

Consenso Ibero-americano sobre Habilidades Comunicacionais para Estudantes de Graduação em Enfermagem*

Ana María Pérez-Martín¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6591-1399>

Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0418-2337>

Roger Ruiz-Moral²

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-9878>

Almudena Crespo-Cañizares¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7622-4199>

Cristina García de Leonardo Mena²

 <https://orcid.org/0000-0002-7400-3592>

Fernando Caballero-Martínez²

 <https://orcid.org/0000-0001-7873-2824>

Destaques: **(1)** As habilidades comunicacionais entre enfermeiros e pacientes representam uma ferramenta vital em sua relação. **(2)** Essas habilidades influem sobre os resultados da atenção à saúde e sobre a experiência dos pacientes. **(3)** As diversas faculdades de Enfermagem apresentam heterogeneidade no que diz respeito ao ensino e a comunicação. **(4)** Um consenso de expertos espanhóis/latino-americanos pretende unificar os objetivos das universidades. **(5)** Apresenta-se uma proposta de resultados de aprendizagem observáveis na comunicação entre enfermeiros e pacientes.

Objetivo: como profissão orientada à atenção da saúde, focada no cuidado às pessoas, a Enfermagem precisa desenvolver habilidades de comunicação sólidas. Com base em um consenso internacional de especialistas, apresenta-se uma proposta sobre os resultados de aprendizagem na comunicação clínica para planos de estudos em cursos de Enfermagem em países hispanofalantes. **Método:** um comitê orientador, composto por 5 enfermeiros e especialistas em comunicação em ciências de atenção à saúde, elaborou a primeira lista de habilidades comunicacionais específicas para o curso de Enfermagem. Outro comitê de 7 assessores científicos internacionais revisou e melhorou a referida proposta. Foram selecionados 70 especialistas de 14 países pelo procedimento de amostragem “bola de neve”, sendo convidados para participar em um processo de consenso Delphi modificado a distância em duas rodadas de pesquisa. Foi realizada a análise estatística para estabelecer o nível de consenso final correspondente a cada item. **Resultados:** foi apresentado um questionário com 68 resultados de aprendizagem em comunicações clínicas para serem avaliados pelo painel. Na primeira rodada Delphi, o painel chegou a um consenso estatístico em todos os itens avaliados. Não foi necessária uma segunda rodada para conciliar posições. **Conclusão:** apresenta-se uma proposta acadêmica aprovada com um elevado nível de consenso internacional a fim de orientar e unificar os resultados de aprendizagem nos planos de estudo sobre comunicação clínica para cursos de Enfermagem em países hispanofalantes.

Descritores: Relações Enfermeiro-Paciente; Comunicação em Saúde; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem; Aprendizagem; Consenso; Técnica Delphi.

* Artigo extraído de tese de doutorado “Consenso Iberoamericano sobre competencias comunicacionales (CCC) para estudiantes de Grado en Enfermería”, apresentada à Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Ciencias de la Salud, Madrid, Espanha. Apoio financeiro da Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, Espanha.

¹ Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Ciencias de la Salud, Madrid, Espanha.

² Universidad Francisco de Vitoria, Facultad de Medicina, Madrid, Espanha.

Como citar este artigo

Pérez AM, Gómez del Pulgar M, Ruiz R, Crespo A, García de Leonardo C, Caballero F. Ibero-American Consensus on Communication Skills for Nursing Degree students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3523.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5653.3523>

month day year

URL

Introdução

A relação entre enfermeiros e pacientes é vital para atingir o objetivo central dos cuidados de Enfermagem, isto é, ajudar às pessoas e seus familiares a enfrentarem as vivências relativas a doenças, ao sofrimentos, a incapacidades, de maneira eficiente e aceitável, reduzindo assim seu impacto na vida cotidiana dos pacientes. Esse tipo de relação interpessoal é mais complexo e mais profundo do que o mero seguimento de ações instrumentais que costumam ser associadas ao trabalho de enfermagem⁽¹⁻³⁾. Na Enfermagem, os resultados da atenção à saúde, dependem, na maior parte dos casos, da relação entre enfermeiros e pacientes⁽⁴⁻⁵⁾. Evidências coletadas em diversas pesquisas indicam que a capacidade de um profissional de saúde para explicar, escutar e agir com empatia⁽⁶⁻⁷⁾ está relacionada com a capacidade do paciente para cumprir com as recomendações médicas, autoadministrar uma patologia médica crônica e adotar medidas de prevenção de doenças. Estas habilidades comunicacionais (HCs) também podem melhorar a percepção dos pacientes e seu nível de satisfação com a atenção recebida⁽⁸⁾. De fato, a comunicação entre os integrantes da equipe de atenção à saúde influencia a qualidade dos vínculos empregatícios, a satisfação com o trabalho e a segurança dos pacientes⁽⁹⁾.

Nos últimos anos, a importância das HCs na educação dos futuros enfermeiros e sua inclusão nos planos de estudo têm se tornado cada vez mais evidente⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nesse sentido, a fim de alcançar um processo eficiente de ensino/aprendizagem das HCs nos cursos das profissões ligadas à saúde, entre outras estratégias⁽¹²⁾, é de fundamental importância identificar o conteúdo do currículo mais apropriado para esse nível educacional e para cada profissão vinculada à saúde. Nessa perspectiva, no âmbito profissional da Medicina, em vários documentos internacionais⁽¹³⁻¹⁹⁾ foram identificados o conteúdo e as HCs necessárias para alcançar uma comunicação eficiente e ética com os pacientes. Com matizes locais, vinculadas ao público-alvo ao que são destinadas, e, considerando sua abordagem, essas propostas têm sido úteis para planejar e desenvolver programas de capacitação e estratégias de avaliação adequadas para os trabalhadores de saúde em suas diferentes áreas de influência. Alguns desses documentos oferecem orientações interprofissionais de saúde com recomendações específicas (por exemplo: o Consenso Europeu)⁽¹⁸⁾. Naturalmente, as profissões relacionadas à saúde compartilham um importante conjunto de habilidades interpessoais. No entanto, o exercício de cada profissão em particular implica aspectos específicos que envolvem diferentes tipos de habilidades interpessoais nos contextos em que são necessárias. Por exemplo: tradicionalmente, a Enfermagem

ênfatisa a importância do trabalho em equipe⁽²⁰⁾ e sua responsabilidade pelos aspectos diretamente relacionados ao cuidado⁽²¹⁾. Além disso, diversos teóricos enfatizam que a comunicação terapêutica deve ser considerada de suma importância na prática da Enfermagem e insistem na necessidade de reexaminar a filosofia do cuidado de Enfermagem, extrapolando os limites atuais para desenvolver uma abordagem mais compassiva e humana⁽²²⁾. A essência desse cuidado "centrado na pessoa" exige que o enfermeiro esteja disposto e seja capaz de estabelecer um tipo especial de relacionamento com seus pacientes, mais próximo e contínuo do que aquele que mantém com outros profissionais de saúde⁽²³⁻²⁴⁾.

As propostas curriculares pré-existent sobre comunicação clínica⁽¹³⁻¹⁹⁾ foram elaboradas por consenso entre especialistas. Em cada caso, os autores propuseram um conjunto de HCs adaptadas a cada conjuntura específica (com suas respectivas evidências científicas, determinantes culturais e profissionais e legislação nacional ou supranacional). Em alguns casos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, essas propostas basearam-se em modelos teóricos prévios de comunicação clínica, que ajudaram a selecionar e articular o conjunto adequado de habilidades de comunicação para cada contexto profissional. Porém, nenhuma das propostas de competências anteriores visava especificamente definir as competências em HCs dos futuros enfermeiros (estudantes das faculdades de Enfermagem). Propor um marco internacional apoiado por especialistas em HCs para graduandos de Enfermagem seria útil para ajudar as faculdades a selecionarem seus objetivos educacionais. De fato, parece haver certa necessidade de esclarecimento nos planos de estudo sobre comunicação nos cursos de graduação em Enfermagem⁽²⁵⁻²⁶⁾. Na Espanha, por exemplo, um estudo recente⁽²⁷⁾ realizado em 110 faculdades de Enfermagem (95,6% de todas as faculdades do país) investigou a oferta educacional em matéria de comunicação em Enfermagem e os conteúdos contemplados no plano de estudos dos cursos de graduação. O estudo revelou que o ensino dessas habilidades é escasso e altamente heterogêneo nos diferentes centros educacionais. Esta variação está presente não só no tipo ou conteúdo das competências exigidas, mas também na forma e nas etapas em que estas HCs são ministradas. Em outros países americanos de língua espanhola, as faculdades de enfermagem também estão em processo de integração das HCs entre enfermeiros, pacientes e familiares em seus currículos de graduação. Alcançar tal consenso seria realmente útil. Embora existam diferentes propostas em relação às HCs que os profissionais de Enfermagem devem adquirir⁽²⁸⁻³²⁾, não há afirmação semelhante em

relação ao ensino das HCs nos cursos de graduação em Enfermagem nesses países.

Assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver um consenso sobre HCs [definidas como Resultados de Aprendizagem (RA)] especificamente voltado para a formação de graduação em Enfermagem, levando em consideração as possíveis peculiaridades do contexto cultural, social e educacional da América Latina. Esta declaração poderá contribuir para uniformizar o processo educacional nas faculdades de Enfermagem no que diz respeito às HCs e promover a aplicação de metodologias de aprendizagem e avaliação mais experimentais e menos teóricas nesse campo.

Método

Neste estudo, utiliza-se uma variante específica⁽³³⁾ do método Delphi modificado⁽³⁴⁾, desenhado para alcançar o consenso do grupo em, no máximo, duas rodadas de pesquisa escrita com painelistas geograficamente dispersos. As propostas derivam do método Delphi tradicional⁽³⁵⁾, com o objetivo de facilitar sua aplicação e melhorar seu desempenho.

O Comitê Orientador (CO) do projeto foi constituído por uma equipe multidisciplinar composta por 5 membros (3 docentes universitários de Enfermagem, 1 especialista em comunicação clínica e 1 especialista em educação para as profissões de saúde), ligados à Fundação Francisco de Victoria (Madrid). Este comitê realizou as seguintes tarefas:

Buscas na literatura

Como tarefa inicial, o CO solicitou aos membros do painel de especialistas que apresentassem documentos específicos sobre comunicação clínica no ensino de Enfermagem que estivessem disponíveis em seus respectivos países (quadros conceituais, propostas curriculares, planos de estudos, relatórios educacionais e outros documentos relacionados). A realização de uma busca adicional na literatura eletrônica (PubMed 2000-2017, sobre Educação em Enfermagem, Comunicação Clínica e Consenso Profissional) serviu para encontrar uma série de artigos internacionais sobre o tema (finalmente, foram selecionados 57 artigos incluídos como referência neste estudo, após um processo de revisão por pares de cada artigo). Este procedimento contou com a assistência de um especialista em pesquisa de informação que trabalha em uma biblioteca universitária. Depois de revisar esses materiais, cada membro do Comitê Orientador preparou sua versão preliminar dos resultados de aprendizagem (RAs) em comunicação clínica e a compartilhou com o grupo.

Um modelo conceitual de comunicação em Enfermagem

O grupo discutiu se era apropriado ou não utilizar uma proposta conceitual de comunicação clínica previamente publicada como base para um modelo de comunicação para a Enfermagem⁽³⁶⁾. O quadro conceitual foi escolhido com base em presunções e nas principais teorias sobre comunicação básica pré-existentes. Esse modelo de comunicação possui quatro elementos que devem ser considerados durante o encontro (a entrevista) entre profissionais de saúde e pacientes: 1. As pessoas envolvidas, ou seja, o profissional de saúde e o paciente, com seus respectivos contextos profissionais e familiares. 2. As interações que se estabelecem entre os dois agentes durante o processo de comunicação, tanto verbais quanto não verbais, visando, na perspectiva do profissional, desenvolver as tarefas que se pretende realizar na relação (conexão, identificação, compreensão, acordo, ajuda). 3. Os contextos clínicos em que se desenvolve a comunicação e os fatores que podem condicioná-la (problemas de saúde específicos, situações emocionais ou delicadas, fatores socioculturais ou relacionados com a idade, promoção da saúde, etc.). 4. Os canais de comunicação, como o meio utilizado para transmitir a mensagem e os principais "intermediários" (presencial, telefônico, escrito ou eletrônico). O modelo também considera outras necessidades de comunicação tanto do profissional de saúde quanto dos pacientes (comunicação com a família do paciente, com outros profissionais de saúde ou com a autoridade de saúde).

Desenvolvimento do questionário da pesquisa

Com base nesse modelo⁽³⁶⁾ e no documento oficial de referência sobre o conteúdo dos guias docentes para cursos de graduação em Enfermagem na Espanha⁽³⁷⁾, nosso CO multidisciplinar completou o conteúdo e adaptou a estrutura de sua versão preliminar sobre os RAs em comunicação redigida na fase anterior. O formato final deste questionário específico para Enfermagem compartilha seus principais blocos temáticos com a lista de RAs correspondentes à comunicação em Medicina⁽¹⁹⁾, desenvolvida anteriormente a partir do mesmo quadro conceitual por uma equipe de pesquisa com alguns membros em comum, com metodologia semelhante, e no mesmo contexto geográfico e cultural da América Latina.

Esta segunda versão foi encaminhada para revisão crítica a 7 assessores científicos internacionais que não estiveram envolvidos em seu desenvolvimento, que constituíram o Comitê Assessor que supervisionou o projeto. Este comitê recebeu o questionário e um dossiê com detalhes sobre o modelo conceitual, juntamente com um relatório sobre a bibliografia técnica consultada.

Sugestões para possíveis melhorias no questionário (ampliação, redução ou modificação de itens) foram coletadas e compartilhadas eletronicamente. Considerando todas as sugestões e observações, o CO redigiu uma versão final sobre habilidades de comunicação nas carreiras de graduação em Enfermagem (RAs), que foi novamente aprovada por unanimidade pelo Comitê Assessor Internacional. A versão final do questionário utilizado nas rodadas de pesquisa incluiu 68 possíveis RAs de comunicação considerados apropriados para a Enfermagem e agrupados em seis categorias (áreas de habilidade) relacionadas com o quadro conceitual sobre comunicação clínica escolhido para o projeto⁽³⁶⁾: comunicação com o paciente, comunicação com a família do paciente, comunicação intrapessoal (autopercepção), comunicação interprofissional, comunicação por diferentes vias e/ou canais e comunicação em situações especiais. Durante o processo de desenvolvimento, foi prestada assistência contínua por um especialista em Pedagogia Aplicada para garantir que os resultados da aprendizagem fossem escritos corretamente no formato adequado de acordo com a taxonomia de Bloom⁽³⁸⁾.

Seleção dos panelistas

Posteriormente, os candidatos foram selecionados para integrar o painel por meio da técnica de amostragem "bola de neve"⁽³⁹⁾. A seleção iniciou-se na rede de contatos profissionais do CO local e do Comitê Científico Internacional, além de outros potenciais especialistas identificados na pesquisa bibliográfica, de acordo com os critérios de inclusão propostos. Com base nesses primeiros elementos, iniciou-se um processo de seleção em cascata, sem limitações em toda a América Latina. Todos os profissionais que receberam mais de uma indicação foram convidados a participar para serem reconhecidos como especialistas por seus pares.

Para a formação de um painel internacional de especialistas em Enfermagem⁽⁴⁰⁾ com perfis diversos e complementares, durante o processo de nomeação foram procurados candidatos que atendessem a pelo menos um dos seguintes critérios de elegibilidade: liderança reconhecida em comunicação clínica; experiência como docente em faculdade de enfermagem; cargo com responsabilidade institucional (educação, atenção à saúde, científico ou associado) e ampla experiência em saúde (setor público/privado, áreas rurais/urbanas). O Comitê Científico supervisionou o procedimento de aceitação de candidatos. Finalmente, foram identificados 160 especialistas de 14 países (Espanha, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Uruguai). Oitenta e nove deles aceitaram preliminarmente

o convite para fazer parte do painel de especialistas nas condições estabelecidas (anonimato e gratuito) (Figura 1).

