

CARTILHA DE PROTOCOLOS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: UM GUIA PARA A COMUNICAÇÃO E O BEM ESTAR

BOOKLET OF COMMUNICATION PROTOCOLS IN HEALTH CARE: A
GUIDE TO HUMANIZATION AND WELL-BEING

Rejane Ferreira Moraes¹, Thaciana Times de Lemos¹, Suélem Barros de Lorena²,
Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos³.

1. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

2. Co-orientadora. Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Pernambuco. PHD em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira (IMIP), Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, Mestre em Ciências da Saúde pela UFPE, especialista em Saúde Pública e em Fisioterapia Traumato-Ortopédica. Tutora do laboratório de Recursos Digitais e curso de graduação em fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

3. Orientador. Jornalista formado pela Universidade Católica de Pernambuco e psicanalista pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise Clínica. Doutor e mestre em Comunicação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com estágio de pós-doutorado (2017). Docente do laboratório de comunicação da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Os autores negam quaisquer conflitos de interesses no desenvolvimento desta pesquisa.

RECIFE

2021

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar um produto educacional, composto de uma cartilha, com foco no desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades comunicativas para estudantes e profissionais da área de saúde. **Métodos:** Estudo de elaboração e validação de cartilha de comunicação em saúde. Como instrumentos para validação foram utilizados dois questionários: um para os estudantes e um para os profissionais da área de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde. Os dados foram coletados mediante compartilhamento de um link, contendo a cartilha em documento PDF e o questionário através da plataforma *GoogleForms*. Os participantes avaliaram a cartilha considerando escala tipo *Likert* de quatro pontos, sendo calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC considerado adequado foi de $\geq 0,80$. **Resultados:** Dentre os 74 participantes, 54 (72%) foram estudantes e 21 (28%) profissionais da área de saúde. A maioria dos profissionais era do curso de enfermagem (61,9%), enquanto dentre os estudantes foi observada a predominância do curso de medicina (42,6%) e fisioterapia (42,6%). Após análise dos dados, foi obtido um valor de IVC= 0,95 pelos estudantes e um IVC=0,99 pelos profissionais. **Conclusão:** A cartilha mostrou-se válida após avaliação dos estudantes e juízes-especialistas (profissionais da área) como um meio de propagação de informações, transmissão de conhecimentos e promoção de ações que ajudam na integridade, na saúde e no bem-estar dos usuários do sistema de saúde.

Palavras-chave: Comunicação; Humanização da assistência; Educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate an educational product, consisting of a booklet, focusing on the development and improvement of communication skills for students and healthcare professionals **Methods:** Research on the elaboration and validation of a health communication booklet. As instruments for validation, two questionnaires were used: one for students and one for health professionals linked to the Faculdade Pernambucana de Saúde. Data were collected by sharing a link, containing the booklet in a PDF document and the questionnaire through the GoogleForms platform. Participants evaluated the booklet considering a four-point Likert scale, and the Content Validity Index (CVI) was calculated. The CVI considered adequate was ≥ 0.80 . **Results:** Among the 74 participants, 54 (72%) were students and 21 (28%) professionals. Most professionals were from the nursing course (61.9%), while the students were predominantly from the medicine (42.6%) and physiotherapy (42.6%) courses. After analyzing the data, a value of $CVI = 0.95$ was obtained by students and a $CVI = 0.99$ by professionals. **Conclusion:** The booklet proved to be valid after the evaluation of students and expert judges (professionals in the field) as a way of spreading information, transmitting knowledge and promoting actions that help in the integrity, health and well-being of users of the health service.

Keywords: Communication; Humanization; Health education.

INTRODUÇÃO

A história da comunicação transpassa a história da própria humanidade, pois é um dos meios que possibilita as relações sociais. A origem da palavra comunicar está no latim *comunicare*, que significa “por em comum”, ou seja, tal definição pressupõe que haja o entendimento das partes envolvidas¹. Além disso, é possível definir comunicação, segundo os dicionários, como um substantivo feminino cujo significado é “1. ato de comunicar; informação, aviso; 2. passagem, caminho, ligação”². Outra definição entende a comunicação como prática social, que utiliza de aspectos verbais como a fala, assim como aspectos não verbais como comportamentos gestuais, distância física entre os participantes, toque, logo, nota-se que a tal habilidade vai além do simples ato de falar. Comunicação é relação³. Entretanto, sabe-se que essa é uma definição simples e insuficiente, já que o fenômeno da comunicação é dinâmico e exige constantes atualizações⁴.

