

Leonor Duarte Almeida Santos

Competências de comunicação do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2022

Leonor Duarte Almeida Santos

Competências de comunicação do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2022

Leonor Duarte Almeida Santos

Competências de comunicação do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica

Atesto a originalidade do trabalho

Leonor Duarte Almeida Santos

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, sob a orientação da Prof. Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa.

Põe quanto és no mínimo que fazes.”

Ricardo Reis

RESUMO

**LEONOR DUARTE ALMEIDA SANTOS: Competências de comunicação do
fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica**

(Sob orientação da Prof.^a Doutora Rute Meneses e coorientação do Prof. Doutor
Germano Couto)

O processo terapêutico requer do fisioterapeuta competências para além das do domínio técnico, especificamente as competências de comunicação clínica/em saúde. Na presença de uma perturbação da linguagem o sucesso comunicativo fica particularmente dependente da capacidade do fisioterapeuta se adaptar e adotar a melhor estratégia a utilizar. Sabendo-se que estão em contínuo desenvolvimento desde a fase inicial de formação, é premente a introdução do seu ensino na aprendizagem pré-graduada.

Os objetivos desta tese de doutoramento são, identificar que competências de comunicação devem ser ensinadas/treinadas nos estudantes de fisioterapia, perceber se os programas/planos de estudo do curso de fisioterapia das IES português focam o ensino/treino destas competências e avaliar e comparar CCC/S, pré e pós implementação de um programa de formação em alunos de fisioterapia.

O projeto foi desenvolvido em três etapas: a primeira a base da intervenção, com a realização de dois estudos de revisão da literatura; uma revisão sistemática para levantamento do estado de conhecimento sobre o ensino/treino de CCC/S, em programas dirigidos a profissionais e estudantes de saúde e uma revisão integrativa para levantamento do estado de conhecimento sobre quais as CCC/S do fisioterapeuta; na segunda etapa, para desenvolvimento da intervenção, realizaram-se dois estudos de análise de conteúdo, um Estudo e-Delphi e um Estudo de Análise Comparativa Documental, cujos resultados serviram de suporte para a elaboração do programa a implementar; na terceira etapa, com a elaboração e implementação do programa de

ensino/treino em CCC/S dirigido a estudantes em pré-graduação em fisioterapia, desenvolveu-se um Estudo Quasi-experimental Longitudinal.

No global verificou-se um aumento da empatia cognitiva e diminuição da empatia afetiva; um aumento em ambas as subescalas da PPOS, mas com diferenças quanto ao sexo e ao ano de formação dos alunos.

O presente projeto contribuiu com a listagem das CCC/S centrais na formação base dos fisioterapeutas, validadas por consenso de um painel de peritos nacionais; construção de um plano formação em CCC/S, no ensino pré-graduado em fisioterapia, que promova a uniformização do seu ensino em Portugal; e a criação de uma formação em formato *e-learning*, ajustada às necessidades e desafios da transformação digital no ensino superior.

Palavras-chave: comunicação em saúde, fisioterapia, ensino superior, currículo, competência clínica, profissional de saúde, cuidado centrado no paciente, empatia, tomada de decisão partilhada

ABSTRACT

LEONOR DUARTE ALMEIDA SANTOS: Communication skills of the
physical therapist: from teaching to clinical practice

(Under the orientation of Prof. Dr. Rute Meneses and coorientation of Prof.
Dr. Germano Couto)

The therapeutic process requires from the physical therapist skills beyond the technical domain, specifically health communication skills (HCS). In the presence of a language disorder, the communicative success is particularly dependent on the physiotherapist's ability to adapt and adopt the best strategy to be used. Knowing that they are in continuous development from the initial stage of training, it is urgent to introduce their teaching into undergraduate learning.

The objectives of this doctoral thesis are to identify which communication skills should be taught/trained in physiotherapy students, to understand if the programs/study plans of the physiotherapy course in Portuguese HEIs focus on teaching/training these skills and to evaluate and compare them, pre and post implementation of a training program in physiotherapy students.

The project was developed in three stages: the first the basis of the intervention, with the realization of two literature review studies; a systematic review to survey the state of knowledge about the teaching/training of HCS, in programs directed to health professionals and students and an integrative review to survey the state of knowledge about which HCS of the physiotherapist; In the second stage, for the development of the intervention, two content analysis studies were conducted, an e-Delphi Study and a Comparative Documentary Analysis Study, whose results

served as support for the design of the program to be implemented; in the third stage, with the design and implementation of the HCS teaching/training program aimed at undergraduate physiotherapy students, a Longitudinal Quasi-experimental Study was developed.

Overall there was an increase in cognitive empathy and decrease in affective empathy; an increase in both subscales of the PPOS, but with differences regarding gender and year of training of the students.

This project contributed to the listing of core HCS in the basic training of physiotherapists, validated by consensus of a panel of national experts; the construction of a training plan in HCS in undergraduate physiotherapy education that promotes the standardization of its teaching in Portugal; and the creation of training in e-learning format, adjusted to the needs and challenges of digital transformation in higher education.

Key words: health communication, physiotherapy, higher education, curriculum, clinical competence, health professional, patient-centered care, empathy, shared decision making

RÉSUMÉ

LEONOR DUARTE ALMEIDA SANTOS: Les compétences de communication du kinésithérapeute: de l'enseignement à la pratique clinique

(Sous la supervision du Prof. Dr. Rute Meneses et du Prof. Dr. Germano Couto)

Le processus thérapeutique exige du physiothérapeute des compétences qui vont au-delà du domaine technique, notamment en matière des compétences de communication clinique/santé (CCC/S). En présence d'un trouble du langage, le succès communicatif dépend notamment de la capacité du kinésithérapeute à s'adapter et à adopter la meilleure stratégie à utiliser. Sachant qu'ils sont en développement continu depuis le stade initial de la formation, il est urgent d'introduire leur enseignement dans les formations de premier cycle.