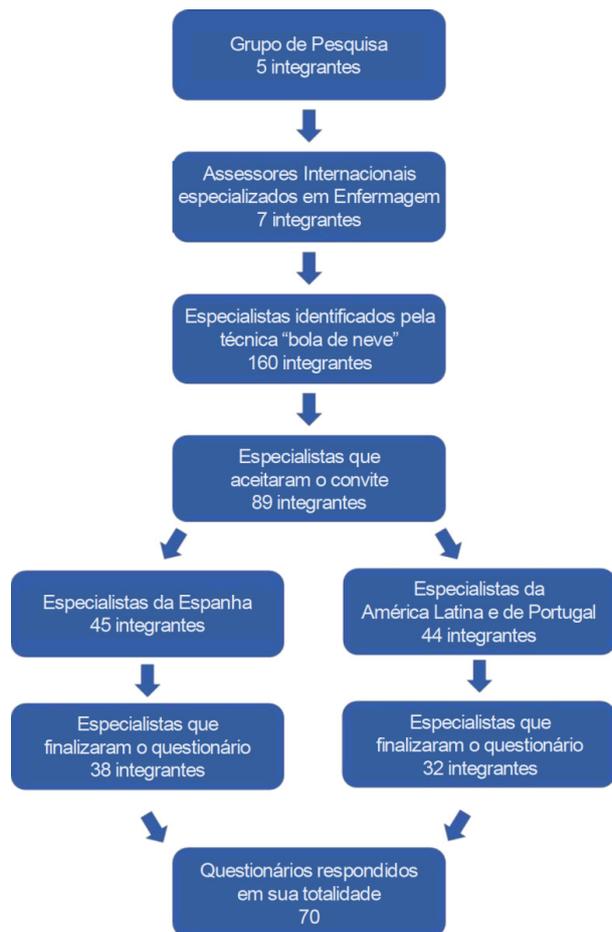


Figura 1 - Participantes das sucessivas fases da pesquisa

O painel final de integrantes com participação plena foi composto por 70 especialistas: 38 espanhóis e 32 pertencentes a diferentes países da América Latina e Portugal, dos quais 80% eram mulheres e 20% homens. Dentre os panelistas, 54% alcançaram o status acadêmico de PhD. Em relação ao perfil profissional, 82,9% dos especialistas dedicavam-se prioritariamente ao ensino de Enfermagem, seguido dos profissionais de gestão em saúde (30,0%), pesquisa (22,9%) e atenção à saúde (28,5%), com distribuição equilibrada entre especialidades hospitalares e serviços de atenção primária. O tempo de experiência em seus respectivos cargos foi diversificado, sendo especialmente prolongado (mais de 10 anos) entre os panelistas dedicados à saúde (49,3%) e à gestão (42,9%). Não foram solicitadas informações sobre o perfil étnico dos entrevistados. Os mesmos trabalhavam principalmente em áreas urbanas, como é de se esperar em se tratando de grupo de pessoas dedicadas principalmente ao ensino. Cabe destacar que 66% do trabalho principal dos panelistas foi realizado em instituições públicas, sendo que o outro grupo menor estava vinculado a instituições ou organizações privadas.

A priori, todos os participantes declararam ausência total de conflitos de interesse e confirmaram que estavam suficientemente motivados e com tempo suficiente para colaborar no projeto. O processo de transferência foi solicitado em duas oportunidades consecutivas, a partir da primeira geração de candidatos; seguidamente o processo foi repetido em cada novo país em que um especialista estivesse localizado.

Questionário da pesquisa, avaliação dos itens pelo painel e critérios para consenso

A variante do método Delphi utilizada neste estudo⁽³⁰⁾ permite oferecer, conforme necessário para cada item analisado, até duas rodadas consecutivas para responder a um questionário de pesquisa eletrônica escrita, a fim de aproximar as posições dos especialistas e chegar a um consenso. Para expressar sua opinião sobre cada item em discussão, os painelistas utilizaram uma escala Likert ordinal de 9 pontos, de acordo com o formato desenvolvido na *UCLA-Rand Corporation* para o método de avaliação do uso correto da tecnologia para a saúde⁽⁴¹⁾. As categorias de resposta desta escala foram agrupadas em três regiões (1-3 = "discordo"; 4-6 = "neutro"; e 7-9 = "concordo"). O questionário oferecia aos participantes a possibilidade de incluir livremente comentários. Para fins estatísticos, os itens não pontuados foram tratados como perdidos.

Para analisar a opinião do grupo e o tipo de consenso alcançado, utilizou-se a posição da mediana dos escores do grupo e o nível de concordância alcançado por aqueles que responderam à pesquisa, de acordo com os seguintes critérios⁽⁴¹⁾: considerou-se que havia consenso para um item quando a opinião do painel fosse "concordo"; ou seja, quando o número de especialistas que atribuíram pontuações fora da região de três pontos contendo a mediana ([1-3], [4-6], [7-9]) fosse inferior a um terço daqueles que responderam à pesquisa. Ainda, o valor da pontuação mediana determinou o consenso do grupo alcançado como discordância "majoritária" com o item se a mediana fosse ≤ 3 ou como acordo "majoritário"

com o conteúdo do item se a mediana fosse ≥ 7 . Itens com casos na região (4-6) foram considerados "casos duvidosos". Os critérios de "discordância" do painel foram considerados quando pelo menos um terço dos painelistas atribuiu pontuações na região (1-3) e pelo menos outro terço os atribuiu na região (7-9).

Após a primeira rodada da pesquisa, os especialistas receberam um relatório com a distribuição das opiniões do grupo e uma transcrição dos comentários coletados de seus pares. O objetivo desse *feedback* é permitir que, se necessário, os membros do painel reconsiderem seus pontos de vista sobre questões controversas, respondendo à pesquisa pela segunda vez. Os comentários sem restrições, coletados na primeira rodada, também permitem que o comitê científico avalie a necessidade de melhorar ou esclarecer a redação de algum item. Esses comentários foram analisados qualitativamente e, a partir deles, foi gerada uma lista de categorias de forma indutiva. Em nosso estudo, o alto nível de concordância alcançado na primeira rodada e as opiniões coletadas dos painelistas nos permitiram confirmar o consenso e encerrar o processo sem a necessidade de mais rodadas.

Este projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Francisco de Victoria (Madri), obtendo parecer favorável com protocolo número 3/2020.

Resultados

Dos 89 especialistas que concordaram em participar do projeto e conformaram o painel, 70 concluíram o estudo. Os países de origem dos painelistas foram os seguintes: Espanha (38), Portugal (2), México (6), Guatemala (2), Honduras (2), El Salvador (2), Nicarágua (1), Costa Rica (2), Panamá (3), Equador (3), Chile (1), Paraguai (2), Uruguai (2) e Argentina (4). Em relação aos 68 resultados de aprendizagem propostos para serem avaliados no questionário, este painel atingiu o nível de concordância desejado na primeira rodada da pesquisa, de acordo com os critérios de consenso pré-estabelecidos (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados gerais do estudo: indicadores que confirmam o consenso do grupo alcançado nos 68 resultados de aprendizagem de comunicação analisados

A) COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE				
A.1. Aspectos gerais da entrevista clínica com os pacientes.				
Reconhecer o valor da entrevista clínica para desenvolver o plano de cuidados, além de conhecer, integrar e estruturar seus diferentes componentes.	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fora de M [§]
Resultados de aprendizagem:				
Descrever as diferentes habilidades de comunicação (verbal e não verbal), ou habilidades de relacionamento, necessárias para elaborar o histórico de necessidades de cuidado elaborado pelos enfermeiros.	8,01	9	2	9,46

(continua na próxima página...)