É a partir e por meio da relação com o outro que o ser humano se torna humano⁵. No contexto da área de saúde, a comunicação é vista como uma ferramenta capaz de informar e de influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades⁶. Uma comunicação efetiva é tão importante para o paciente como o seu tratamento, pois já foi visto que ocorre uma maior adesão à terapêutica e uma maior satisfação com o atendimento⁷. Nesse processo, tem que haver o interesse genuíno pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e a formação de relações entre trabalhadores e usuários⁸.

Sabe-se que a comunicação e o trabalho em equipe são fatores determinantes na qualidade da assistência ao paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência. Diante disso, a comunicação efetiva tornou-se meta de segurança do paciente na publicação de Portaria Ministerial 529/2013⁹, considerando que as falhas de comunicação foram vistas como um dos principais fatores que contribuem para a diminuição do cuidado¹⁰.

Por ser um processo complexo, a comunicação pode ser afetada por várias questões como a complexidade de cada caso clínico, as diferenças na formação dos profissionais, efeito da hierarquia, infraestrutura inadequada ao trabalho,

limitações inerentes ao desempenho humano como estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas¹¹. Com o intuito de diminuir esses erros e tornar a comunicação mais eficiente na área da saúde foram criadas ferramentas para auxiliar os profissionais, como o protocolo Calgary-Cambridge, criado em 1996, que levou a perspectiva do atendimento médico para além da doença física, se aproximando de aspectos aparentemente subjetivos ignorados por séculos: o bem-estar do paciente¹². Os criadores do método Calgary-Cambridge previram cinco passos, dentre eles a construção da relação interpessoal, que facilita a adesão ao tratamento graças à efetiva comunicação estabelecida, além de uma relação empática e de confiança¹². O primeiro passo intitulado “início da consulta” prevê a apresentação do próprio profissional; prevê também tratar o paciente pelo nome; manter contato visual e, claro, dar espaço à fala do indivíduo¹³.

Em 2000, outro instrumento foi criado na Holanda para ajudar nas habilidades comunicativas, o MAAS Global, que inclui ações como proporcionar espaço para o paciente falar, analisar a perspectiva do paciente sobre as informações dadas, ficar atento a dicas não verbais, informar em pequenas porções e em linguagem acessível, realizar resumos com suas próprias palavras e checar entendimento, além de expressão de empatia em respostas verbais e atitudes não verbais¹⁴.

Nos Estados Unidos, no ano de 2001, surgiu o “Estrutura Segue” dividido em cinco partes, conforme o acrônimo SEGUE: arrumar o espaço (*set the stage*), extrair informação (*elicit information*), dar informação (*give information*), entender a perspectiva do paciente (*understand the patient's perspective*) e terminar o encontro (*end the encounter*). Assim, nota-se uma preocupação de avaliar o paciente de forma global, visando um atendimento mais humanizado e contando com um enfoque na comunicação efetiva¹⁵.

Outro protocolo “A consulta em 7 passos” foi criado em 2008 em Portugal, divide a consulta em três fases e em sete passos dentro dessas fases. A primeira fase, chamada fase inicial, corresponde à preparação e aos primeiros minutos da consulta, que coloca como requisito uma autoavaliação do profissional do seu estado emocional. Esse é um ponto muito interessante, visto que a interação é chave para o cuidado na atenção primária e para ocorrer de forma plena, o

profissional deve estar atento do quão apto está para esse novo encontro, fazendo uma análise de si próprio. Já a segunda e a fase intermédia abrange as etapas de exploração, avaliação e planejamento. A última, a fase final, é responsável pelo encerramento e da reflexão final¹⁶. Em todas as fases, há uma preocupação com a linguagem utilizada.

