilizada em estudos de investigação no âmbito de CCC em Portugal e o facto de deter informação pertinente aquando da análise dos dados referentes ao processo de desenvolvimento das CCC, optou-se pela sua incorporação no instrumento de colheita de dados. Contudo, e apesar do estudo de Carvalho et al., (2016), a versão portuguesa desta escala ainda não foi alvo de validação formal para a população portuguesa.

Todas as respostas aos itens são dadas em modelo de escolha múltipla, à exceção de uma pergunta da primeira secção que é dada numa escala de cinco posições, tipo Likert, apoiada nos termos 1 = sem importância a 5 = alta importância.

A CSAS permite identificar as atitudes de estudantes em relação à aprendizagem de CCC. A versão traduzida para português da CSAS (à semelhança da versão original de Rees et al., (2002) consiste em 26 itens, 13 dos quais são escritos na forma de afirmações positivas e 13 afirmações negativas sobre aprendizagem de CCC. Cada item é acompanhado por uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e que inclui breves instruções introdutórias para assegurar o autopreenchimento.

Todas as 40 instituições identificadas foram convidadas a participar no estudo via correio eletrónico, endereçando o convite a todos os presidentes e/ou diretores de escola. Foi solicitado a quem aceitou participar no estudo que reencaminhasse os documentos “ficha de participante”, “projeto de investigação”, “consentimento livre e esclarecido”, “autorização pela Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA-E)” e os instrumentos on-line de recolha de dados aos estudantes inscritos no CLE e aos docentes que lecionam CCC durante o CLE, para o correio eletrónico.

No final foram aplicados critérios de seleção de amostra:

- a. Ser aluno do CLE ou docente que leciona CCC no CLE em Portugal, em qualquer ano de frequência do CLE;
- b. Desejar participar voluntariamente no estudo.

A amostra foi refinada pois das 40 instituições contactadas somente 31 participaram. Das 9 remanescentes, uma escola recusou o convite e as restantes não responderam.

Pré-teste

Antes da colheita de dados, as questões da entrevista foram testadas com 2 docentes que lecionam CCC no CLE e com 35 alunos do CLE. A escolha de realização de um pré-teste visou a identificação e correção de lacunas e a obtenção de sugestões para melhoria do instrumento, que subsidiaram a versão definitiva. Ambas as amostras utilizadas para realização do pré-teste foram amostras de conveniência.

Os questionários foram enviados via correio eletrónico após autorização e concordância dos participantes e todos os sujeitos repetiram o preenchimento do instrumento na sua versão final.

2.3 Passos metodológicos e considerações éticas

Após a elaboração da versão definitiva do instrumento de colheita de dados procedeu-se aos passos metodológicos necessários e encadeados de forma lógica para o desenrolar do estudo (figura 6). Apesar da responsabilidade do investigador neste tipo de estudos no que concerne o bem-estar dos sujeitos ser mais reduzida, a maneira de tornar a sua participação uma realidade e os próprios resultados da investigação podem interferir com direitos fundamentais da população. Os códigos de ética, direitos fundamentais, os benefícios e riscos da participação dos sujeitos no estudo, confidencialidade e anonimato dos dados, participação voluntária, natureza do consentimento esclarecido, a autodeterminação, entre outras considerações éticas foram alvo de reflexão e de revisão também pela UICISA-E.

Neste sentido, foram elaborados documentos específicos que deram resposta a estas inquietudes, nomeadamente a ficha do participante e consentimento livre (apêndice 4).

Figura 6

Passos metodológicos do estudo desde a autorização para realização do estudo ao tratamento estatístico dos dados obtidos



Fonte: adaptado de Structural empowerment in nursing: Translation, adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II, *Revista de Enfermagem Referência*. Direitos de autor 2016 de Teixeira et al..

Após aprovação pela UICISA-E (apêndice 5) do projeto de investigação e dos documentos necessários que emergiram desta reflexão sobre ética em investigação, foram enviados para apreciação (via correio eletrónico) os documentos necessários para as instituições de ensino solicitando autorização e colaboração no estudo e que incluem o “pedido de autorização institucional”, o “projeto de investigação”, a “ficha de participante” e o questionário para alunos e docentes que lecionam CCC. Após aprovação, foi solicitada a distribuição da “ficha de participante” e do questionário pelos participantes. Atendendo ao princípio da autonomia, os

participantes optaram livremente pela sua colaboração e forneceram os dados necessários ao desenvolvimento deste estudo após terem sido informados sobre o instrumento de colheita de dados, sobre o regime de confidencialidade e proteção de dados pessoais, sobre o regime de participação voluntária, os benefícios e riscos da sua participação e ausência de compensações económicas e foram também esclarecidas todas as dúvidas e fornecida toda a informação necessária à compreensão deste estudo via email ou telefone.

Foram necessárias quatro solicitações em momentos temporais diferentes de pedido de colheita de dados ao longo do ano académico de 2018/2019 e 2019/2020 no sentido de combater a dificuldade na obtenção de respostas. Estas sucessivas tentativas surtiram o efeito desejado, uma vez que se ultrapassou o número de respostas necessárias para obter uma amostra significativa no que diz respeito aos alunos. De destacar a dificuldade do processo na obtenção de respostas e as limitações inerentes à burocratização do processo em algumas instituições.

2.4 Análise dos dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para amostras independentes e o teste Manova.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

3 Apresentação dos resultados

Caracterização da amostra dos alunos

Os dados referem-se a uma amostra de 463 alunos. A maioria era do género masculino (87.7%) e frequentava o 4º ano (40.2%). A média de idades era de 22.5 anos, variando entre os 17 e os 51 anos (tabela 6).

Tabela 6

Caraterização sociodemográfica dos alunos (N= 463)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	406	87,7
Masculino	57	12,3
<i>Idade</i>	22.5	5.4
<i>Ano matrícula</i>		
1º ano	66	14,3
2º ano	90	19,4
3º ano	121	26,1

Os alunos consideram que a importância que atribuem à aprendizagem de CCC no CLE um valor de 4.78 ou seja, muito perto da pontuação máxima possível (5) (tabela 7).

Tabela 7

Importância atribuída à aprendizagem de CCC pelos alunos

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Importância	3	5	4,78	,438

Quando se solicita aos inquiridos para comparar a relevância da aprendizagem de CCC com as restantes áreas de saber que são necessárias estudar para ser Enfermeiro, 75.8% consideram que a sua aprendizagem é igualmente importante (tabela 8).

Tabela 8

Importância atribuída pelos alunos à aprendizagem de CCC comparativamente com outras áreas de saber para ser Enfermeiro

	N	%
Igualmente importante	351	75,8
Mais importante	106	22,9
Menos importante	5	1,1
Sem opinião	1	,2
Total	463	100,0

Um pouco mais de metade da amostra (51.6%) considera que a formação no curso de enfermagem ao nível de competências de comunicação não é suficiente (tabela 9).

Tabela 9

Opinião dos alunos sobre suficiência de formação em CCC no CLE

	N	%
Não	224	51,6
Sim	210	48,4
Desconheço	29	6,26
Total	463	100,0

Quando se solicitam possíveis soluções que permitam melhorar a formação ao nível das competências de comunicação, 39,5% indicam o ensino de estratégias de comunicação mais ligadas com a prática e 25,5% mais tempo de treino de competências de comunicação. 23,8% dos inquiridos indicaram outras estratégias como por exemplo Palestras e congressos sobre comunicação o e criação de relações terapêuticas, criação de uma unidade curricular laboratorial de CCC e criação de uma unidade curricular específica obrigatória em CCC (tabela 10).

Tabela 10*Possíveis soluções dos alunos que permitam melhorar a formação no CLE de CCC*

	N	%
Utilização de diferentes métodos de ensino	81	17,5
Maior tempo de treino de competências de comunicação	118	25,5
Ensino de estratégias de comunicação mais ligadas com a prática	183	39,5
Outras	110	23,8

Uma proporção muito elevada reconhece que ao longo do curso de licenciatura em Enfermagem, a instituição inclui o ensino de competências de comunicação (tabela 11).

Tabela 11*Percepção dos alunos se as CCC são incluídas no currículo académico do CLE*

	N	%
Não	21	4,8
Sim	412	95,2
Total	463	100,0

Os alunos do primeiro ano indicam especialmente as aulas teóricas e as aulas teórico-práticas como os momentos em que ocorre o ensino de competências de comunicação clínica, opinião que transita para as aulas práticas e ensino clínico à medida que o CLE se desenvolve (tabela 12).

Tabela 12*Momentos de aprendizagem das CCC no CLE referidos pelos alunos*

	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aulas teóricas / teórico-práticas/ práticas	392	84,7	229	49,5	158	34,1	110	23,8
Ensino Clínico	82	17,7	258	55,7	302	65,2	290	62,6
Não contemplado	19	4,1	64	13,8	83	17,9	106	22,9

O comportamento não-verbal (77,1%), a entrevista clínica (74,7%) e o estabelecimento da relação empática doente-enfermeiro (70,8%) é o que os alunos mais referem como tendo sido ensinado, no âmbito das CCC, durante o CLE (tabela 13).

Tabela 13*CCC ensinadas durante o CLE, de acordo com os alunos*

	N	%
Comportamento não verbal	357	77,1
Entrevista clínica	346	74,7
Construção da relação clínica	268	57,9
Lidar com emoções	229	49,5
Entrevista motivacional	126	27,2
Lidar com situações específicas: Doente impossibilitado de falar; doente ansioso; doente depressivo, entre outros	227	49,0

Relação com a família	279	60,3
Comunicar más notícias	215	46,4
Auto-conhecimento e auto-ajuda	164	35,4
Estabelecimento da relação empática doente-enfermeiro	328	70,8
Relação clínica com crianças e adolescentes	185	40,0
Relação clínica com Idosos	218	47,1
Relação de Ajuda	296	63,9
Padrões de linguagem/estilos linguísticos	208	44,9
Relação clínica com doentes portadores de deficiência (visual, auditiva, cognitiva, motora, sensorial...)	131	28,3

No âmbito do ensino das competências de comunicação clínica, os alunos consideram que as metodologias mais usadas foram o método expositivo (70,2%), a prática simulada e os trabalhos /sessões de grupo (46%) (tabela 14).

Tabela 14

Metodologias pedagógicas no ensino das CCC mais utilizadas durante o CLE, de acordo com os alunos

	N	%
Prática simulada	213	46,0
Observação de interações reais ou filmadas	89	19,2
Método expositivo	325	70,2
Trabalhos/ sessões em grupo	213	46,0
Role-play	185	40,0
Consultas gravadas	41	8,9
Reflexões sobre casos clínicos	203	43,8
Seminários	70	15,1

Uma percentagem elevada indica que o ensino das competências de comunicação clínica é sujeito a avaliação (tabela 15).

Tabela 15

Perceção dos alunos sobre existência/inexistência de avaliação das CCC no CLE

	N	%
Não	40	8,6
Sim	342	73,9
Desconheço	81	17,5
Total	463	100,0

Na opinião dos inquiridos os métodos mais usados na avaliação das competências de comunicação clínica foram os testes escritos (47,7%) e as discussões individuais e de grupo (41,7%) (tabela 16).

Tabela 16

Métodos de avaliação de CCC utilizados durante o ensino no CLE, de acordo com os alunos

	N	%
Discussão individual e/ ou de grupo	193	41,7
Avaliação pelos pares	66	14,3
Teste escrito de escolha múltipla	221	47,7

Role-plays	117	25,3
Entrevistas gravadas	43	9,3
Teste escrito com casos clínicos	106	22,9
Escalas específicas de avaliação	28	6,0
Não foram avaliadas ao longo do curso	14	3,0

Apenas 13.6% indica que frequentou ao longo dos 4 anos de curso alguma formação extra relativa ao desenvolvimento de competências de comunicação clínica (tabela 17).

Tabela 17

Frequência pelos alunos de formação acrescida em CCC

	N	%
Não	356	86,4
Sim	56	13,6
Total	463	100,0

Na tabela 18 podemos apreciar as respostas dos sujeitos às questões da versão traduzida para português da Communication Skills Attitude Scale (CSAS). A cinza-claro realçamos as respostas mais frequentes (moda). Assim, a afirmação com a qual os alunos mais concordaram foi “Tenho de possuir boas competências de comunicação para ser um bom enfermeiro” (96.5%) enquanto a que mais discordaram foi “Não considero importante o ensino de competências de comunicação” (94.1%).

Tabela 18

Afirmações da Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

	1	2	3	4	5
Tenho de possuir boas competências de comunicação para ser um bom enfermeiro	0,0%	0,9%	2,6%	19,0%	77,5%
É desnecessário aprender competências de comunicação no Curso de Enfermagem	78,8%	9,5%	1,5%	2,2%	8,0%
Ter fracas competências de comunicação não impedirá um estudante de ser Enfermeiro	20,3%	25,1%	29,2%	21,4%	4,1%
Desenvolver competências de comunicação é quase tão importante como o desenvolver dos conhecimentos em Enfermagem	0,9%	1,7%	8,9%	42,8%	45,8%
A aprendizagem de competências de comunicação ajuda-me a respeitar os doentes	0,6%	1,3%	8,4%	35,6%	54,0%
Não tenho tempo para aprender competências de comunicação	62,2%	22,5%	8,0%	6,0%	1,3%
A aprendizagem de competências de comunicação é interessante	1,3%	3,2%	13,4%	41,9%	40,2%
Não me preocupo em estar presente nas sessões sobre competências de comunicação	57,0%	25,1%	12,5%	3,7%	1,7%
A aprendizagem das competências de comunicação ajuda a facilitar as minhas competências de trabalho em equipa	0,4%	1,3%	4,3%	32,4%	61,6%
A aprendizagem de competências de comunicação melhora a minha capacidade de comunicar com os doentes	0,2%	0,4%	3,0%	21,0%	75,4%
O ensino das competências de comunicação demonstra o óbvio e depois complica-o	20,7%	21,8%	39,3%	11,0%	7,1%
A aprendizagem de competências de comunicação é divertida	2,4%	10,2%	44,3%	28,7%	14,5%

A aprendizagem de competências de comunicação é demasiado fácil	24,6%	44,7%	27,0%	1,9%	1,7%
A aprendizagem de competências de comunicação ajuda-me a respeitar os meus colegas	0,6%	3,5%	15,1%	39,1%	41,7%
A aprendizagem das competências de comunicação ajuda-me a reconhecer os direitos dos doentes no que respeita a confidencialidade e consentimento informado	0,6%	2,2%	9,7%	33,0%	54,4%
O ensino das competências de comunicação teria maior impacto se fosse parecido com uma disciplina científica	11,0%	20,3%	35,2%	21,0%	12,5%
Não considero importante o ensino de competências de comunicação	76,0%	18,1%	2,2%	2,2%	1,5%
Tenho algumas dificuldades em admitir que tenho problemas com as minhas competências de comunicação	29,8%	38,4%	20,1%	7,8%	3,9%
Não necessito de boas competências de comunicação para ser enfermeiro	65,0%	24,2%	6,0%	3,2%	1,5%
Considero muito útil a aprendizagem de competências de comunicação durante o Curso de Enfermagem	0,9%	2,2%	5,0%	29,2%	62,9%
A minha capacidade para ter um bom desempenho técnico/científico é muito mais importante do que a minha capacidade em comunicar com os doentes	24,4%	39,1%	20,5%	7,8%	8,2%
A aprendizagem de competências de comunicação é aplicável à aprendizagem da Enfermagem	0,4%	1,7%	8,0%	37,1%	52,7%
Tenho dificuldade em encarar a aprendizagem das competências de comunicação com alguma seriedade	45,8%	34,6%	12,1%	5,6%	1,9%
Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade em comunicar é uma competência que se mantém ao longo da vida	0,4%	2,6%	10,6%	30,9%	55,5%
A aprendizagem de competências de comunicação é mais dirigida para profissionais de outros cursos como os de Psicologia e não para os de Enfermagem	60,9%	19,4%	10,8%	6,0%	2,8%
As competências de comunicação de que actualmente disponho são suficientes para comunicar adequadamente com os doentes	6,5%	22,5%	31,3%	32,6%	7,1%

Legenda: 1 - Discordo totalmente 2 – Discordo 3 - NC/ND 4 – Concordo 5 - Concordo totalmente

A consistência interna das atitudes (tabela 19), analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, foi de .852 (bom) para a subescala de atitudes positivas e de .741 (razoável) para a subescala de atitudes negativas. Os valores encontrados são muito semelhantes aos encontrados por Rees et al., (2002) que foi de respetivamente .873 e .805. A categorização dos valores de Alfa segue o referenciado em Hill & Hill (2009).

Tabela 19

Consistência interna das atitudes positivas e negativas da CSAS: versão traduzida para português

	Cronbach's Alpha	N of Items
Atitudes positivas	,852	13
Atitudes negativas	,741	13

As estatísticas descritivas das atitudes podem ser apreciadas na tabela 20. A correlação entre as duas escalas é negativa e fraca ($r = -.234$). O valor médio é mais elevado para as atitudes positivas do que para as negativas, como esperado. A média das atitudes positivas é significativamente acima do ponto médio da escala, $t(462) = 55.424$, $p = .001$, enquanto a

média das atitudes negativas é significativamente abaixo do ponto médio da escala, $t(462) = 39.440$, $p = .001$

Tabela 20

Estatísticas descritivas das atitudes da versão traduzida para português da CSAS

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	At. positivas
Atitudes positivas	1,31	5,00	4,24	,48	
Atitudes negativas	1,00	5,00	2,01	,53	-,234**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Comparação por gênero

O teste multivariado da Manova indica que as diferenças são significativas em pelo menos uma das subescalas de Atitudes, Wilks' Lambda = - 0.969, $F(2, 460) = 7.438$, $p = .001$. O teste univariado indica que as diferenças entre os alunos na subescala de atitudes negativas são estatisticamente significativas, $F(1, 461) = 14.909$, $p = .001$, sendo que as alunas obtêm valores significativamente mais baixos nesta escala (tabela 21).

Tabela 21

Comparação por gênero

	Masculino		Feminino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Atitudes positivas	4,19	,57	4,25	,47	.379
Atitudes negativas	2,27	,64	1,98	,51	.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Comparação por ano de frequência

O teste multivariado da Manova indica que as diferenças são significativas em pelo menos uma das subescalas de Atitudes, Wilks' Lambda = - 0.970, $F(62, 916) = 2.355$, $p = .029$. O teste univariado indica que as diferenças entre os alunos na subescala de atitudes negativas são estatisticamente significativas, $F(3,459) = 4.334$, $p = .005$, sendo que os alunos do 2º ano obtêm valores significativamente mais baixos nesta escala quando comparados com os alunos do 1º ano (tabela 22).

Tabela 22

Comparação por ano de frequência

	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Atitudes positivas	4,16	,52	4,25	,58	4,27	,47	4,26	,43	.441

Atitudes negativas 2,21 ,63 1,90 ,53 2,02 ,54 2,01 ,49 .001**

p < .05, ** *p* < .01, *** *p* < .001.

Caracterização da amostra de Professores

Reponderam um total 41 docentes. A maioria era do género feminino (70.7%) e tinha como formação de base o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (29.3%). A média de idades era de 50.5 anos, variando entre os 28 e os 64 anos. A média de anos como docente era de 17.9 anos e a média de anos como docente do ensino superior em CCC era de 14.4 anos (tabela 23).

Tabela 23

Caraterização sociodemográfica dos docentes (N = 41)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	29	70,7
Masculino	12	29,3
Idade	50,5	-
Nr no como docente	17,9	9,0
Nr anos em UC	14,3	9,9
Formação de base		
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária	5	12,2
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	4	9,8
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	3	7,3
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	12	29,3
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica	8	19,5
Sem Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem	9	22,0

Resultados

Os docentes atribuem à importância que dão à aprendizagem de competências de comunicação clínica no CLE um valor de 4.93 ou seja, muito perto da pontuação máxima possível (5) (tabela 24).

Tabela 24

Importância atribuída à aprendizagem de CCC

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Importância	4	5	4,93	,26

Quando se solicita aos inquiridos para comparar as competências de comunicação com as restantes áreas de saber que são necessárias estudar para ser Enfermeiro, 65.9% consideram que a sua aprendizagem é igualmente importante (tabela 25).

Tabela 25

Importância atribuída pelos docentes à aprendizagem de CCC comparativamente com outras áreas de saber para ser Enfermeiro

	N	%
Igualmente importante	27	65,9
Mais importante	14	34,1
Menos importante	0	0,0
Sem opinião	0	0,0
Total	41	100,0

Na tabela 26 apresentam-se as possíveis soluções apresentadas pelos docentes para melhorar a formação ao nível das competências de comunicação os docentes indicaram essencialmente mais tempo de treino de competências de comunicação (56.1%).

Tabela 26

Possíveis soluções dos docentes que permitam melhorar a formação no CLE de CCC

	N	%
Maior tempo de treino de competências de comunicação	23	56,1
Diferentes métodos de ensino	9	22,0
Ensino de estratégias mais ligadas com a prática	9	22,0

Para 92.7% dos docentes, a instituição inclui ao longo do CLE o ensino de competências de comunicação (tabela 27).

Tabela 27

Percepção dos docentes se as CCC são incluídas no currículo académico do CLE

	N	%
Sim	38	92,7
Não	3	7,3
Total	41	100,0

Os docentes indicam especialmente as aulas teóricas/ teórico-práticas e o ensino clínico como os momentos em que ocorre o ensino de CCC (tabela 28).

Tabela 28

Momentos de aprendizagem das CCC no CLE referidos pelos docentes

	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aulas teóricas/ teórico-práticas / práticas	37	90,3	24	58,5	20	48,8	16	39,0
Ensino Clínico	13	31,7	28	68,3	30	70,3	31	75,6
Não contemplado	2	4,9	2	4,9	4	9,8	5	12,2

O Comportamento não verbal (82.9%), a Construção da relação clínica e Lidar com situações específicas (78%) é o que os docentes mais referem como tendo sido ensinado, no âmbito das competências de comunicação clínica, durante a licenciatura (tabela 29).

Tabela 29

CCC ensinadas durante o CLE, de acordo com os docentes

	N	%
Entrevista clínica	25	61,0
Relação clínica com doentes portadores de deficiência	23	56,1
Comportamento não verbal	34	82,9
Construção da relação clínica	32	78,0
Lidar com emoções	29	70,7
Comunicar más notícias	27	65,9
Entrevista motivacional	12	29,3
Lidar com situações específicas	32	78,0
Relação com a família	29	70,7
Relação de Ajuda	31	75,6
Relação clínica com crianças e adolescentes	23	56,1
Auto-conhecimento e auto-ajuda	19	46,3
Estabelecimento da relação empática doente-enfermeiro	32	78,0
Padrões de linguagem/estilos linguísticos	19	46,3

No âmbito do ensino das competências de comunicação clínica as metodologias mais usadas nas unidades curriculares eram o Método expositivo (75.6%), Reflexões sobre casos clínicos (70.7%) e os Trabalhos/ sessões em grupo (63.4%) (tabela 30).

Tabela 30

Metodologias pedagógicas no ensino das CCC mais utilizadas durante o CLE, de acordo com os docentes

	N	%
Método expositivo	31	75,6
Prática simulada	25	61,0
Trabalhos/ sessões em grupo	26	63,4
Reflexões sobre casos clínicos	29	70,7
Seminários	12	29,3
Role-play	25	61,0
Observação de interações reais ou filmadas	11	26,8
Consultas gravadas	2	4,9

O conhecimento obtido pelos docentes para lecionar competências de comunicação advém de competências adquiridas na experiência profissional (87.8%) e/ou adquiridas na habilitação académica (85.3%) e mais de metade dos docentes refere ter adquirido formação específica em CCC, que será esmiuçada aquando da discussão dos resultados (tabela 31).

Tabela 31*Origem do conhecimento adquirido pelos docentes para lecionar CCC*

	N	%
Adquiridas na habilitação académica	35	85,3
Adquiridas na experiência profissional	36	87,8
Formação específica	26	63,4

4 Discussão de resultados

Debatem-se agora os resultados que se destacam no estudo realizado, tendo em consideração o objetivo inicialmente elaborado, a literatura em destaque e os dados obtidos na continuidade deste processo. Numa lógica de coerência e respeito pela cadência deste trabalho, a discussão de resultados obtidos está organizada em função do fluxo das temáticas desenvolvidas ao longo do mesmo. Numa fase inicial discutem-se os resultados sobre a importância designada pelos participantes das CCC na profissão de enfermagem, a visão dos participantes sobre estratégias de melhoria do processo de desenvolvimento das CCC e algumas barreiras do processo ensino/aprendizagem identificadas. De seguida serão debatidos os resultados relativos ao processo de desenvolvimento das CCC no que concerne o conteúdo, a forma e a avaliação deste tipo de competências. Nas diferentes etapas confrontaremos os resultados obtidos com as evidências científicas encontradas.

Tanto quanto o nosso conhecimento permite afirmar, este estudo é a primeira abordagem nacional sobre o processo de desenvolvimento de CCC no CLE, abordando tanto instituições de ensino superior públicas como privadas em Portugal. Oferecemos assim uma perspetiva exaustiva e atualizada sobre barreiras identificadas no decorrer deste processo, propostas de estratégias de melhoria, do conteúdo que é ensinado, da forma como é ensinado e como é avaliado, no que diz respeito às CCC, em Portugal e abordando tanto perspetivas dos alunos como de docentes das diferentes instituições que participaram no estudo.