Reconhecer os mecanismos pelos quais a comunicação clínica influencia os resultados dos cuidados de saúde (Mostrar gentileza, empatia, interesse, ouvir com atenção, satisfação, autoeficácia percebida, confiança, aumento da adesão).	8,55	9	1	1,35
Realizar uma entrevista clínica personalizada em que se integrem os conceitos do contexto da Enfermagem com as competências de comunicação e relacionamento.	8,7	9	0,5	1,35
A.2. Tarefas e Habilidades para comunicar-se com os pacientes. Resultados de aprendizagem:	\bar{x}	M[†]	IQR[‡]	% fora de M[§]
A.2.1. Estabelecer e manter um vínculo terapêutico (Conectar-se) (O estudante estabelece e mantém um vínculo terapêutico durante a totalidade da abordagem centrada no paciente)				
Estabelecer vínculo entre enfermeiro e paciente em que este se sinta confortável e ouvido em relação às suas necessidades.	8,69	9	1	0
Perceber a linguagem não verbal do paciente (mímica, cinestésica, proxêmica e tátil) e atuar conforme o contexto.	8,53	9	1	1,35
Utilizar registros de prontuários (em papel/eletrônicos) na comunicação com o paciente de forma a reduzir ou evitar interferências.	7,69	8	2	13,51
Aplicar habilidades sociais para acolher os pacientes, que promovam um vínculo efetivo (cumprimentar, chamar o paciente pelo nome, deixá-lo à vontade, sorrir...).	8,78	9	0	0
Aplicar habilidades sociais para despedir-se dos pacientes, o que promove a possibilidade de manter um vínculo efetivo (despedir-se cordialmente, acompanhar, agradecer...).	8,72	9	0	1,35
Reconhecer as emoções dos pacientes em diferentes contextos, situações difíceis e desafios relacionados à comunicação (choro, emoções profundas, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões sensíveis ou desconfortáveis, dificuldades cognitivas, más notícias, primeiro encontro...).	8,59	9	1	0
Responder com empatia (estudar a origem das emoções, compreendê-las e demonstrar compreensão) às emoções dos pacientes em situações difíceis e desafios relacionados à comunicação.	8,55	9	1	0
Estabelecer com o paciente uma relação baseada no respeito e consideração pelos seus direitos, autonomia, crenças, valores e individualidade como ser humano.	8,72	9	0	2,7
Use senso de humor na relação com o paciente (em situações que exijam um ambiente descontraído para a aproximação...).	7,85	8	2	13,51
A.2. Tarefas e Habilidades para a comunicação. Resultados de aprendizagem com os pacientes:	\bar{x}	M[†]	IQR[‡]	% fora de M[§]
A.2.2. Intercambiar informação e compreendê-la.				
A.2.2.1. Obter a informação (O estudante coleta a informação relevante para o correto desenvolvimento do trabalho de Enfermagem).				
Reconhecer as vantagens e desvantagens das diferentes competências de comunicação (perguntas abertas/fechadas, orientação...) para obter informação.	8,19	8,5	1	1,35
Utilizar técnicas verbais e não verbais para ouvir com atenção (parafrasear, direcionar o discurso, demonstrar reações lentas, captar indícios, resumir...).	8,54	9	1	0
Resumir as informações obtidas para facilitar a verificação pelo paciente.	8,41	9	1	4,05
Estabelecer um acompanhamento adequado do exame físico (solicitar autorização, explicar o que será feito e por quê, compartilhar os achados com o paciente...).	8,69	9	0	1,35
A.2.2.2. Oferecer a informação (O estudante proporciona a informação de forma clara e personalizada; informação que o paciente necessita para compreender, aceitar e implementar o plano de cuidados).				
Estimar o nível de conhecimento do paciente sobre seu problema e o quanto ele deseja saber para fornecer as informações que ele realmente precisa e que podem ser prestadas.	8,38	9	1	4,05
Comunicar corretamente os riscos e possíveis indisposições ao paciente durante os cuidados de Enfermagem.	8,61	9	1	1,35
Utilizar corretamente os elementos auxiliares para transmitir informações (escritos, gráficos, etc.) e instruções para complementar as informações fornecidas verbalmente quando necessário.	8,51	9	1	0
Adaptar a comunicação ao nível de linguagem e compreensão do paciente, evitando termos técnicos.	8,61	9	0	4,05
Fornecer informações ao paciente em tempo e forma (circunstância apropriada).	8,47	9	1	4,05

(continua na próxima página...)

Explicar ao paciente os benefícios, riscos e resultados esperados das intervenções derivadas do processo de cuidados de Enfermagem.	8,72	9	0	0
Verificar se o paciente compreendeu as informações transmitidas, e propiciar que ele expresse suas dúvidas.	8,74	9	0	1,35
Encaminhar o paciente para o profissional mais adequado quando o nível de competência do enfermeiro for ultrapassado em termos de informação.	8,53	9	0	5,41
Transmitir informação relacionada com os cuidados de Enfermagem, de forma adaptada ao nível de tolerância e às necessidades do paciente.	8,54	9	1	1,35
Com o consentimento do paciente, partilhar a informação com outras pessoas (colegas e familiares, entre outros), quando ambos considerem necessário e/ou se o paciente assim o solicitar.	8,26	9	1	6,76
A.2.3. Planejar os cuidados com o paciente e auxiliá-lo para que ele possa cumprir com o planejamento de cuidados (promover a participação do paciente, considerar as capacidades do paciente para desenvolver e implementar o planejamento de cuidados proposto).				
Identificar e assumir o seu papel de enfermeiro no processo de tomada de decisão correspondente ao plano individualizado de cada paciente.	8,23	9	1	6,76
Explorar a vontade e a capacidade do paciente (informação, autonomia, confiança, responsabilidade, características psicológicas...) para facilitar sua participação ativa no processo de cuidado.	8,53	9	1	1,35
Alcançar vários acordos com o paciente por meio de habilidades de negociação.	8,19	9	1	8,11
Quando apropriado, esclarecer como e quando as devem ser tomadas decisões mutuamente acordadas (parar hábitos tóxicos, mudar a dieta, etc.).	8,36	9	1	2,7
Informar o paciente sobre as possíveis consequências de uma decisão.	8,14	9	1	9,46
Oferecer ao paciente a possibilidade de incluir outras pessoas (colegas, familiares) no processo de tomada de decisão.	7,71	8	2	15,07
B) COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE				
B.1. O contexto familiar do paciente (O estudante reconhece e avalia o papel da família no cuidado ao paciente e estabelece uma comunicação efetiva com a família em benefício do paciente).	\bar{x}	M ⁺	IQR [±]	% fora de M ^s
Resultados de aprendizagem:				
Solicitar e avaliar informações relevantes de outros familiares e cuidadores do paciente, se necessário e possível.	8,29	9	1	5,56
Ajudar a família no processo de cuidado de pacientes menores ou deficientes (demência, pacientes em coma, problemas mentais incapacitantes...).	8,51	9	1	2,74
Reconhecer desafios específicos relacionados à comunicação com os familiares (confidencialidade, sigilo, acompanhante doente, necessidade de seguimento...).	8,34	9	1	5,48
C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPÇÃO)				
C.1. O enfermeiro como pessoa (autoconhecimento, autorreflexão, autocrítica e autocuidado) (O estudante geralmente reflete sobre seu comportamento e sua forma de se comunicar, desenvolvendo e aprimorando seus conhecimentos, autorreflexão, autocrítica e autocuidado).	\bar{x}	M ⁺	IQR [±]	% fora de M ^s
Resultados de aprendizagem:				
Distinguir as principais fontes de erros, relacionadas a falhas de comunicação que podem colocar em risco a segurança do paciente (deficiência na informação ou na avaliação das necessidades do paciente, informação mal compreendida...)	8,48	9	1	0
Reconhecer os vieses cognitivos (deficiências ou conhecimentos desatualizados) que dificultam o desenvolvimento do trabalho de Enfermagem.	8,34	9	1	5,48
Reconhecer emoções negativas (insegurança, antipatia, rejeição...) que podem dificultar o trabalho de Enfermagem, distanciar-se delas e gerar empatia.	8,37	9	1	4,11
Utilizar várias estratégias para reduzir o stress e a sobrecarga (relaxamento, grupos de reflexão, grupos Balint, supervisão e apoio...).	8,26	9	1	10,96
Controlar com eficiência as próprias reações emocionais e o trabalho, mesmo em situações difíceis (paciente em estado de grande sofrimento, paciente que requer muita atenção...).	8,47	9	1	0
Desenvolver as estratégias de autoconhecimento necessárias para reconhecer os próprios preconceitos através de técnicas específicas (questões de reflexão, observação com perspectiva, presença plena [<i>mindfulness</i>], não realizar apreciações pessoais, não emitir julgamentos, etc.).	8,36	9	1	2,74

(continua na próxima página...)

D) COMUNICAÇÃO INTER-INTRAPROFISSIONAL**D.1. O contexto profissional do enfermeiro: Comunicação inter e intraprofissional.**

(O estudante se comunica de forma eficiente com profissionais que conformam ou não a sua equipe).