Apesar de existirem protocolos internacionais para guiar os profissionais de saúde em relação ao uso de habilidades de comunicação, não foi encontrado, até o momento, um instrumento brasileiro que cumpra essa função. Cada um dos guias tem seus pontos positivos e negativos, mas a opção ideal para potencializar o ensino de habilidades de comunicação seria a criação de um guia nacional, que considerasse características mais centrais de acordo com o nível de atenção e da realidade local¹².

Nota-se, então, que a competência comunicacional no exercício da profissão não é inata, ela deve ser desenvolvida através da abordagem dela em currículos dos cursos da área de saúde, visto que precisa de uma demanda de aprendizagem contínua e interdisciplinar¹⁷. Abordar a comunicação durante a graduação favorece o desenvolvimento de habilidades na interação com o paciente¹⁸. Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, a ferramenta primária de troca de informações entre os profissionais e o paciente continua sendo a comunicação¹⁹.

Seguindo as recomendações das diretrizes curriculares nacionais em 2001, e depois em 2014, escolas médicas do Brasil colocaram a comunicação como essencial na formação médica²⁰. É o caso da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) que, desde a sua fundação em 2005, incluiu em sua matriz curricular o ensino de habilidades comunicacionais nos dois primeiros anos da graduação em Medicina²¹.

Entretanto, essa habilidade deve ir além da graduação e ser também abordada com os profissionais que já estão lidando com a prática, pois é primordial a constante atualização do tema e desenvolvimento de programas estruturados de treinamento de habilidades de comunicação, dos profissionais envolvidos diretamente (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) e indiretamente (gestores, agentes administrativos, entre outros) com o cuidado de saúde do

paciente²². Logo, uma das motivações para a construção da cartilha do presente estudo foi a possibilidade de alcançar ambos os públicos, estudantes e profissionais da área de saúde.

Conforme a Constituição Brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado²³, mas é importante enfatizar tal conceito perpassa a apenas ausência de doença, reconhecendo a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, segundo a Organização Mundial de Saúde²⁴. Assim, muitos são os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para lidar pela defesa da vida e com a garantia do direito à saúde, especialmente no Brasil, que é repleto de desigualdades socioeconômicas, impactando diretamente no acesso aos serviços e bens de saúde. Visto que um dos aspectos que mais tem chamado a atenção é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, inclusive a comunicação, necessária na prática de saúde foi criado a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS²⁵.

O conceito de humanização pode ser entendido como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores defendidos nessa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão, tendo como objetivo um SUS mais humano, sendo construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral²⁵.

A promoção da humanização envolve uma mudança na qualidade das relações entre as pessoas. Assim, vê-se a importância do aprimoramento das formas de comunicação, pois a busca por processos e condutas mais humanizadas está sempre em constante desenvolvimento e evolução²⁶. No âmbito do cuidado, a humanização é evidenciada no esforço profissional em abordar as pessoas respeitando suas necessidades reais, reconhecendo o paciente como coparticipante em seu processo de cura e reabilitação²⁷.

Com base nesse entendimento, é necessário que os profissionais busquem se comunicar com o paciente de modo atencioso, utilizando uma linguagem

acessível, assim como prestando bastante atenção na comunicação não verbal, com o intuito de realizar uma troca genuína e cuidado individualizado que auxilie o paciente a descrever sua vivência²⁸. Estar atento a esses detalhes transmite a mensagem de preocupação e preservação da dignidade de cada ser, independente do resultado do tratamento²⁹. Dessa forma, conclui-se que “fazem-se necessários profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais, e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou confiança”³⁰.

Ao analisar a importância da comunicação no cuidado humanizado, percebe-se a necessidade de implementação de ferramentas e comportamentos padronizados no campo da comunicação para melhorar essa habilidade. O sucesso no processo de comunicação possui reflexo direto sobre a segurança do paciente e percepção da qualidade da assistência, por parte do paciente e seus familiares³¹. Partindo dessa premissa, vê-se a relevância de ferramentas, como cartilhas focadas na comunicação, que busquem promover a humanização dos profissionais de saúde desde a graduação por meio da educação, pois já como foi dito por Paulo Freire “Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”³².