Les objectifs de cette thèse de doctorat sont d'identifier les compétences de communication qui devraient être enseignées/formées chez les étudiants en physiothérapie, de comprendre si le programme des cours de physiothérapie dans les EES portugais se concentre sur l'enseignement/la formation de ces compétences, et d'évaluer et de comparer les CCC/S, avant et après la mise en œuvre d'un programme de formation chez les étudiants en physiothérapie.

Le projet a été développé en trois étapes : La première est la base de l'intervention, avec la réalisation de deux études de revue de la littérature ; une revue systématique pour recenser l'état des connaissances sur l'enseignement/la formation de la SCC dans les programmes destinés aux professionnels de la santé et aux étudiants et une revue intégrative pour recenser l'état des connaissances sur la CCC/S du physiothérapeute ; Dans la deuxième étape, pour le développement de l'intervention, deux études d'analyse de contenu ont été menées, une étude e-Delphi et une étude d'analyse documentaire comparative, dont les résultats ont servi de support à la conception du programme à

mettre en œuvre ; dans la troisième étape, avec la conception et la mise en œuvre du programme d'enseignement/formation CCC/S destiné aux étudiants de premier cycle en physiothérapie, une étude longitudinale quasi-expérimentale a été développée.

Dans l'ensemble, on a constaté une augmentation de l'empathie cognitive et une diminution de l'empathie affective; une augmentation des deux sous-échelles du PPOS, mais avec des différences concernant le sexe et l'année de formation des étudiants.

Ce projet a contribué à l'inscription des CCC/S de base dans la formation de base des physiothérapeutes, validée par le consensus d'un panel d'experts nationaux; à la construction d'un plan de formation en CCC/S dans l'enseignement de la physiothérapie de premier cycle qui favorise la standardisation de son enseignement au Portugal; et à la création d'une formation en format e-learning, ajustée aux besoins et aux défis de la transformation de l'enseignement supérieur.

Mots clés: communication en santé, physiothérapie, enseignement supérieur, programme d'études, compétence clinique, professionnels de la santé, soins centrés sur le patient, empathie, prise de décision partagée

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e amado marido Emanuel Santos.

“Amo como o amor ama.

Não sei razão pra amar-te mais que amar-te.

Que queres que te diga mais que te amo,

Se o que quero dizer-te é que te amo?”

Fernando Pessoa

Aos meus queridos filhos André e Guilherme, amo-vos muito.

“Os filhos são uma dádiva do Senhor, eles são uma verdadeira bênção.”

Salmos 127:3

À corajosa, determinada e querida amiga Sílvia Queirós.

“Um amigo que mantém a amizade é como um irmão em ocasiões difíceis.”

Provérbios 17:17

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu eterno Amigo e Amigo Eterno (Deuteronómio 31:8).

Aos meus amados marido Emanuel e filhos André e Guilherme, obrigada pela vossa dedicação, pelo vosso amor, atenção e carinho, paciência (infinita) e por compreenderem as minhas ausências para me dedicar a este projeto.

À minha mãe Raquel pelo amor, apoio incondicional e desassossego em procurar respostas.

À minha minha sogra Maria do Céu pelo exemplo de força, resiliência e determinação.

À minha irmã Rute pela inspiração nos momentos mais difíceis.

Ao meu pai David pela paixão pelo conhecimento.

Ao meu sogro Manuel pelo constante incentivo.

À minha querida e grande amiga Sílvia Queirós pelo amparo, motivação, pelo tempo, companhia, partilhas e altruísmo, não medindo esforços para me acompanhar nesta jornada.

Aos meus orientadores, Prof. Doutora Rute Meneses e Prof. Doutor Germano Couto... que privilegiada sou! Não um, mas dois! Diferentes mas complementares! Obrigada! Obrigada pelo tempo, disponibilidade, partilha de conhecimento, não só acrescentaram valor ao meu trabalho como à minha pessoa.

Às duas pessoas que me ajudaram a manter o equilíbrio e rumo necessário, as queridas Dr. Abigail Ribeiro e Prof. Doutora Cristina Martins.

À amiga e Prof. Doutora Cristina Santos, pela preciosa ajuda e pelo exemplo de amizade que resiste ao tempo.

À Prof. Doutora Clarinda Festas, Prof. Doutora Fátima Santos e Prof. Doutora Mariana Cervaens pela disponibilidade e colaboração no contato com os alunos da Escola Superior de Saúde-Fernando Pessoa.

À Prof. Doutora Ana Grilo e à Prof. Doutora Teresa Limpo pela autorização para utilização dos instrumentos de avaliação PPOS e IRI, respetivamente.

Aos peritos do estudo e-Delphi pela valiosa contribuição.