Apesar de existirem estudos nacionais que incidem sobre as CCC dos estudantes do CLE, como é o caso dos estudos de Patrício (2012), Queirós et al. (2019), Lopes et al. (2013) e Melo et al. (2020) e publicações em formato de livro que exploram meticulosamente a temática como é o caso das obras de Kurtz et al. (2017), Payan-Carreira et al. (2019), Shaw (2018), Silverman et al. (2016), Tomlinson (2020) e Tottey (2019), entre outros, são raras as referências que exploram a presença, conteúdo e/ou forma de desenvolvimento destas competências em Portugal no CLE. Este estudo é uma continuidade e um contributo deste caminho.

A importância das CCC no ensino pré-graduado dos enfermeiros

A importância atribuída pelos alunos na aprendizagem das CCC é relevante. 75,4% destes referem que “melhora a minha capacidade de comunicar com os doentes”, 55,5% consideram que “aprender competências de comunicação é importante porque a capacidade de comunicar é uma capacidade que se mantém ao longo da vida”, 61,8% referem que “a aprendizagem de

CCC ajuda a facilitar as minhas competências de trabalho em equipa”, que “ajuda-me a respeitar os doentes” (54%), e “ajuda-me a respeitar os meus colegas” (41,7%).

Nunca é demais realçar a vasta evidência científica que recomenda a inclusão do ensino destas competências no ensino pré-graduado dos enfermeiros (também reforçado pelos documentos emanados pela EACH, nomeadamente o currículo de CCC para as profissões da saúde) e que está de acordo com a perceção de 95,2% dos alunos inquiridos e 92,7% dos docentes que referem que as CCC são uma temática incluída ao longo do CLE .

Este estudo demonstra que as CCC são uma realidade muito presente, praticamente em todas as instituições de ensino do CLE em Portugal, antagonizando-se das realidades de outras profissões da saúde como por exemplo o curso pré-graduado em Medicina em que somente em 3 das 8 escolas de medicina detêm um currículo de CCC, segundo os estudos de Loureiro (2017). Este achado poderá ser clarificado pela abordagem holística e pelo paradigma do empoderamento e reforço do autocuidado definidores da profissão, arte e ciência da enfermagem, cuja base assenta na comunicação entre enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados, ao longo dos seus processos de transição. Este providenciar de cuidar personalizado, relação de ajuda e estabelecimento de relação empática destaca-se de outras profissões da saúde, moldando a formação dos enfermeiros (Granados Gámez, 2009).

Uma análise mais aprofundada da importância que docentes e alunos atribuem às CCC no CLE permite verificar que todos os docentes que participaram no estudo atribuem importância máxima às CCC, independentemente de idade, experiência como docentes do ensino superior ou percurso como docentes de unidades curriculares que lecionam CCC. Já quanto aos alunos de enfermagem verifica-se que a importância que atribuem às CCC incrementa com a idade do aluno. Observa-se também que o nível de importância que os alunos atribuem à aprendizagem destas competências incrementa à medida que o aluno percorre o CLE, sendo que alunos do 1º ano atribuem uma importância de 4.66, alunos do 2º ano uma importância de 4.75, do 3º ano de 4.79 e os alunos finalistas de 4.82. Estas evidências podem estar associadas à solidificação progressiva da necessidade de serem detentores de CCC no seu percurso académico de estudante de enfermagem e como futuro profissional. Estes dados cimentam-se ao observarmos que 77.5% dos alunos inquiridos afirmam que “tenho de possuir boas competências de comunicação para ser bom enfermeiro” e que 62,9% considera “muito útil a aprendizagem de competências de comunicação durante o CLE”.

Apesar de os alunos de enfermagem atribuírem uma importância global de aprendizagem ao longo do curso pré-graduado de 4.78 (muito perto da pontuação máxima possível, considerando uma escala de likert de 0 a 5), verifica-se que somente 13.6% dos alunos frequentaram formação extra ao CLE relativa ao desenvolvimento de CCC, a maioria deles do 2º ano e do 4º ano do CLE com igual número de estudantes a procurarem formação complementar. Esta evidência poderá dever-se à constatação pelos alunos do 2º ano que irão iniciar o seu percurso clínico e sentem lapsos na sua competência em comunicar e ao facto de os alunos do 4º ano terem já tido 2 anos de ensino clínico que lhes permitiu identificar essa

necessidade, contudo as razões pelas quais estes alunos procuraram formação complementar ao CLE não foram exploradas e carecem de um estudo mais aprofundado.

Já os docentes atribuíram uma importância global à aprendizagem de CCC ao longo do curso pré-graduado de 4.93 (muito perto da pontuação máxima possível, considerando uma escala de likert de 0 a 5). 39% destes refere ter tido formação específica em CCC e uma pesquisa mais aprofundada da formação referida revela que tanto realizaram formações dedicadas a CCC como é o caso de “comunicação de más notícias” (competência de comunicação complexa, além das CCC nucleares identificadas pela EACH), “mestrado em comunicação clínica”, “comunicação e relação”, “mestrado em comunicação em saúde” e “comunicação terapêutica” mas também formações que incluem no seu percurso a abordagem a CCC, como é o caso de “curso básico de inteligência emocional”, “curso de relação de ajuda” e “curso de instrutor de simulação clínica pela FMUP”. A análise destes dados permite concluir que alguns docentes demonstram interesse pela temática e desenvolveram esforços para se especializarem na área de conhecimento, contudo desconhece-se a estrutura, conteúdo, metodologias de aprendizagem e de avaliação empregues e se de facto foi um processo direccionado e integrado nas diretrizes recomendadas pela evidência mais atual ou se baseadas numa abordagem tradicional centrada no facilitador.

A constatação destes dados destaca conceitos amplamente explorados por Bussard & Lawrence, (2019), Jeppesen et al. (2017); e Kwon et al. (2020) no que concerne a necessidade e evidência do progressivo profissionalismo dos docentes perante a missão do ensino de profissões como a medicina e a enfermagem em que os seus membros assumem responsabilidade individual e de equipa pela qualidade do seu trabalho. É neste contexto que reconhecem e identificam a necessidade de treino especializado de forma a empoderarem os seus alunos para a prática clínica. Neste sentido, assumem a responsabilidade do sucesso académico dos seus alunos, mas também pelo seu próprio desempenho como docentes.

75.8% dos alunos e 65.9% dos docentes consideram que comparativamente a outras áreas de conhecimento necessárias para ser enfermeiro, a aprendizagem de CCC é igualmente importante, sendo que apenas 7.1% dos alunos (N=33) considera que “as CCC que actualmente dispõem são suficientes para comunicar adequadamente com os doentes” e destes, 61% são do 4º ano do CLE.

Um retrato do caminho que se percorre

Verificamos já que existe uma parcela de alunos interessada em formação complementar em CCC e que existem docentes que frequentaram formação específica na área de conhecimento em causa. Mas o que acontece nas instituições de ensino? A análise dos dados permite-nos concluir que em todas as instituições analisadas está incluído o ensino de CCC no CLE e que em 5 instituições de ensino em que se ministra o CLE existem cursos complementares de desenvolvimento de CCC. Apesar de se desconhecer a estrutura, conteúdo e metodologia

destes cursos, o interesse manifestado pelas instituições pela temática comprova-se pelo investimento necessário à implementação destes cursos pelas instituições.

Apesar de em todas as instituições de ensino ocorrer o ensino de CCC durante o CLE, verifica-se que os docentes referem maioritariamente a incorporação desta temática em unidades curriculares de maior espectro como por exemplo “Psicologia da saúde”, “Princípios de pedagogia e didática”, “Fundamentos de enfermagem”, entre outros, em detrimento de unidades curriculares dedicadas às CCC. Em 7 instituições de ensino existem unidades curriculares cuja denominação é limitada à temática da comunicação como por exemplo “Relação e comunicação em enfermagem”, “Comunicação” e “Comunicação em enfermagem”. Apesar de serem unidades curriculares específicas de desenvolvimento de CCC, tal como recomendado pela literatura, desconhece-se a estrutura, conteúdo, metodologias de ensino e avaliação e outras variáveis caracterizadoras destas unidades curriculares e desconhece-se em que medida estas competências são ou não incorporadas nas restantes unidades curriculares ao longo do CLE, ou seja, se existe ou não ponte entre comunicação e competências clínicas, de conteúdo e processo. Tendo em conta as frequentes referências na literatura do desafio transversal em transitar as CCC para a prática clínica, especialmente por autores como Bombeke et al. (2012) e Shahsavari et al.(2017) e os dados encontrados por este estudo, torna-se pertinente realçar a relevância do ensino baseado em problemas, simulações e role-plays ao longo de todo o ensino pré-graduado, uma metodologia pedagógica com bons resultados na transição das CCC adquiridas para o contexto real (Cant & Cooper, 2014; Martínez-Riera et al., 2011; Yu & Kang, 2017).

Por outro lado, uma análise mais profunda do número de horas e ECTS associados a estas unidades curriculares demonstram não só um número de horas limitado como um peso diminuto no currículo académico.

Desafios do processo de ensino/aprendizagem de CCC

Portanto, todos consideram importante e existe mobilização de recursos para o desenvolvimento destas competências durante o CLE e mesmo fora do CLE em formações extraordinárias que registam adesão de alunos e docentes. Mas existem barreiras identificadas pela bibliografia, que se verificaram na realidade portuguesa.

Nesta continuidade, 51.6% e 61.0% (de alunos e docentes respetivamente) consideram que a formação de CCC ao longo do CLE não é suficiente e ressalvam maior necessidade de ensino de estratégias de comunicação mais ligadas à prática (39,5% dos alunos) e maior tempo de treino de CCC (25,5% dos alunos e 56,1% dos docentes) como estratégias de melhoria do percurso de desenvolvimento deste tipo de competências. Estes dados corroboram uma das barreiras do ensino/aprendizagem que é precisamente o tempo insuficiente de ensino destas competências, além das restantes exigências. Uma análise mais profunda das estratégias de melhoria permite identificar que docentes com mais de 60 anos de idade, mais de 20 anos de experiência de docência no CLE e com uma média de 15 anos de experiência como

responsáveis por unidades curriculares em CCC são uníssonos ao afirmar que necessitam de mais tempo no ensino de CCC.

Outras barreiras ao processo de ensino aprendizagem de CCC em Portugal foram identificadas. Assume-se que docentes que atualmente ensinam CCC detêm o que é necessário para o processo de desenvolvimento de CCC no ensino pré-graduado, ou porque são excelentes comunicadores ou porque detêm uma longa experiência profissional em comunicação. Como já explorado, tal não é verdade, exceto se tiverem tido oportunidade de conhecer e estudar o currículo de CCC e se tiverem sido submetidos a treino específico, assente em experimentação e *feedback*. Considerando que em Portugal os docentes que lecionam unidades curriculares que incluem CCC (e que o fazem em média há 14,4 anos), apenas 39% obtiveram formação específica em CCC, outra barreira se identifica.

O facto de somente em 7 de todas as instituições de ensino existirem unidades curriculares dedicadas a CCC (e apesar de se desconhecerem as características que definem estas unidades curriculares, como conteúdo e métodos pedagógicos associados), é possível identificarmos outra barreira identificada por Perron (2015), que remete à pobre priorização pelas instituições no desenvolvimento destas competências.

Quando são ensinadas as CCC?

As CCC podem ser ensinadas e aprendidas com efetividade e com o mesmo nível de exigência que outras competências nucleares, contudo sem o treino persistente destas competências, sessões isoladas de aprendizagem não serão efetivas e a transferência para a prática fica comprometida (Loureiro et al., 2017; Perron et al., 2015).

Segundo os dados referidos pelos docentes no instrumento de colheita de dados a eles reservado e segundo uma análise mais pormenorizada dos planos curriculares das diferentes instituições de ensino, verifica-se que os currículos académicos não são específicos e/ou transversais no que diz respeito ao desenvolvimento de CCC. As unidades curriculares que contemplam o ensino de CCC nas diversas instituições detêm uma nomenclatura diferente e ocorrem em diferentes anos de ensino do CLE.

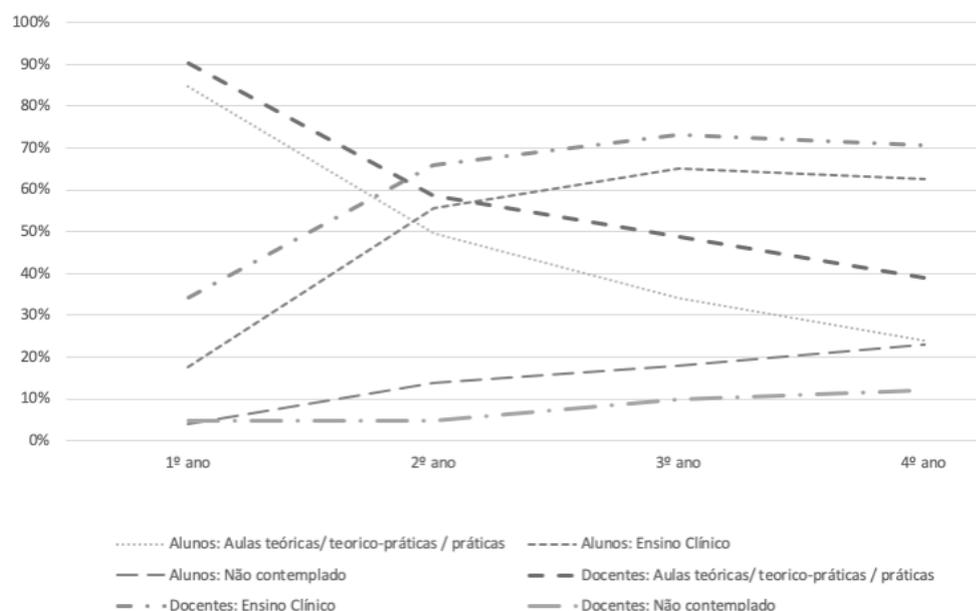
Nos instrumentos de colheita de dados dos alunos e docentes foi colocada a questão “em que momentos ocorre o ensino de CCC?” e foram colocadas como opções: “1.aulas teóricas/ teórico-práticas/ práticas”, “2.Ensino clínico”, “3.Não contemplado” para todos os 4 anos do CLE. Os participantes podiam selecionar as opções que consideravam adaptar-se à realidade da sua instituição, o que nos permitiu um retrato do panorama global. De forma a melhor compreender os dados e permitir uma interpretação deste fenómeno, os dados foram convertidos em formato gráfico, possível de consulta na figura 7.

Este gráfico permite debater vetores curiosos no processo de desenvolvimento de CCC no CLE. É interessante verificar que tanto docentes como alunos têm perceções semelhantes sobre a peso relativo que as aulas teóricas/ teórico-práticas/ práticas e o ensino clínico têm ao

longo do percurso académico. Contudo, é curioso constatar que os alunos sentem menor presença do processo de ensino-aprendizagem das CCC tanto nas aulas teóricas/ teórico-práticas/ práticas como no ensino clínico, quando comparado com a perceção dos docentes.

Figura 7

Peso relativo dos momentos em que ocorre o ensino de CCC segundo perceção dos alunos e docentes, durante o CLE, em Portugal



Portanto, tanto docentes como alunos consideram que as aulas teóricas/ teórico-práticas/ práticas têm maior presença no 1º ano do CLE, menor relevo no 2º ano e diminuem de presença até ao final do CLE. Também concordam que o ensino clínico adquire um papel progressivamente mais sólido no processo de ensino/aprendizagem ao longo do curso com um tímido decréscimo no último ano do CLE.

As evidências encontradas podem dever-se à forma como o CLE está globalmente organizado em que o ensino clínico é predominante no 3º e 4º ano na generalidade das instituições de ensino e as aulas de carater teórico/ teórico-prático/ prático têm um maior peso curricular nos primeiros dois anos do CLE.

Torna-se intrigante analisar a ocorrência e evolução da opção “não contemplado” em ambos os grupos de participantes. Seria teoricamente expetável, tanto pelo modelo de aprendizagem de competência clínica de Miller, Dryfus & Dryfus e o modelo de Bajis que as respostas fossem inexistentes e, no entanto, elas ocorrem e ganham relevo à medida que o CLE é percorrido, especialmente na perceção dos alunos e no que diz respeito ao 4º ano do CLE que engloba ¼ dos participantes. Também 13% dos docentes consideram que o processo de ensino-aprendizagem de CCC não ocorre no 4º ano do CLE. Uma análise mais pormenorizada do conceito de ensino de CCC destes docentes e alunos, do conteúdo que é ensinado e das metodologias usadas no ensino e avaliação permitirá compreender melhor estes fenómenos.

Que CCC são desenvolvidas no processo de ensino aprendizagem no CLE em Portugal?

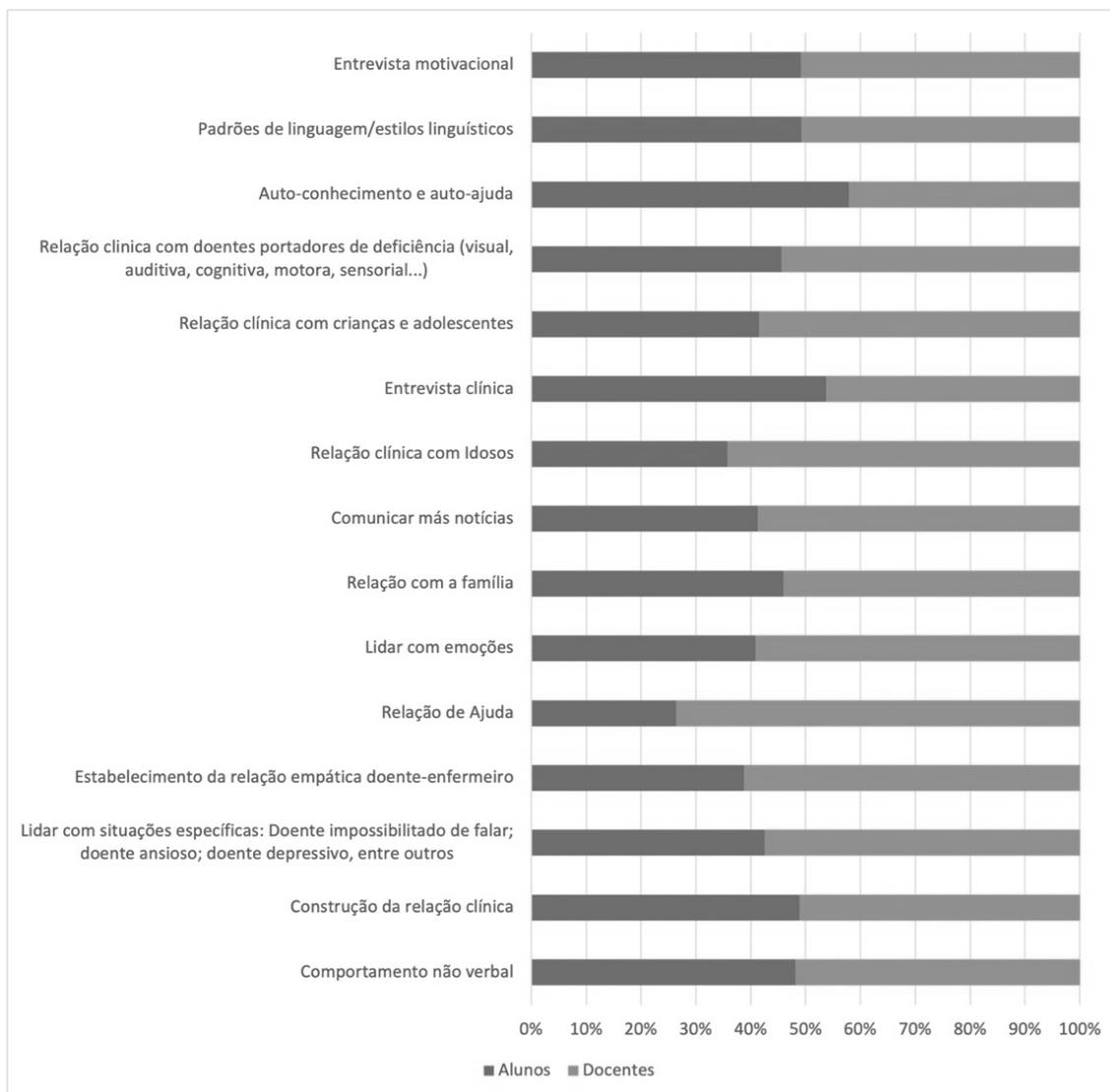
As CCC selecionadas nos instrumentos de colheita de dados tiveram em consideração as CCC utilizadas no guia CC de Silverman, Kurtz e Draper, estruturadas na consulta clínica. Como já tivemos oportunidade de explorar anteriormente, este é o racional lógico que dá resposta aos objetivos de aprendizagem da versão portuguesa do HPCCC na formação pré-graduada na área dos cuidados de saúde. As CCC identificadas e presentes nos instrumentos de colheita de dados foram as CCC validadas pelo painel de peritos aquando da submissão da versão preliminar dos instrumentos como as de maior destaque no processo de ensino / aprendizagem.

No sentido de obtermos uma realidade mais palpável dos dados obtidos, apresentam-se aglutinados os resultados de alunos e docentes no que diz respeito às CCC que são aprendidas/ ensinadas no CLE em Portugal. Decorrente destes dados, podemos observar a figura 8 onde se constata as diferentes perceções dos alunos e dos docentes relativamente ao que foi ensinado sobre CCC durante o CLE.

Uma análise destes dados permite-nos refletir sobre as diferentes perceções do currículo académico do processo de ensino-aprendizagem das CCC no CLE. Em valências como o “comportamento não verbal”, “construção da relação clínica”, “padrões de linguagem/ estilos linguísticos” e “entrevista emocional” existe concordância entre alunos e docentes, mas em todas as restantes competências as opiniões divergem consideravelmente. Globalmente, a análise dos dados obtidos permite concluir que os docentes têm a perceção de ensinar mais do que as perceções dos alunos têm do conteúdo que aprendem, à exceção da “auto-conhecimento e auto-ajuda” e “entrevista clínica” em que este padrão se inverte. Este fenómeno é explorado por autores como Darling-Hammond et al. (2020), Deslauriers et al. (2019) e Lujan & DiCarlo (2006), que no decorrer dos seus estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem encontraram desacordos significativos entre estes dois vetores, sugerindo que os alunos nem sempre aprendem o que os docentes pensam que ensinam.

Figura 8

Peso relativo das CCC desenvolvidas segundo percepção dos alunos e docentes, durante o CLE, em Portugal



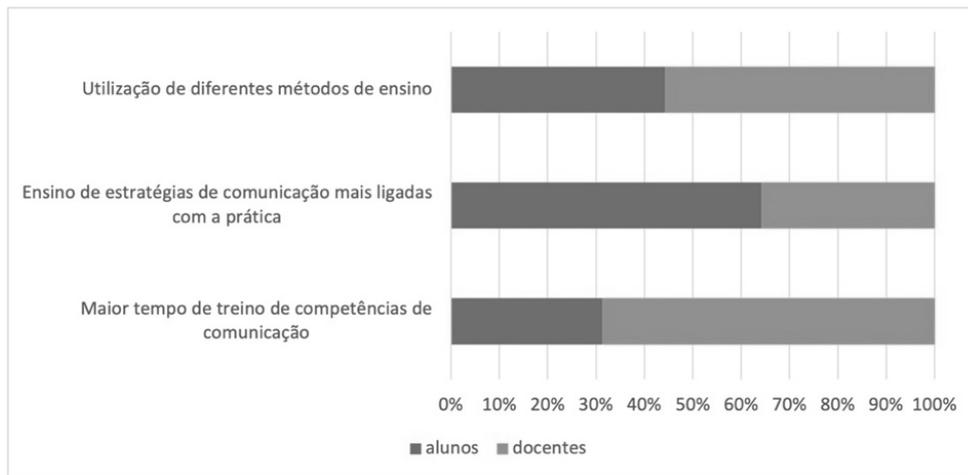
Transversalmente, todos os participantes atribuíram relevo a todas as CCC que foram sugeridas como uma realidade do seu processo de ensino-aprendizagem, mesmo quando deparados com CCC que se desenquadraram das CCC nucleares preconizadas na literatura. De destacar que as CCC que estão em debate são tanto CCC nucleares como complexas e que, segundo a literatura e com exploramos anteriormente, devem ser abordadas e ensinadas/aprendidas em momentos específicos do ensino pré-graduado dos enfermeiros e da carreira do profissional de enfermagem. Isto pode dever-se ao fato de no percurso académico dos alunos não existir a atualização do conhecimento necessário para elaboração do planeamento e currículo em CCC, subsidiando a ocorrência de momentos de ensino/aprendizagem das CCC que estão mais dentro da zona de conforto do docente ou as que subscrevem as crenças da instituição como as de maior/melhor valor.

Como são desenvolvidas as CCC no processo de ensino aprendizagem?

Torna-se interessante analisar a figura 9, referente às estratégias sugeridas por alunos e por docentes que permitam melhorar a formação pré-graduada em CCC.