Resultados de aprendizagem:

	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fora de M [§]
Facilitar o fluxo de informações com base nas opiniões da equipe e permitir que os membros da equipe expressem opiniões diversas.	8,41	9	1	5,41
Fornecer <i>feedbacks</i> aos membros da equipe adequadamente (comentários em primeira pessoa, destacar o positivo primeiro, não emitir julgamentos).	8,47	9	1	1,35
Contribuir efetivamente para a continuidade do cuidado nos casos de transferência e retorno de pacientes entre os diferentes níveis de atenção (primário, especializado).	8,43	9	1	1,35
Realizar apresentações clínicas ou científicas em público de forma eficaz.	8,46	9	1	2,7
Dar instruções claras e precisas aos membros da equipe.	8,47	9	1	4,5
Ajudar a criar um ambiente de trabalho positivo por meio de estratégias de colaboração não hierárquicas.	8,43	9	1	2,7
Preservar a confidencialidade das decisões tomadas na equipe.	8,64	9	0	2,7
Respeitar a individualidade, a percepção subjetiva dos membros da equipe e a competência (<i>expertise</i>) dos diferentes profissionais de saúde, aceitando as diferenças de forma construtiva.	8,61	9	1	2,7
Ser claro com os demais membros da equipe.	8,61	9	1	2,7

E) COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE DIFERENTES MEIOS**E.1. Canais de comunicação (O estudante utiliza diferentes formas de comunicação de forma eficiente).****Resultados de aprendizagem:****E.1.1. Comunicação direta (presencial).**

	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fora de M [§]
Determinar se existe alguma discrepância entre os componentes verbais e não verbais da comunicação.	8,38	9	1	1,35
Usar corretamente a comunicação proxêmica (distância física de comunicação).	8,26	9	1	6,76

E.1.2. Comunicação escrita.

Reconhecer os formatos e elementos de suporte dos prontuários e documentos frequentemente utilizados para comunicação escrita com pacientes e entre profissionais (relatórios de alta hospitalar, encaminhamentos, solicitações de exames...).	8,61	9	1	2,7
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---	---	-----

E.1.3. Comunicação informatizada ou eletrônica.

Administrar tecnologias da informação (automatização das consultas, digitação, mensagens via e-mail, WhatsApp, web2.0...) em aspectos relacionados com a atenção da saúde, garantindo confidencialidade.	8,35	9	1	8,11
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---	---	------

E.1.4. Comunicação telefônica.

Reconhecer os usos e limitações da comunicação telefônica com os pacientes.	8,2	9	1	8,11
Comunicar-se por telefone com os pacientes, respondendo às necessidades específicas e às adaptações de comunicação exigidas por este meio.	7,54	8	2	16,22

F) COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS**F.1. Contextos específicos de comunicação (O estudante aplica e adapta as habilidades de comunicação centrais a situações clínicas específicas e lança mão das habilidades concretas que cada situação exigir).****Resultados de aprendizagem:****F.1.1. Situações delicadas.**

	\bar{x}	M [†]	IQR [‡]	% fora de M [§]
Reconhecer situações sensíveis que representam desafios relacionados à comunicação (dar más notícias, lidar com questões relacionadas ao fim da vida, situações de luto, história sexual, violência de gênero, abuso infantil, infecção pelo HIV, explicar situações de incerteza clínica...).	8,49	9	1	5,41
Abordar situações delicadas com sensibilidade e aplicar de forma construtiva estratégias e habilidades específicas que cada situação possa exigir, como empatia e sensibilidade.	8,77	9	0	0

(continua na próxima página...)

F.1.2. Manejo das emoções.				
Reconhecer as situações de tensão emocional nas consultas (stress, medo, raiva, agressividade, negação, colusão, vergonha...).	8,58	9	1	2,7
Abordar situações estressantes de forma sensível e construtiva aplicando as estratégias e habilidades específicas que cada situação pode exigir.	8,41	9	1	5,41
F.1.3. Diversidade cultural e social. O estudante estará em condições de fazer o seguinte...				
Reconhecer a diversidade cultural e social dos pacientes (origem étnica, nacionalidade, nível socioeconômico, idioma, religião, gênero, valores, sexualidade...) e as dificuldades de comunicação decorrentes.	8,5	9	1	5,41
Abordar a diversidade cultural e social do paciente e família, aplicando estratégias e habilidades específicas que possam ser necessárias em cada caso.	8,45	9	1	4,05
F.1.4. Promoção de saúde e mudanças de comportamento.				
Identificar a capacidade e facilidade do paciente em adotar comportamentos saudáveis.	8,43	9	1	5,41
Aplicar estratégias de comunicação motivacionais e eficazes para modificar comportamentos individuais.	8,43	9	1	4,05
Promover a implementação de comportamentos saudáveis através de técnicas de comunicação individual e em grupo.	8,43	9	1	5,41
Utilizar técnicas de comunicação em grupo para promover a saúde e estimular a modificação de comportamentos saudáveis.	8,41	9	1	4,05
F.1.5. Contextos clínicos específicos.				
Adaptar as habilidades e estratégias de comunicação a diferentes contextos psiquiátricos específicos, pacientes com demência e/ou problemas sensoriais: audição, visão, expressão verbal.	8,62	9	1	1,35
F.1.6. Pacientes de diferentes idades.				
Adaptar as habilidades e estratégias de comunicação a pacientes pertencentes a diferentes faixas etárias (crianças e pais, adolescentes, idosos).	8,66	9	1	1,35

* \bar{x} = Pontuação média; *M = Pontuação mediana; †IQR = Intervalo interquartil; % fora de M = Percentagem de especialistas que pontuaram fora da área dos três pontos em que se situa a mediana

Para cada item avaliado, a tabela detalha as estatísticas que estabelecem o nível de consenso alcançado: a pontuação mediana e a média aritmética das pontuações do painel, a proporção de especialistas que atribuíram pontuações fora da região de três pontos que inclui a mediana (em oposição à maioria do grupo) e o intervalo interquartil como medida de variabilidade do painel. Em todos os casos, as medianas ficaram na faixa de 7-9 pontos (concordância) e a proporção de painelistas na região inversa (1-3) não ultrapassou um terço do grupo. O painel de especialistas alcançou um nível de consenso suficiente na primeira rodada do procedimento para todos os resultados de aprendizagem propostos. Perante a ausência de sugestões explícitas nos questionários, não se considerou necessário realizar uma segunda rodada de pesquisa, pois não havia questões pendentes de esclarecimento ou resolução após a primeira iteração (Tabela 1).

Os comentários e/ou sugestões realizados pelos especialistas após a primeira rodada foram analisados em duplas conformadas pelos próprios pesquisadores; nenhum comentário e/ou sugestão foi tomado como motivo para modificar de alguma forma a proposta inicial

dos pesquisadores (lista de resultados de aprendizagem). Na maior parte dos comentários, os participantes expressaram suas apreciações ou destacaram a importância da inclusão dos RAs nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem. Houve outros comentários relacionados com os seguintes tópicos: (i) Implementação prática de RAs na graduação, (ii) Esclarecimento do significado de RAs, evitando mal-entendidos culturais e (iii) Implicações para métodos de ensino e avaliação.

Para fins de comparação, o valor médio das notas atribuídas pelos painelistas a cada um dos 68 resultados de aprendizagem avaliados foi utilizado para classificar os itens de acordo com o nível de aprovação atribuído pelo painel de especialistas. De acordo com esse critério, foi selecionado um grupo de 17 habilidades, que alcançou o maior nível de aprovação do painel (sua pontuação média situou-se no quartil superior da distribuição das médias, ou seja, com pontuação média maior que o valor do percentil 75 = 8,31). Esses resultados de aprendizagem podem ser considerados prioritários para os especialistas consultados, constituindo um "núcleo de habilidades" de especial interesse (Tabela 2).

Tabela 2 - Habilidades de comunicação centrais (itens que obtiveram pontuações médias acima do percentil 75 da distribuição do painel)