Aos alunos do 2º e 3º ano de fisioterapia da Escola Superior de Saúde-Fernando Pessoa, a vossa participação foi fundamental, mas o vosso entusiasmo e *feedback* foi inspirador. Aos amigos, não mencionados individualmente, mas que sabem quem são e o quão importante foram nestes dois últimos anos: Ana, Ângela, Daniela, Felismina, Filipa, Gisela, Loide, Nuno; obrigada pelos telefonemas e mensagens de apoio e encorajamento. Vemo-nos em breve!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Comunicação	2
1.2 Perturbações da Linguagem e da Fala	4
1.3 Comunicação em fisioterapia.....	6
1.4 Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde.....	8
PARTE I.....	13
Capítulo I	14
Artigo 1 – Caraterização de programas de treino de competências de comunicação: Revisão sistemática	14
Capítulo II	33
Artigo 2 – Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: Revisão integrativa da literatura.....	33
PARTE II.....	44
Capítulo III	45
Artigo 3 – Competências de comunicação na formação base de estudantes de fisioterapia: estudo e-Delphi	45
Capítulo IV	70
Artigo 4 – Competências de comunicação na formação pré-graduada de estudantes de fisioterapia: análise comparativa documental	70
PARTE III	100
Capítulo V	101

Artigo 5 – Competências de comunicação de estudantes de fisioterapia: eficácia de uma formação <i>e-learning</i>	101
CONCLUSÃO.....	132
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS.....	155
Anexo I: Primeira página dos trabalhos publicados.....	156
Anexo II: Assentimento informado	160
Anexo III: Autorização para utilização dos instrumentos IRI e PPOS.....	161
Anexo IV: Parecer final da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.	162
Anexo V: Autorização da Direção da ESS-FP, da Coordenação da licenciatura em fisioterapia e Divulgação pelo GCI-FFP do Estudo Quasi-Experimental	163
Anexo VI: Questionários e Escalas	166

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo I	
Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2009 descrevendo o processo de inclusão dos artigos	17
Capítulo IV	
Figura 1 – Fluxograma do processo de inclusão dos documentos/informação a incluir na análise comparativa documental	45
Capítulo V	
Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção da amostra	45

ÍNDICE DE TABELAS

Introdução	
Tabela 1 – Resumo das atividades relacionadas com o doutoramento	10
Capítulo I	
Tabela 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão sistemática	18
Tabela 2 – Síntese da caracterização dos programas de treino	20
Capítulo II	
Tabela 1 – Estudos analisados e competências identificadas	45
Capítulo III	
Tabela 1 – Síntese dos resultados das três rondas	55
Capítulo IV	
Tabela 1 – Identificação das UC que lecionam conteúdos de competências de comunicação clínica/em saúde	79
Tabela 2 – Caracterização das UC que lecionam conteúdos de competências de comunicação clínica/em saúde	81
Tabela 3 – Conteúdos programáticos das UC exclusivas no ensino de competências de comunicação clínica/em saúde	85
Tabela 4 – Conteúdos programáticos das UC que incluem ensino de competências de comunicação clínica/em saúde	88
Capítulo V	
Tabela 1 – Descrição da amostra	108
Tabela 2 – Objetivos específicos dos módulos da formação	111
Tabela 3 – Mediana e âmbito interquartil das pontuações no IRI e PPOS na 1 ^a e 2 ^a avaliação (<i>N</i> =34)	114

Tabela 4 – Mediana e âmbito interquartil das pontuações no IRI e PPOS na 1ª e 2ª avaliação em função do sexo.....	115
Tabela 5 – Mediana e âmbito interquartil das pontuações no IRI e PPOS na 1ª e 2ª avaliação em função do ano de escolaridade	116
Tabela 6 – Avaliação e satisfação da formação pelos participantes ($N=34$).....	117

LISTA DE ABREVIATURAS

- 5 As – *Ask-Assess-Advise-Agree-Assist*
- A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
- APFISIO – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- b-learning – blended learning*
- B-on – Biblioteca do Conhecimento Online
- CCC/S – Competências de Comunicação Clínica/em Saúde
- CC/S – Comunicação Clínica/em Saúde
- CV – Cardiovascular
- CFA – Centros de Fisioterapia de Ambulatório
- DGES – Direção-Geral do Ensino Superior
- DH – Doença-Huntington
- DRE – Diário da República Eletrónico
- DVD – *Digital Versatile Disc*
- EACH – *European Association for Communication in Health*
- EC – Ensino Clínico
- ECTS – *European Credit Transfer System*
- e-learning – electronic learning*
- EM – Entrevista Motivacional
- ENF – Enfermeiros
- ENPHE – *European Network of Physiotherapy in Higher Education*
- ESS-FP – Escola Superior de Saúde – Fernando Pessoa
- FR – Fatores de Risco
- FT – Fisioterapeutas
- GAQL – Grupo Avaliação Qualitativa
- GAQT – Grupo Avaliação Quantitativa
- GC – Grupo Controlo

GCI-FFP – Gabinete de Comunicação e Imagem da Fundação Fernando Pessoa
GCT – Grupo Cessação Tabágica.
GE – Grupo Experimental
h – horas
GHA – Grupo Hábitos Alimentares
HTA – Hipertensão Arterial
I – Importante
IAF – Instrutores Atividade Física
IC – Insuficiência Cardíaca
IES – Instituições do Ensino Superior
IRI – Índice de Reatividade Interpessoal
LS – Leonor Santos
MD – Médicos
MI – Muito Importante
NT – Nutricionistas
OCDE, OECD – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos
OdC – Objetivos de Cuidados
OF – Ordem dos Fisioterapeutas
OT – Orientação Tutorial
PDF – *Portable Document Format*
PEDro – *Physiotherapy Evidence Database scale*
PICO – Participantes, Intervenção, Comparação e *Outcome*
PL – Prático e Laboratorial
PPOS – *Patient-Practitioner Orientation Scale*
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PS – Profissionais de Saúde
PSM – Profissional Saúde Mental
QEQ – Quadro Europeu de Qualificações
QNQ – Quadro Nacional de Qualificações
QRI – Quadro de Referência Internacional
RCP – Rede de Cuidados Primários
RCV – Risco Cardiovascular
S – Semestral/Semestre