Figura 9

Estratégias sugeridas por alunos e docentes que permitem melhorar o ensino pré-graduado de CCC, durante o CLE, em Portugal

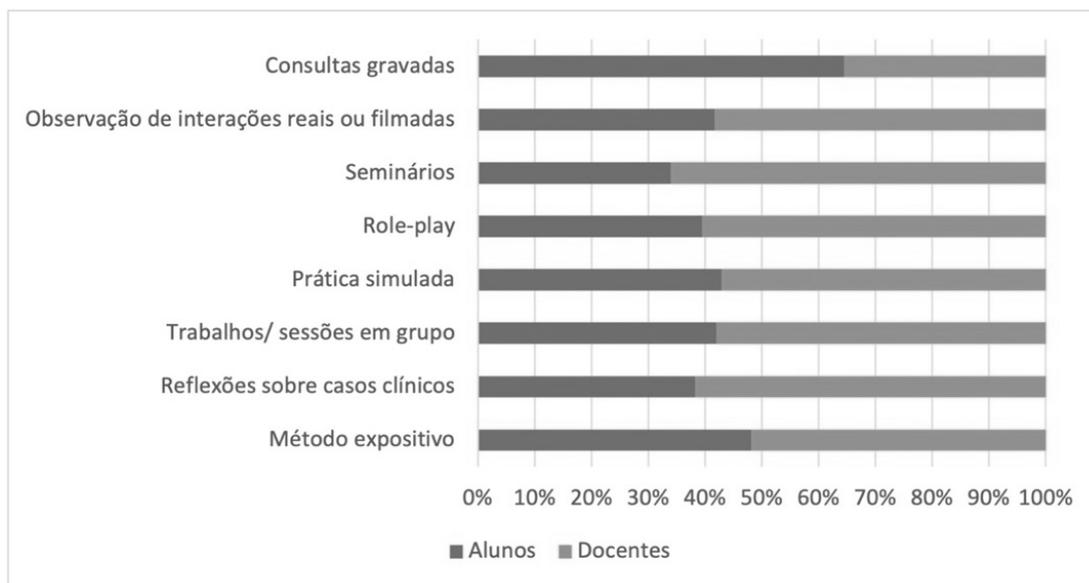


Desta verifica-se que os docentes reconhecem a necessidade de se colocarem na prática diferentes métodos de ensino, em detrimento dos alunos que sentem e reconhecem que o processo pedagógico não produz frutos suficientes, destacando como estratégias de melhoria o ensino de estratégias de comunicação mais ligadas à prática, em detrimento do tempo atribuído ao treino destas competências e das metodologias de ensino.

Estas necessidades pedagógicas são reforçadas ao analisar em maior pormenor as metodologias utilizadas no processo de desenvolvimento de CCC em Portugal, que tanto segundo os alunos como docentes recaem especialmente no método expositivo (70,2% e 75,6% respetivamente), em reflexões sobre casos clínicos (44% e 70,7%), e em trabalhos/sessões em grupo (46% e 63,4%). Estes métodos entram em confronto com as metodologias identificadas pela literatura como as metodologias efetivas no desenvolvimento de CCC pela EACH, ASCO, Kurtz et al. (2017), Silverman et al. (2016), Díaz et al. (2016), Ballangrud et al., (2014), entre outros e mesmo as identificadas nas revisões de literatura referentes a programas de desenvolvimento de CCC de Bos – van den Hoek et al. (2019), Smith et al. (2018), Riley-Baker et al. (2020) e Mata et al. (2019). A evidência remete-nos para metodologias centradas no aluno e de carácter experiencial onde se pretende a ação no contexto mais realista possível da realidade profissional (contexto clínico ou simulações clínicas) e uma mudança duradoira de comportamentos em detrimento dos métodos centrados no docente, afastando-nos dos métodos expositivos. Uma análise mais visual das metodologias pedagógicas referidas por alunos e docentes pode ser analisada na figura 10.

Figura 10

Peso relativo das metodologias de ensino das CCC segundo percepção dos alunos e docentes, durante o CLE, em Portugal



Compreende-se a seleção preferencial do método expositivo pela facilidade e segurança na sua utilização uma vez que o docente controla os conteúdos e a cadência formativa e por ser um método com que os docentes estão mais familiarizados considerando os restantes conteúdos programáticos do CLE e como tal ser referenciado por 70,2% dos alunos e 75,6% dos docentes como método pedagógico de primeira instância. Apesar do método expositivo ter um papel fundamental no desenvolvimento de um quadro conceptual introdutório no desenvolvimento de CCC, não desenvolve efetivamente estas competências e não assegura a capacidade de aplicação das mesmas na prática clínica.

Na continuidade da análise das metodologias utilizadas na prática pedagógica verifica-se que a prática simulada e as sessões/ trabalhos de grupo e o role-play são os recursos mais utilizados referidos pelos alunos depois do método expositivo. Já os docentes referem que as metodologias que empregam concentram-se principalmente nas reflexões sobre casos clínicos e sessões/ trabalhos de grupo.

De realçar que os docentes que utilizam o Role-Play como método de ensino simultaneamente o utilizam como método de avaliação de CCC. Este facto vai de encontro com a literatura no sentido em que se defende a utilização do mesmo método de ordem experiencial aquando do ensino e avaliação.

Representam simultaneamente os docentes que mais detêm formação específica na área da Comunicação (73% dos docentes), como por exemplo mestrado em comunicação clínica, psicodrama, comunicação em saúde, comunicação terapêutica, programação neurolinguística, entre outros. Portanto, a experiência como docentes em CCC com formação específica que

detêm nesta área de saber subsidia as metodologias pedagógicas empregues e que são as defendidas na literatura como as mais efetivas.

Como são avaliadas as CCC no processo de ensino aprendizagem?

Constatamos no quadro concetual deste trabalho as dificuldades que existem na avaliação específica de CCC pelas inúmeras variáveis envolvidas. Uma análise dos dados encontrados nos instrumentos de recolha de dados permite-nos concluir que 47,7% dos alunos referem os testes escritos de escolha múltipla como metodologia de avaliação dominante seguido de discussão individual e em grupo (41,7%) e dos Role-plays (25,27%). Já os docentes referem a discussão individual e em grupo (56,1%), o Role-play(39%) e os testes escritos de escolha múltipla (34,1%). Estes dados, referentes à perceção dos alunos e docentes no processo de avaliação de CCC durante o CLE foram aglutinados na figura 11.

Figura 11

Peso relativo das metodologias de avaliação das CCC segundo perceção dos alunos e docentes, durante o CLE, em Portugal



Deste gráfico podemos inferir as diferentes perceções de alunos e docentes no que concerne a avaliação das CCC, destacando a identificação por parte dos docentes de uma abordagem pluri metodológica no processo de avaliação, perceção também partilhada pelos alunos mas de forma desproporcional. De destacar que as respostas dos alunos incidem com maior relevo nos testes escritos de escolha múltipla e curiosamente é dos métodos de avaliação menos identificados pelos docentes.

5 Conclusões

A realização deste trabalho de âmbito académico abriu as portas ao estudo de uma realidade de enorme relevância no contexto da formação pré-graduada dos enfermeiros, especialmente devido à ausência de evidência segundo uma perspetiva contemporânea, estrutural e direcionada no que diz respeito ao processo de desenvolvimento de CCC no CLE em Portugal. Utilizar CCC com efetividade resulta em inúmeros benefícios para os diferentes autores do contexto de prestação de cuidados: enfermeiros, enfermagem, clientes, instituições de ensino e instituições de prestação de cuidados. Estes benefícios estão amplamente relatados na bibliografia, solidificados em evidência científica e existem recomendações europeias bem delineadas sobre o processo de ensino aprendizagem das CCC nas ciências da saúde.

Dando resposta ao objetivo estrutural deste estudo, que se acredita ter atingido, adicionou-se ao leque de recursos já existentes sobre desenvolvimento de CCC novo conhecimento, fundamental para o contexto específico de Portugal e da formação pré-graduada dos enfermeiros, seja na identificação do processo em si mas também na possibilidade de reflexão das barreiras e oportunidades a nível institucional, organizacional e nível individual. Analisando os procedimentos instituídos no decurso do trabalho e o trabalho estatístico realizado, considera-se que a metodologia adotada foi consistente com o objetivo traçado.

Este trabalho permite concluir que apesar de ser transversal o reconhecimento da importância do ensino destas competências no CLE tanto por docentes e alunos, são poucas as instituições que dedicam unidades curriculares específicas para o efeito ou que organizam ações formativas extra curriculares sobre CCC. Deve-se também realçar que nenhuma instituição de ensino tem um currículo em CCC ou que inclua sistemática e estruturalmente o desenvolvimento de CCC em todos os anos do CLE.

São identificadas mais barreiras no desenvolvimento destas competências, nomeadamente o treino específico escasso em ensino de CCC e também o tempo atribuído limitado no plano curricular do CLE para o desenvolvimento destas competências. Apesar destas barreiras, constatou-se que em Portugal existe um corpo docente com experiência e potencial necessários ao treino específico de ensino de CCC, representando uma grande mais valia como alicerce de trabalho nesta temática.

No que diz respeito ao conteúdo lecionado em CCC pode-se concluir que ao longo do CLE são abordadas tanto competências do foro nuclear como complexas e somente o “comportamento não verbal”, “construção da relação clínica”, “padrões de linguagem/ estilos linguísticos” e “entrevista emocional” são concordantes entre perceções de alunos e docentes. No que concerne as metodologias de ensino preferenciais pelos docentes conclui-se que em Portugal adotam-se metodologias mais centradas no docente, de características expositivas, com escasso foco em metodologias de carácter experiencial. No seguimento e reforço destas conclusões, verificou-se que os alunos do CLE relatam a necessidade de ensino de estratégias de comunicação mais ligadas com a prática clínica.

No que diz respeito às metodologias de avaliação adotadas conclui-se que a discussão individual e/ou em grupo e os testes escritos de escolha múltipla são as estratégias mais utilizadas pelos docentes em Portugal, à exceção dos docentes que detêm formação específica em CCC que recorrem às mesmas metodologias que selecionaram durante o processo de ensino aprendizagem que remetem a sua estratégia para o método experiencial como é por exemplo o caso do Role-play.

Decorrente da análise das diferentes vertentes encontradas do processo de desenvolvimento de CCC, conclui-se que não existe no ensino pré-graduado em Portugal (seja em instituições de ensino público como particular) um currículo formal obrigatório em CCC, o que produz uma grande heterogeneidade de momentos de ensino ao longo do CLE, conteúdos lecionados (quantidade, qualidade e diversidade), metodologias pedagógicas utilizadas e métodos de avaliação adotados. Além desta variabilidade, o continuum metodológico do ensino de CCC tem ainda um foco predominantemente não experiencial.

Apesar de mais estudos serem necessários, os dados obtidos deste estudo reforçam a necessidade de melhoria do currículo de CCC no CLE em Portugal. A implementação de um programa curricular longitudinal e helicoidal ao longo do CLE de CCC, já validado pela EACH para as ciências da saúde com objetivos de aprendizagem transparentes de forma a standardizar o ensino em Portugal e de forma a comprometer-se com os requisitos estipulados para as profissões da saúde parece adquirir um papel importante.

Além da divulgação através deste trabalho, é intenção continuar a investigação nesta área e contribuir para a melhoria do processo de ensino aprendizagem em CCC.

No remate final deste trabalho emerge inevitavelmente o sentimento de dever cumprido, na mesma circunstância e certeza de um longo caminho a percorrer no que diz respeito à investigação na temática e no desenvolvimento das CCC dos nossos alunos do CLE.

6 Forças e Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas características que lhe conferem força, nomeadamente:

1. **Inovação:** representa o primeiro estudo a nível nacional a estudar o processo de desenvolvimento de CCC em estudantes pré graduados de enfermagem ;
2. **Perspetiva multidimensional :** É um estudo que engloba as fases do processo de ensino aprendizagem na aquisição de competências clínicas : o que é ensinado ; como esse conteúdo programático é ensinado e como esse conteúdo é avaliado;
É igualmente multidimensional pois aborda perspectivas de alunos do CLE mas também dos docentes que lecionam CCC, com recurso a instrumentos de colheita de dados que permitem comparabilidade entre eles ;
3. **Abrangência:** É um estudo que incluiu todo o território nacional continental e ilhas e que incorporou tanto ensino superior público como particular ;
4. Temática atual e com referencial teórico sólido e evidências científicas atuais ;

5. **Participação** : obtiveram-se respostas de 76% do total de escolas públicas e 79% do total de escolas privadas e foi possível superar a amostra significativa de alunos necessária do total de 12.124 alunos a nível nacional e em todas as regiões geográficas NUTS II obtiveram-se respostas de no mínimo de 50% das escolas, tendo na zona centro atingido 83,3% do total de escolas ;
6. **Visão para o futuro**: Prepara terreno para novas investigações na área das CCC em estudantes de enfermagem ao incorporar a versão traduzida para português da CSAS pela equipa de investigação da FMUP no instrumento de colheita de dados dos alunos. Abrem-se portas a um novo estudo no sentido de validar esta escala para a população portuguesa, usufruindo da considerável amostra de alunos que este estudo englobou ;
7. **Contributo para o processo de ensino aprendizagem de CCC no CLE**: Propõe uma estrutura de ensino de CCC baseada em referenciais teóricos de enfermagem, fornece uma análise SWOT relativa à sua implementação tendo por base os resultados encontrados neste estudo.

Apesar das forças citadas, este estudo apresenta diversas limitações. O fato de se ter efetuado uma pesquisa exaustiva no quadro concetual no sentido de melhor compreender o foco em estudo tornou-se um desafio pois foi necessário gerir com uma quantidade considerável de dados. Foram necessárias várias etapas de análise e refinamento para dar resposta ao objetivo do estudo, que necessariamente produziu a inclusão e remoção de itens. Não é possível afirmar que este processo não tenha omitido dados importantes, apesar de terem sido feitos todos os esforços para que tal não ocorresse.

Apesar da taxa de resposta de participantes em estudos científicos oscilar consideravelmente entre instituições de ensino, dependendo do método de distribuição do instrumento de recolha de dados, tipo de comunicação estabelecida entre investigadores e participantes e qualidade do convite para participar, mesmo com várias abordagens por parte dos investigadores e com recurso a diferentes metodologias (telefone, email, contacto direto, etc) a taxa de resposta poderia ter sido maior, substanciando ainda mais o trabalho.

Não foi possível recolher dados de todas as escolas que ministram o CLE em Portugal e não foi possível recolher uma amostra representativa em cada instituição de ensino. Não sendo uma amostra estratificada em termos nacionais pode não representar de forma clara todos os extratos e instituições. Os dados refletiriam uma realidade mais apurada se a amostra fosse representativa de cada instituição por si e somente depois do panorama nacional, uma vez que em diferentes escolas ocorreram diferentes índices de participação por parte dos alunos de cada ano do CLE. Por exemplo, uma análise dos dados de forma mais aprofundada permite concluir a ocorrência de um fenómeno de *oversampling* devido ao elevado número de respostas de uma das instituições de ensino, mesmo considerando o facto de ser a escola com maior número de alunos de enfermagem a nível nacional.

É igualmente necessário referir que os dados obtidos foram os que os docentes referiram no instrumento de colheita de dados e podem não refletir a totalidade de unidades curriculares ministradas. Além deste fato (e avaliando por respostas dadas por alguns docentes como por exemplo “desconheço se existe alguma específica, mas eu falo sempre nas minhas” ou por exemplo “todas as unidades curriculares do curso”) existe a possibilidade de enviesamento destes resultados. Respostas socialmente desejáveis podem ocorrer na medida em que os docentes podem ter respondido de forma excessivamente positiva no instrumento de colheita de dados tornando presente conteúdo valorativo em prol da sua instituição e da sua performance como docente (Costa & Filho, 2017).

7 Implicações para a prática:

Além de fornecer uma base de dados sobre o processo de ensino aprendizagem de CCC nas instituições de ensino do CLE em Portugal, os resultados deste estudo podem ser úteis para sensibilizar os responsáveis das instituições de ensino superior de enfermagem sobre a importância das CCC na formação pré-graduada dos enfermeiros como habilidades que melhoram a qualidade da prática clínica. Potencialmente espera-se que, com esses dados, os professores das unidades curriculares tenham a capacidade de identificar e capitalizar melhor as oportunidades de integrar o desenvolvimento das CCC nos currículos académicos.

8 Propostas para investigações futuras

Este estudo alicerçou o conhecimento científico existente e acrescentou informação original e transferível para servir de suporte a futuras investigações sobre esta temática e formular hipóteses acerca deste fenómeno, agora mais claro. Seria interessante explorar de que forma as atitudes dos alunos em relação às CCC influenciam o processo de ensino aprendizagem durante o ensino pré-graduado pela validação para a população portuguesa e aplicação multicêntrica da CSAS e seria também interessante analisar de que forma as crenças e atitudes dos docentes influenciam este mesmo processo.

Considerando que na formação pré-graduada dos enfermeiros não se deve basear exclusivamente em processos cognitivos e lógico-dedutivos, realça-se a importância do desenvolvimento de cada indivíduo numa prática responsável, humana e atenta, numa balança entre paixão e mestria. Neste âmbito, somente o estudo sobre a interação humana em contexto de cuidados de saúde, como é o caso das CCC, podem dar resposta a situações em que a relação adquire um significado sem ímpar. Neste âmbito, investigações futuras sobre este fenómeno tornam-se igualmente relevantes.

CAPITULO III – UMA PROPOSTA DE ESTRUTURA DE ENSINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Ao longo deste quadro conceptual identificamos as razões que fundamentam a necessidade de incorporar as CCC no currículo pré-graduado dos enfermeiros e que existe também evidência que as CCC são passíveis de ser ensinadas, avaliadas, mantidas e aperfeiçoadas ao longo da vida. Foram explorados os objetivos de aprendizagem a atingir segundo a mais recente evidência científica e definiram-se as CCC que são relevantes ensinar e aprender ao longo do caminho, bem como as metodologias a utilizar para uma maior efetividade deste processo. Apesar de termos explorado o guia do modelo de CC como uma estrutura para o processo de ensino-aprendizagem e de este ser defendido como um modelo aplicável ao treino de CCC em enfermeiros segundo alguns autores, não é um modelo estruturado para a prática de enfermagem na sua conceção original.

Também considerando que ao longo do percurso histórico da ciência de enfermagem, foi persistentemente promovida a mentalidade de perceber o cliente como um todo, orgulhando-se da perspectiva diferenciadora da classe na não segmentação de aspetos psicológicos e fisiológicos, incluindo a ligação entre mente e espírito na promoção da saúde e prevenção da doença (Duncan, 2019) e a necessidade indissociável de mestria nas CCC, torna-se relevante uma estrutura de ensino e aprendizagem direcionada, no âmbito do saber específico desta ciência.

A ciência de enfermagem caracteriza-se por ser uma ciência humana de natureza prático reflexiva, criando, organizando e enriquecendo o saber no contexto clínico através de conhecimentos privados e públicos numa espiral hermenêutica e num movimento de translação, de forma não linear. Esta dinâmica contribui continuamente para a caracterização identitária da particularidade da disciplina de enfermagem nas ciências naturais e sociais. A progressiva exploração e construção de uma narrativa e linguagem própria da disciplina continuará a sustentar, edificar e enraizar a conceptualização teórica e comprovação no decorrer da prática da ciência de enfermagem. Requereu-se e comprova-se uma revolução a mãos dadas dos conceitos e o esmiuçamento necessário à clarificação dos domínios necessários, revelando a posição particular que a ciência de enfermagem assume nas ciências naturais e sociais e em especial nas ciências humanas prático reflexivas, rumo ao futuro (Queirós, 2010, 2012; Queirós & Figueiredo, 2015), onde o ensino pré-graduado dos enfermeiros utilizando quadros concetuais próprios da disciplina também se torna uma realidade.

Um dos primeiros quadros teóricos em enfermagem a explorar a comunicação em enfermagem e a relação enfermeiro-cliente foi *Hildegard Peplau* com a sua teoria das relações

interpessoais, publicada em 1952. Não é, portanto, uma teoria nova, mas permanece relevante na prática de enfermagem contemporânea e na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em particular, em que o conceito de relações interpessoais fornece uma estrutura contextual e operacional para a compreensão de muitos dos desafios do domínio da prática profissional de enfermagem, nomeadamente no âmbito comunicacional dos enfermeiros (Kaya & Boz, 2019). A teoria das relações interpessoais de Peplau é uma teoria de referência que enfatiza a reciprocidade na relação interpessoal entre enfermeiros e clientes e desloca o pensamento intelectual da ciência da enfermagem de "o que os enfermeiros fazem aos clientes" para "o que os enfermeiros fazem com os clientes". Suplanta os cuidados técnicos baseados no modelo biomédico para um modelo assente num relacionamento dinâmico, interativo e colaborativo entre enfermeiros e clientes, ao estabelecer um guia clarificado de comunicação (Washington Pinheiro et al., 2019).

É considerada uma teoria de classificação descritiva de médio alcance e incorporada na linha da escola interacionista de pensamento, que se focaliza na promoção de conexões entre os enfermeiros e os clientes (Rosa et al., 2020; Younas & Quennell, 2019).

A teoria das relações interpessoais de Peplau fornece à ciência de enfermagem um conjunto útil de fases de trabalho, frequentemente sobrepostas, que ilustram a interação dos enfermeiros com os clientes e tem sido utilizada no ensino pré-graduado dos enfermeiros para esclarecer e explorar as ocorrências na díade entre enfermeiro e cliente (Engbers, 2020). Ao longo das fases da teoria os sentimentos, emoções e comportamentos dos enfermeiros são explorados, assim como os dos clientes. As fases da relação enfermeiro-cliente são progressivas e fundamentadas, num relacionamento que se distingue do casual ao incorporar o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para assistir o cliente na sua fase de transição específica (Arabacı, 2019; Pinheiro et al., 2019).

Considerando que:

- a. os alunos beneficiam de metodologias pedagógicas que lhes propiciam orientações claras, oportunidades de reflexão e aplicabilidade na prática clínica;
- b. o modelo teórico de enfermagem de médio alcance de Peplau providencia uma estrutura organizada da relação interpessoal enfermeiro-cliente, segmentada em fases delineadas;
- c. existem objetivos de aprendizagem de CCC delineados pela EACH que se refletem em CCC essenciais a serem aprendidas no curso pré-graduado;

Surge a oportunidade de estruturar no percurso académico em enfermagem um currículo específico e organizado de CCC nucleares à luz de um modelo teórico de enfermagem. Este desafio será alcançado incorporando os objetivos de aprendizagem e CCC necessárias nas fases da relação terapêutica de *Hildegard Peplau*, sistematizando e organizando o pensamento e o ensino destas competências para instituições de ensino, docentes e alunos. Baseada no método experiencial defendido por Hildegard Peplau, no *feedback* construtivo e

aprendizagens incrementais e no ciclo de aprendizagem e avaliação baseado em competências de Bajis poderá representar um marco de relevo no ensino das CCC no ensino pré-graduado dos enfermeiros, com a respetiva confirmação de validade e fidelidade como instrumento. Ao ocorrer, representará uma ferramenta com claros objetivos de aprendizagem e que, a ser coordenada com o restante CLE num ensino longitudinal e gradualmente ensinado em níveis de complexidade crescente, não só vai de encontro com o estado da arte no desenvolvimento de CCC, mas também com um modelo teórico específico e exclusivo à ciência de enfermagem.

Os dados encontrados neste estudo permitiram construir uma análise SWOT que pode assistir passos futuros no caminho da investigação e a possível implementação deste programa (tabela 32).

Tabela 32

Análise SWOT: implicações na implementação de um programa de CCC perante os resultados encontrados

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento por docentes e alunos da importância e necessidade em desenvolver CCC durante o CLE • Corpo docente com potencial, capital cognitivo e experiência necessárias • Algumas instituições de ensino já incluem unidades curriculares isoladas para o desenvolvimento de CCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco treino específico em ensino de CCC • Mudança que requer elevado investimento de tempo • Integração insuficiente ao longo do CLE de unidades curriculares de CCC (tempo limitado disponível para o ensino destas competências identificado por alunos e docentes) • Interrupções da espiral cumulativa de aprendizagem destas competências ao longo do CLE • Poucos instrumentos validados de metodologias de avaliação em CCC
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de reforma curricular • Existem experiências de outros países sobre a implementação deste currículo em CCC em profissões da saúde • Cooperação ativa e disponibilização da EACH 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos associados • Tempo associado • Suporte institucional • Outras exigências académicas em simultâneo • Resistência à mudança

CAPITULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento está concebido de forma a tornar claro todo o percurso que levou à questão de investigação e à necessidade de resposta a inquietudes, sua operacionalização de acordo com o método experimental, os resultados obtidos e respetiva discussão de todo o processo e estudo. Foram tornados claros os argumentos e desenvolvimentos que fluíram ao longo do caminho percorrido e que naturalmente culmina neste produto final, mas de portas abertas para estudos de espectro mais alargado na ciência da enfermagem.