A habilidade comunicativa está inteiramente ligada à capacidade do nível de troca que o profissional de saúde está disposto e é capaz de fazer com o paciente³³. Uma boa comunicação é crucial para o verdadeiro cuidado, sendo visto pelos próprios pacientes como mais do que uma mera técnica, mas uma atitude: a capacidade de entender o outro como ser humano, não somente como um ser doente necessitando de um serviço³⁴. É importante dizer que ao falar de “humanização em atendimento” não se fala apenas de resgatar o mais bonito do ser humano, mas de resgatá-los de uma forma mais inteira, e uma dessas formas é uma dimensão de comunicação mais coerente³⁵.

A efetividade da comunicação é um dos principais aspectos dos direitos humanos³⁶. A cartilha é um material educativo, que pode ser impresso como folhetos, folders, panfletos ou digital e seu uso é prática comum no SUS³⁷. Tais manuais de cuidado em saúde são capazes de promover resultados expressivos

para os participantes das atividades educativas³⁸. Assim, faz-se uso de ilustração (desenhos, imagens) com o propósito de facilitar a compreensão do texto e funcionar, no cenário da educação em saúde, como forma de promover saúde e desenvolver a autonomia do paciente³⁹. Alguns aspectos considerados relevantes, além de informações confiáveis e o uso de vocabulário claro, são a adequação da linguagem e das ilustrações⁴⁰. Sendo assim, o presente trabalho elaborou uma cartilha, a fim de desenvolver e aprimorar técnicas comunicativa.

Por fim, é possível reforçar a importância de produzir e fornecer instrumentos, como a cartilha de comunicação em saúde, cujo intuito final é promover a humanização e o bem estar.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo e elaboração e validação de cartilha de comunicação em saúde para profissionais e estudantes da área de saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FPS (Parecer no. 4.724.555) e todos os participantes que aceitaram fazer parte do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram da pesquisa 75 pessoas, sendo 54 estudantes e 21 profissionais da área de saúde, todos vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde.

A cartilha educativa foi escrita baseada nos protocolos oficiais de comunicação em saúde^{12,13,14,15} e utilizou casos clínicos inéditos de autoria do orientador deste trabalho. Após ampla revisão da literatura, a cartilha foi desenvolvida pelas pesquisadoras através da plataforma de design gráfico Canva Pro, transformada em documento PDF para, dessa forma, ser enviada ao público alvo da pesquisa.

Os dados para validação da cartilha foram coletados pelos pesquisadores através da aplicação de um questionário online no *GoogleForms*, que foi enviado mediante compartilhamento de um link, contendo um questionário de avaliação criado pelas próprias pesquisadoras. O questionário para os estudantes da área de saúde foi composto pelos domínios conteúdo, apresentação da literatura, ilustração, legibilidade e impressão e avaliação geral, totalizando 5 domínios, enquanto outro questionário da mesma natureza foi desenvolvido para os profissionais, o qual somou o domínio acurácia científica, totalizando 6 domínios.

Através do questionário, os participantes avaliaram a cartilha por temáticas, verificaram se cada conteúdo foi adequadamente abordado, se todas as dimensões que representavam o objeto de interesse foram incluídas, considerando escala tipo Likert de quatro pontos: 1 - Não (de modo nenhum; negação), 2 - Pouco (não muito; insuficiente), 3 - Bastante (em quantidade suficiente; muito), 4 - Totalmente (completamente). Os dados foram transcritos do *GoogleForms* para um banco de dados específico criado em tabela Excel e foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por meio da soma de concordância dos itens que receberam a pontuação 3 ou 4 dividido pelo número total de respostas. O IVC considerado adequado foi de $\geq 0,80$.