SFIC – Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente

Sm – Seminário

SMART – *Simple-Measurable-Achievable-Recorded-Time based*

SP3CS – Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde

SPTF – Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala

SQ – Sílvia Queirós

T – Teórico

TAD – Teoria da Auto Determinação

TO – Terapeutas Ocupacionais

TP – Teórico-prático

UC – Unidades Curriculares

UFP – Universidade Fernando Pessoa

WCPT – *World Confederation of Physical Therapists*

WHO – *World Health Organization*

WP – *World Physiotherapy*

WP-ER – *World Physiotherapy-European Region*

INTRODUÇÃO

Cedo na profissão percebi o quão importantes eram as competências de comunicação em saúde e quanto havia para aprender e desenvolver. Com a percepção de que na minha formação base não tinha adquirido estas competências e que existia uma lacuna que não me permitia estabelecer a relação terapêutica, particularmente com pacientes com alterações de comunicação; dificuldades sentidas logo nos momentos de educação clínica no último ano de formação, dos quais ainda recordo alguns episódios em que me senti perdida e incapaz, por não ter ferramentas para ultrapassar as dificuldades de comunicação, como por exemplo um paciente surdo-mudo, um paciente traqueostomizado, um paciente com afasia mista ou ainda casos pediátricos e em contexto de internamento.

Com 22 anos de atividade profissional, maioritariamente em contexto hospitalar e em internamento, fui constatando ao longo dos anos que trabalhar em equipa com os pares, num contexto “protegido” como o serviço em que se está integrado e que “é nosso”, sempre com os mesmos elementos da equipa multidisciplinar, com pacientes que vem a cada sessão de casa para o hospital e regressam de novo a casa, muitas vezes acompanhados, com suporte familiar, estava muito longe da experiência de “ir para o internamento”. Onde quase sempre o fisioterapeuta era o elemento “externo”, não pertencente à equipa, que se ia movendo e tinha diariamente de se adaptar aos elementos dos turnos dos vários serviços que ia percorrendo ao longo da jornada diária de trabalho, com pacientes agudos e sub-agudos, internados há dias ou horas, com necessidade de interação com os pacientes, mas também com os diferentes elementos das equipas multi e interdisciplinares, com os familiares/cuidadores.

A orientação de estágios curriculares, dos vários anos de formação, de várias escolas, permitiram perceber as diferentes dificuldades dos alunos, particularmente em contexto de internamento, com pacientes com perturbações da linguagem e fala ou mesmo impossibilitados de comunicar verbalmente, com uma quase total ausência de

conhecimentos de estratégias e de competências de comunicação, salvo raras exceções. Com a percepção de que as dificuldades e diferenças entre alunos pareciam estar relacionadas com vários fatores, como o contexto (ginásio ou internamento), a presença de alterações de comunicação, a gravidade do diagnóstico/mau prognóstico, a idade do paciente, se de cuidados prestados eram de um para um ou um grupo de pacientes (ex. classes de reabilitação cardíaca), se no período de estágio estavam sós ou em pares/tríades, diferenças que também pareciam estar relacionadas com o ano de formação, a escola de origem, bem como se se tratava de um primeiro momento de estágio ou mesmo dos contextos anteriores de estágio.

Assim, com base nas suas percepções: do impacto das competências de comunicação na prestação de cuidados de saúde, do impacto das perturbações da linguagem e fala na comunicação com o paciente, da relevância da comunicação na relação fisioterapeuta-paciente, da possível falta de sistematização no ensino pré-graduado em fisioterapia das competências de comunicação clínica/em saúde, surgiu o interesse por esta área do conhecimento, na procura de respostas que transformassem as minhas percepções em conhecimento.

1.1 Comunicação

A comunicação é por excelência o elemento que estabelece ligação e, como um elo que tem uma múltipla capacidade de conexão, o seu âmbito é abrangente. Todos os seres vivos comunicam, apenas os meios diferem. Até mesmo as plantas comunicam entre si (Gagliano et al., 2012) e com os animais que vivem ao seu redor (Schöner et al., 2016; Veits et al., 2019).

Etimologicamente a palavra comunicar deriva do latim *communicare*, que significa «dividir alguma coisa com alguém»; dar a conhecer; divulgar; anunciar; informar; pôr-se em comunicação ou em relação com; relacionar-se; exprimir-se; falar; transmitir algo; passar (Porto Editora, 2022).

As competências de comunicação compreendem a transmissão eficaz de informação (Mata et al., 2021). Na área das ciências da saúde a comunicação é basilar, já que no campo clínico toda a prática assenta, em grande medida, na comunicação, através da transmissão de mensagens, na troca de opiniões e na comunicação de informação por meio de gestos, palavras ou registos (Faisal, 2020). Assim, a eficácia da comunicação é

importante para qualquer profissional de saúde, capacitando-o ao exercício profissional de prestação integrada de cuidados de saúde, competências que podem permitir a compreensão e o processamento da informação pelo paciente, durante o atendimento pelo profissional de saúde (Mata et al., 2021).

Com a crescente ênfase na necessidade dos profissionais de saúde trabalharem cooperativamente em equipas multidisciplinares, bem como de criarem parcerias colaborativas com os pacientes, as competências de comunicação foram sendo reconhecido o seu papel na eficácia dos cuidados de saúde, maximizando os resultados, em particular no que concerne à reabilitação (Reynolds, 2005).

Stefanelli e Carvalho (2005) definiram Comunicação Humana como o processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, e Comunicação Clínica como uma forma de Comunicação Humana que tem como objetivo ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas.