Refletindo sobre o percurso realizado ao longo da execução deste trabalho, posso afirmar que este representou um ciclo de aprendizagem e enriquecimento pessoal, permitindo o meu desenvolvimento profundo enquanto profissional de enfermagem, permitiu desenvolver um processo de investigação sobre uma problemática relevante. Além disto, permitiu-me como enfermeiro e como pessoa potenciar a minha capacidade de análise, reflexão e crítica no que diz respeito à investigação e à prática baseada na evidência. Apesar de este trabalho ter ultrapassado o cronograma inicialmente programado (seja por razões de desafios na colheita de dados, pela imperiosidade de exigências familiares ou mesmo pela Pandemia de Covid-19 que muito exigiu ao nível profissional), permitiu-me fazer a ponte entre a teoria e a prática e permitiu o desenvolvimento das minhas competências a diversos níveis como por exemplo ao nível da revisão da literatura, amostragem, análise e interpretação de dados, organização do pensamento e planeamento do trabalho. Por isso, a aprendizagem que este trabalho me proporcionou superou qualquer obstáculo sentido ao longo do caminho.

Uma vez que a prática baseada em evidência assume cada vez maior relevância nos dias de hoje, as competências dos enfermeiros, mais concretamente dos enfermeiros especialistas, não devem advir somente da experiência e não podem basear-se no senso comum. Devem, antes, estar alicerçadas em bases científicas sólidas.

O sentimento de dever cumprido é alcançado, mas igual certeza que representa somente um passo inicial no caminho de um currículo estruturado e transversal em CCC no CLE em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review: Nurses' communication with families in the ICU - a thematic literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Ajjawi, R., & Higgs, J. (2014). Core components of communication of clinical reasoning: A qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Advances in Health Sciences Education*, 17(1), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>
- Alexander, K., Banerjee, S. C., Manna, R., Alici, Y., Nelson, C., Gangai, N., Shen, M. J., Parker, P. A., & Korc-Grodzicki, B. (2019). Addressing communication challenges in older patients with cancer and geriatric syndromes: A communication skills training module for health care providers. *European Geriatric Medicine*, 10(2), 319-319–326. Complementary Index. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-00157-x>
- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C., & Afriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Andersson, S.-O., Bardel, A., André, M., & Kristiansson, P. (2019). Consultation skills of last semester medical students in Sweden: Video-recorded real-patient consultations in primary health care assessed by Calgary-Cambridge Global Consultation Rating Scale, a pilot study. *MedEdPublish*, 8(2). <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000088.1>
- Antičević, Sindik, Klarin, & Đogaš. (2018). *Effects of social skills training among freshman undergraduate nursing students: A randomized controlled trial*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Effects-of-social-skills-training-among-freshman-a-Anti%C4%8Devi%C4%8D-Sindik/aeac81763a1ad4c4bacfbc302d46d99115380ef3>
- Arabacı, L. B. (2019). Effect Of Using A Peplau's Interpersonal Relation Nursing Model In The Care Of A Juvenile Delinquent. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.54366>
- Aronowitz, T., Aronowitz, S., Mardin-Small, J., & Kim, B. (2017). Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as Education in Advanced Practice Registered Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 33(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.06.003>
- Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care

- professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Bachmann, C., Kiessling, C., Härtl, A., & Haak, R. (2016). Communication in Health Professions: A European consensus on inter- and multi-professional learning objectives in German [Text/html]. *GMS Journal for Medical Education*; 33(2):Doc23. <https://doi.org/10.3205/ZMA001022>
- Bachmann, C., Roschlaub, S., Harendza, S., Keim, R., & Scherer, M. (2017). Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1874–1881. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.030>
- Back, A. L., Fromme, E. K., & Meier, D. E. (2019). Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, S435. Complementary Index. <https://doi.org/10.1111/jgs.15709>
- Bajis, D., Chaar, B., Basheti, I. A., & Moles, R. (2019). Pharmacy students' medication history taking competency: Simulation and feedback learning intervention. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 11(10), 1002–1015. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.06.007>
- Bajis, D., Chaar, B., & Moles, R. (2020). Rethinking Competence: A Nexus of Educational Models in the Context of Lifelong Learning. *Pharmacy*, 8(2), 81. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8020081>
- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002>
- Balzer-Riley, J. W. (2017). *Communication in nursing* (Eighth edition). Elsevier.
- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T., Hammonds, S., Krueger, C. A., Parker, P. A., & Bylund, C. L. (2016). Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>
- Barilaro, A., Conidi, A., Ligarò, S., Licata, F., Marinaro, M. A., Ventura, S., Varano, A., Zangari, I., Pagliuso, C., Pagnotta, R., Garieri, P., Papaleo, A., Grande, L., Manduci, E., Napolitano, D., Aida, B., De Filippo, C., & Spagnuolo, R. (2019). Nursing Communication as a Tool for Patient Satisfaction. A Single Hospital Survey. *The Open Nursing Journal*, 13(1), 220–227. <https://doi.org/10.2174/1874434601913010220>
- Bello, O. (2017). *Effective Communication in Nursing Practice: A literature review* [Arcada University of applied sciences]. <https://core.ac.uk/download/pdf/84798372.pdf>
- Beyebach, M., Neipp, M. del C., García-Moreno, M., & González-Sánchez, I. (2018). IMPACT of nurses' solution-focused communication on the fluid adherence of adult patients on haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), 2654–2657. <https://doi.org/10.1111/jan.13792>

- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Bombeke, K., Symons, L., Vermeire, E., Debaene, L., Schol, S., De Winter, B., & Van Royen, P. (2012). Patient-centredness from education to practice: The ‘lived’ impact of communication skills training. *Medical Teacher*, 34(5), e338–e348. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.670320>
- Bos – van den Hoek, D. W., Visser, L. N. C., Brown, R. F., Smets, E. M. A., & Henselmans, I. (2019). Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: A systematic review of reviews. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 13(1), 33–33–45. Complementary Index. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000409>
- Boucher, V. G., Gemme, C., Dragomir, A. I., Bacon, S. L., Larue, F., & Lavoie, K. L. (2020). Evaluation of Communication Skills Among Physicians: A Systematic Review of Existing Assessment Tools. *Psychosomatic Medicine*, 82(4), 440–451. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000794>
- Brouwers, M., Custers, J., Bazelmans, E., van Weel, C., Laan, R., & van Weel-Baumgarten, E. (2019). Assessment of medical students’ integrated clinical communication skills: Development of a tailor-made assessment tool. *BMC Medical Education*, 19(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1557-3>
- Bukstein, D. A. (2016). Patient adherence and effective communication. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 117(6), 613–619. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.08.029>
- Bussard, M. E., & Lawrence, N. (2019). Role Modeling to Teach Communication and Professionalism in Prelicensure Nursing Students. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(3), 219–223. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.04.005>
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2014). Simulation in the Internet age: The place of Web-based simulation in nursing education. An integrative review. *Nurse Education Today*, 34(12), 1435–1442. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.001>
- Carvalho, I., Dores, A., Grilo, A., Martins, I., Magalhães, A., & Salgado, A. (2016). Psychometric Properties of the Communication Skills Attitudes Scale (CSAS) among Portuguese undergraduate students in Allied Health Sciences. *Implementation Science and Knowledge Translation in Health Communication*, 30, 102. http://www.aachonline.org/Portals/36/Medical%20Encounter%20Archives/AACH_MedicalEncounter_Winter2016_FINAL.pdf
- Center for Teaching Excellence. (2020). *Designing multiple-choice questions: University of Waterloo*. <https://uwaterloo.ca/centre-for-teaching-excellence/teaching-resources/teaching-tips/developing-assignments/assignment-design/designing-multiple-choice-questions>

- Clark, P. G. (2014). Narrative in interprofessional education and practice: Implications for professional identity, provider–patient communication and teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 34–39. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.853652>
- Cooper, M., Cominos, N., Thoires, K., Harper, R., & Cross, G. (2020). ‘Love the way you’re teaching us’: A purpose-developed clinical communication workshop for first year midwifery students. *Nurse Education in Practice*, 102773. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102773>
- Costa, A., & Filho, N. (2017). Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade. *INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA*, 21(3). <https://core.ac.uk/download/pdf/328066671.pdf>
- Crawford, T., Candlin, S., & Roger, P. (2017). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse–patient communication. *Collegian*, 24(1), 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.001>
- Criscione-Schreiber, L. (2020). Turning Objective Structured Clinical Examinations into Reality. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 46(1), 21–35. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.09.010>
- Cummins, D., Waters, D., Aggar, C., & O’Connor, C. C. (2018). Potential impacts of poor communication on early diagnosis of HIV-associated neurocognitive disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1342–1348. <https://doi.org/10.1111/jan.13533>
- Darling-Hammond, L., Flook, L., Cook-Harvey, C., Barron, B., & Osher, D. (2020). Implications for educational practice of the science of learning and development. *Applied Developmental Science*, 24(2), 97–140. <https://doi.org/10.1080/10888691.2018.1537791>
- DeMoor, S., Abdel-Rehim, S., Olmsted, R., Myers, J. G., & Parker-Raley, J. (2017). Evaluating trauma team performance in a Level I trauma center: Validation of the trauma team communication assessment (TTCA-24). *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 83(1), 159–164. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001526>
- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: A systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ Open*, 7(4), e014570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014570>
- Deslauriers, L., McCarty, L. S., Miller, K., Callaghan, K., & Kestin, G. (2019). Measuring actual learning versus feeling of learning in response to being actively engaged in the classroom. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(39), 19251–19257. <https://doi.org/10.1073/pnas.1821936116>
- Díaz, J. L., Leal, C., García, J. A., Hernández, E., Adánez, M. G., & Sáez, A. (2016). Self-Learning Methodology in Simulated Environments (MAES©): Elements and Characteristics. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(7), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.02.011>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and

- mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R., & Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(7), 675–692. <https://doi.org/10.1177/0004867417707820>
- Dohms, M. C., Collares, C. F., & Tibério, I. C. (2020). Video-based feedback using real consultations for a formative assessment in communication skills. *BMC Medical Education*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1955-6>
- Dohms, M., Collares, C. F., & Tibério, I. (2019). *Brazilian version of the Calgary-Cambridge Observational Guide (CCOG): Cross-cultural adaptation and psychometric properties* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.2.10774/v1>
- Dolin, J., Black, P., Harlen, W., & Tiberghien, A. (2018). Exploring Relations Between Formative and Summative Assessment. Em J. Dolin & R. Evans (Eds.), *Transforming Assessment* (Vol. 4, pp. 53–80). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63248-3_3
- Donesky, D., Anderson, W. G., Joseph, R. D., Sumser, B., & Reid, T. T. (2020). TeamTalk: Interprofessional Team Development and Communication Skills Training. *Journal of Palliative Medicine*, 23(1), 40–47. Complementary Index. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0046>
- Duncan, D. (2019). *General practice nursing: Foundational principles*.
- Ellington, L., Clayton, M. F., Reblin, M., Donaldson, G., & Latimer, S. (2018). Communication among cancer patients, caregivers, and hospice nurses: Content, process and change over time. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 414–421. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.013>
- Engbers, R. A. (2020). Students' perceptions of interventions designed to foster empathy: An integrative review. *Nurse Education Today*, 86, 104325. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104325>
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), 468–477. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>
- Ferrández-Antón, T., Ferreira-Padilla, G., del-Pino-Casado, R., Ferrández-Antón, P., Baleriola-Júlvez, J., & Martínez-Riera, J. R. (2020). Communication skills training in undergraduate nursing programs in Spain. *Nurse Education in Practice*, 42, 102653. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102653>
- FMUC. (2017). *CONSTRUÇÃO DE PERGUNTAS E TESTES DE ESCOLHA MÚLTIPLA: GUIÃO ORIENTADOR PARA REGENTES DO MIM E MIMD DA FMUC*. https://www.uc.pt/fmuc/DocumentosHomepage/2017/Outubro/Guiao_para_Construcao_de_Perguntas_e_Testes_de_Escolha_Multipla_CPedagogico_Vs2_jun2017.pdf

- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização* (5.^a ed.). Lusociência.
- Frankel, R. (1999). Getting the Most out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model. *The Permanente Journal*. <https://doi.org/10.7812/TPP/99-020>
- Freire, P., Macedo, D. P., & Shor, I. (2018). *Pedagogy of the oppressed* (M. B. Ramos, Trad.; 50th anniversary edition). Bloomsbury Academic.
- Furduescu, B.-A. (2019). Neuro-Linguistic Programming: History, Conception, Fundamentals and Objectives. *Valahian Journal of Economic Studies*, 10(1), 39–50. <https://doi.org/10.2478/vjes-2019-0004>
- Ghaderi, I., & Farrell, T. M. (2020). Toward effective feedback: From concept to practice. *Surgery*, 167(4), 685–685–688. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.06.014>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- Goch, A. M., Karia, R., Taormina, D., Kalet, A., Zuckerman, J., Egol, K. A., & Phillips, D. (2018). A Comparison of Assessment Tools: Is Direct Observation an Improvement Over Objective Structured Clinical Examinations for Communications Skills Evaluation? *Journal of Graduate Medical Education*, 10(2), 219–222. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00587.1>
- Góes, F. D. S. N. de, Aredes, N. D. A., Hara, C. Y. N., Fonseca, L. M. M., & Campbell, S. H. (2017). Simulation with standardized patients: Nursing student's communication skills in health. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(3), 383. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300014>
- Granados Gámez, G. (2009). The Nurse-Patient Relationship as a Caring Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 126–127. <https://doi.org/10.1177/0894318409332789>
- Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., & Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2241. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072241>
- Hardee, J., Rehring, T., & Cassara, J. (2019). Effect and Durability of an In-depth Training Course on Physician Communication Skills. *The Permanente Journal*. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-154>

- Harden, R. M. (2016). Revisiting 'Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)'. *Medical Education*, 50(4), 376–379. <https://doi.org/10.1111/medu.12801>
- Harnischfeger, N., Rath, H. M., Ullrich, A., Alt-Epping, B., Letsch, A., Thuss-Patience, P., Bokemeyer, C., Oechsle, K., & Bergelt, C. (2020). Evaluation of a communication skills training to facilitate addressing palliative care related topics in advanced cancer patients: Study protocol of a multicenter randomized controlled trial (PALLI-KOM). *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-1–8. Academic Search Complete. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00568-3>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Henselmans, I., Laarhoven, H. W. M., Maarschalkerweerd, P., Haes, H. C. J. M., Dijkgraaf, M. G. W., Sommeijer, D. W., Ottevanger, P. B., Fiebrich, H., Dohmen, S., Creemers, G., Vos, F. Y. F. L., & Smets, E. M. A. (2020). Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial. *Oncologist*, 25(3), e578. Complementary Index. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0453>
- Heydarian, S., امیری, م., & جانی توزنده, ح. (2018). The effectiveness of self-control and communication skills on emotional regulation, perceived pain severity and self-care behaviors in diabetic neuropathy. *Journal of fundamental in mental health*, 20(6). <https://doi.org/10.22038/jfmh.2018.11773>
- Hickman, R. L., Clochesy, J. M., & Alaamri, M. (2016). Validation of an Interaction Model of Health Behavior Among Adults With Hypertension. *Western Journal of Nursing Research*, 38(7), 874–892. <https://doi.org/10.1177/0193945916628864>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Sílabo.
- Hoffman, J. (2018). *Medical Malpractice in America: A 10-year assessment with insights* (p. 28) [CRICO 2018 CBS BENCHMARKING REPORT]. Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. <https://www.rmhf.harvard.edu/cbsreport>
- Hurtig, R. R., Alper, R. M., & Berkowitz, B. (2018). The Cost of Not Addressing the Communication Barriers Faced by Hospitalized Patients. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 99–112. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.99>
- Iversen, E. D., Wolderslund, M. O., Kofoed, P.-E., Gulbrandsen, P., Poulsen, H., Cold, S., & Ammentorp, J. (2020). Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge Guide. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-1–9. Complementary Index. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02050-3>
- Jansen, J., van Weert, J. C. M., de Groot, J., van Dulmen, S., Heeren, T. J., & Bensing, J. M. (2010). Emotional and informational patient cues: The impact of nurses' responses on recall.

- Patient Education and Counseling*, 79(2), 218–224.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.010>
- Jeppesen, K. H., Christiansen, S., & Frederiksen, K. (2017). Education of student nurses – A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 55, 112–121.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.005>
- Jin, H. K., Park, S. H., Kang, J. E., Choi, K. S., Kim, H. Ah., Jeon, M. S., & Rhie, S. J. (2019). The influence of a patient counseling training session on pharmacy students' self-perceived communication skills, confidence levels, and attitudes about communication skills training. *BMC Medical Education*, 19(1), N.PAG. Complementary Index.
<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1607-x>
- Joseph, J., Sicoutris, C., & Raper, S. E. (2020). Communication Skills Training for Surgical Inpatient Advanced Practice Providers in an Academic Health-Care System. *Journal of Patient Experience*, 7(1), 42–48. Complementary Index.
<https://doi.org/10.1177/2374373518809011>
- Kasper, J., Liethmann, K., Heesen, C., Reissmann, D. R., & Geiger, F. (2017). Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions-Preliminary testing of a newly developed module. *Health Expectations*, 20(6), 1254–1263.
<https://doi.org/10.1111/hex.12565>
- Kaur, R., Meiser, B., Ziliacus, E., Tim Wong, W. K., Woodland, L., Watts, K., Tomkins, S., Kissane, D., Girgis, A., Butow, P., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., Shaw, T., Tebble, H., Norris, C., & Goldstein, D. (2019). Evaluation of an online communication skills training programme for oncology nurses working with patients from minority backgrounds. *Supportive Care in Cancer*, 27(5), 1951–1960. Complementary Index.
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4507-4>
- Kaya, A., & Boz, İ. (2019). The development of the Professional Values Model in Nursing. *Nursing Ethics*, 26(3), 914–923. Complementary Index.
<https://doi.org/10.1177/0969733017730685>
- Keller, A. C., Bergman, M. M., Heinzmann, C., Todorov, A., Weber, H., & Heberer, M. (2014). The relationship between hospital patients' ratings of quality of care and communication. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 26–33.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt083>
- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 89, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>
- Kiessling, claudia, Essers, geurt, & Anvik, T. (2015). *General principles for the assessment of communication skills* (p. 8). European Association os Communication in Healthcare. <https://www.each.eu/wp-content/uploads/2015/03/General-principles-assessment-communication-skills.pdf>

- Kissane, D. W., Bultz, B. D., Butow, P., Bylund, C. L., Noble, S., & Wilkinson, S. (2017). *Oxford textbook of communication in oncology and palliative care*. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4811883>
- Kolb, A., & Kolb, D. (2017). Experiential Learning Theory as a Guide for Experiential Educators in Higher Education. *Experiential Learning & Teaching in Higher Education*, 1(1), 7.
- Kotwal, S., Khaliq, W., Landis, R., & Wright, S. (2016). Developing a comporment and communication tool for use in hospital medicine: Comporment and Communication Score. *Journal of Hospital Medicine*, 11(12), 853–858. <https://doi.org/10.1002/jhm.2647>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), 65. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Kuntze, J., van der Molen, H. T., & Born, M. Ph. (2018). Mastery of Communication Skills. Does Intelligence Matter? *Health Professions Education*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2016.08.002>
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J., Dalen, J. van, & Platt, F. W. (2017). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (1.^a ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315378398>
- Kwon, S. M., Lee, J. H., Kwon, R. W., & Lee, J. H. (2020). 간호전문직관과 교수효율성이 간호학생의 임상수행능력에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 21(8), 267–276. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.8.267>
- Leonard, P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional—Patient communication issues. *Supportive Care in Cancer*, 25(S1), 7–9. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>
- Lichtenstein, N. V., Haak, R., Ensmann, I., Hallal, H., Huttenlau, J., Krämer, K., Krause, F., Matthes, J., & Stosch, C. (2018). Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. *GMS Journal for Medical Education*, 35(2), Doc18. <https://doi.org/10.3205/zma001165>
- Lloyd, M., Bor, R., & Noble, L. (2019). *Clinical communication skills for medicine*.
- Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2013a). Competências relacionais dos estudantes de enfermagem: Follow-up de programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*, 27–36. <https://doi.org/10.12707/RIII1253>
- Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2013b). Interpersonal Communication Assessment Scale: Psychometric Study of the Portuguese Version. *Journal of Professional Nursing*, 29, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.010>
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Loureiro, E. (2015). *Teaching and assessing integrated communication skills in medicine: Towards the implementation of clinical communication skills curriculum* [Faculdade de

https://sigarra.up.pt/fep/en/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=35397

- Loureiro, E., Cavaco, A. M., & Ferreira, M. A. (2015). Competências de Comunicação Clínica: Objetivos de Ensino-Aprendizagem para um Currículo Nuclear nas Áreas da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 491–495. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- Loureiro, E., Ferreira, M. A., Fresta, M., Ismail, M., Rehman, S. U., & Broome, M. (2017). Teaching and assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of Portuguese Angolan and Mozambican Medical Education. *Porto Biomedical Journal*, 2(2), 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.005>
- Loureiro, E., Severo, M., & Ferreira, M. A. (2015). Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1039–1043. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.009>
- Lujan, H. L., & DiCarlo, S. E. (2006). Too much teaching, not enough learning: What is the solution? *Advances in Physiology Education*, 30(1), 17–22. <https://doi.org/10.1152/advan.00061.2005>
- Mahdiye, Tayebe Reyhani, & Seyyed Mohsen Asghari Nekah. (2016). The Effect of Training on Communication Skills of Nurses with Child through Small Groups Discussion. *Future of Medical Education Journal*, 6(4), 38–43. <https://doi.org/10.22038/FMEJ.2016.8339>
- Makoul, G. (2001a). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Makoul, G. (2001b). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 23–34. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00136-7)
- Martínez-Riera, J., Sanjuán-Quile, Á., Cibanal-Juan, L., & Pérez-Mora, M. (2011). ROLEPLAYING EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE LOS PROFESORES. *Cogitare Enfermagem*, 16, 411–417.
- Mata, Á. N. de S., Azevedo, K. P. M. de, Braga, L. P., Medeiros, G. C. B. S. de, Oliveira Segundo, V. H. de, Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2019). Training programs in communication skills to improve self-efficacy for health personnel: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(33), e16697. Complementary Index. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016697>
- McCarthy, B. (2017). Communication and Interpersonal Competencies for Undergraduate Nursing Students. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 03, 25–28. <https://doi.org/10.29352/mill0203.02.00138>

- McCarthy, M. (2016). Experiential Learning Theory: From Theory To Practice. *Journal of Business & Economics Research (JBER)*, 14(3), 91–100. <https://doi.org/10.19030/jber.v14i3.9749>
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Medical Education Featuring Mastery Learning With Deliberate Practice Can Lead to Better Health for Individuals and Populations: *Academic Medicine*, 86(11), e8–e9. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182308d37>
- McLeish, L., & Snowden, A. (2017). Reflection on practice: Consultation skills. *Nurse Prescribing*, 15(12), 600–604. <https://doi.org/10.12968/npre.2017.15.12.600>
- Mehay, R., & Burns, R. (2009). *The Essential Handbook for GP Training and Education*.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Henriques, L., & Neves, H. (2020a). Nursing Students' Relational Skills with Elders Improve through Humanitude Care Methodology. *International journal of environmental research and public health*, 17, 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228588>
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Henriques, L., & Neves, H. (2020b). Nursing Students' Relational Skills with Elders Improve through Humanitude Care Methodology. *International journal of environmental research and public health*, 17, 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228588>
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9). https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1990/09000/The_assessment_of_clinical.45.aspx
- Modi, J. N., Anshu, Chhatwal, J., Gupta, P., & Singh, T. (2016). Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. *Indian Pediatrics*, 53(6), 497–504. <https://doi.org/10.1007/s13312-016-0879-z>
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Mudiyanse, Herath, & Gamage. (2016). Evaluation of a Multidisciplinary Professional Development Activity to Enhance Communication Skills Based on Calgary Cambridge Model. *Journal of Nursing & Care*, 05(01). <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000318>
- National Association for Practical Nurse Education and Service, Inc. (2007). Standards of practice and educational competencies of graduates of practical/vocational nursing programs. *The Journal of Practical Nursing*, 57(2), 20–22.
- Nguyen, H., Terry, D., Phan, H., Vickers, J., & McInerney, F. (2019). Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1050–1069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14697>

- Nikmanesh, P., Mohammadzadeh, B., Nobakht, S., & Reza Yusefi, A. (2018). Nurses Communication Skills Training and Its Effect on Patients' Satisfaction in Teaching Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Sciences*. <https://doi.org/10.18502/jhs.v6i4.201>
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- Oh, P.-J., Jeon, K. D., & Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(5), e6–e15. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.019>
- Oh, S.-L., Kim, Y., Cho, E.-H., & Han, J.-Y. (2020). *Practical Approaches for Enhancing Student Performance in Summative Assessment*.
- Oliveira, K. R. E. de, & Braga, E. M. (2016). The development of communication skills and the teacher's performance in the nursing student's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(spe), 32–38. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300005>
- OMS. (2020). *WHO principles for effective communications*. WHO Principles for Effective Communications. <https://www.who.int/about/communications/principles>
- Opsomer, S., Joossens, S., De Wit, C., Lauwerier, E., & Pype, P. (2018). Losing Health Symbols Because of Nutrition-Related Problems in Advanced Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(5), 492–499. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000471>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Otogara, M., Babaei, M., Abzadeh, Z. A., Shabanpoor, M., Havasian, M. R., Rad, S. H., Eskandarloo, T., & Shayan, A. (2017). The Effect of Communication Skills Training for Medical Personnel on Patients' Satisfaction. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 10(11), 3951. <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2017.00717.X>
- Passmore, J., & Tatiana, R. (2019). International Coaching Psychology Review. *British Psychological Society*, 14(1), 57–59.
- Patrício, M. (2012). *COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM ESTUDANTES DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM APÓS A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA DE ENSINO CLÍNICO*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Payan-Carreira, R., Cruz, G., & Dominguez, C. (2019). *We Can Do Better: Building Competencies until Graduation*. Nova Science Publishers, Inc. <http://hdl.handle.net/10174/25668>

- Penberthy, J. K., Chhabra, D., Ducar, D. M., Avitabile, N., Lynch, M., Khanna, S., Xu, Y., Ait-Daoud, N., & Schorling, J. (2018). Impact of Coping and Communication Skills Program on Physician Burnout, Quality of Life, and Emotional Flooding. *Safety and Health at Work*, 9(4), 381–387. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.005>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: A conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Putnam. <https://books.google.pt/books?id=CDZtAAAAMAAJ>
- Peplau, H. E. (1957). What Is Experiential Teaching? *The American Journal of Nursing*, 57(7), 884–886.
- Persky, A. M., & Robinson, J. D. (2017). Moving from Novice to Expertise and Its Implications for Instruction. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(9), 6065. <https://doi.org/10.5688/ajpe6065>
- Pilling J., & Erdélyi K. (2016). Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 654–658. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30445>
- Pinheiro, C., Araújo, M., Maria Carneiro, K., Oliveira, C., & Alencar, A. (2019). *Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do Enfermeiro de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 5–7.
- Queirós, P. (2012). *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje, 100 anos* (pp. 7–8).
- Queirós, P., & Figueiredo, M. D. C. A. B. (2015). *Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática, da racionalidade técnica à prática reflexiva*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2517.6484>
- Queirós, S., Santos, L., Meneses, R., & Couto, G. (2019). Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde. *Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa*, 15.
- Rathod, S. R., Kolte, & shori, tony. (2017). Assessment of postgraduate dental students using mini-clinical examination tool in periodontology and implantology. *Indian Society Periodontology*, 21(5), 466–370. https://doi.org/doi:10.4103/jisp.jisp_293_16
- Rees, C., Sheard, C., & Davies, S. (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: The Communication Skills Attitude Scale (CSAS): Communication Skills Attitude Scale. *Medical Education*, 36(2), 141–147. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01072.x>
- Riley-Baker, J. K., Flores, B. E., & Young-McCaughan, S. (2020). Outcomes Educating Nursing Students Using an Evolving, Simulated Case Scenario. *Clinical Simulation in Nursing*, 39, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.10.001>
- Rosa, W. E., Dossey, B. M., Koithan, M., Kreitzer, M. J., Manjrekar, P., Meleis, A. I., Mukamana, D., Ray, M. A., & Watson, J. (2020). Nursing Theory in the Quest for the Sustainable Development Goals. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 178. Complementary Index.