RESULTADOS

O total de participantes da validação da pesquisa foi de 75, sendo 54 (72%) estudantes e 21 (28%) profissionais da área de saúde, todos vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde. Ao avaliar o curso dos estudantes, 23 (42,6%) são de fisioterapia, 23 (42,6%) de medicina, 6 (11,1%) de nutrição, 1 (1,9%) de enfermagem e 1 (1,9%) de farmácia. Não contabilizamos respostas do curso de odontologia e psicologia. *(tabela 01)*

Quando comparado aos profissionais, observamos uma predominância do curso de enfermagem com 13 respostas (61,9%), seguidos de medicina com 3 (14,3), fisioterapia com 2 (9,5%), nutrição com 2 (9,5%) e psicologia com 1 (4,8%), não havendo participação dos profissionais da área de odontologia e farmácia. *(tabela 01)*

Ao avaliar as respostas dos estudantes para a pergunta sobre a clareza do objetivo da cartilha, obtivemos que 50 (92,6%) responderam concordar totalmente, 3 (5,6%) bastante e 1 (1,9%) considerou insuficiente. Em relação às orientações apresentadas na cartilha, 51 (94,4%) responderam gostar totalmente e 3 (5,6%) bastante. Os mesmos valores 51 (94,4%) para totalmente e 3 (5,6%) para bastante foram observados na pergunta sobre a ordem dos textos.

Na quarta pergunta do questionário para os estudantes, que indagava sobre faltar alguma informação na cartilha, 34 (63%) consideraram faltar nada, 9 (16,7%) consideraram alguma coisa, 2 (3,7%) consideraram bastante e 9 (16,7%) consideraram completamente a falta de alguma informação. Durante a análise dos dados, notou-se que essa pergunta foi feita de maneira invertida pelo questionamento ser sobre a falta de alguma informação e a maioria dos participantes responderem pelo “1 - não” da escala Likert, que não entra no cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por isso, nessa questão específica as respostas 1 e 2 serão consideradas como 3 e 4 no cálculo para, assim, serem contabilizadas no IVC.

Ao avaliar a importância das questões trazidas pela cartilha, 50 estudantes (92,6%) julgaram ser totalmente necessária, 2 (3,7%) bastante, 2 (1,9%) pouco e 1 (1,9%) nada necessária. Após avaliar todas as perguntas, obtivemos um valor geral de IVC= 0,95. *(tabela 02)*

Já na análise do questionário proposto aos profissionais

(juizes-especialistas), foi atestado que a maioria dos participantes, 18 (85,7%) consideraram o objetivo da cartilha totalmente claro, 2 (9,5%) bastante e 1 (4,8%) pouco. Na pergunta sobre a satisfatoriedade das recomendações apresentadas na cartilha, 15 (71,4%) concordaram totalmente e 6 (28,6%) bastante. Já ao questionar se a cartilha segue uma linha de raciocínio lógico, obtivemos que 18 (85,7%) concordaram totalmente e 3 (14,3%) concordaram bastante.

A maioria dos profissionais, 17 (81%), respondeu totalmente ao ser questionado sobre a necessidade da divulgação das informações presentes na cartilha e 4 (19%) consideraram bastante necessária. Um panorama parecido foi visto ao indagar se as recomendações estão corretamente abordadas com 18 (85,7%) dos participantes respondendo concordar totalmente e 3 (14,3%) concordar bastante.

A sexta pergunta aos profissionais questiona sobre o conteúdo da cartilha estar de acordo com o conhecimento atual, em que 19 (90,5%) responderam concordar totalmente e 2 (9,5%) bastante. Assim, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do questionários feito aos profissionais de saúde foi de 0,99. *(tabela 03)*

Após a análise de ambos os questionários, foi calculado um IVC médio global de 0,97, sendo considerado adequado para a validação da cartilha como material educativo, servindo como fonte de estudo sobre o assunto e como suporte para promover uma comunicação mais eficiente e humanizada na área de saúde.

A cartilha resultante deste trabalho encontra-se disponível no link: <https://drive.google.com/file/d/1Q9zLV6jLY7B0y7sURttU1uCm2XisnqMJ/view?usp=sharing>.

DISCUSSÃO

No presente estudo elaborou-se e validou-se um material educativo com o objetivo de expandir o conhecimento acerca das práticas comunicativas na área de saúde e, assim, promover assistência mais humanizada. Em estudo de revisão que aborda a comunicação do trabalhador de saúde, cuidadores e crianças, Howells e Lopez⁴⁰ apontam a relevância da comunicação como meio para a produção de satisfação das famílias com a assistência prestada pelos médicos. Tal fato comprova a relevância do material produzido neste estudo.