Sequeira (2016) propõe uma definição mais ampla e completa ao afirmar que a Comunicação Clínica e em Saúde ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde, com regras próprias, em função dos profissionais de saúde em interação e do tipo de intervenção, de acordo com códigos deontológicos e de ética, está presente num ato clínico e refere-se à comunicação que os profissionais estabelecem para avaliarem uma situação, para realizarem uma intervenção, bem como para documentarem os cuidados prestados e planearem os próximos contactos, estando ainda presente nos momentos de partilha de experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

A comunicação terapêutica, como um processo consciente e deliberado, é utilizada na recolha de informação sobre o estado de saúde do paciente e responde com uma abordagem que promove o seu bem-estar, melhora a forma de compreender os cuidados prestados e permite estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

Schiavo (2007) apresenta uma definição mais abrangente ao definir comunicação em saúde como uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informação relacionada com a saúde, com o objetivo de influenciar, envolver, e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais,

decisores políticos e o público a defender, introduzir, adotar, ou sustentar um comportamento, prática, ou política que, em última análise, melhoram os resultados em matéria de saúde.

Uma nova consciencialização relativamente à importância de promover uma comunicação mais eficaz no domínio da saúde tem vindo a crescer de forma constante há mais de 20 anos (Härtl et al., 2015; Kiessling et al., 2010; Makoul, 2001; Makoul & Schofield, 1999; Radziej et al., 2017) e, em resposta, as recomendações e *guidelines*, bem como a investigação sobre o ensino de competências de comunicação, têm-se vindo a transformar em áreas de interesse (Gebhardt et al., 2021), não abrandando em tempo de pandemia, mas dando-lhe outros horizontes e novos temas de estudo (Soundy, 2021; von Lengerke et al., 2020; Wong et al., 2021). Competências que, de igual forma, foram vendo a sua relevância reconhecida na fisioterapia, sendo bem visível o valor atribuído ao desenvolvimento de efetivas competências de comunicação, na documentação no âmbito profissional dos fisioterapeutas (Bayliss & Strunk, 2015), bem como nas *guidelines* internacionais e nacionais das Organizações que regulam o exercício e ensino da profissão (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2020; European Network of Physiotherapy in Higher Education, 2017; Ordem dos Fisioterapeutas, 2021; World Physiotherapy, 2011; World Physiotherapy-Europe region, 2018).

1.2 Perturbações da Linguagem e da Fala

A comunicação é parte da vida quotidiana, mas ao longo do ciclo vital é normal que algumas alterações na fala e linguagem, afetem a nossa aptidão para comunicar eficazmente.

Importa conhecer e distinguir linguagem e fala, assim, optou-se por apresentar as definições disponíveis na página oficial da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala: “A linguagem é o sistema dinâmico e complexo de símbolos convencionais utilizado de diferentes formas para a comunicação e o pensamento” (SPTF, 2021), as competências linguísticas servem não só para compreender o meio envolvente e para regular o próprio pensamento e emoções, mas também como base para o estabelecimento de processos comunicativos mais elaborados; “A fala é caracterizada pela atividade de utilizar a linguagem oral recorrendo a sons e palavras que sejam comuns a uma comunidade, para que todos possam ser compreendidos”, a fala pode ser caracterizada quanto à

articulação, ressonância, fluência/ritmo e prosódia, as perturbações dos sons da fala podem decorrer de uma dificuldade motora/articulatória, comumente relacionada com uma alteração musculoesquelética (SPTF, 2021).

Uma perturbação da comunicação tem um impacto significativo nos indivíduos com diferentes tipos de perturbações da linguagem, já que estes participam num menor número de atividades sociais e com menor grau de satisfação (Baylor et al., 2017). A participação comunicativa está relacionada com o conjunto de competências da pessoa/paciente, mas também com a atitude dos interlocutores com a pessoa com alterações, particularmente se houver necessidade de uma ajuda técnica (aumentativa) ou alternativa de comunicação (Sixt Börjesson et al, 2021).

A presença de dificuldades de comunicação nos pacientes torna-os particularmente vulneráveis, tal como uma deficiência auditiva, perturbações da linguagem ou quando falam uma língua diferente da língua do profissional de saúde, o que requer por parte dos profissionais de saúde uma adequação da comunicação que permita ao paciente receber cuidados de qualidade (Baylor et al., 2019; van Rijssen, 2021) e participar na discussão e tomada de decisões em matéria de cuidados de saúde (Agaronnik et al., 2019; Carragher et al., 2021). O aumento do tempo médio de esperança de vida é acompanhado por uma maior incidência das demências, observando-se numa população envelhecida uma natural redução progressiva da memória e outras funções cognitivas, entre as quais a linguagem (Langaro et al., 2018), alterações que desafiam e condicionam a participação comunicativa do paciente (Araújo et al., 2015). Mas tem de existir o cuidado de não se permitir que estereótipos etários modelem as perceções, os comportamentos e as atitudes ligadas ao idadismo, que possam impedir que o paciente mais idoso participe plenamente no processo de tomada de decisões e de tratamento, como um importante parceiro (Reynolds, 2005).

Em contexto de ambulatório, as condições mais comuns em que o fisioterapeuta lida com pacientes (maioritariamente adultos, idosos) impedidos de comunicar verbalmente são as afasias; em contextos de internamento o fisioterapeuta pode confrontar-se com pacientes impedidos de comunicar verbalmente, em unidades de cuidados intensivos, unidades de AVC (agudos), bem como em serviços de neurologia e neurocirurgia, em que a probabilidade de terem de intervir em pacientes entubados, traqueostomizados e sedados é significativamente maior. Assim, o sucesso comunicativo, na maioria dos

pacientes com afeção grave da linguagem e da fala, pode estar dependente do profissional de saúde se adaptar à mesma, pelo que, tendo em conta as particularidades do contexto e de cada paciente, é fundamental preparar os profissionais de saúde com alguns procedimentos e estratégias básicas (formas de comunicação aumentativa e alternativa) que poderão interferir positivamente no processo comunicativo, particularmente quando a condição clínica dificulta ou impede a comunicação verbal (Mota-Cardoso, 2012; Sequeira, 2016).