- Ruiz Moral, R., García de Leonardo, C., Cerro Pérez, A., Caballero Martínez, F., & Monge Martín, D. (2020). Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: A qualitative study with academic leaders. *BMC Medical Education*, 20(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1944-9>
- Ruiz-Moral, R., Gracia de Leonardo, C., Caballero Martínez, F., & Monge Martín, D. (2019). Medical students' perceptions towards learning communication skills: A qualitative study following the 2-year training programme. *International Journal of Medical Education*, 10, 90–97. <https://doi.org/10.5116/ijme.5cbd.7e96>
- Sá-Couto, C., Patrão, L., Maio-Matos, F., & Pêgo, J. M. (2016). Biomedical Simulation: Evolution, Concepts, Challenges and Future Trends. *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 860. <https://doi.org/10.20344/amp.8403>
- Salmani, Z., Shiri, H., Mofrad, M. N., & Nasiri, M. (2020). The Effect of Nursing Communication Skills Training on Satisfaction of Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 1–8. <https://doi.org/10.9734/jpri/2019/v31i630383>
- Sam, G., & Leong, T. (2020). Competence-based frameworks in nursing – a concept analysis. *Journal of Applied Learning & Teaching*, 3(1). <https://doi.org/10.37074/jalt.2020.3.1.3>
- Sánchez Expósito, J., Leal Costa, C., Díaz Agea, J. L., Carrillo Izquierdo, M. D., & Jiménez Rodríguez, D. (2018). Ensuring relational competency in critical care: Importance of nursing students' communication skills. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.010>
- Sarkany, D., DeBenedictis, C. M., & Brown, S. D. (2018). A Review of Resources and Methodologies Available for Teaching and Assessing Patient-Related Communication Skills in Radiology. *Academic Radiology*, 25(7), 955–961. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2017.11.018>
- Sassen, B. (2018). *Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management*. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-51768-1>
- Schneider, A., Kühl, M., & Kühl, S. J. (2019). Longitudinal curriculum development: Gradual optimization of a biochemistry seminar. *GMS Journal for Medical Education*, 36(6), Doc73. <https://doi.org/10.3205/zma001281>
- Schoenfeld, E. M., Mader, S., Houghton, C., Wenger, R., Probst, M. A., Schoenfeld, D. A., Lindenauer, P. K., & Mazor, K. M. (2019). The Effect of Shared Decisionmaking on Patients' Likelihood of Filing a Complaint or Lawsuit: A Simulation Study. *Annals of Emergency Medicine*, 74(1), 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.017>
- Setyonugroho, W., Kropmans, T., Kennedy, K. M., Stewart, B., & Dalen, J. van. (2016). Calibration of communication skills items in OSCE checklists according to the MAAS-Global. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.001>

- Shahsavari, H., Ghiyasvandian, S., Houser, M. L., Zakerimoghadam, M., Kermanshahi, S. S. N., & Torabi, S. (2017). Effect of a clinical skills refresher course on the clinical performance, anxiety and self-efficacy of the final year undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 27, 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.006>
- Shaw, M. (2018). *Effective Communication Skills for Healthcare Workers* [Murray State University]. <https://digitalcommons.murraystate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1156&context=bis437>
- Sibiya, M. N. (2018). Effective Communication in Nursing. Em N. Ulutasdemir (Ed.), *Nursing*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74995>
- Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2016). *Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition*. CRC Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1499653>
- Sims, S., Leamy, M., Levenson, R., Brearley, S., Ross, F., & Harris, R. (2020). The delivery of compassionate nursing care in a tick-box culture: Qualitative perspectives from a realist evaluation of intentional rounding. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103580. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103580>
- Skär, L., & Söderberg, S. (2018). Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5(2), 224–232. <https://doi.org/10.1002/nop2.132>
- Skarbalienė, A., Skarbalius, E., & Gedrime, L. (2019). Effective communication in the healthcare settings: Are the graduates ready for it? *Management*, 24, 137–147. <https://doi.org/10.30924/mjcmi.24.si.9>
- Škodová, Z., Bánovčinová, L., & Bánovčinová, A. (2018). Attitudes towards communication skills among nursing students and its association with sense of coherence. *Kontakt*, 20(1), e17–e22. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.09.014>
- Smith, K. (2016). Assessment for Learning: A Pedagogical Tool. Em D. Wyse, L. Hayward, & J. Pandya, *The SAGE Handbook of Curriculum, Pedagogy and Assessment: Two Volume Set* (pp. 740–755). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781473921405.n46>
- Smith, M. B., Macieira, T. G. R., Bumbach, M. D., Garbutt, S. J., City, S. W., Stephen, A., Ansell, M., Glover, T. L., & Keenan, G. (2018). The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(8), 1140–1154. <https://doi.org/10.1177/1049909118761386>
- Soni, Ms. R. (2017). A Comparative Study to assess the Opinion and Level of Satisfaction of the Student Nurses regarding Objective Structured Clinical Examination (OSCE) and Traditional Method of Clinical Skills Assessment related to Antenatal Examination. *International Journal of Nursing & Midwifery Research*, 4(2), 9–12. <https://doi.org/10.24321/2455.9318.201711>

- Stewart, L. S., Stringer, T. H., VanRegenmorter, J., Miller, S., Alexander, E. H., & Phillippi, J. C. (2019). Interprofessional Simulation for Nursing and Divinity Students: Learning Beyond Checklists. *Clinical Simulation in Nursing*, 35, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.05.002>
- Stewart, M. (Ed.). (2007). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (2. ed., reprinted). Radcliffe Med. Press.
- Svensberg, K. (2017). *Facilitators and Barriers to Pharmacists' Patient Communication: The Pharmacist Profession, the Regulatory Framework, and the Pharmacy Undergraduate Education* [PhD, University of Oslo]. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57081/PhD-Svensberg-DUO.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Tavakoly, S. B., Peyman, N., Behzhad, F., Esmaeily, H., Taghipoor, A., & Ferns, G. (2018). Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Medical Teacher*, 40(2), 154–163. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1395002>
- Tavakoly Sany, S. B., Behzhad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Taveira-Gomes, I., Mota-Cardoso, R., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships: *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>
- Teixeira, A., Nogueira, M., & Alves, P. (2016). Structural empowerment in nursing: Translation, adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV16014>
- Thampy, H., Willert, E., & Ramani, S. (2019). Correction to: Assessing Clinical Reasoning: Targeting the Higher Levels of the Pyramid. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05593-4>
- Thiel, Jacques & Ram, & Paul & Dalen. (2000). *Maas-Global Manual 2000*. https://www.researchgate.net/publication/242736510_Maas-Global_Manual_2000
- Thompson, S. K. (2012). *Sampling* (3rd ed). Wiley.
- Tomlinson, JULIE. M.-F., CAROLYN. (2020). *How to be a great nurse—The heart of nursing*. M & K Publishing, AN IMPRIN.
- Totter, H. (2019). Communication skills for consulting nurses. Em *BSAVA Congress Proceedings 2019* (pp. 194–194). British Small Animal Veterinary Association. <https://doi.org/10.22233/9781910443699.28.5>
- Trickey, A. W., Newcomb, A. B., Porrey, M., Wright, J., Bayless, J., Piscitani, F., Graling, P., & Dort, J. (2016). Assessment of Surgery Residents' Interpersonal Communication Skills:

- Validation Evidence for the Communication Assessment Tool in a Simulation Environment. *Journal of Surgical Education*, 73(6), e19–e27. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.04.016>
- Trifkovič, K. Č., Lorber, M., Denny, M., Denieffe, S., & Gönc, V. (2017). Attitudes of Nursing Students Towards Learning Communication Skills. Em M. Pajnkihar, D. Vrbnjak, & G. Stiglic (Eds.), *Teaching and Learning in Nursing*. InTech. <https://doi.org/10.5772/67622>
- Vaghei, S., Mohammadi, A., Yavari, M., Vashani, H. B., Movahed, M., Vaghei, N., & Yazdani, H. (2019). Effect of Communication-Skill Training by Workshop and Virtual Methods on Social Phobia in Nursing Students: A Comparative Study. *Future of Medical Education Journal*, 9(3), 28–28–33. Complementary Index.
- van Beusekom, M. M., Cameron, J., Bedi, C., Banks, E., & Humphris, G. (2019). Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: A systematic review. *BMJ Open*, 9(4), 1–1–11. Complementary Index. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025420>
- van der Vleuten, C., van den Eertwegh, V., & Giroldi, E. (2019). Assessment of communication skills. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 2110–2113. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.007>
- Vargovich, A., Sperry, J., Spero, R., Xiang, J., & Williams, D. (2016). Use of Checklists Teaches Communication Skills Utilized by Specialties. *MedEdPublish*, 5(2). <https://doi.org/10.15694/mep.2016.000064>
- Varsha, B. (2020). *LEGAL ISSUES IN MEDICAL PRACTICE*. CBS PUBL & DIST PVT LTD I.
- Vázquez, L., & Gascons, M. (2004). *LIBRO BLANCO - PROYECTO DE LA TITULACIÓN DE ENFERMERÍA* (p. 336). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. <https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/enlaces-de-interes/libro-blanco-de-la-enfermeria.pdf>
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação—O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Silabo.
- Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di Donato, B., Giorgi, F., Landi, L., Salustri, E., Turci, C., & Proietti, M. G. (2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4456–4466. <https://doi.org/10.1111/jocn.13776>
- Vora, S., Lineberry, M., & Dobiesz, V. (2018). Standardized Patients to Assess Resident Interpersonal Communication Skills and Professional Values Milestones. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 1019–1023. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.8.37204>
- Wang, Y.-Y., Wan, Q.-Q., Lin, F., Zhou, W.-J., & Shang, S.-M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative

- literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.007>
- Wershofen, B., Heitzmann, N., Beltermann, E., & Fischer, M. R. (2016). Fostering interprofessional communication through case discussions and simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot project [Text/html]. *GMS Journal for Medical Education*; 33(2):Doc28. <https://doi.org/10.3205/ZMA001027>
- Whitehead, L., & Walker, D. K. (2019). Communication Skills Training for Health Care Professionals Who Work with Cancer Patients. *AJN American Journal of Nursing*, 119(7), 45-45–45. Complementary Index. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000569448.20036.d9>
- Wilby, K. J., Govaerts, M., Austin, Z., & Dolmans, D. (2019). Discriminating Features of Narrative Evaluations of Communication Skills During an OSCE. *Teaching and Learning in Medicine*, 31(3), 298–306. <https://doi.org/10.1080/10401334.2018.1529570>
- Williams, B. W., Byrne, P. D., Welindt, D., & Williams, M. V. (2016). Miller's Pyramid and Core Competency Assessment: A Study in Relationship Construct Validity. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(4), 295–299. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000117>
- Witheridge, A., Ferns, G., & Scott-Smith, W. (2019). Revisiting Miller's pyramid in medical education: The gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *International Journal of Medical Education*, 10, 191–192. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d9b.0c37>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-540–555. Complementary Index. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>
- Yu, M., & Kang, K. ja. (2017). Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 53, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.002>
- Zahl, D. A., Schrader, S. M., & Edwards, P. C. (2018). Student perspectives on using egocentric video recorded by smart glasses to assess communicative and clinical skills with standardised patients. *European Journal of Dental Education*, 22(2), 73–79. <https://doi.org/10.1111/eje.12217>

ANEXOS

ANEXO 1

Currículo de competências de comunicação nucleares para as profissões da saúde: objectivos para a formação pré-graduada na área dos cuidados de saúde
– versão portuguesa

Comunicar com pacientes	
Objetivos nucleares de Comunicação:	
	O estudante...
1	Adequa a sua comunicação ao nível do entendimento e linguagem do paciente, evitando jargão
2	Utiliza técnicas para criar e manter o rappor t e uma relação empática e garante que o paciente se sente atendido e escutado
3	Relaciona-se com o paciente respeitosamente assegurando a confidencialidade, privacidade e autonomia, reconhecendo o paciente como parceiro para a formação da relação
4	Incentiva e explora o conteúdo da história biopsicossocial do paciente
5	Incentiva o paciente a expressar as suas ideias, preocupações, expetativas e sentimentos , e aceita a legitimidade dos seus pontos de vista e sentimentos
6	Fornecer informação ao paciente de forma oportuna, compreensiva e significativa
7	Utiliza técnicas de escuta ativa
8	Reconhece situações difíceis e desafios comunicacionais e lida com elas construtivamente e de forma sensível
9	Reconhece a comunicação não-verbal , quer do paciente quer a própria e responde apropriadamente
10	Organiza a entrevista de forma estruturada do início ao fim
11	Utiliza diferentes tipos de questões de acordo com a situação
Objetivos específicos mais detalhados, dependendo do contexto e situação:	
Moldar a relação: <i>O estudante envolve o paciente na interação para estabelecer uma relação terapêutica utilizando uma abordagem centrada no paciente</i>	
12	Identifica as expetativas do paciente relativamente ao papel do profissional de saúde
13	Utiliza estratégias de resolução de conflitos adequadas
Perspetiva do paciente e crenças da saúde: <i>O estudante orienta a sua comunicação de acordo com as necessidades e preocupações efetivas do paciente</i>	
14	Descobre as necessidades e capacidades do paciente e adapta o plano/intervenção aos recursos e pontos fortes do paciente
15	Considera os elementos somáticos, mentais, sociais, de género, culturais, éticos e espirituais na avaliação do paciente e nos cuidados prestados e percebe as divergências entre seus próprios valores/normas e as do paciente
16	Responde às crenças de saúde e teorias de doença do paciente , contrasta e integra-as nas suas próprias teorias como profissional de saúde
Informação: <i>O estudante recolhe e comunica informação relevante de forma efetiva e necessária para o raciocínio clínico e a tomada de decisão</i>	
17	Descobre a quantidade de informação que o paciente requer e fornece a quantidade apropriada de informação
18	Fornecer informação de forma centrada no paciente e partilha-a com o seu consentimento
19	Procura e sintetiza a informação necessária aos cuidados a prestar ao paciente
20	Explora o nível de conhecimento que o paciente tem acerca da doença
21	Considera diferentes elementos na história do paciente
22	Conhece a importância de complementar a informação verbal com diagramas, modelos, informação escrita e instruções e aplica a informação de modo apropriado
23	Procura e sintetiza a informação relevante proveniente de outras fontes se necessária e disponível

Raciocínio clínico e tomada de decisão: <i>O estudante considera o grau de envolvimento dos pacientes e a sua responsabilidade no processo de raciocínio clínico e tomada de decisão</i>	
24	Determina o grau de envolvimento e responsabilidade que o paciente está disposto a assumir no processo de tomada de decisão
25	Discute com o paciente as possíveis vantagens, desvantagens e resultados esperados
26	Incentiva a participação ativa do paciente na tomada de decisão e explica as opções ou direitos do paciente, centrando-se nesse paciente
27	Clarifica o seu próprio papel no processo de tomada de decisão
28	Discute com o paciente o espectro de possíveis consequências da decisão e explica-lhe as consequências prováveis de não escolher determinadas medidas de diagnóstico e/ou terapêuticas
29	Explora os recursos psicológicos e sociais relevantes que o paciente tem para tomar decisões
30	Oferece ao paciente a opção de incluir outras pessoas no processo de tomada de decisão e clarifica com ele como e quando a decisão deve ser tomada
31	Discute as decisões com colegas, pacientes e seus familiares quando apropriado e regularmente reavalia suas próprias decisões , revendo-as se necessário
32	Se questionado pelo paciente, identifica claramente a sua opinião
Incerteza: <i>O estudante respeita a incerteza como parte integrante do raciocínio clínico e da tomada de decisão</i>	
33	Fala abertamente com o paciente sobre a incerteza e formula estratégias para lidar com isso
34	Explica ao paciente qual a informação necessária para minimizar a incerteza no processo de tomada de decisão

B: Comunicação intra e interprofissional (Profissionalismo e Reflexão)	
Comunicação e reflexão com o próprio e outros: <i>O estudante desenvolve consistentemente e melhora a autoconsciência, autorreflexão, os autocuidados e reflete com outros acerca da sua própria comunicação e comportamento</i>	
1	Reconhece suas emoções em relação aos outros e é capaz de trabalhar eficientemente apesar das suas próprias reações emocionais , quando a situação assim o exigir
2	Reconhece que uma comunicação eficaz com o paciente pode fomentar a sua satisfação e melhores resultados clínicos
3	Descreve e avalia criticamente a sua própria comunicação e comportamento considerando alternativas em ambos
4	Identifica, reflete e comunica as suas próprias forças, fraquezas, limitações e avalia seus próprios desejos, medos, objetivos, normas e valores
5	Avalia seus estereótipos e preconceitos sociais e está ciente que suas ações são influenciadas pela experiência pessoal, a situação presente e seus comportamentos e interesses
6	Reflete sobre as suas atitudes perante o trabalho
7	Reflete e discute desafios éticos, interculturais e outros nas suas próprias ações como profissional de saúde e discute abordagens para a sua resolução
8	Utiliza a autoridade e influência de forma responsável
9	Analisa e discute situações de conversação com outros
10	Conhece os modelos da relação profissional de saúde - paciente
Lidar com erros e incerteza: <i>O estudante aborda os erros e respeita as incertezas como parte integrante do raciocínio clínico e da tomada de decisão</i>	
11	Aborda os seus erros e os dos outros de forma a procurar soluções e dar assistência; conhece os princípios básicos para o desenvolvimento de erros
12	Aborda e lida com a sua própria incerteza de modo apropriado ao seu nível de formação

C: Comunicação em equipas de saúde (Comunicação profissional)	
Trabalho em equipa e comunicação entre profissionais: <i>O estudante demonstra capacidade para comunicar eficazmente em equipas multiprofissionais</i>	

1	Perceciona e respeita a individualidade, percepção subjetiva, diferentes pontos de vista dos membros da equipa e a especialização dos diferentes profissionais de saúde
2	Contribui para uma atmosfera positiva no trabalho
3	Utiliza regras de <i>feedback</i> e fornece feedback aos membros da equipa de forma apropriada
4	É capaz de resolver conflitos e permite uma negociação construtiva numa equipa de saúde
5	Assume, clarifica e reflete sobre o seu papel e sua responsabilidade na equipa e identifica o papel da sua profissão numa equipa inter profissional
6	Especifica e avalia seu potencial relativamente à equipa e está disposto e capaz de trabalhar com os outros
7	Compreende os princípios da dinâmica de equipa e os fatores que tanto podem apoiar como inibir o trabalho de equipa na prática
8	Identifica seus próprios interesses e distingue-os dos objetivos da equipa
9	Reflete sobre o impacto da sua opinião nos outros e toma isso em consideração
Liderança: O estudante demonstra competências básicas em liderança	
10	Fornece instruções claras
11	Assegura que toda a informação relevante é disponibilizada
12	Facilita a formação de opiniões no grupo, incentiva e recompensa os membros da equipa que dão voz a opiniões diferentes
Comunicação entre profissionais e gestão: O estudante utiliza a comunicação e estratégias de gestão de modo eficaz e eficiente	
13	Mantém registos claros e apropriados de consultas ou planos clínicos
14	Apresenta conhecimento especializado de forma eficaz
15	Identifica e é conhecedor de como se referir às pessoas/instituições/agências que podem ajudar a resolver apropriadamente os problemas numa dada situação

Autors/translators:

Afonso Miguel Cavaco - Department of Social Pharmacy, Faculty of Pharmacy, University of Lisbon, Portugal
 Elizabete Loureiro - Center for Medical Education, Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal

Copyright by TEACH

the teaching committee of the European Association of Communication in Healthcare

ANEXO 2-

Learning outcomes for communication skills across the health professions

Fonte: Denninston et al (2017)

KNOWLEDGE	
<i>Purposes of communication in health care</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Define communication in health care</i> 2. <i>Describe elements of good communication</i> 3. <i>Define barriers to communication in health care</i> 4. <i>Describe the importance of communication in health care</i> 5. <i>List reasons for a collaborative approach to health care</i> 6. <i>Recognise the strengths of facilitating relationships in health care</i> 7. <i>Recognise the limitations of a health professional - care seeker relationship</i> 8. <i>Define care seeker communication and its impact on care</i> 9. <i>Describe the function of a health care interview</i> 10. <i>Describe patient-centred communication</i> 11. <i>Describe the characteristics of a patient-centred interaction</i> 12. <i>Define interpersonal relationships</i> 13. <i>Describe teamwork in health care practice</i> 14. <i>Discuss techniques of giving feedback in health care practice</i>
<i>Characteristics of communication</i>	<ol style="list-style-type: none"> 15. <i>Describe common unproductive patterns of communication (e.g. infantilising speak towards elderly individuals, paternalism, jargon)</i> 16. <i>Describe the purpose of written communication in health care practice</i> 17. <i>Describe the range of oral presentations in health care practice</i> 18. <i>Describe the purpose of handover</i> 19. <i>Describe how verbal communication can be used in health care practice</i> 20. <i>Describe how non-verbal communication can be used in health care practice</i> 21. <i>Differentiate between open ended and closed ended questions</i> 22. <i>Discuss communication skills that encourage participation in health care</i> 23. <i>Describe theories of behaviour change as they apply to health care</i> 24. <i>Describe skills for educating others</i> 25. <i>Describe skills for motivating others</i> 26. <i>Propose reasons for adapting communication style in different groups or environments</i> 27. <i>Describe authenticity as a desirable trait in communication interactions</i>
<i>Relationships and communication</i>	<ol style="list-style-type: none"> 28. <i>Identify ways to build rapport in a communication interaction</i> 29. <i>Discuss factors that influence potential health professional relationships with a communication partner</i> 30. <i>Compare and contrast different types of health professional relationships (e.g. paternalistic, collaborative)</i> 31. <i>Define 'appropriate detachment' in a health care interaction</i> 32. <i>Discuss the impact of communication partner's personal context on their experiences</i> 33. <i>Recognise the place for social language in a health care interaction</i>