O presente material contém 22 páginas, as quais abordam 04 protocolos de comunicação usados na área de saúde (Calgary Cambridge, A consulta em 7 passos, MAAS Global e Estrutura Segue) através de uma explanação teórica, apresentação em caso clínico e exemplificação feita de forma dinâmica, como história em quadrinho, podcast, vídeo e jogo online,

Os recursos de informática são considerados por muitos educadores e por instituições de ensino como a possibilidade de modernização do ensino⁴². No entanto, é importante que esses recursos sejam associados a ações pedagógicas que possibilitem um fazer crítico vinculado à realidade, construído na autonomia e na cooperação dos estudantes⁴³. Assim, a cartilha cumpre sua função como material de apoio no desenvolvimento de habilidades comunicativas, mas sem extinguir a necessidade da abordagem da temática nos cursos de graduação, como já é realidade nas diretrizes curriculares das escolas médicas do Brasil²⁰.

Sabe-se que o mundo tem vivenciado uma grande revolução tecnológica que impacta não somente as formas de se relacionar na sociedade, mas, sobretudo, promove mudanças em diversas outras áreas, pela rapidez no acesso às informações, facilitando assim a tomada de decisão e resolução de problemas⁴⁴. Um estudo realizado em Pernambuco demonstra que 80% dos estudantes e profissionais da classe médica utilizam algum aplicativo médico em smartphone. Além disso, o mesmo estudo encontrou que ambos os grupos consideravam o uso dos aplicativos como instrumento de apoio à prática ambulatorial e como ferramenta que estimula a aprendizagem⁴⁵. Isso demonstra a força das novas tecnologias durante a formação dos estudantes e na atuação dos profissionais da área de saúde.

No atual estudo, o processo de validação caracterizou-se pela multidisciplinaridade dos juízes ao convidar estudantes e profissionais de todos os cursos de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Tal fato contribuiu de maneira favorável na melhor análise da cartilha, por reunir diversos e diferentes saberes especializados na temática abordada pelo material⁴⁶.

O questionário destinado aos estudantes foi dividido em 5 critérios: conteúdo, apresentação da literatura, ilustração, legibilidade e impressão e avaliação geral. Todos os critérios foram considerados adequados pelos estudantes, obtendo um IVC de 0,95. Um panorama parecido aconteceu com os profissionais (juízes-especialistas) que responderam aos mesmos critérios somados ao item de acurácia científica, com aprovação de todos os critérios e IVC de 0,99. Essa mesma tendência foi observada em outras pesquisas, como na “Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV” que obteve um nível de concordância entre os especialistas elevado, variando de 91,1% a 100%.⁴⁷

Nota-se, então, que as respostas dos avaliadores foram concordantes, como é possível visualizar nos resultados apresentados com IVC médio global de 0,97. Corroborando com os dados encontrados, outros estudos metodológicos de desenvolvimento de tecnologias educativas também validaram seus materiais com altos índices estatísticos como: a cartilha para alimentação saudável durante a gravidez foi validada com 0,91⁴⁸. Sugere-se IVC mínimo de 0,80 como padrão para estabelecimento de excelência da validade de conteúdo do instrumento⁴⁹.

Apesar de o IVC global ter demonstrado satisfação, os juízes do atual estudo sugeriram mudanças relevantes para o aperfeiçoamento da cartilha educativa através de comentário na plataforma do questionário, como a sugestão de uma cartilha versão reduzida e abordagem de casos clínicos com profissionais de outras áreas de saúde, além da medicina. Assim, será considerada a possibilidade de construção de uma cartilha resumida para consulta rápida e com maior multidisciplinaridade.

Conclui-se que os juízes concordaram com a aplicabilidade do material educativo em todos os domínios propostos.