A necessidade atual da utilização de máscara facial também interfere na comunicação oral, uma vez que os interlocutores poderão experimentar uma diminuição na inteligibilidade e sentir um aumento de esforço vocal (Bottalico et al., 2020), que nos casos de alterações da comunicação com reduzida inteligibilidade do discurso, poderá agravar a situação pré-existente com redução da participação comunicativa do paciente (Börjesson, Hartelius & Laakso, 2021; Johansson, Samuelsson & Müller, 2022) podendo dificultar o estabelecer e desenvolver da relação terapêutica (Bright et al., 2018).

1.3 Comunicação em fisioterapia

O carácter transversal, central e estratégico dos processos de comunicação em saúde demonstram a sua relevância nos diferentes contextos de atuação do fisioterapeuta, já que comunicação em saúde engloba todas as áreas nas quais esta é relevante, através da transmissão de mensagens com o intuito de promover, educar para a saúde, prevenir, evitar fatores de risco e doenças, sugerir, recomendar mudanças de comportamento e auto-cuidados, informar sobre a saúde, a doença e planos de tratamento (Teixeira, 2004).

A adesão ao programa de tratamento e a satisfação do paciente, estão diretamente relacionadas com as competências do fisioterapeuta, as técnicas mas também as de comunicação (Reynolds, 2005). O fisioterapeuta e o paciente comunicam de forma verbal, não verbal e paraverbal a fim de responder e compreender o comportamento do interlocutor (Rusu & Chiriță, 2017). Para que a comunicação seja mais eficaz e se criem relações satisfatórias, as palavras devem ser cuidadosamente escolhidas, já que são determinantes (Wiemann, 2011), pois sem uma comunicação eficaz e eficiente, o fisioterapeuta não poderá prestar cuidados de qualidade e nível elevado, "As competências de comunicação não são apenas necessárias para prestar um serviço

humano e atencioso aos pacientes, mas para maximizar a eficácia das intervenções terapêuticas, e para aumentar a satisfação dos pacientes" (Reynolds, 2005, p.22).

De acordo com a World Physiotherapy (2021) os fisioterapeutas devem comunicar de forma clara, precisa, eficaz e compreensível, tanto presencialmente como quando trabalham à distância, assim como devem manter registos precisos, claros e atempados da avaliação, tomada de decisões, intervenções e resultados.

A qualidade da prestação de cuidados de saúde e em particular a comunicação, estão dependentes das atitudes dos profissionais de saúde, com maior relevância para as atitudes centradas no paciente (Grilo, 2010).

Os Cuidados Centrados no paciente adotam uma perspetiva biopsicossocial, que vê o paciente como uma pessoa (Nunes, 2010); partilha poder e responsabilidade, constrói uma relação terapêutica, e está consciente do paciente como pessoa. O modelo biopsicossocial sugere que cada pessoa irá experimentar a doença e os cuidados de saúde de uma forma única e individual (Mota-Cardoso, 2012; Nunes, 2010; Sequeira, 2016).

Os cuidados centrados no paciente em fisioterapia é um modelo que inclui temas estreitamente relacionados, como a individualidade, comunicação, educação, estabelecer objetivos e dar suporte (Wijma et al., 2017).

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APFisio (2020) no documento que apresenta as competências do fisioterapeuta, refere-se aos cuidados centrados na pessoa como: “Serviços de Fisioterapia centrados na pessoa como elemento essencial de qualidade, respeitando as suas preferências, necessidades e autonomia, bem como envolvendo-o nas decisões de saúde de acordo com as suas escolhas” (APFisio, 2020, p.5).

A empatia é apontada como o conceito mais associado às abordagens centradas no paciente, com o estatuto de “essencial” na prestação de cuidados centrados na pessoa (Silva & Carvalho, 2012), o que faz com que assuma um papel primordial na comunicação clínica/em saúde, já que poderá ter repercussões nos resultados em saúde do paciente (Jeffrey, 2016).

A tomada de decisão partilhada é parte integrante das boas prática em fisioterapia, baseada nas evidências e centrada na pessoa (Hoffmann, 2020), é uma abordagem

biopsicossocial e colaborativa que ajuda os fisioterapeutas a enfrentar desafios, tais como os desajustes entre os seus objetivos e os do paciente (Hausheer, 2021); particularmente com os adultos mais velhos, que estão menos predispostos, do que outros grupos etários, a participarem na tomada de decisões terapêuticas (Shen et al., 2020), levando o fisioterapeuta a ter de encontrar o modelo de tomada de decisão que os seus pacientes preferem e ter em conta os diferentes contextos em que o processo de decisão ocorre, já que este tende a condicionar o nível de envolvimento, assim, “Os princípios éticos e morais exigem que procuremos novas formas de envolver os pacientes mais relutantes na tomada de decisão partilhada, em vez de abdicarmos de tentar” (Légaré & Thompson-Leduc, 2014, p. 282).

1.4 Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde

A elevada importância das competências de comunicação clínica/em saúde, nas profissões de saúde, considera que o seu ensino seja introduzido na aprendizagem pré-graduada, como competência vital na prática de cuidados e fundamental na educação para a saúde, não sendo a fisioterapia exceção (Cooper et al., 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Parry, 2008; Parry & Brown, 2009; Soundy, 2021).

A Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde - SP3CS (2021) apresentou as linhas orientadoras e recomendações para o ensino/aprendizagem de comunicação clínica dos estudantes (nos diferentes anos de formação) e profissionais de saúde, documento que se propõe a reforçar a relevância da comunicação na relação clínica e a “necessidade de aprender, ensinar, desenvolver, praticar, treinar e consolidar competências de comunicação clínica” (SP3CS, 2021, p. 2).