N.º	Itens acordados com pontuações médias > 8,306 (> percentil 75)	Média
P2	Reconhecer os mecanismos pelos quais a comunicação clínica influencia os resultados dos cuidados de saúde (Mostrar gentileza, empatia, interesse, ouvir com atenção, satisfação, autoeficácia, autopercepção, confiança, maior adesão).	8,56
P3	Realizar uma entrevista clínica personalizada em que se integrem os conceitos do contexto da Enfermagem com as habilidades de comunicação e relacionamento.	8,60
P4	Estabelecer um vínculo entre enfermeiro e paciente em que este se sinta confortável e ouvido em relação às suas necessidades.	8,59
P5	Perceber a linguagem não verbal do paciente (mímica, cinestésica, proxêmica e tátil) e responda ao contexto de acordo.	8,43
P7	Aplicar habilidades sociais para acolher os pacientes, fomentando um vínculo efetivo (cumprimentar, chamar o paciente pelo nome, deixá-lo à vontade, sorrir...).	8,69
P8	Aplicar habilidades sociais para se despedir dos pacientes, promovendo a possibilidade de manter um vínculo efetivo (dizer adeus cordialmente, acompanhar, agradecer...).	8,63
P9	Reconhecer as emoções dos pacientes em diferentes contextos, situações difíceis e desafios relacionados à comunicação (choro, emoções profundas, interrupções, agressividade, raiva, ansiedade, questões sensíveis ou desconfortáveis, dificuldades cognitivas, más notícias, primeiro encontro...).	8,41
P10	Responder com empatia (estudar a origem das emoções, compreendê-las e demonstrar compreensão) às emoções dos pacientes em situações difíceis e desafios relacionados à comunicação.	8,45
P11	Estabelecer com o paciente uma relação baseada no respeito e consideração pelos seus direitos, autonomia, crenças, valores e individualidade como ser humano.	8,63
P14	Usar técnicas verbais e não verbais para ouvir com atenção (parafrasear, dirigir o discurso, demonstrar reações lentas, captar indícios, resumir...).	8,33
P16	Realizar um seguimento adequado do exame físico (solicitar autorização, explicar o que será feito e por quê, compartilhar os achados com o paciente...).	8,49
P18	Comunicar corretamente os riscos e possíveis indisposições ao paciente durante os cuidados de Enfermagem.	8,40
P20	Adaptar a comunicação ao nível de linguagem e compreensão do paciente, evitando termos técnicos.	8,40
P22	Explicar ao paciente os benefícios, riscos e resultados esperados das intervenções derivadas do processo de cuidados de Enfermagem.	8,50
P23	Verificar se o paciente compreendeu as informações transmitidas, e propiciar que ele expresse suas dúvidas.	8,54
P25	Transmitir informações relacionadas aos cuidados de Enfermagem, adaptando-as ao nível de tolerância e às necessidades do paciente.	8,34
P28	Explorar a vontade e capacidade do paciente (informação, autonomia, confiança, responsabilidade, características psicológicas...) para facilitar sua participação ativa no processo de cuidado.	8,34

Em geral, e em relação às diferentes seções temáticas da pesquisa, os itens pertencentes às categorias "comunicação entre enfermeiros e pacientes" e "comunicação com a família do paciente" alcançaram o maior nível de aprovação do painel (a maior pontuação média).

Discussão

O Consenso Hispano-Americano de Comunicação para Enfermagem (CHCE) representa uma declaração de consenso sobre resultados educacionais em comunicação em matéria de atenção à saúde em cursos de graduação em Enfermagem, algo inédito nos países de língua espanhola. Amplia e reforça algumas das propostas que têm sido sugeridas sobre as competências de comunicação para a Enfermagem no âmbito das competências gerais da profissão^(10,28-32).

Ao final deste processo, 70 especialistas da Espanha e de diversos países ibero-americanos desenvolveram este plano básico de estudos sobre comunicação com a intenção de servir de guia para estabelecer mais facilmente os resultados de aprendizagem comunicativa que as carreiras universitárias de Enfermagem podem proporcionar.

Este painel é maior do que o utilizado em outro consenso. Quando, como é o nosso caso, a população hipotética de especialistas disponíveis para participar do estudo é grande e de caráter internacional, deve-se considerar o tamanho ideal do grupo a ser pesquisado. Embora nunca tenha sido considerado necessário realizar um cálculo formal do tamanho da amostra, neste caso parece razoável superdimensionar o painel para torná-lo mais representativo. De fato, evidências experimentais

mostraram uma relação direta entre o tamanho do painel de especialistas e a precisão da estimativa do grupo obtida (o erro previsto dos especialistas tende a diminuir exponencialmente à medida que o tamanho do painel aumenta)⁽³³⁾.

Analisado seu conteúdo e metodologia, esse consenso vai ao encontro das principais afirmações sobre o ensino das HCs em outras profissões de saúde⁽¹³⁻¹⁹⁾. Representa uma concretização para o ensino de Enfermagem semelhante à do LAPS-CCC (Consenso sobre o Plano Central de Estudos em Comunicação para a América Latina, Portugal e Espanha, relativo à licenciatura em Medicina), correspondente ao título de Medicina no contexto cultural ibero-americano⁽¹⁹⁾, pois ambas as propostas utilizaram como referencial o mesmo modelo conceitual em comunicação clínica⁽³⁶⁾, bem como a mesma estratégia metodológica de consenso.

Atualmente, a capacidade do profissional de Enfermagem como bom comunicador é considerada essencial. Consequentemente, esses HCs estão presentes em praticamente todas as propostas ou declarações consultadas sobre as competências genéricas para o exercício dessa profissão de saúde^(10,28-32). Algumas delas, como os do Conselho Internacional de Enfermeiros⁽²⁹⁾, os *ANA Professional Nursing Standards*⁽³¹⁾, ou as 30 áreas de habilidades identificadas como necessárias para a prática da Enfermagem na Austrália⁽³⁰⁾, oferecem uma ampla variedade de habilidades de comunicação ou competências (varia aproximadamente entre 45 e 67). A proposta atual é consistente com essas declarações e propostas em termos de número de resultados comunicativos propostos (68), bem como a natureza e o conteúdo da maioria. Apesar disso, o CHCE apresenta várias particularidades que, acreditamos, acrescentam valor como um todo. Em geral, e por diversos motivos, é indiscutível a dificuldade em implementar propostas antagônicas em cursos de graduação^(26,42). Em muitos casos, isso resulta em falta de treinamento em alguns deles, o que também ocorre com as de natureza comunicativa⁽⁴³⁻⁴⁷⁾. Algumas das peculiaridades do CHCE podem ser particularmente úteis para incentivar e facilitar a incorporação ou aprimoramento do ensino dessas habilidades, tanto no ambiente cultural em que foram desenvolvidas quanto em outros que podem ou não compartilhar algumas de suas características culturais. No primeiro caso, assim como em outras profissões da saúde⁽¹³⁻¹⁹⁾, esta proposta contempla apenas habilidades ou competências de natureza exclusivamente comunicativa, que podem ser mais úteis se considerarmos o conjunto de aspectos comunicativos mais relevantes para o ensino de Enfermagem. Além disso, é fornecida uma lista que resulta de um quadro conceitual⁽³⁶⁾, que inclui, de forma coerente, as pessoas envolvidas (enfermeiro e paciente) e algumas de suas principais

relações determinantes, suas interações no contexto de uma entrevista genérica de Enfermagem e também em outros contextos de saúde e canais de comunicação específicos. Outras propostas, como o conteúdo dos planos de estudo sobre comunicação do Reino Unido para a formação de graduação em medicina⁽¹⁶⁾, enquadram no denominado "círculo curricular de comunicação". Este "círculo" pretende também promover uma melhor compreensão da importância de contemplar um conjunto específico de habilidades, bem como outros elementos de conteúdo comunicativo, no ensino superior. Na maioria das propostas sobre competências de Enfermagem que foram revisadas^(10,28-32), as competências comunicativas são oferecidas em conjunto com outras de natureza diferente e geralmente distribuídas entre diferentes domínios e subdomínios, alguns muito genéricos como "Prática profissional", "Prestação e coordenação de cuidados"⁽³²⁾, "Responsabilidade" e "Prática ética"⁽²⁹⁾. Fazer isso através de um quadro conceitual como o que sustenta o CHCE talvez dê maior coerência aos diferentes domínios da comunicação em que se encontram os 68 resultados de aprendizagem propostos. Consequentemente, isso pode facilitar a consideração e adequação de diferentes habilidades em todos os currículos. Além disso, um grande esforço foi iniciado para oferecer esses resultados como comportamentos observáveis. Nessa perspectiva, foram redigidos como "Resultados de Aprendizagem" (RAs), seguindo as taxonomias dos objetivos educacionais de Bloom⁽³⁸⁾. Por isso, procuramos evitar o debate que os identifica como "competências", pois muitas vezes isso acarreta maiores dificuldades ao propor RAs para a docência de forma prática⁽⁴⁸⁾. A maior parte desses RAs baseia-se mais em comportamentos e atitudes do que na atividade cognitiva. Embora possa realmente implicar vários desafios clínicos para algumas instituições, incorporá-los a um plano de estudos de Enfermagem também seria útil como guia para propor metodologias de ensino e avaliação. Pela natureza desses RAs, é lógico que, para que um estudante possa incorporá-las e aplicá-las, a instituição de ensino deve priorizar métodos de ensino experimental^(15,49-50). Esses métodos devem permitir a exposição reiterada a uma variedade de situações clínicas nas quais os estudantes possam ser observados, receber *feedback* estruturado, ter tempo suficiente para refletir sobre o aprendido e depois praticar em condições simuladas. Como regra geral, seu ensino exigirá que os estudantes sejam organizados não somente em cursos isolados, mas ao longo do plano de estudos, além de estar a cargo de professores devidamente capacitados^(15,51-52).