<i>Emotions and communication</i>	<p>34. Discuss the challenges associated with difficult conversations for health professional and communication partner</p> <p>35. Describe skills required for communicating in difficult conversations</p> <p>36. Discuss sources of error in health care</p> <p>37. Define empathy</p> <p>38. Describe the differences between thoughts and feelings</p>
<i>Communication modes</i>	<p>39. Recognise meanings of abbreviations commonly used in medical histories</p> <p>40. Recognise and discuss legal requirements of communication in health care</p> <p>41. Describe rationale for recording of care seeker information</p> <p>42. Describe the skills required by health care professionals when working with interpreters</p>

CONTENT SKILLS	
<i>Physical space</i>	<p>43. Ask permission to enter space of communication partner</p> <p>44. Use curtain/door to maintain privacy</p> <p>45. Modify physical positioning appropriate to context (e.g. setting proximity, facing partner, relative height, posture)</p> <p>46. Adapt physical environment to make comfortable (e.g. where possible: noise, temperature)</p>
<i>Opening and introductions</i>	<p>47. Address communication partner by title and family name until preferred title has been established</p> <p>48. Identify and use the communication partner's preferred form of address</p> <p>49. Introduce self to those present in health care interaction</p> <p>50. Explain role to those present in the health care interaction</p> <p>51. Confirm names and roles of all those present in the interaction</p> <p>52. Confirm knowledge of own role in subsequent health care interactions</p> <p>53. Identify communication partner's preferred mode of communication</p>
<i>Structure</i>	<p>54. Identify and share the purpose or rationale of interaction with communication partner</p> <p>55. Gather relevant information during a health care interaction from all relevant sources</p> <p>56. Guide the health care interaction from beginning to end to establish a logical flow</p> <p>57. Keep the health care interaction on topic</p> <p>58. Signpost the different stages of the health care interaction</p> <p>59. Ask permission to proceed with different stages of the health care interaction</p> <p>60. Encourage the communication partner to complete their opening statement</p> <p>61. Encourage communication partner to express own story (as relevant)</p> <p>62. Encourage contribution (e.g. questions, explanations or answers) from communication partner</p> <p>63. Collaboratively set and prioritise agenda for interaction with communication partner</p> <p>64. Continue communication with care seeker throughout physical examination/procedure (as appropriate)</p> <p>65. Use a structured communication tool to communicate care seeker information with others</p>

Explore concerns	<p>66. Explore health care seeker's motivation for seeking health care</p> <p>67. Explore health care seeker's specific concerns:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. physical b. psychological c. emotional <p>68. Acknowledge health care seeker's concerns</p> <p>69. Explore care seeker's remaining concerns, if any</p> <p>70. Explore multiple (short or long term) goals of health care seeker's family</p> <p>71. Collaboratively set and prioritise goals with communication partner</p>
Perspective	<p>72. Explore and acknowledge communication partner's perspective of current interaction</p> <p>73. Demonstrate working towards a shared understanding of communication partner's experience</p> <p>74. Establish health care seeker level of health literacy</p> <p>75. Explore communication partner's current level of understanding of the health issue</p> <p>76. Refocus communication partner's understanding in a way that relates to their current understanding</p>
Contextual factors	<p>77. Explore the role of the health care seeker's personal context on their experience of health care system and health care concerns</p> <p>78. Engage in discussion with health care seeker's family as appropriate</p> <p>79. Identify the impact of the health issue on the health care seeker's:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. living situation b. family relations c. family/health care seeker stress d. life style issues <p>80. Explore respectfully and without judgement the social needs of the health care seeker</p> <p>81. Explore the role of family in current and future care plans (as relevant)</p> <p>82. Demonstrate sensitivity when asking about cultural preferences for care</p> <p>83. Demonstrate respect for an individual's different personal context</p>
Diagnosis	<p>84. Explore health care seekers readiness to hear diagnosis</p> <p>85. Convey diagnostic information as desired by the care seeker</p> <p>86. Frame diagnosis in terms of care seeker's original concern</p> <p>87. Discuss realistic expectations of prognosis</p> <p>88. Explore health care seekers perception of health care investigation/testing</p>
Decision making	<p>89. Explore how the communication partner's personal context informs decision making</p> <p>90. Identify the communication partner's preference for health care decision making</p> <p>91. Explicitly invite shared decision making in the health care interaction</p> <p>92. Explicitly discuss the health professional's role in shared decision making</p> <p>93. Incorporate communication partner's perspective in decision making</p> <p>94. Recognise uncertainty in health care decisions</p>
Recommendations	<p>95. Explain rationale for health care recommendations</p> <p>96. Explain risks and benefits associated with health care recommendations</p> <p>97. Explain risks and benefits of not proceeding with health care recommendations</p> <p>98. Explore the health care seeker's willingness and ability to follow the care plan</p> <p>99. Acknowledge and problem solve adherence challenges with the health care seeker</p> <p>100. Express respect towards other professionals and their recommendations in collaborative care</p>

Education	<p>101. Explore health care seeker's readiness to undertake behaviour change</p> <p>102. Respect the health care seeker's stage of change</p> <p>103. Demonstrate strategies for helping people adopt health promoting behaviours</p> <p>104. Empower care seeker by helping to identify their own resources, strengths and coping strategies to achieve health goals</p> <p>105. Demonstrate awareness of communication partner's capacity to receive information (e.g. attentiveness, emotional state)</p> <p>106. Consider the following when sharing information:</p> <p>a. identify communication partner's needs</p> <p>b. assemble relevant information</p> <p>c. orientate information to communication partner's needs</p> <p>d. offer information in small chunks</p> <p>e. demonstrate an interactive exchange</p> <p>f. monitor for information overload</p> <p>g. allow time for reflection</p> <p>h. reassess and/or check understanding</p>
Closure	<p>107. Identify if the communication partner has the need to</p> <p>a. contribute further</p> <p>b. ask further questions</p> <p>108. Discuss process for any follow up required</p> <p>109. Clarify contact arrangements with communication partner (e.g. availability, contact details)</p> <p>110. Maintain polite pace at closing of interaction</p> <p>111. Summarise communication interaction prior to closure</p> <p>112. Thank those present for their time in interaction</p>
With the team	<p>113. Identify roles and expectations of team members</p> <p>114. Selectively shape working style to contribute to team</p> <p>115. Articulate information to other members of the team that is relevant to their respective roles</p> <p>116. Cooperate with members of the team as a leader or team member</p>

PROCESS SKILLS	
Characteristics of communication	<p>117. Demonstrate a friendly manner in any health care interaction</p> <p>118. Communicate with honesty</p> <p>119. Demonstrate confidence in any health care interaction</p> <p>120. Demonstrate genuine apology as required</p> <p>121. Demonstrate genuine interest in the communication partner's story</p> <p>122. Demonstrate a flexible approach by adapting communication according to unanticipated situations (e.g. recognize that a communication interaction is failing and make adjustments to rectify)</p> <p>123. Tailor communication to meet each unique health care setting</p> <p>124. Allow communication partner time to think before answering questions</p> <p>125. Allow communication partner to complete full statements without interruption</p> <p>126. Respond promptly to communication partner's questions</p> <p>127. Restate what you have heard to check own understanding with communication partner</p> <p>128. Ask communication partner to restate to check their shared understanding</p>

<p><i>Relationships and communication</i></p>	<p>129. <i>Recognise health care seeker as a partner in health care interactions</i></p> <p>130. <i>Work in partnership with communication partners</i></p> <p>131. <i>Demonstrate a willingness to work with and learn from care seekers with different personal contexts to your own</i></p> <p>132. <i>Use inclusive language in health care interaction</i></p> <p>133. <i>Recognise and respect the individuality of the communication partner and others present</i></p> <p>134. <i>Tailor communication to meet the unique needs of your communication partner (considering their personal context)</i></p> <p>135. <i>Identify and describe an alternate team member perspective to your own</i></p>
<p><i>Emotions and communication</i></p>	<p>136. <i>Demonstrate empathy in the following ways</i></p> <p><i>a. acknowledge communication partner's feelings</i></p> <p><i>b. acknowledge communication partner's vulnerability</i></p> <p><i>c. acknowledge communication partner's difficulty explicitly</i></p> <p><i>d. demonstrate non-judgemental communication</i></p> <p><i>e. avoid using platitudes</i></p> <p><i>f. validate communication partner's expression</i></p> <p>137. <i>Express a willingness to help</i></p> <p>138. <i>Display an unconditional positive regard towards communication partner</i></p> <p>139. <i>Share/express own feelings with communication partner in response to health care issue</i></p> <p>140. <i>Recognise the emotional impact of illness for the care seeker</i></p> <p>141. <i>Recognise how emotion impacts on therapeutic relationships with care seeker</i></p> <p>142. <i>Support communication partner's expression of feelings/emotion</i></p> <p>143. <i>Express care and concern to all communication partners</i></p> <p>144. <i>Articulate a plan for approaching difficult conversations</i></p> <p>145. <i>Demonstrate skill in navigating difficult conversations</i></p> <p>146. <i>Monitor the communication partner's emotional state (e.g. comfort/nonverbal cues/emotion) in interaction and adjust own approach to match</i></p> <p>147. <i>Allow communication partner time when making difficult decisions</i></p> <p>148. <i>Identify the therapeutic benefit of discussing feelings</i></p> <p>149. <i>Identify communication partner's desire to discuss feelings</i></p> <p>150. <i>Recognise conflicts as they arise in an interaction</i></p> <p>151. <i>Demonstrate strategies for dealing with conflict in health care</i></p> <p>152. <i>Demonstrate solution focused strategies for dealing with error, own or others, in health care</i></p> <p>153. <i>Recognise own limitations when it comes to conflict or uncertainty in health care (e.g. when to seek help)</i></p>

<p><i>Verbal behaviour</i></p>	<p>154. Set own agenda for the health care interaction a priori</p> <p>155. Prepare for health care interaction by:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. reviewing relevant information b. acknowledging previous health care encounters or health history c. preparing own self for health care interaction d. anticipate potential challenges to communication interaction <p>156. Speak at a pace that can be understood by the target audience</p> <p>157. Use intonation to modify verbal delivery</p> <p>158. Speak with clarity</p> <p>159. Speak with polite formality</p> <p>160. Explain medical terms in plain language</p> <p>161. Use questions with a single focus</p> <p>162. Use questions without leading communication partner response</p> <p>163. Use open ended questions to explore topic further</p> <p>164. Use targeted questions to clarify information</p> <p>165. Use interruptions respectfully (e.g. brings communication partner back to point)</p> <p>166. Use silence to facilitate space in a communication interaction</p> <p>167. Demonstrate verbal cues of active listening, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. back tracking b. reflecting communication partner's story c. mirroring language d. using words of encouragement e. verbally acknowledging f. paraphrasing to indicate health professionals' understanding g. interrupting minimally
<p><i>Non-verbal behaviour</i></p>	<p>168. Demonstrate suitable eye contact for context</p> <p>169. Use facial expression to convey own emotion</p> <p>170. Use facial expression to convey response to others emotion</p> <p>171. Use body language (including touch) to respond to emotion</p> <p>172. Demonstrate non-verbal cues of active listening, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. giving undivided attention b. nodding c. pausing d. remaining unhurried
<p><i>Communication modes</i></p>	<p>173. Demonstrate dialogue which is uninterrupted by writing or reading</p> <p>174. Summarise to formulate information for medical records</p> <p>175. Maintain care seeker individuality in written communication</p> <p>176. Record relevant care seeker information according to convention</p> <p>177. Deliver an organised report (verbal or written)</p> <p>178. Deliver education material based on principles of patient literacy</p> <p>179. Provide resources (e.g. written materials) in communication partner's preferred language where possible</p> <p>180. Edit written materials (online and paper) for style, spelling and grammar</p> <p>181. Use professional language in all communications</p> <p>182. Recognise limitations of family members or relatives serving as interpreters</p> <p>183. Describe the basic processes of group communication</p> <p>184. Advocate for other members' needs in a group meeting (e.g. team meeting, family meeting)</p> <p>185. Demonstrate knowledge of technologies (e.g. websites, phone applications) relevant to health care communication</p> <p>186. When posting health information online, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. how to capture your readers' attention b. credibility of the information provided

--	--

PERCEPTUAL SKILLS	
<i>Impact of self</i>	<p>187. <i>Identify own preferred mode of communication</i></p> <p>188. <i>Recognise the impact of a health professional's own emotions and personal context on a health care communication</i></p> <p>189. <i>Reflect on personal comfort levels in communication interactions</i></p> <p>190. <i>Demonstrate awareness of own personal responses to different situations/people (e.g. recognise trigger situations that can negatively affect one's own communication behaviour)</i></p> <p>191. <i>Identify and name own feelings in response to a health care issue</i></p> <p>192. <i>Reflect on own ways of expressing emotion (such as anger or grief)</i></p> <p>193. <i>Write down a strategy to meet/protect own needs, while taking other people's needs into account prior to interactions</i></p> <p>194. <i>Demonstrate self-disclosure as a way to facilitate self-disclosure of communication partner (as relevant)</i></p>
<i>Self-evaluation</i>	<p>195. <i>Develop a core belief statement about what constitutes effective health professional communication</i></p> <p>196. <i>Discuss continued development of communication skills throughout health professional career</i></p> <p>197. <i>Describe the value of reflection in developing own communication practice</i></p> <p>198. <i>Reflect on previous communication interactions to inform subsequent communication interactions</i></p> <p>199. <i>Identify strengths in own communication interactions</i></p> <p>200. <i>Identify areas for improvement in own communication interactions</i></p> <p>201. <i>Describe strategies to achieve goals in own communication interactions</i></p>
<i>External evaluation</i>	<p>202. <i>Provide others with feedback on communication interactions with the aim of improvement of skills</i></p> <p>203. <i>Seek sources to evaluate own communication interaction with the aim of improvement of skills</i></p> <p>204. <i>Receive feedback on communication interactions with the aim of improvement skills</i></p> <p>205. <i>Use the feedback provided by others to inform subsequent communication interactions (e.g. demonstrate changes in behaviour)</i></p>

ANEXO 3

Modelos de comunicação durante consultas clínicas

Fonte: (Modi et al., 2016)

<i>Model, year</i>	<i>Essential elements of doctor-patient interactions and the constituent actions/behavior *</i>
BIHC Communication E4 Model, 1994 [17]	1. Engage 2. Empathize 3. Educate 4. Enlist
Three Function Model, 2000 [18]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data gathering: Gathering data to understand patient's problems <ul style="list-style-type: none"> • Attentive listening, open-ended and closed-ended questions, simple language, facilitating, checking, clarifying, summarizing, etc. 2. Emotions: Developing rapport and responding to patient's emotions <ul style="list-style-type: none"> • Reflection, legitimation, understanding, convey empathy, support, partnership, respect 3. Education and motivation: patient education and motivation (behavior) <ul style="list-style-type: none"> • Elicit existing views, educate, negotiate, motivate, reinforce
Calgary-Cambridge Observation Guide, 1996 [19]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Initiating the session <ul style="list-style-type: none"> • Establishing initial rapport: greet, introduce, demonstrate respect • Identifying the reason(s) for consultation: listen identify problem list 2. Gathering information <ul style="list-style-type: none"> • Exploration of the patient's problems to discover the biomedical perspective (disease), essential background history, patient's perspective (the illness): encourage, listen attentively, facilitate patient's responses verbally and non-verbally, clarify, encourage patient to express feelings, ask open-ended and closed-ended questions, pick up verbal and non-verbal cues to understand patient's perspective 3. Physical Examination 4. Explanation and Planning <ul style="list-style-type: none"> • Providing the correct amount and type of information • Aiding accurate recall and understanding • Incorporating the patient's perspective: achieving shared understanding • Planning: shared decision making 5. Closing the session <ul style="list-style-type: none"> • Summary, contract, safety netting, final check
Patient-centered clinical method, 1995 [20]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assessment of patient's holistic experience of their health care. 2. Integration of the concepts of disease and illness with an understanding of the whole person 3. Finding common ground with the patient 4. Maintaining a focus on health promotion and disease prevention 5. Emphasizing the significance of patient-healthcare-practitioner relationship 6. Being realistic
SEGUE Framework, 2001 [21]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Set the stage; 2. Elicit information; 3. Give information; 4. Understand the patient's perspective; 5. End the encounter; 6. If suggesting a new or modified treatment/ prevention plan
Kalamazoo Consensus statement, 2001 [22]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Open the discussion <ul style="list-style-type: none"> • Allow the patient to complete his/her opening statement; • Elicit patient's full set of concerns; • Establish/maintain a personal connection 2. Gather information <ul style="list-style-type: none"> • Use open-ended and closed-ended questions appropriately; • Structure, clarify, summarize information; • Listen actively using verbal and non-verbal techniques 3. Understand patient's perspective <ul style="list-style-type: none"> • Explore contextual factors: family, culture, gender, etc.; • Explore beliefs; • Acknowledge and respond to patient's ideas, feelings, values 4. Share information: <ul style="list-style-type: none"> • Use language that patient can understand; • Check for understanding; • Encourage questions 5. Reach agreement on problems and plans <ul style="list-style-type: none"> • Encourage patient to participate in decisions • Check patient's willingness and ability to follow the plan • Identify and enlist resources and supports 6. Provide closure <ul style="list-style-type: none"> • Ask whether the patient has any other issues or concerns • Summarize and affirm agreement with plan of action

** Each of the models enlists several micro skills under each essential element or behavior. Only some of these have been given here. These micro skills make the process observable and measurable, and facilitate specific feedback. BIHC: Bayer Institute for Health Care.*

ANEXO 4

Processo do guia CC de Silverman, Kurtz e Draper, estruturadas na consulta clínica.

INICIAR A SESSÃO

Estabelecer o contato inicial

1. Cumprimenta o paciente e pergunta o seu nome
2. Apresenta-se e anuncia o objetivo e a natureza da consulta; obtém consentimento, caso necessário
3. Demonstra respeito e interesse; deixa o paciente confortável

Identificar os motivos para a consulta

4. Identifica os problemas, os motivos ou questões que o paciente apresenta. Usa questões abertas (*“Qual o problema que o traz à consulta?”* ou *“Quais os motivos que o trazem à consulta?”*)
5. Ouve atentamente a declaração inicial do paciente, sem interromper ou influenciar
6. Confirma os problemas principais e estimula a revelação de outros problemas (*“Então o senhor está sentindo dor de cabeça e cansaço. Sente mais algum incômodo?”*)
7. Negoceia a agenda levando em conta as necessidades do paciente e as suas necessidades

COLHEITA DE INFORMAÇÕES

Explorar os problemas do paciente

8. Encoraja o paciente a contar o(s) problema(s), nas suas próprias palavras, desde o início até o presente
9. Utiliza questões iniciais abertas e posteriormente muda para um questionamento com questões mais fechadas, sem dirigir as respostas do paciente
10. Ouve com atenção, permitindo que o paciente complete suas declarações sem interrupção. Deixa tempo para que o paciente reflita sobre as suas perguntas antes de responder e possa prosseguir após uma breve pausa
11. Usa facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio, repetição, parafraseando, interpretando)
12. Presta atenção à comunicação verbal e não verbal (linguagem corporal, fala, expressão facial), restringe-se de intervir aguardando o paciente e/ou intervém quando apropriado
13. Esclarece as declarações do paciente que não estejam claras ou necessitam de esclarecimento
14. Periodicamente, resume para verificar o seu entendimento sobre o que foi dito; solicita ao paciente que corrija a sua interpretação dos fatos e corrigir se necessário

15. Utiliza linguagem clara, concisa, facilmente inteligível para formular as questões e os comentários; evita ou explica de forma adequada qualquer jargão
16. Estabelece datas e a sequência de eventos

Habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente

17. Explora apropriadamente e determina ativamente:
 - Ideias do paciente (crenças, causas)
 - Preocupações relacionadas aos problemas identificados
 - Expectativas (objetivos; quais ajudas o paciente espera para cada um dos problemas)
 - Efeitos: como cada problema afetou a vida do paciente
18. Encoraja o paciente a expressar seus sentimentos

DAR ESTRUTURA PARA A CONSULTA

Organizar de forma clara

19. Resume no final de cada linha de questionamento para confirmar o entendimento antes de passar para a próxima seção
20. Passa de uma seção para outra avisando e explicando o objetivo ao paciente

Prestar atenção ao fluxo

21. Estrutura a entrevista na sequência lógica
22. Presta atenção no tempo e mantenha a consulta no foco

CONSTRUIR A RELAÇÃO

Utilizar comportamentos não verbais apropriados

23. Demonstra atitudes não verbais apropriadas:
 - Contato visual, expressão facial
 - Postura, movimentos, posição
 - Elementos vocais, tais como volume, entoação, velocidade
24. Caso seja necessário regista notas escritas de maneira a não interferir com o diálogo, com o fluxo de informações ou com a relação.
25. Demonstra sinceridade apropriada

Desenvolver a relação

26. Aceita a legitimidade da visão e dos sentimentos do paciente; não julga
27. Utiliza empatia para comunicar entendimento e reconhecimento dos sentimentos e dificuldades do paciente; reconhece abertamente as visões e sentimentos do paciente
28. Propicia suporte: expressa preocupação, entendimento, disposição para ajudar; reconhece e apoia os esforços para o autocuidado; oferece parceria
29. Utiliza sensibilidade para tratar de assuntos delicados e perturbadores; é sensível à dor do paciente principalmente se necessário realizar exame físico

Envolver o paciente

30. Compartilha pensamentos com o paciente para encorajar o envolvimento mútuo

31. Explica a razão de determinadas questões ou partes do exame físico que não estão diretamente relacionadas com as queixas
32. Durante o exame físico, explica o processo e pede permissão

EXPLICAÇÃO E PLANEAMENTO

Providenciar a quantidade e o tipo correto de informação

Objetivos: oferecer informações compreensíveis e apropriadas e avaliar as necessidades individuais de informação do paciente. Não restringir e não sobrecarregar.

33. Fornece informações em quantidades assimiláveis; confere o entendimento; usa as respostas do paciente como guia para o seu procedimento
34. Avalia o ponto de partida do paciente: pergunta sobre o conhecimento prévio do paciente antes de fornecer a informação; avalia a extensão do desejo do paciente pelas informações
35. Pergunta ao paciente quais outras informações seriam úteis (etiologia, prognóstico)
36. Fornece explicações nos tempos apropriados: evita fornecer conselhos, informações e confirmações prematuramente

Assistir no entendimento e retenção precisa da informação

Objetivos: facilitar o entendimento e a retenção duradoura da informação pelo paciente

37. Organiza as explicações: divide-as em porções definidas; desenvolve uma sequência lógica
38. Emprega uma categorização ou sinalização explícita (“*Temos três pontos que gostaria de discutir. Primeiro...*”; “*Agora, vamos falar sobre...*”)
39. Utiliza repetição e resumos para reforçar a informação
40. Emprega linguagem simples, clara e de fácil entendimento e evita jargão
41. Utiliza métodos visuais para apresentar as informações: diagramas, modelos, panfletos
42. Verifica se o paciente entendeu a informação fornecida. Pede ao paciente que repita nas palavras dele

Atingir um entendimento compartilhado: incorporar a perspectiva do paciente

Objetivos: providenciar explicações e planos relacionados com a perspectiva do paciente; Conhecer os sentimentos e pensamentos do paciente a respeito das informações fornecidas; Favorecer uma interação dinâmica em detrimento da transmissão de via única/monólogo

43. Relaciona as explicações com a perspectiva do paciente: em relação às ideias, preocupações e expectativas prévias
44. Providencia oportunidade e encoraja o paciente a contribuir: faz perguntas, procura esclarecimentos e expressa dúvidas; responde apropriadamente
45. Identifica e responde adequadamente aos sinais verbais e não verbais

46. Estimula o paciente a expressar suas crenças, sentimentos e reações às informações fornecidas, termos usados e pontos discutido

Planeamento: tomada de decisão compartilhada

Objetivos: Permitir que o paciente entenda o processo de tomada de decisão; envolver o paciente na tomada de decisão até o nível em que ele deseje; aumentar o comprometimento do paciente com o regime terapêutico acordado

47. Compartilha as próprias ideias quando apropriadas: ideias, pensamentos e dilemas

48. Envolve o paciente:

- Oferece sugestões e escolhas no lugar de diretivas
- Encoraja o paciente a contribuir com suas ideias e sugestões

49. Explora as diferentes opções possíveis

50. Identifica o nível de envolvimento que o paciente deseja no processo de decisão

51. Negoceia um plano mutuamente aceitável:

- Sinaliza a sua própria posição ou preferência em relação às decisões disponíveis

52. Confere com o paciente:

- Se os planos são aceitáveis
- Se as preocupações foram abordadas

ENCERRAR A SESSÃO

Planeamento futuro

53. Combina com o paciente os próximos passos

54. Medidas de segurança: explica ao paciente possíveis resultados inesperados, o que fazer se os planos não funcionarem, quando e onde procurar ajuda

Reforçar os pontos necessários para o encerramento

55. Resume rapidamente a sessão e esclarece o plano de cuidados

56. Confere que o paciente está de acordo e confortável com o plano. Pergunte se existe alguma correção, questão ou outro ponto que precise ser abordado.