CONCLUSÃO

A cartilha educativa com foco no desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades comunicativas para estudantes e profissionais da área de saúde, construída pelas estudantes e validada por juízes, estudantes e profissionais, deve ser considerada no contexto de atividades educativas por ter sido considerado um instrumento capaz de promover uma comunicação mais eficiente e humanizada.

Este é um tema de fundamental importância no campo da saúde, e que por vezes é negligenciado pelas universidades durante a graduação, assim como pelas equipes de saúde na prática clínica, gerando situações de má assistência pela falta de habilidades e as dificuldades por parte de alguns profissionais de saúde em se comunicar com os pacientes e familiares. Assim, a cartilha foi elaborada para suprir esta demanda, podendo ser usada como material de apoio para os alunos, assim como para os profissionais que desejem aprender e se atualizar sobre a temática.

Entretanto, visto que o ser humano é dinâmico e o saber científico se renova constantemente, ressalta-se a importância de novas pesquisas abordando a comunicação e humanização na área de saúde. As pesquisadoras disponibilizam o presente estudo para servir de referência a essas novas pesquisas, assim como encontram-se abertas a críticas construtivas à cartilha desenvolvida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.
2. Rocha Ruth. Minidicionário. 10. ed. Rio de Janeiro: Scipione, 1997. 747 p.
3. Silva, MJP. Comunicação de más notícias. Artigo de Revisão. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012
4. Sousa, JP. Elementos da teoria e pesquisa da comunicação e dos media. 2. ed. Porto: Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação. 2006. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/sousa-jorge-pedro-elementos-teoria-pequisa-comunica-cao-media.pdf>
5. Guareschi, P. A. Relações comunitárias relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). Psicologia Social Comunitária. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 81-99
6. Carvalho, JA. Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. Análise Psicológica, 14 (1), 135-139.
7. Gao, Z. Delivering bad news to patients: the necessary evil. J Med Coll PLA [Internet]. 2011. 26(2):103-8. Disponível: <https://bit.ly/2TSPCdx>
8. Braga, EM.; Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002.
10. Araújo MAN et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm. Foco, v.8, n.1, p.52-56, 2017.
11. Bagnasco A., Tubino B; Piccotti E; Rosa F; Aleo G; Pietro PD et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. Int Emerg Nurs. 2013; 21(3):168-72.
12. Campos C; Rios I. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? Revista Brasileira de Educação Médica: Associação Brasileira de Educação Médica, Brasília, 2018, p 108-118.
13. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)
14. Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. MAAS-Global Manual. Maastricht, Netherlands: Maastricht University; 2000

15. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45(1):23-34.
16. Ramos V. A consulta em 7 passos: Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
17. Oliveira A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.
18. Teixeira ER.; Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.
19. Victorino A. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v.10, n.1, p.53-63, 2007.
20. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação. Brasília, DF, 2001. Disponível em . Acesso em: 25 maio 2011.
21. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA et al. Simulações da prática real. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(2):291-7.
22. Johnson HL, Kimsey D. Patient safety: break the silence. *AORN J*. 2012; 95(5): 591-601
23. Constituição Federal de 1988, artigo 196.
24. OMS.Actas oficiales de la OMS,nº2,p.100.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
26. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):221-7.
27. Bettinelli ILA, Waskievicz J, Erdmann AL. Humanização, do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e os cuidados paliativos*. 2ed. São Paulo: Centro Universitário Camilo: Loyola; 2004. p. 87-100.
28. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm*

- Global. [Internet]. 2006;(8): (8):1-7. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/439>
29. Mello JB, Camargo MO, organizadores. Qualidade na saúde. São Paulo: Best Seller; 1998.
30. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(4):444-9
31. Nassar MRF. Comunicação e humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. In.: XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação: Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 5-9 Set 2005; Rio de Janeiro. S,o Paulo: Intercom; 2005. p. 1-5
32. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à pratica educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 146p
33. Silva MJP. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido.? *Rev Soc Bras Cancerologia* 1999;2(8):3
34. Mello JB, Camargo MO, organizadores. Qualidade na saúde. São Paulo: Best Seller; 1998.
35. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed. *JAMA* 1988;260:1743
36. Gruskin S, Cottingham J, Hilber AM, Kismodi E, Lincetto O, Roseman MJ. Using Human Rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach. *Bull WHO.* 2008;86(8):589-93.
37. Bernier MJ. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Patient Education and Counseling, Limerick* 1996 Dec;29(3):283-99.
38. Echer IC. The development of handbooks of health care guidelines. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2005;13(5):754-7.
39. Moreira, M. F.; Nóbrega, M.; Silva, M (2003). Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF);* 56(2):184-18
40. Wilkinson AS, Miller YD. Improving health behaviors during pregnancy: A new direction for the pregnancy handheald record. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007;47:464-7.
41. Howells R.; Lopez T. Better communication with children and parents. *Pediatrics and Child Health, Philadelphia,* v. 18, n. 8, p. 381-385, 2008