Apesar de não ser um fenómeno novo, o formato *e-learning* ganhou um outro ímpeto com a pandemia de COVID-19, como uma solução global para dar continuidade ao ensino, o que implicou uma educação digital autónoma, abordagem que pressupõe uma adaptação das ferramentas tecnológicas às atuais exigências do século XXI (World Physiotherapy, 2020). O acesso a plataformas de ensino permite facultar aos alunos a flexibilidade e a independência necessária para aprenderem sem os tradicionais limites físicos e de tempo, permitindo que estes se envolvam ativamente no processo de aprendizagem (Pitikoe et al., 2021). Em comparação com outras profissões das ciências da saúde, a utilização das novas tecnologias no ensino de fisioterapeutas é muito pouco estudada (Ødegaard et al, 2021; Veneri, 2011); apesar de escassa, a investigação da

utilização das novas tecnologias no ensino em fisioterapia, demonstra existir potencial na implementação de metodologias digitais e que estas têm a capacidade de melhorar o desempenho das competências técnicas, a aquisição de conhecimentos e a consolidação das aprendizagens (Maćznik et al., 2015; Røe et al., 2019).

Independentemente dos novos desafios tecnológicos do século XXI e do processo ensino/aprendizagem poder tomar outros formatos, em fisioterapia o contacto com os pacientes é predominantemente presencial e, em particular os mais idosos, privilegiam a construção da relação com o profissional de saúde e preferem estabelecer uma comunicação humana presencial (Paskaleva et al., 2017). O que traz particular destaque às opções de treino de competências de comunicação clínica/em saúde como o *role-play*, já comprovadamente eficaz (Gazbare & Rathi, 2017; Grilo, 2012).

Assim, dada a clara relevância das competências de comunicação clínica/em saúde, do seu impacto na qualidade dos serviços de saúde prestados, da importância do seu ensino pré-graduado e da adesão/adaptação à era digital, julga-se essencial preparar os alunos de fisioterapia num modelo biopsicossocial, com a adoção das novas tecnologias para o ensino à distância, promovendo o desenvolvimento do estudo autónomo.

Delimitado o problema, estabeleceram-se os seguintes objetivos para este projeto: 1) Identificar que CCC/S devem ser ensinadas/treinadas nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação pré-graduada; 2) Perceber se os programas/planos de estudo do primeiro ciclo de fisioterapia das IES português apresentam o ensino/treino dessas CCC/S; 3) Avaliar e comparar CCC/S, pré e pós implementação de um programa de ensino/treino, em alunos inscritos no primeiro ciclo de estudos de fisioterapia.

O projeto foi desenvolvido em três etapas, a primeira e base da intervenção, com a realização de dois estudos de revisão bibliográfica: uma revisão sistemática para levantamento do estado de conhecimento sobre CCC/S, em programas de ensino/treino dirigidos a profissionais e estudantes de saúde, o segundo, uma revisão integrativa para levantamento do estado de conhecimento sobre as CCC/S do fisioterapeuta; tendo-se constatado falta de clareza e de consenso quanto às CCC/S. Na segunda etapa, para desenvolvimento da intervenção, efetuaram-se dois estudos de análise de conteúdo: um estudo e-Delphy para por consenso de peritos, identificar e listar as CCC/S centrais no ensino em fisioterapia, e um estudo de Análise Comparativa Documental dos planos de

estudo na formação pré-graduada em IES portuguesas, tendo-se constatado falta de uniformidade no seu ensino/treino. Na terceira etapa, a de intervenção, desenvolveu-se um estudo Quasi-experimental, com a implementação de um programa, elaborado para o efeito, de ensino/treino em CCC/S dirigido a alunos de fisioterapia em formação pré-graduada e ajustado às necessidades e desafios da transformação digital; na sua elaboração procurou-se ir ao encontro dos resultados dos estudos desenvolvidos neste âmbito, com a implementação das recomendações e diretrizes nacionais e internacionais da profissão e das associações e sociedades de CCC/S; esta terceira etapa foi subdividida em três fases: a de construção, para elaboração e adaptação ao formato *e-learning* do programa a implementar, com pré-seleção das CCC/S a avaliar, de acordo com os instrumentos identificados e validados para a população portuguesa; seguiu-se a fase de planeamento e implementação do programa de treino e por fim a fase de avaliação, tendo-se procedido à avaliação pré e pós intervenção das CCC/S em estudo, à avaliação e satisfação da formação por parte dos alunos, bem como à perceção dos mesmos quanto ao formato *e-learning* no ensino/treino de CCC/S.

Ao longo da tese, na generalidade, será utilizado o termo “paciente” para referência à pessoa a necessitar ou a receber cuidados de saúde. Sem a conotação de “passivo”, “sem poder” ou “com paciência”, por vezes erroneamente associados ao modelo biomédico. A escolha recai na explicação dada por Reynolds (2005, p.4), que o aponta como o termo mais difundido e utilizado em indivíduos em reabilitação.

Com a finalidade de rapidamente partilhar e contribuir com resultados neste âmbito de investigação, optou-se por uma tese organizada por artigos ao invés de um trabalho de doutoramento por monografia.

A Tabela 1 apresenta resumidamente a atividade científica desenvolvida durante o doutoramento.

Tabela 1

Resumo das Atividades Relacionadas com o Doutoramento

Artigo 1	
Publicado	Santos, L., Queirós, S., Meneses, R., & Couto, G. (2021). Caraterização de programas de treino de competências de comunicação: revisão sistemática. <i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> , 22(2), 359 – 373. http://dx.doi.org/10.15309/21psd220204
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S., & Meneses, R. F. (2019, maio 9 a 11).