OPÇÕES DE EXPLICAÇÃO E PLANEAMENTO (inclui competências de processo e de conteúdo)

Se ocorrer debate de opiniões e significado de problemas

57. Oferece opinião sobre o que está a acontecer e atribui nomes, se possível

58. Revela o racional da opinião

59. Explica as causas, os resultados esperados e as consequências de curto e longo prazo

60. Estimula e o paciente a revelar as suas crenças, reações, preocupações e opiniões

Se ocorrer negociação do plano de ação

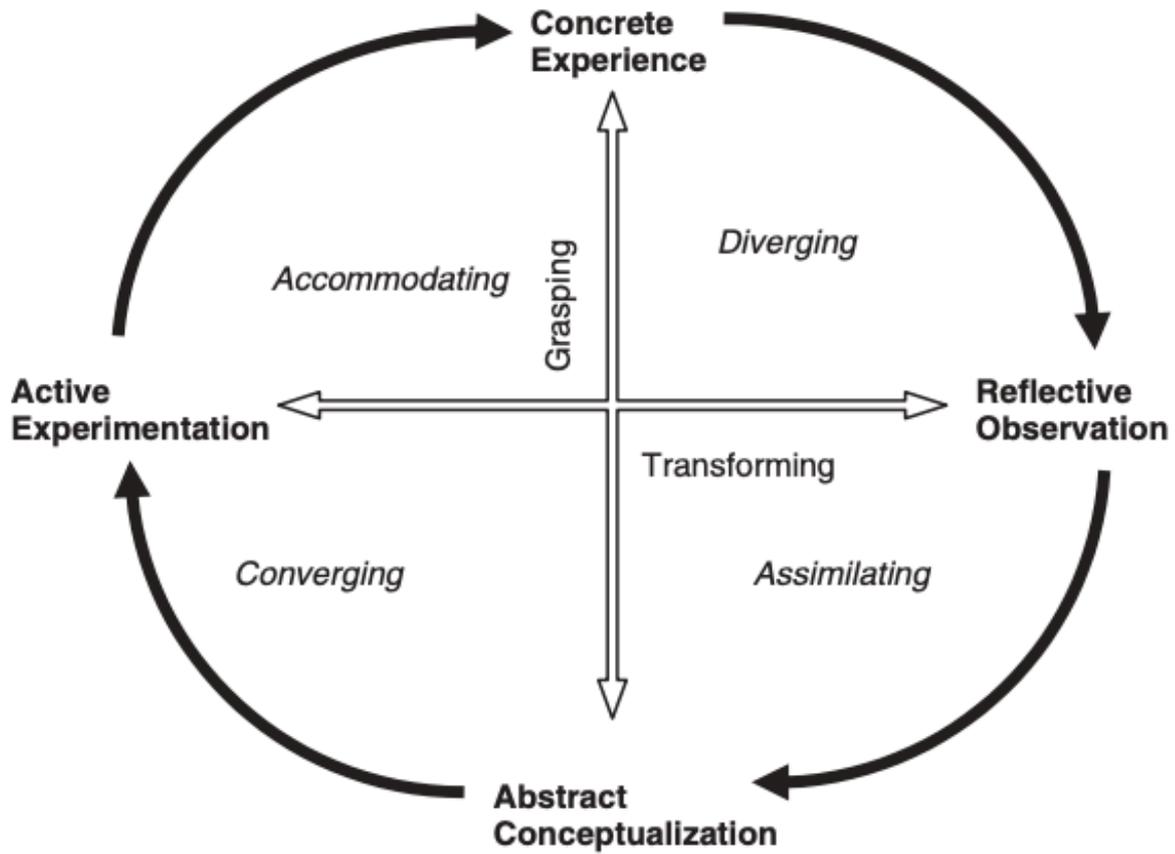
61. Discute as opções (por exemplo não tomar nenhuma atitude, investigação mais aprofundada, medicação ou cirurgia, tratamentos alternativos – fisioterapia, próteses, aconselhamento – medidas preventivas)
62. Providencia informações a respeito das ações ou tratamentos oferecidos: nomeia as etapas, descreve o funcionamento, os benefícios, as vantagens e os efeitos secundários
63. Obtém a opinião do paciente a respeito das ações, dos benefícios percebidos, das barreiras e da motivação
64. Aceita a opinião do paciente; advoga uma opinião alternativa se necessário
65. Estimula o paciente a exteriorizar as suas preocupações e reações a respeito do regime terapêutico e do tratamento, incluindo a aceitabilidade
66. Considera o estilo de vida do paciente, suas crenças, a sua cultura e suas habilidades
67. Encoraja o paciente a envolver-se na implementação dos planos, a assumir responsabilidades e a ser autossuficiente
68. Questiona sobre o sistema de suporte do paciente e debate outras alternativas de suporte, se necessário

Se ocorrer debate sobre investigações e procedimentos

69. Providencia informações claras a respeito dos procedimentos, como por exemplo o que o paciente pode sentir e como será informado dos resultados
70. Relaciona os procedimentos ao regime terapêutico: objetivos, valores
71. Encoraja questões e discussões a respeito de resultados menos positivos e ansiedades.

ANEXO 5

Ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb

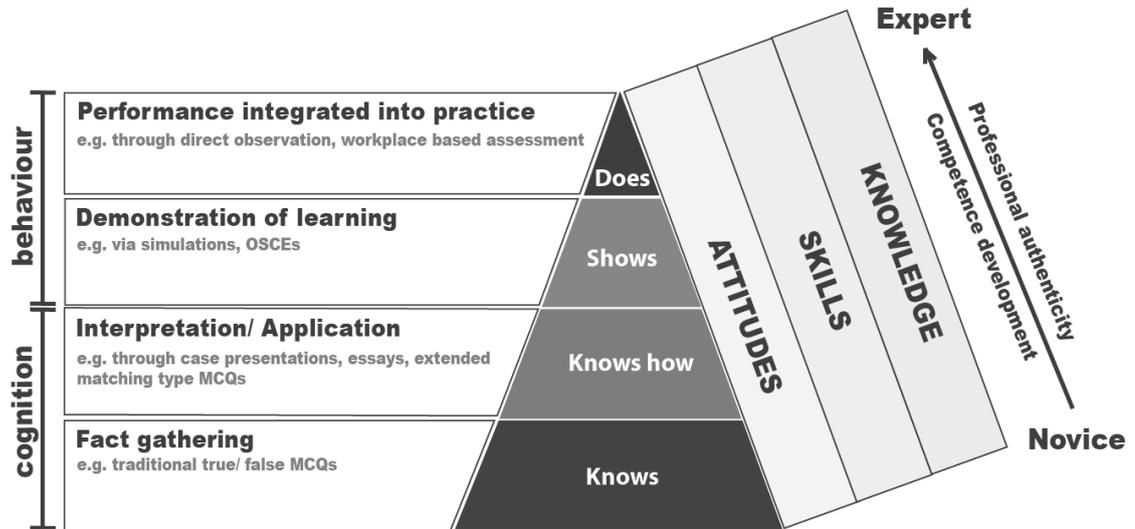


Nota: adaptado de *Experiential Learning Theory as a Guide for Experiential Educators in Higher Education* de A. Kolb e D. Kolb. Direitos de autor 2017 de Alice e David Kolb

ANEXO 6

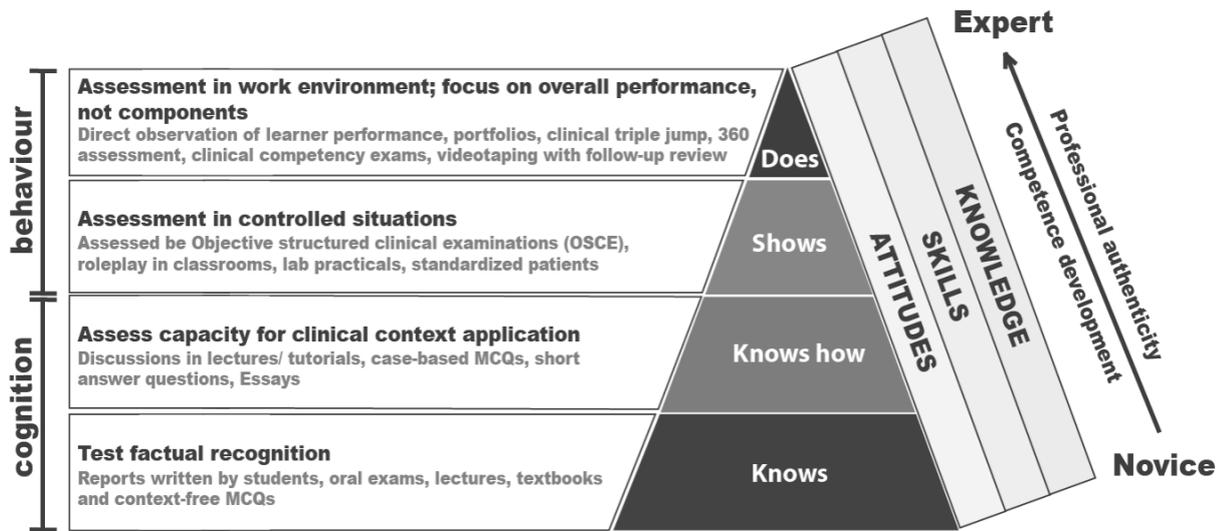
Prisma de Miller de desenvolvimento de competências clínicas e prisma de Miller profissional com exemplos de metodologias de avaliação

Prisma de Miller de desenvolvimento de competências clínicas.



Nota: adaptado de *The Essential Handbook for GP Training and Education*, R. Mehay e R. Burns 2009. Direitos de autor de 2009 de R. Mehay e R. Burns

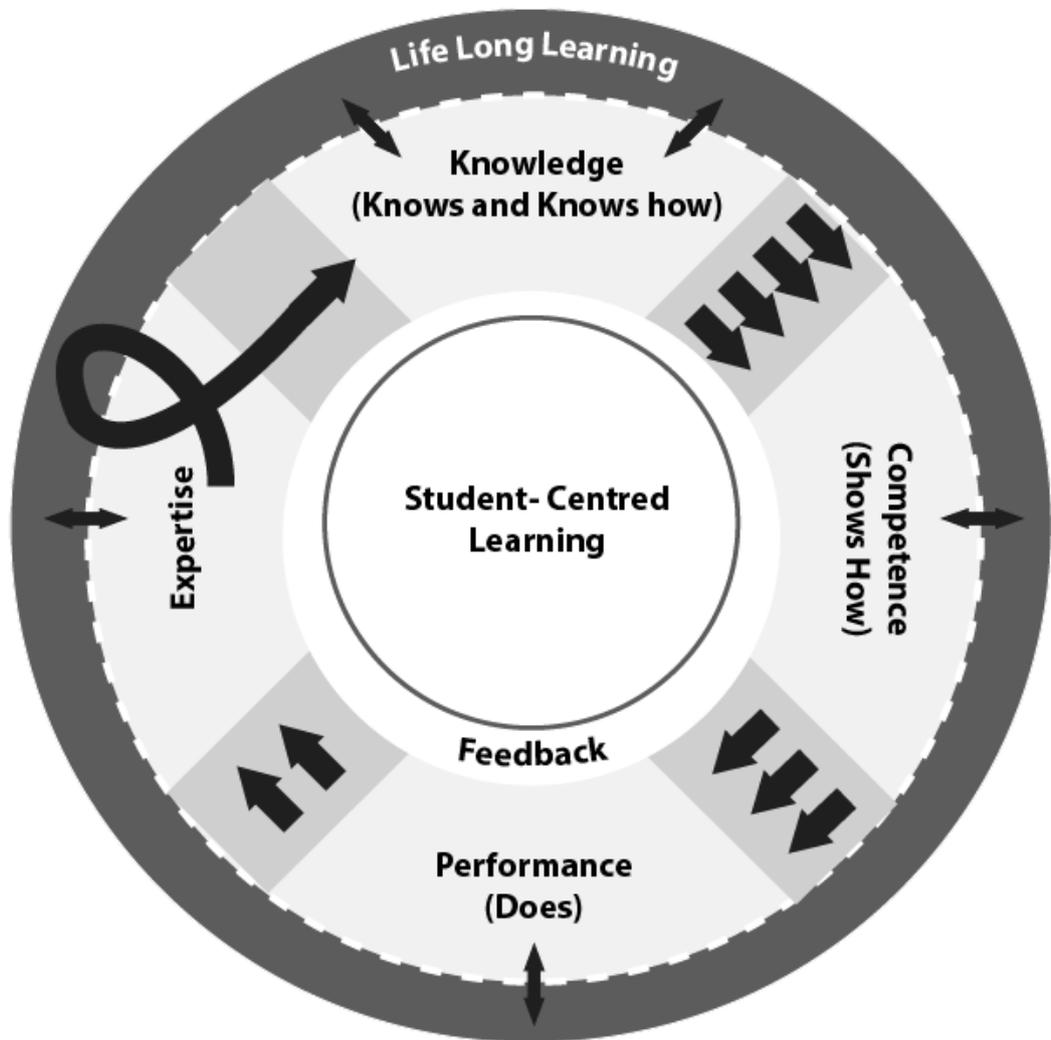
Prisma de Miller de competência profissional com exemplos de metodologias de avaliação



Nota: adaptado de *Rethinking Competence: A Nexus of Educational Models in the Context of Lifelong Learning*, D. Bajis, Pharmacy. Direitos de autor 2020 por Bajis et al.

ANEXO 7

Ciclo de aprendizagem e avaliação baseado em competências



Nota: adaptado de *Rethinking Competence: A Nexus of Educational Models in the Context of Lifelong Learning*, D. Bajis, Pharmacy. Direitos de autor 2020 por Bajis et al.

ANEXO 8

Codebook for rating clinical communication skills based on the calgary-cambridge guide

Codebook with criteria for points allocated to each item

Domains	Item 1: Identifies problems the patient wishes to address	Demonstrated micro-skills /criteria	Points
Initiating the session	Micro-skills		
	1. Greets patients	Micro-skill 1 and micro-skill 2	One
	2. Introduces oneself, one's role and the nature of the interview	Micro-skill 1 and micro-skill 2 together with one of the other micro-skills.	Two
	3. Demonstrates respect and interest; attends to patient's physical comfort	Micro-skill 1 and micro-skill 2 together with two of the other micro-skills.	Three
	4. Uses an appropriate opening question/listens attentively		
	5. Confirms issues to be discussed/screens for further questions and negotiates the agenda	All micro-skills are demonstrated	Four
Gathering information	Item 2: Clarifies the patient's prior knowledge and desire for information		
	Micro-skills		
	1. Listens attentively, allowing the patient to complete statements without interruption and leaving space for patient	One micro-skill	One
	2. Encourages the patient to tell the story of the problem(s) from when it/they first started to the present in his/her own words	Two or three micro-skills	Two
	3. Uses open and closed questioning techniques, appropriately moving from open to closed questions	Four micro-skills	Three
	4. Clarifies patient's statements that are unclear or need amplification	All micro-skills are demonstrated	Four
	5. Periodically summarizes, invites the patient to correct the interpretation or provide further information		
Building a relationship	Item 3: Uses easily understood language, avoids jargon		
	Micro-skills		
	No micro-skills	Used ten or more medical words	One
		Used between four and nine medical words	Two
		Used two to three medical words	Three
		Used one or none medical words	Four
Providing structure	Item 4: Uses appropriate non-verbal behaviour		
	Micro-skills		
	1. Calm speaking paces	One micro-skill	One
	2. No interruptions	Two micro-skills	Two
	3. Leaves space for the patient to talk	Three micro-skills	Three
	4. Pausing	All micro-skills are demonstrated	Four
Providing structure	Item 5: Provide support: expresses concern and willingness to help		
	Micro-skills		
	1. Accepts the legitimacy of the patient's views and feelings; is not judgmental	Some support provided, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Uses empathy to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings	One micro-skill	Two
	3. Provides support: expresses concern, understanding, and willingness to help.	Two micro-skills	Three
		All micro-skills are demonstrated	Four
Providing structure	Item 6: Structures the interview in a logical sequence		
	Micro-skills		
	Progresses from one section to another using	Some structure is present, but no micro-skill is demonstrated	One
	1. Signposting	One micro-skill	Two
	2. Transitional statements	Two micro-skills	Three
	3. Rationale for the next section	All micro-skills are demonstrated	Four
Providing structure	Item 7: Attends to timekeeping, and keeps the interview on track		
	Micro-skills		
	1. Structures the interview based on the C-CG	Some structure is present, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Attending to timing		

Codebook with criteria for points allocated to each item (Continued)

	3: Keeping the interview on track	One micro-skill Two micro-skills All micro-skills are demonstrated	Two Three Four
	Item 8: Shares thoughts and reflections with the patient		
Explanation and planning	Micro-skills	Demonstrated micro-skills /criteria	Points
	1. Assesses patient's starting point (preferably using tailored explanations and illustrations)	Some thoughts/reflections are provided, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Provides information in manageable chunks, assesses understanding uses patient's responses as a guide for the best way to proceed	One micro-skill	Two
	3. Providing the correct amount and type of information to individual patients	Two micro-skills All micro-skills are demonstrated	Three Four
	Item 9: Checks the patient's understanding		
	Micro-skills	Demonstrated micro-skills /criteria	Points
	1. Organizes the explanation (uses summarizing)	A question was asked, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Assesses the patient's understanding (asks the patient to summarize the information he/she was provided)	One micro-skill	Two
	3. Asks the patient what other information would be helpful, addresses patient's needs for information	Two micro-skills All micro-skills are demonstrated	Three Four
	Item 10: Negotiates a mutual plan of action		
	Micro-skills	Demonstrated micro-skills /criteria	Points
	1. Explores options with the patient	Some negotiation occurs, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Involves the patient in decision making	One micro-skill	Two
	3. Negotiates a mutually acceptable plan	Two micro-skills All micro-skills are demonstrated	Three Four
	Item 11: Contracts with the patient about next steps		
Closing the session	Micro-skills	Demonstrated micro-skills /criteria	Points
	1. Contracts with the patient about the next steps	One micro-skill is initiated but not completed	One
	2. Safety nets, e.g., phone number and other lifelines	One micro-skill	Two
		One micro-skill is completed and the other is initiated All micro-skills are demonstrated	Three Four
	Item 12: Summarizes the session briefly and clarifies the plan of care		
	Micro-skills	Demonstrated micro-skills / criteria	Points
	1. Final confirmation of patient understanding	Some type of summary is provided, but no micro-skill is demonstrated	One
	2. Summarizes the session briefly and clarifies the plan of care	One micro-skill	Two
	3. Finally confirms that the patient agrees and is comfortable with the plan	Two micro-skills All micro-skills are demonstrated	Three Four

Be very precise about coding the demonstrated skills in the domains in which they occurred

Zero points were recorded if an item was not apparent

If the audio recording stops before all information is provided, items 8, 9 and 10 were coded as "not applicable"

The structure was coded if the audio recording did not stop during "Initiating the session" and "Gathering information"

Fonte: Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge Guide. *BMC Medical Education*, Direitos de autor 2020 de Iversen et al.

APENDICES

APENDICE 1

Métodos de avaliação de CCC identificados

nº estudo	autores	tipo de estudo	título do artigo	métodos de avaliação não validados relatados	métodos de avaliação validados relatados
1	Kherr et al, (2020)	revisao sistematica	<i>The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review</i>	Pain Management Communication Coding (PainComCode),	Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual (CRCWEM),
				Communication Scoring Grid,	Patient Satisfaction with the Interview Assessment Questionnaire (PSIAQ),
				Simulated Patient's <i>Feedback</i> Form	Decision Support Analysis (DSA10)
				Communication Performance Checklist	Communication Skills Rating Scale (CSRS)
				Roter Interaction Analysis System' (RIAS)	The Patient Satisfaction with Communication questionnaire
2	Gutierrez-Puertas et al, (2020)	revisao sistematica	<i>Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review</i>	Communication Knowledge Test (CKT)	Nursing Students' communication with patient scale
				Student Self-Evaluation of SP Encounter (SSPE)	Communication Skills Tool
				Standardized Patient Interpersonal Ratings (SPIR)	Clinical Competence Tool (CCT)
				Communication Assessment Tool (CAT)	Course Experience Questionnaire (CEQ)
				Problem-Solving Inventory (PSI)	Perceived Importance of Medical Communication (PIMC)
				Instructional Materials Motivation Scale (IMMS)	Communication Skill Attitude Scale (CSAS)
				Students' knowledge of psychiatric assessment	Caring Self-Efficacy Scale (CES).
				Therapeutic communication checklist	Attitudes toward death. Death Anxiety Scale (DAS)
				Students' perceived anxiety related to a psychiatric clinical practicum	Communication Assessment Tool (CAT)
				Perceptions of the debriefing experience checklist	Communication Ability Scale (CAS)
				Self-efficacy related to therapeutic communication	Clinical Interaction Scale (CIS)
				Confidence with Communication Skill Scale.	Interpersonal Dysfunction Checklist (IDC)
				Therapeutic communication and nontherapeutic communication techniques checklist	Social Problem Solving Inventory-Revised (C-SPSI-R)
				The effectiveness of the use of SPEs to teach therapeutic communication skills in psychiatric nursing ckecklist	Interpersonal Communication Skills (IPCS) assessment tool
	Student Learning Satisfaction (SLS) Scale				

				students' perceived levels of confidence, competence, and concern when communicate with dying patients and their families questionnaire
				Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS)
				Student's Communication skills checklist
				Quality of Care Questionnaire for Patients
				Blended Learning Satisfaction Scale (BLSS)
				Communication Skills subscale of the Nursing Students Self-Efficacy Scale (C-NSSSES)
				Confidence Simulation, with a dimension about level of confidence of learned therapeutic communication skills
				Communicational Skills Inventory (CSI)
3	Iversen et al, (2020)	Validação de escala de avaliação de CCC, baseada no CCG	<i>Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge Guide</i>	Observation Scheme 12 (OS12)
4	Celikkalp et al. (2020)	transversal	<i>The Smartphone Addiction Levels and the Association With Communication Skills in Nursing and Medical School Students</i>	Communication Skills Assessment Scale (CSAS)
5	Stevens et al (2020)	quase - experimental	<i>Utilizing an SBAR Workshop With Baccalaureate Nursing Students to Improve Communication Skills</i>	Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)

APENDICE 2

Distribuição por NUTTS II das instituições de ensino superior que leccionam o curso de licenciatura em enfermagem em Portugal, no ano letivo 2018-2019

NUTTS II	ESCOLAS PÚBLICAS DE ENFERMAGEM
Norte	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
	UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO MINHO
	INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
Centro	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - UNIVERSIDADE DE AVEIRO
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS - INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
Área Metropolitana de Lisboa	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
Alentejo	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.JOÃO DE DEUS - UNIVERSIDADE DE ÉVORA
	INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
	INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
	INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Algarve	UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Região Autónoma dos Açores	UNIVERSIDADE DOS AÇORES - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - ANGRA DO HEROISMO
	UNIVERSIDADE DOS AÇORES - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - PONTA DELGADA
Região Autónoma da Madeira	UNIVERSIDADE DA MADEIRA
NUTTS II	ESCOLAS PRIVADAS DE ENFERMAGEM
Norte	UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA - PONTE DE LIMA
	ISAVE - INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DR. JOSÉ TIMÍTEO MONTALVÃO MACHADO
	CESPU - INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE
	UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA - PORTO
	UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET DE VILA NOVA DE GAIA

	CESPU - INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
Centro	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET DE VISEU
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOSÉ DE CLUNY
Área Metropolitana de Lisboa	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA
	UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE RIBEIRO SANCHES
	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO FRANCISCO DAS MISERICÓRDIAS
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ
Alentejo	-
Algarve	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - ALGARVE
Região Autónoma dos Açores	-
Região Autónoma da Madeira	-

APENDICE 3

Instrumento de colheita de dados para docentes e para alunos

Desenvolvimento das Competências de Comunicação Clínica nas Escolas de Enfermagem em Portugal

Desenvolvido por Nuno Miguel Correia, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Orientadores: Professora Doutora Maria Helena dos Santos Quaresma - ESenfCoimbra

Co-orientador: Professora Doutora Cândida Rosalina Exposto da Costa Loureiro - ESenfCoimbra

* Resposta Obrigatória

1 **Endereço de Email** (por favor escreva de forma legível e inequívoca para o investigador)

Formulário para Docentes que leccionam competências de comunicação no Curso de Licenciatura em Enfermagem

O actual trabalho de investigação, intitulado "Desenvolvimento de competências de comunicação clínica nas escolas de enfermagem em Portugal", insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tem como principal objectivo conhecer o processo de ensino e avaliação das Competências de Comunicação ao longo dos 4 anos do curso de licenciatura em enfermagem.

São perguntas breves, de fácil preenchimento e que agradecemos desde já a sua participação. Poderá contactar o investigador em qualquer momento do preenchimento deste formulário utilizando o endereço de email nunomiguelcorreia@gmail.com ou via telemóvel pelo número 919 685 553. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA (Health Sciences Research Unit: Nursing).