42. Koch LF. The nursing educator's role in e-learning: a literature review. *Nurse Educ Today*. 2014 Nov;34(11):1382-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.002>»
43. Cogo ALP, Pedro ENR, Silva APSS, Alves EATD, Valli GP. Utilização de tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem. *Cienc Enferm*. 2013; 19(3):21-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300003>
44. Wallace S, Clark M, White J. 'It's on my iPhone': attitudes to the use of mobile computing devices in medical education, a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2012; 2(4).
45. Neves J, Melo MC, Souza A. A Utilização dos Aplicativos de Tecnologia Móvel por Médicos e Acadêmicos de Medicina e Seu Auxílio na Prática Ambulatorial. 2014. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/784/1/RELAT%c3%93RIO%20FINAL%20para%20entrega%20PIC.pdf>
46. Moura IH, Silva AFR, Rocha AESH, Lima LHO, Moreira TMM, Silva ARV. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2017 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100383&lng=pt
47. Lima AC, Rocha J, Oria M. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* 31 (3) 2018.
48. Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2014, 22(4):611-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf
49. Polit DC; Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Prevalência dos cursos da área de saúde entre os participantes da pesquisa.

	N (54)	%		N (21)	%
Alunos			Profissionais		
Enfermagem	1	1,9%	Enfermagem	13	61,9%
Fisioterapia	23	42,6%	Fisioterapia	2	9,5%
Medicina	23	42,6%	Medicina	3	14,3%
Nutrição	6	11,1%	Nutrição	2	9,5%
Farmácia	1	1,9%	Farmácia	0	0
Odontologia	0	0	Odontologia	0	0
Psicologia	0	0	Psicologia	1	4,8%

Tabela 2: Gráfico com análise do questionário de validação destinado aos estudantes com IVC individual e IVC geral avaliativo da tecnologia educativa.

1 - Não (de modo nenhum; negação), 2 - Pouco (não muito; insuficiente), 3 - Bastante (em quantidade suficiente; muito), 4 - Totalmente (completamente).

	Questão 01	Questão 02	Questão 03	Questão 04	Questão 05	
Resposta						
1	0	0	0	34 (63%)	1 (1,9%)	
2	1 (1,9%)	0	0	9 (16,7%)	1 (1,9%)	
3	3 (5,6%)	3 (5,6%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	2 (3,7%)	
4	50 (92,6%)	51 (94,4%)	51 (94,4%)	9 (16,7%)	50 (92,6%)	
IVC	0,98	1	1	0,79	0,96	IVC GERAL= 0,95

Tabela 3: Gráfico com análise do questionário de validação destinado aos profissionais com IVC individual e IVC geral avaliativo da tecnologia educativa.

1 - Não (de modo nenhum; negação), 2 - Pouco (não muito; insuficiente), 3 - Bastante (em quantidade suficiente; muito), 4 - Totalmente (completamente).

	Questão 01	Questão 02	Questão 03	Questão 04	Questão 05	Questão 06	
Resposta							
1	0	0	0	0	0	0	
2	1 (4,8%)	0	0	0	0	0	
3	2 (9,5%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)	4 (19%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)	
4	18 (85,7%)	15 (71,4%)	18 (85,7%)	17 (81%)	18 (85,7%)	19 (90,5%)	
IVC	0,95	1	1	1	1	1	IVC GERAL: 0,99