Tudo isso representa um valor agregado nesta proposta de RAs, que pode ser extremamente útil para que muitas faculdades de Enfermagem concebam e modifiquem seus planos de estudo com maior eficiência

e eficácia⁽²⁷⁾. No entanto, é importante levar em consideração que muitos desses objetivos exigem que o aluno compreenda os aspectos sutis do plano de estudo subjacente e desenvolva o pensamento intuitivo⁽⁵³⁾. Isso só pode ser alcançado de forma gradual e com prática frequente e reflexiva⁽⁵³⁻⁵⁴⁾. Os estudantes de enfermagem são jovens, em sua maioria inexperientes, e muitas vezes encontram dificuldades para incorporar esses tipos de habilidades^(44,55). A aprendizagem desses aspectos não é nada fácil e, conseqüentemente, sempre será necessária alguma adaptação e personalização de estratégias educacionais experimentais em todos os cursos de graduação^(26,44-45).

O nível de aceitação geral desses RAs pelos especialistas em comunicação que participaram do consenso foi muito alto, principalmente para 17 deles, conseqüentemente considerados como o grupo central de resultados. No domínio comunicativo "paciente-enfermeiro", esses RAs destacam aspectos comunicativos essenciais relacionados ao estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica (6 RAs), atenção e resposta às emoções (2 RAs), obtenção de informações (1 RA) e, principalmente, fornê-la de forma compressível e adaptável (6 RA).

A natureza desses RA representa o caráter central que os especialistas parecem atribuir ao "cuidado centrado na pessoa" no campo da prática clínica de Enfermagem e serve para formar um "plano central de estudos" ou ponto de partida básico e interessante para ensinar comunicação nas faculdades de Enfermagem. Além disso, este documento de referência pode ajudar a esclarecer outros aspectos de interesse, como saber onde e como as diferentes habilidades devem ser ensinadas. Também pode servir de guia para identificar possíveis lacunas nas disciplinas acadêmicas incluídas em um determinado plano de estudos. Por outro lado, esta proposta também pode ser útil para facilitar a coordenação de intercâmbios de estudantes entre faculdades e prestadores de serviços de saúde de diferentes países. Por exemplo: o Espaço Europeu de Ensino Superior promove o uso de competências comuns em diferentes países para facilitar as comparações entre os currículos e a mobilidade estudantil entre as faculdades de Enfermagem europeias⁽⁵⁶⁾.

Limitações

Tanto as fases anteriores ao processo Delphi quanto o procedimento de pesquisa estão sujeitas a vários tipos de vies. O consenso reflete a opinião de 82 pessoas (pertencentes ao Comitê Orientador, ao Comitê Assessor Científico e ao Painel) que participaram das fases anteriores de revisão e seleção da literatura, aceitação do modelo conceitual e seleção e pré-adaptação dos 68

itens do LAPS-CCC que foram finalmente aprovados pelos especialistas que participaram do estudo Delphi. Com outro grupo de participantes, conclusões ligeiramente diferentes poderiam ter sido alcançadas. No entanto, nosso documento de consenso não é o único a receber essa crítica. Em geral, os métodos de consenso têm sido criticados por sua limitada natureza científica⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾. No entanto, o método Delphi tem sido amplamente estudado e utilizado nas ciências da saúde, principalmente na Enfermagem⁽⁵⁹⁾.

Tem-se questionado se chegar a um consenso é um método científico ou simplesmente uma forma de estruturar a comunicação grupal. Porém, deve-se considerar que o CHCE é uma proposta para o desenvolvimento de vários RAs e que objetivos desse tipo sempre exigem julgamentos de valor. Entre os aspectos mais importantes de todo esse processo estão a identificação e seleção de especialistas e líderes e do comitê científico do estudo. O CHCE incluiu uma grande variedade de participantes de diferentes áreas da Enfermagem Clínica e Educação em Enfermagem. Sua origem geográfica era bastante diversificada, embora não proporcional (por exemplo: os países americanos tinham relativamente poucos representantes, enquanto a Espanha contribuía com a maioria e, conseqüentemente, exercia maior influência. Além disso, outros países importantes como Colômbia, Cuba, Peru e Venezuela não foram representados). A técnica utilizada no estudo para selecionar os especialistas (amostragem "bola de neve") permite identificar um potencial especialista por meio de uma busca ativa em redes de potenciais especialistas e chegar a um consenso envolvendo várias recomendações de seus pares. Considerou-se que esta forma era mais abrangente para realizar o procedimento de seleção do que fazê-lo por meio da seleção direta dos especialistas⁽⁶⁰⁾. Conseqüentemente, uma seleção tendenciosa (baseada no conhecimento e conveniência dos membros iniciais do comitê) teria sido mitigada⁽⁶¹⁾. Os argumentos acima tornam razoável aceitar a proposta como válida. A revisão abrangente da literatura incluiu um estudo abrangente das recomendações e propostas mais relevantes relacionadas à comunicação em Enfermagem Clínica. O debate preliminar sobre o modelo teórico e sua adaptação à prática de Enfermagem, bem como sobre os domínios de comunicação que devem ser considerados neste caso, facilitou a seleção informada da lista preliminar de RAs. Apesar disso, o resultado revela uma perspectiva da comunicação clínica e seus principais elementos também podem ser criticados a partir da perspectiva de outros referenciais teóricos⁽⁶²⁾. O critério utilizado para indicar o consenso foi estatístico e, embora tenha sido aceito, ainda é discricional. Finalmente, outro aspecto importante que sustenta a decisão de usar um método de consenso é

que a declaração resultante deve ser adotada e utilizada pelo maior número possível de instituições, comitês e organizações. Para atingir esse objetivo, é importante envolver as partes interessadas no desenvolvimento da declaração de consenso e não apenas no processo de implementação⁽⁶³⁾. Devido aos riscos envolvidos em discussões não estruturadas, acreditamos ser difícil imaginar uma maneira melhor de padronizar e garantir o processo e seus resultados posteriores.

Perante o exposto, o método de consenso utilizado pode ser considerado um dos principais pontos fortes desta proposta, pois reflete as exigências comunicativas de um exercício de Enfermagem que pode ser ensinado aos alunos. Por fim, pode-se notar que, embora os especialistas sejam oriundos de países onde a mesma língua é falada, há notáveis diferenças socioculturais e econômicas entre alguns deles. De qualquer forma, não se pode descartar que, dentro do Comitê Científico, o subgrupo cultural predominante dentro do grupo principal possa ter feito uma possível escolha preliminar de itens tendenciosa.

Conclusão

A proposta atual de 68 RAs na comunicação entre enfermeiros e pacientes para a formação de graduação em Enfermagem, alcançada por consenso entre 70 participantes hispanofalantes, com formação e perfil profissional diferentes, pode ajudar a projetar e incorporar programas de comunicação para estudantes de Enfermagem, ponderando as circunstâncias que cada instituição interessada possa considerar mais apropriadas para seus graduados. Esta proposta também pode servir como um guia útil para desenvolver estratégias de ensino e avaliar este tipo de habilidades de comunicação. Por fim, o amplo consenso alcançado entre um grande número de especialistas em diversas áreas das profissões da saúde, fazem do CHCE uma ferramenta que serve para conscientizar e divulgar programas educacionais sobre comunicação entre enfermeiros e pacientes nas faculdades de Enfermagem dos países interessados, bem como em outros países com características semelhantes.

Agradecimentos

Os autores desejam agradecer as contribuições feitas pelos participantes do painel de especialistas. Seu *feedback* nos ajudou a chegar a resultados de aprendizagem mais apropriados.