A sua participação é de carácter voluntário. Os dados recolhidos para o presente estudo são estritamente confidenciais e de uso exclusivo, salvaguardando-se que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade,
Cumprimentos Académicos,

Nuno Miguel Correia

2. * Declaro ter lido e compreendido esta informação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados de forma voluntária, sendo garantido que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

3. **Instituição de Ensino Superior:** *

Breves dados demográficos

4. **Género** *

(escolha uma opção)

Masculino Feminino

5. **Idade** *

6. **Formação de base** *

(escolha uma opção)

CPLEMC CPLESMO CPLESC Sem CPL
 CPLESMP CPLESIP CPLER

7. Número de anos como docente do ensino superior * _____

8. Número de anos como docente do ensino superior em unidades curriculares que contemplam competências de comunicação * _____

9. Qual é a importância que atribui à aprendizagem de competências de comunicação clínica no curso de licenciatura em enfermagem? *

(escolha uma opção)

Sem importância 1 2 3 4 5 Alta importância

10. Comparando as competências de comunicação com as restantes áreas de saber que são necessárias estudar para ser Enfermeiro, considera que a sua aprendizagem é: *

(escolha uma opção)

- Menos importante Mais importante
 Iguamente importante Sem opinião

11. Ao longo do curso de licenciatura em Enfermagem, a sua instituição inclui o ensino de competências de comunicação? *

(escolha uma opção)

- Sim Não *(prosseguir para o ponto 24)*
 Desconheço *(prosseguir para o ponto 24)*

12. Considera que a formação no curso de enfermagem ao nível de competências de comunicação é suficiente? *

(escolha uma opção)

- Sim Não Desconheço

13. Na sua opinião, indique possíveis soluções que permitam melhorar a formação ao nível das competências de comunicação: *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- Utilização de diferentes métodos de ensino
 Ensino de estratégias de comunicação mais ligadas com a prática
 Maior tempo de treino de competências de comunicação
 Outra: _____

14. Em que unidades curriculares ocorre o ensino de competências de comunicação? *

15. Em que momento ocorre o ensino de competências de comunicação clínica? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

	Aulas teóricas/ teórico-práticas / práticas	Ensino Clínico	Não contemplado
1º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ºano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. No âmbito das competências de comunicação clínica o que é ensinado nas suas unidades curriculares? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entrevista clínica | <input type="checkbox"/> Relação clínica com crianças e adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Comportamento não verbal | <input type="checkbox"/> Relação clínica com Idosos |
| <input type="checkbox"/> Construção da relação clínica | <input type="checkbox"/> Auto-conhecimento e auto-ajuda |
| <input type="checkbox"/> Lidar com emoções | <input type="checkbox"/> Estabelecimento da relação empática doente-enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> Entrevista motivacional | <input type="checkbox"/> Padrões de linguagem/estilos linguísticos |
| <input type="checkbox"/> Comunicar más notícias | <input type="checkbox"/> Relação clínica com doentes portadores de deficiência (visual, auditiva, cognitiva, motora sensorial...). |
| <input type="checkbox"/> Lidar com situações específicas:
Doente impossibilitado de falar;
doente ansioso; doente depressivo,
entre outros | <input type="checkbox"/> Relação de Ajuda |
| <input type="checkbox"/> Relação com a família | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

17. No âmbito do ensino das competências de comunicação clínica que metodologia adota nas suas unidades curriculares? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Método expositivo | <input type="checkbox"/> Seminários |
| <input type="checkbox"/> Trabalhos/ sessões em grupo | <input type="checkbox"/> Reflexões sobre casos clínicos |
| <input type="checkbox"/> Role-play | <input type="checkbox"/> Observação de interações reais ou filmadas |
| <input type="checkbox"/> Prática simulada | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas gravadas | |

18. O conhecimento por si obtido para lecionar competências de comunicação advém de: *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adquiridas na habilitação académica | <input type="checkbox"/> Formação específica |
| <input type="checkbox"/> Adquiridas na experiência profissional | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

19. Descreva com maior pormenor, se existente, os cursos de formação relativa a competências de comunicação que detém:

20. **Existe algum curso de formação contínua para profissionais na sua instituição relativa ao desenvolvimento de competências de comunicação clínica? ***

(escolha uma opção)

- Sim
 Não
 Desconheço

21. **O ensino das competências de comunicação clínica é sujeito a avaliação? ***

(escolha uma opção)

- Sim Não (*prosseguir para o ponto 19*)
 Desconheço (*prosseguir para o ponto 19*)

22. **Que métodos utiliza na avaliação das competências de comunicação clínica? ***

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entrevistas gravadas | <input type="checkbox"/> Avaliação pelos pares |
| <input type="checkbox"/> Discussão individual e/ ou de grupo | <input type="checkbox"/> Role-plays |
| <input type="checkbox"/> Teste escrito de escolha múltipla | <input type="checkbox"/> Escalas específicas de avaliação |
| <input type="checkbox"/> Teste escrito com casos clínicos | <input type="checkbox"/> Não foram avaliadas ao longo do curso |

23. **Se selecionou a opção "escalas específicas de avaliação", especifique qual ou quais**

24. **Obrigado pela sua colaboração!**

Obrigado pelo tempo dispendido a responder a este instrumento de recolha de dados. Comprometemo-nos coloca-lo(a) ao corrente dos resultados desta investigação. Ao dispôr, cumprimentos,
Nuno Miguel Correia - 919 685 553 - nunomiguelcorreia@gmail.com

Desenvolvimento das Competências de Comunicação Clínica nas Escolas de Enfermagem em Portugal

Desenvolvido por Nuno Miguel Correia, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Orientadores: Professora Doutora Maria Helena dos Santos Quaresma - ESenfCoimbra

Co-orientador: Professora Doutora Cândida Rosalina Exposto da Costa Loureiro - ESenfCoimbra

* Resposta Obrigatória

1. **Endereço de Email** (por favor escreva de forma legível e inequívoca para o investigador)

Formulário para Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

O actual trabalho de investigação, intitulado "Desenvolvimento de competências de comunicação clínica nas escolas de enfermagem em Portugal", insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tem como principal objectivo conhecer o processo de ensino e avaliação das Competências de Comunicação ao longo dos 4 anos do curso de licenciatura em enfermagem.

São perguntas breves, de fácil preenchimento e que agradecemos desde já a sua participação. Poderá contactar o investigador em qualquer momento do preenchimento deste formulário utilizando o endereço de email nunomiguelcorreia@gmail.com ou via telemóvel pelo número 919 685 553. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA (Health Sciences Research Unit: Nursing).

A sua participação é de carácter voluntário. Os dados recolhidos para o presente estudo são estritamente confidenciais e de uso exclusivo, salvaguardando-se que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade,
Cumprimentos Académicos,

Nuno Miguel Correia

2. * Declaro ter lido e compreendido esta informação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados de forma voluntária, sendo garantido que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

3. **Instituição de Ensino Superior ***

Breves dados demográficos

4. **Género ***

(escolha uma opção)

Masculino Feminino

5. **Idade ***

6. **Ano curricular em que está inscrito: ***

(escolha uma opção)

1º ano 2º ano 3º ano 4º ano

7. Número de matrículas no curso de licenciatura em enfermagem *

(escolha uma opção)

- 1 2 3 4 5 6 mais de 6

8. Qual é a importância que atribui à aprendizagem de competências de comunicação clínica no curso de licenciatura em enfermagem? *

(escolha uma opção)

- Sem importância 1 2 3 4 5 Alta importância

9. Comparando as competências de comunicação com as restantes áreas de saber que são necessárias estudar para ser Enfermeiro, considera que a sua aprendizagem é: *

(escolha uma opção)

- Menos importante Mais importante
 Iguamente importante Sem opinião

10. Considera que a formação no curso de enfermagem ao nível de competências de comunicação é suficiente? *

(escolha uma opção)

- Sim Desconheço
 Não

11. Na sua opinião, indique possíveis soluções que permitam melhorar a formação ao nível das competências de comunicação: *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- Utilização de diferentes métodos de ensino
 Ensino de estratégias de comunicação mais ligadas com a prática
 Maior tempo de treino de competências de comunicação
 Outra: _____

12. Ao longo do curso de licenciatura em Enfermagem, a sua instituição inclui o ensino de competências de comunicação? *

(escolha uma opção)

- Sim Desconheço (prosseguir na questão 19)
 Não (prosseguir na questão 19)

13. Em que momento ocorre o ensino de competências de comunicação clínica? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

	Aulas teóricas/ teórico-práticas / práticas	Ensino Clínico	Não contemplado
1º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ºano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. No âmbito das competências de comunicação clínica, o que foi ensinado ao longo do curso de licenciatura? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entrevista clínica | <input type="checkbox"/> Relação clínica com crianças e adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Comportamento não verbal | <input type="checkbox"/> Relação clínica com Idosos |
| <input type="checkbox"/> Construção da relação clínica | <input type="checkbox"/> Auto-conhecimento e auto-ajuda |
| <input type="checkbox"/> Lidar com emoções | <input type="checkbox"/> Estabelecimento da relação empática doente-enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> Entrevista motivacional | <input type="checkbox"/> Padrões de linguagem/estilos linguísticos |
| <input type="checkbox"/> Comunicar más notícias | <input type="checkbox"/> Relação clínica com doentes portadores de deficiência (visual, auditiva, cognitiva, motora sensorial...). |
| <input type="checkbox"/> Lidar com situações específicas:
Doente impossibilitado de falar;
doente ansioso; doente depressivo,
entre outros | <input type="checkbox"/> Relação de Ajuda |
| <input type="checkbox"/> Relação com a família | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

15. No âmbito do ensino das competências de comunicação clínica, qual foi a metodologia que foi adotada? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Método expositivo | <input type="checkbox"/> Seminários |
| <input type="checkbox"/> Trabalhos/ sessões em grupo | <input type="checkbox"/> Reflexões sobre casos clínicos |
| <input type="checkbox"/> Role-play | <input type="checkbox"/> Observação de interações reais ou filmadas |
| <input type="checkbox"/> Prática simulada | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas gravadas | |

16. O ensino das competências de comunicação clínica é sujeito a avaliação? *

(escolha uma opção)

- Sim Desconheço *(prosseguir na questão 19)*
 Não *(prosseguir na questão 19)*

17. Que métodos foram usados na avaliação das competências de comunicação clínica? *

(pode escolher mais que uma opção, escolha todas as que se aplicarem)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entrevistas gravadas | <input type="checkbox"/> Avaliação pelos pares |
| <input type="checkbox"/> Discussão individual e/ ou de grupo | <input type="checkbox"/> Role-plays |
| <input type="checkbox"/> Teste escrito de escolha múltipla | <input type="checkbox"/> Escalas específicas de avaliação |
| <input type="checkbox"/> Teste escrito com casos clínicos | <input type="checkbox"/> Não foram avaliadas ao longo do curso |

18. Se selecionou a opção "escalas específicas de avaliação", especifique qual ou quais

19. Frequentou ao longo dos 4 anos de curso alguma formação extra relativa ao desenvolvimento de competências de comunicação clínica?

(escolha uma opção)

- Sim Não

Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

Rees, Sheard, & Davies (2002); Validação para a população portuguesa por Loureiro & Soares (2011)

20. **Leia as seguintes afirmações sobre a aprendizagem de competências de comunicação. Indique o seu nível de concordância utilizando a seguinte escala, escolhendo uma opção: ***

1 - Discordo totalmente 2 – Discordo 3 – Nem discordo nem concordo 4 – Concordo 5 – Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
Tenho de possuir boas competências de comunicação para ser um bom enfermeiro	<input type="radio"/>				
É desnecessário aprender competências de comunicação no Curso de Enfermagem	<input type="radio"/>				
Ter fracas competências de comunicação não impedirá um estudante de ser Enfermeiro	<input type="radio"/>				
Desenvolver competências de comunicação é quase tão importante como o desenvolver dos conhecimentos em Enfermagem	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação ajuda-me a respeitar os doentes	<input type="radio"/>				
Não tenho tempo para aprender competências de comunicação	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação é interessante	<input type="radio"/>				
Não me preocupo em estar presente nas sessões sobre competências de comunicação	<input type="radio"/>				
A aprendizagem das competências de comunicação ajuda a facilitar as minhas competências de trabalho em equipa	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação melhora a minha capacidade de comunicar com os doentes	<input type="radio"/>				
O ensino das competências de comunicação demonstra o óbvio e depois complica-o	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação é divertida	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação é demasiado fácil	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação ajuda-me a respeitar os meus colegas	<input type="radio"/>				
A aprendizagem das competências de comunicação ajuda-me a reconhecer os direitos dos doentes no que respeita a confidencialidade e consentimento informado	<input type="radio"/>				
O ensino das competências de comunicação teria maior impacto se fosse parecido com uma disciplina científica	<input type="radio"/>				
Não considero importante o ensino de competências de comunicação	<input type="radio"/>				
Tenho algumas dificuldades em admitir que tenho problemas com as minhas competências de comunicação	<input type="radio"/>				
Não necessito de boas competências de comunicação para ser enfermeiro	<input type="radio"/>				
Considero muito útil a aprendizagem de competências de comunicação durante o Curso de Enfermagem	<input type="radio"/>				
A minha capacidade para ter um bom desempenho técnico/científico é muito mais importante do que a minha capacidade em comunicar com os doentes	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação é aplicável à aprendizagem da Enfermagem	<input type="radio"/>				
Tenho dificuldade em encarar a aprendizagem das competências de comunicação com alguma seriedade	<input type="radio"/>				
Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade em comunicar é uma competência que se mantém ao longo da vida	<input type="radio"/>				
A aprendizagem de competências de comunicação é mais dirigida para profissionais de outros cursos como os de Psicologia e não para os de Enfermagem	<input type="radio"/>				
As competências de comunicação de que actualmente disponho são suficientes para comunicar adequadamente com os doentes	<input type="radio"/>				

Obrigado pela sua colaboração!

Obrigado pelo tempo dispendido a responder a este instrumento de recolha de dados. Comprometemo-nos coloca-lo(a) ao corrente dos resultados desta investigação. Ao dispôr, cumprimentos,
Nuno Miguel Correia - 919 685 553 - nunomiguelcorreia@gmail.com

APENDICE 4

Ficha de participante

Ficha de informação ao participante

Título: *Desenvolvimento de competências de comunicação clínica em estudantes de enfermagem*

Investigadores

Proponente: Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Investigador Principal: Professora Doutora Helena Quaresma

Co-Investigador: Professora Doutora Cândida Loureiro

Organização de ensino

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Introdução

O presente texto vai informa-lo acerca do trabalho de investigação que está convidado a participar. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da UICISA:E, Coimbra.

A nossa intenção é apenas que receba as informações corretas e suficientes para que possa avaliar e julgar se deseja ou não participar neste estudo. Para isso, leia atentamente esta ficha informativa e esclarecemos quaisquer dúvidas que possam surgir após a explicação da mesma. Além disso, pode consultar o investigador do projeto, Nuno Miguel Correia, pelos contactos de telemóvel 919 685 553 e/ou e-Mail nunomiguelcorreia@gmail.com.

Informação acerca do instrumento

Esta investigação é projetada para conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de competências de comunicação clínica nos estudantes de licenciatura em enfermagem e para sensibilizar para a importância destas competências na educação dos enfermeiros e no modo como contribuem para melhorar a prática clínica.

As suas respostas são estritamente confidenciais. Os investigadores irão analisa-las, juntamente com as de outros participantes para obter um perfil global em relação ao ensino e avaliação de competências de comunicação clínica no ensino pré graduado. As suas informações pessoais e respostas individuais não serão compartilhadas com ninguém.

Por favor tente responder a todas as perguntas. Não existem respostas “certas” ou “erradas”.

A participação é totalmente voluntária e levará cerca de 15 minutos. Caso assim o entenda pode decidir não participar. Pode também decidir parar a qualquer momento.

Participação voluntária

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária e pode decidir não participar ou alterar a sua decisão e retirar o consentimento a qualquer momento.

Descrição geral do estudo

A investigação decorre no seguimento do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para tal, e caso autorize, precisamos que participe neste estudo.

Benefícios e riscos derivados da sua participação no estudo

Trata-se de um estudo em que o participante não será sujeito a qualquer acção diferente do que habitualmente é praticado, pelo que o estudo não causa em si qualquer risco. O participante terá como benefícios a possibilidade de acesso aos resultados do estudo de forma a obter maior conhecimento sobre o processo de ensino e avaliação das competências de comunicação clínica nos estudantes pré-graduados do curso de enfermagem, se desejar.

Confidencialidade

As respostas, a comunicação e a cedência de dados pessoais de todos os participantes serão ajustadas ao RGPD, em vigor desde 25 de maio de 2018, o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e a Diretiva (UE) 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais pelas autoridades competentes para efeitos de prevenção, investigação, deteção ou repressão de infrações penais ou execução de sanções penais, e à livre circulação desses dados, e que revoga a Decisão-Quadro 2008/977/JAI do Conselho, sobre protecção de dados pessoais. De acordo com a legislação acima mencionada, o participante pode exercer o direito de acesso, retificação, oposição ou cancelamento dos dados, para os quais deverá contactar o investigador utilizando os contactos já referidos. O acesso às suas informações pessoais será rigorosamente restrito aos investigadores, quando necessário para verificar os dados e procedimentos de estudo, mas mantendo sempre a confidencialidade dos mesmos, de acordo com a legislação vigente.

Compensação económica

A sua participação no estudo não trará nenhum benefício económico.

Outras informações relevantes

Se decidir retirar o consentimento para participar neste estudo, nenhum dado novo será adicionado à base de dados.

APENDICE 5

Autorização do conselho de ética: UICISA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Aditamento ao Parecer N.º 538/ 11-2018

Título do Projecto: Desenvolvimento de competências de comunicação clínica em estudantes de enfermagem

Identificação das Proponentes

Nome(s): Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Filiação Institucional: Aluno de Mestrado do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Helena Quaresma e Professora Doutora Cândida Loureiro

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Do Parecer n.º 538/11-2018 constava o seguinte:

"Ser detentor de competências de comunicação clínica (CCC) é essencial pois incrementa excelência na prática de enfermagem, sendo bastante reconhecido atualmente. Este estudo, segundo o proponente, tem como objetivos conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de CCC nos estudantes de licenciatura em enfermagem e, sensibilizar para a importância destas competências na educação dos enfermeiros e no modo como contribuem para melhorar a prática clínica.

A data prevista de início de colheita de dados encontra-se agendada para dezembro de 2018 e o término será a março de 2019, havendo contudo um lapso face ao descrito no projeto onde consta março de 2018.

Será um estudo descritivo, exploratório e transversal, com análise de entrevistas semiestruturadas. Contudo, refere o proponente que o instrumento de recolha de dados será online, e será distribuído eletronicamente em endereços confidenciais, o que não permite uma conjugação entre metodologia. Importou saber efetivamente se era objetivo fazer-se entrevista ou se seria utilizado um questionário para preenchimento *on line*, ou ambos. Foi esclarecido pelo investigador que seria enviado um questionário online que será previamente validado com um estudo piloto com docentes da ESEnfC. Refere ainda o investigador que aquando "do preenchimento online as respostas serão retornadas ao colaborador via eletrónica", tendo-se verificado que constam elementos suficientes de esclarecimento ao participante naquele instrumento.

A amostra será composta pelos coordenadores do curso de licenciatura de enfermagem e docentes das unidades curriculares em que é contemplado o ensino e avaliação de CCC, sendo os Estabelecimentos de Ensino Superior Portugueses em que é ministrada a Licenciatura em Enfermagem critério de inclusão.

O estudo não possui qualquer risco ou benefício.

Ainda segundo o proponente, foi concebido um documento a disponibilizar ao participante, onde consta acerca da confidencialidade: "As respostas, a comunicação e a cedência de dados pessoais de todos os participantes serão ajustadas às disposições da Lei orgânica 15/2009 de 13 de Dezembro (...)". Acerca da questão sobre a redação a favor da proteção de dados, foi referido pelo investigador que "será tomada em plena consideração e colocada na prática aquando da investigação a Vossa sugestão relativa à substituição do diploma com todas as implicações que tal acarreta. Tendo em consideração a plena produção de efeitos do RGPD a

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E) da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

partir do dia 25 de maio de 2018, o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e a Diretiva (UE) 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais pelas autoridades competentes para efeitos de prevenção, investigação, deteção ou repressão de infrações penais ou execução de sanções penais, e à livre circulação desses dados, e que revoga a Decisão-Quadro 2008/977/JAI do Conselho serão tidos em particular atenção.”

O referido parecer não dispensa as autorizações das instituições de ensino onde o estudo será desenvolvido.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.”

Contudo, vieram os investigadores em comunicação a 26 de março de 2019 referir que depois da notificação do parecer favorável desta Comissão de Ética, no “decorrer do teste-piloto do formulário de colheita de dados como inicialmente previsto” foram confrontados com a necessidade de obter dados dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem. Assim, solicitaram um aditamento onde referiram a necessidade da aplicação de “um formulário de colheita de dados, remetido online para os estudantes, que será previamente validado com um estudo piloto com alunos da ESENfC”. Ainda remeteram o link para consulta sendo que, o consentimento será obtido após a exposição do objetivo e consecutivo preenchimento do referido formulário. Desta forma, mantém-se o parecer favorável desta Comissão de Ética.

O relator:



Data: 23/04/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Nuno Henriques Botelho

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Título do Projeto: *Desenvolvimento de competências de comunicação clínica em estudantes de enfermagem*

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Nuno Miguel Pais de Figueiredo Correia

Filiação Institucional: Aluno de Mestrado do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador responsável/orientador: Professora Doutora Helena Quaresma e Professora Doutora Cândida Loureiro

Justificação:

As competências de comunicação clínica (CCC) são reconhecidas desde longa data como elemento de relevo em enfermagem e da formação em enfermagem, sendo essenciais para a prática de enfermagem de qualidade (Loureiro et al., 2015).

Ser detentor de competências de comunicação com efetividade é fundamental para o sucesso em muitos aspetos da vida pessoal e profissional, mas também porque a profissão e ciência de Enfermagem exige Enfermeiros com competências de comunicação sólidas, intra e interpessoais (Patrício, 2012).

Conscientes da escassez de trabalhos sistemáticos que apontam para um consenso sobre as competências e objetivos de ensino-aprendizagem das CCC, o sub-grupo *Core Curriculum* do comité de ensino (tEACH) da Associação Europeia de Comunicação em Saúde (EACH) desenvolveu e alcançou um consenso para um currículo nuclear nas diferentes áreas da saúde.

Em Portugal faltam pesquisas e existe falta de referências em processos de desenvolvimento das CCC nas escolas de enfermagem, num contexto de reconhecimento crescente das CCC como uma competência essencial na educação pré-graduada dos enfermeiros.

Objetivos do Estudo:

Este estudo tem como objetivos conhecer o processo utilizado nas escolas superiores de enfermagem portuguesas no desenvolvimento de CCC nos estudantes de licenciatura em enfermagem e sensibilizar para a importância destas competências na educação dos enfermeiros e no modo como contribuem para melhorar a prática clínica.

Data prevista de início dos trabalhos: Dezembro de 2018

Data prevista de fim dos trabalhos: Junho de 2019

Data prevista de início da colheita de dados: Dezembro de 2018

Data prevista de fim da colheita de dados: Março de 2018

Metodologia

Tipo de Estudo:

Propõe-se um estudo descritivo, exploratório e transversal, com análise de entrevistas semiestruturadas, pretendendo responder à questão:

“Que estratégias são utilizadas nas escolas de enfermagem portuguesas no desenvolvimento das competências de comunicação clínica dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem?”

População e Amostra/Informantes:

Coordenadores do curso de licenciatura de enfermagem e docentes das unidades curriculares em que é contemplado o ensino e avaliação de CCC.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Estabelecimentos de Ensino Superior Portugueses em que é ministrada a Licenciatura em Enfermagem.

Locais onde Decorre a Investigação:

A amostra a considerar deseja-se que seja representativa, identificando-se todas as escolas a nível nacional (21 no ensino superior público e 19 do ensino superior privado), com referências fornecidas pela Direcção Geral do Ensino Superior, distribuindo-as segundo a “Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos” (NUTTS) II, e estabelecer uma proporção representativa nas diferentes áreas geográficas.

Instrumento(s) de Colheita de Dados:

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, previamente validadas com um estudo piloto com docentes da ESEnfC, tendo como base os estudos de Loureiro et al (2015) e Patrício (2012). As perguntas da entrevista ao corpo docente responsável pelas unidades curriculares onde são lecionadas CCC avaliarão os conhecimentos gerais e competências das unidades curriculares, as habilidades de comunicação específicas relacionadas, quais métodos de ensino são usados, como são avaliados e qual o treino prévio de quem capacita alunos de CCC.

O instrumento de recolha de dados será online e distribuído eletronicamente em endereços confidenciais, que se disponibiliza para consulta do Conselho de Ética no endereço:

<https://goo.gl/X1Ez6J>

Garantia de Confidencialidade, voluntariedade e autonomias dos participantes:

Foi concebido um documento a disponibilizar ao participante de forma a que sejam asseguradas as

referidas dimensões aos investigadores, que se encontra em anexo a este formulário

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Não.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Este estudo produz conhecimento novo sobre esta área, contribuindo para a otimização do ensino e avaliação pré-graduada das CCC e da prática dos Enfermeiros destas competências, no contexto da prática clínica.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não.

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 12 de novembro de 2018

O(s) Proponente(s):



(Assinatura manuscrita)