Referências

1. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia, PA: FA Davis Company; 1966. 235 p.
2. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q.* 1997;10(4):162-7. doi: <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
3. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ.* 2015;12(3):134-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
4. Curley MAQ. Patient-Nurse synergy: optimizing patient's outcomes. *Am J Crit Care.* 1998;7(1):62-72.
5. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):805-7.
6. Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc.* 2005;80(8):991-4. doi: <https://doi.org/10.4065/80.8.991>
7. Martin AJ, Dowson M. Interpersonal relationships, motivation, engagement, and achievement: Yields for theory, current issues, and educational practice. *Rev Educ Res.* 2009;79(1):327-65. doi: <https://doi.org/10.3102/0034654308325583>
8. Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? *Fam Pract Manag.* 2007;14(1):33-6.
9. DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm.* 2005;35(3):110-20.
10. National Association for Practical Nurse Education and Service. Standards of practice and educational competencies of graduates of practical/vocational nursing programs. *J Pract Nurs.* 2007 Summer;57(2):20-2.
11. Boschma G, Einboden R, Groening M, Jackson C, MacPhee M, Marshall H, et al. Strengthening communication education in an undergraduate nursing curriculum. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2010;7(1):Article28. doi: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.2043>
12. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gámez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7):2241. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072241>
13. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
14. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991;303(6814):1385-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
15. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better

- care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
16. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42(11):1100-7.
17. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Muhlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):259-66.
18. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):18-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
19. García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese, and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2016;16(99). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0610-8>
20. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
21. McCormack B, McCance T. *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2016.
22. Sharples N. Relationship, helping and communication skills. In: Brooker C, Waugh A, Van Rooyen RM, Jordan PJ, editors. *Foundations of Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care*. 2nd ed. Edinburgh: Mosby Elsevier; 2016. p. 181-207.
23. Guven Ozdemir N, Sendir M. The relationship between nurses' empathic tendencies, empathic skills, and individualized care perceptions. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(3):732-7. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12489>
24. Kirca N, Bademli K. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(4):624-31. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
25. Revuelta G. Formación en comunicación en los estudios de grado: análisis en las áreas de ciencias de la salud y la vida, ciencias ambientales y ciencias naturales. *Mediaciones de la Comunicación*. 2018;13(2):159-86. doi: <https://doi.org/10.18861/ic.2018.13.2.2872>
26. Wikström BM, Svidén G. Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nurs Rep*. 2011;1(1):7. doi: <https://doi.org/10.4081/nursrep.2011.e7>
27. Ferrández-Antón T, Ferreira-Padilla G, Del-Pino-Casado R, Ferrández-Antón P, Baleriola-Júlvez J, Martínez-Riera JR. Communication skills training in undergraduate nursing programs in Spain. *Nurse Educ Pract*. 2020;42(102653):102653. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102653>
28. World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Apr 7]. Available from: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf
29. International Council of Nurses. ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2009 [cited 2021 Apr 7th]. Available from: https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf
30. Crookes PA, Brown R, Della P, Dignam D, Edwards H, McCutcheon H. The development of a pre-registration nursing competencies assessment tool for use across Australian universities [Internet]. Wollongong: University of Wollongong; 2010 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/684/>
31. American Nurses Association. *Nursing administration: Scope and standards of practice* [Internet]. 2nd ed. Silver Spring, MD: ANA; 2016 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://www.nursingworld.org/nurses-books/nursing-administration-scope-and-standards-of-practice-2nd-edition/>
32. Sroczyński M, Conlin G, Costello E, Crombie P, Hanley D, Tobin M, et al. Continuing the creativity and connections: The Massachusetts initiative to update the Nurse of the Future Nursing Core Competencies. *Nurs Educ Perspect*. 2017;38(5):233-6. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000200>
33. Caballero F. Improvement of an expert consensus method to reduce variability in clinical practice. Applicability and performance of an adaptation of the modified Delphi method, as an instrument of expert consensus to prepare recommendations in situations of clinical uncertainty. [Dissertation]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
34. Stewart J, O'Halloran C, Harrigan P, Spencer JA, Barton JR, Singleton SJ. Identifying appropriate tasks for the preregistration year: modified Delphi technique. *BMJ*. 1999;319(7204):224-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7204.224>
35. Dalkey NC. An experimental study of group opinion: The Delphi method. *Futures*. 1969;1(5):408-26. doi: [https://doi.org/10.1016/S0016-3287\(69\)80025-X](https://doi.org/10.1016/S0016-3287(69)80025-X)
36. Ruiz Moral R. A conceptual proposal to guide the development of a curriculum in physician-patient communication skills. *Educ Med*. 2015;16(1):57-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.009>

37. Ministry of Education (ES). National Agency of Quality Education Evaluation (ANECA) White Book of Nursing Degree [Internet]. Madrid: ANECA; 2004 [cited 2021 Sep 16]. Available from: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
38. Krathwohl DR. A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory Pract.* 2002;41(4):212-8. doi: https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_2
39. Goodman LA. Snowball Sampling. *Ann Math Statistics.* 1961;32(1):148-70. doi: <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>
40. Pastor Torres L, Lacalle Remigio JR, Gomez Gras ES. Sistemática para la Composición de los Paneles de Expertos. In: Berra A, Marín I, Álvarez R, editors. *Consenso en Medicina: Metodología de Expertos.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 71-80.
41. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. Santa Monica (CA): RAND; 2001 [cited 2021 Sep 16]. Available from: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
42. Zhang H, Zhang W. Some Factors Affecting Nursing Curriculum Implementation. In: Zhu R, Ma Y, editors. *Information Engineering and Applications.* London: Springer; 2012. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2386-6_134
43. Aled J. Putting practice into teaching: an exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. *J Clin Nurs.* 2007;16(12):2297-307. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01948.x>
44. Thomas CM, Bertram E, Johnson D. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ.* 2009;34(4):176-80. doi: <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181aaba54>
45. Brown RA, Crookes PA, Iverson D. An audit of skills taught in registered nursing preparation programmes in Australia. *BMC Nurs.* 2015;14(1):68. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0113-7>
46. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sabet Sarvestani R. Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. *Glob J Health Sci.* 2015;7(4):323-8. doi: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p323>
47. Brown RA, Crookes PA. What level of competency do experienced nurses expect from a newly graduated registered nurse? Results of an Australian modified Delphi study. *BMC Nurs.* 2016;15(1):45. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0166-2>
48. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence: Conceptions of competence. *Med Educ.* 2012;46(4):357-65. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>
49. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999;21(6):563-70. doi: <https://doi.org/10.1080/01421599978979>
50. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
51. van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-Van Den Berg BW, van Den Hout HA, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two Dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2002;7(1):29-40. doi: <https://doi.org/10.1023/a:1014576900127>
52. van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):177-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.004>
53. Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action.* New York: Basic Books; 1983.
54. Talbot M. Good wine may need to mature: a critique of accelerated higher specialist training. Evidence from cognitive neuroscience. *Med Educ.* 2004;38(4):399-408. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01778.x>
55. Sheldon LK, Hilaire DM. Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 16];5(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n7p30>
56. European Commission. Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture. *Erasmus+ Annual Report 2018* [Internet]. Brussels: European Union; 2019 [cited 2021 Apr 7]. Available from: http://sepie.es/doc/comunicacion/publicaciones/NCAR19001ENN_en.pdf
57. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Uffholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. *Acad Med.* 2017;92(10):1491-8. doi: <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
58. Djulbegovic B, Guyatt G. Evidence vs Consensus in Clinical Practice Guidelines. *JAMA.* 2019;322(8):725-6. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2019.9751>
59. Gomes M, Lopes R, Thofehrn M, Nóbrega MM, Arreguy-Sena C, Brandão M. Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories.

- Rev. Latino-Am. Enfermagem 2021;29:e3387. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>
60. Thompson SK. Adaptive sampling in behavioural surveys. NIDA Res Monogr. 1997;167:296-319.
61. Vogt WP. Dictionary of Statistics and Methodology: A Non-Technical Guide for the Social Sciences. 2nd ed. London: Sage Publications; 1999.
62. Bylund CL, Peterson EB, Cameron KA. A practitioner's guide to interpersonal communication theory: an overview and exploration of selected theories. Patient Educ Couns. 2012;87(3):261-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.006>
63. Gale R, Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: Guidelines for action. Med Teach. 1997;19(4):239-49. doi: <https://doi.org/10.3109/01421599709034200>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Obtenção de dados:** Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Almudena Crespo-Cañizares, Fernando Caballero-Martínez. **Análise e interpretação dos dados:** Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Análise estatística:** Ana María Pérez-Martín, Fernando Caballero-Martínez. **Obtenção de financiamento:** Ana María Pérez-Martín. **Redação do manuscrito:** Ana María Pérez-Martín, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Ana María Pérez-Martín, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Roger Ruiz-Moral, Almudena Crespo-Cañizares, Cristina García de Leonardo Mena, Fernando Caballero-Martínez.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 16.09.2021
Aceito: 10.01.2022

Editor Associado:
César Calvo-Lobo

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Ana María Pérez-Martín

E-mail: a.perez@ufv.es

 <https://orcid.org/0000-0001-6591-1399>