	<i>Treino de competências de comunicação para estudantes de saúde: Revisão sistemática</i> [Poster]. V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde & I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, Universidade do Algarve, Portugal.
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S., Meneses, R. F., & Couto, G. (2019, junho 21 e 22). <i>Caraterização de programas de treino de competências de comunicação: revisão sistemática</i> [Poster]. I Congresso Internacional Qualidade de Vida, Cidadania e Saúde Mental & V Congresso Promoção de Educação para a Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S., & Meneses, R. F. (2019, julho 5). <i>Alvos de treino de competências de comunicação em saúde: revisão sistemática</i> [Poster]. II Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde, Universidade de Lisboa, Portugal.
Artigo 2	
Publicado	Santos, L. A., Queirós, S. M., Meneses, R. F., & Couto, G. (2020). Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: Revisão integrativa da literatura. In Pereira, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Cunha, A., Leal, I. (Eds.), <i>Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde</i> (pp. 213–220). ISPA, CRL.
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S. M., Meneses, R. F., & Couto, G. (2020, janeiro 30 a fevereiro 01). <i>Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: Revisão integrativa da literatura</i> . [Comunicação Oral]. 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal.
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S., Couto, G., & Meneses, R. F. (2021, abril 20 a 22). <i>Integrative Review: Teaching communication strategies and techniques to improve the physiotherapist-patient relationship</i> [Poster]. 4 th International Congress on Education, Innovation and Learning Technologies (online), Universidade da Extremadura, Espanha e Instituto Politécnico do Porto, Portugal.
Artigo 3	
Submetido; em revisão	Santos, L. A., Queirós, S. M., Couto, G., & Meneses, R. F. Communication skills in the basic training of physiotherapy students: e-Delphi study.
Apresentação	Santos, L. A., Queirós, S., Couto, G., & Meneses, R. F. (2021, novembro 5 e 6). <i>e-Delphi: Painel de peritos na identificação das competências centrais de comunicação clínica em fisioterapia</i> [Poster]. XI Congresso Nacional de Fisioterapeutas (online), Lisboa, Portugal.
Artigo 4	
Publicado	Almeida-Santos, L., Meneses, R. F., & Couto, G. (2022). Competências de comunicação no ensino pré-graduado de fisioterapia em Portugal: análise comparativa documental. <i>E-Revista de Estudos Interculturais do CEI-ISCAP</i> , 10. E-Revista de Estudos Interculturais (iscap.pt)
Apresentação	Santos, L. A., Couto, G., & Meneses, R. F. (2021, julho 10). <i>Competências de comunicação clínica no ensino pré-graduado de fisioterapia em Portugal</i> [Comunicação Oral]. III Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (online),

Universidade da Beira Interior, Portugal.	
Artigo 5	
Publicado	Almeida Santos, L., Meneses, R., Couto, G., & Costa Santos, C. (2022). E-learning training in communication skills in physical therapy students: quasi-experimental study. <i>Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health</i> , 2(10e), 111–121. https://doi.org/10.29352/mill0210e.26913
Apresentação	Almeida-Santos, L., Meneses, R. F., Couto, G. R., & Costa-Santos, C. (2022, julho 15). <i>Utilização do formato e-learning no ensino de competências de comunicação clínica/em saúde: Perceção e satisfação de estudantes de fisioterapia em pré-graduação</i> [Comunicação Oral]. Enquadrada no eixo temático <i>Experiências em unidades curriculares específicas – didática das UC</i> . 8º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior (presencial), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
Apresentação	Almeida-Santos, L., Meneses, R. F., Couto, G. R., & Costa-Santos, C. (2022, setembro 8 a 10). <i>Empatia e Cuidados Centrados no Paciente: Programa de Treino de Competências Comunicacionais</i> [Comunicação Oral]. Enquadrada no Simpósio <i>Comunicação em saúde: dos conteúdos à eficácia, passando pelas formas</i> . 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (online), Universidade da Madeira, Funchal, Portugal.
Tornou-se Membro	
EACH	International Association for Communication in Healthcare
ACH	Academy of Communication in Healthcare
SP3CS	Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde
SPLS	Associação Portuguesa de Literacia em Saúde
APDIS	Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde

PARTE I – BASES DA INTERVENÇÃO

Capítulo I

Artigo 1 – Caracterização de programas de treino de competências de comunicação:
Revisão sistemática

Resumo

O estudo pretende identificar programas de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas, e sistematizar a sua caracterização. Para tal procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura com base na Statement Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses (PRISMA). Treze artigos, de 329 identificados, foram incluídos na síntese qualitativa, após aplicação dos critérios de elegibilidade.

Verificou-se variabilidade nos procedimentos e que nem sempre a informação é suficiente para se caracterizar minuciosamente cada programa. A grande maioria dos programas dirigia-se a profissionais, com sessões em grupo, presenciais e teórico-práticas; como métodos de treino foram comumente usados exercícios práticos com e sem role-play, meios audiovisuais, discussão crítica e fornecimento de material de apoio. A maioria dos estudos revelou programas eficazes, em particular os que incluíam estudantes.

Os resultados sugerem que a estrutura do programa poderá ser mais relevante que a sua duração, as competências de comunicação treinadas ou as técnicas e métodos utilizados. O reduzido número de estudos identificados no âmbito da fisioterapia é sugestivo da relevância de se realizarem mais estudos nesta área, em particular com estudantes.

Palavras-chave: comunicação em saúde, competência clínica, profissional de saúde

Introdução

É através da comunicação que o profissional de saúde procura construir uma relação terapêutica, é a comunicar que identifica e regula expectativas, analisa sintomas e sentimentos, dá explicações, combina planos de tratamento e assim constrói a relação. De acordo com Teixeira (2004) “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (p. 615). Segundo a definição sugerida por este autor, comunicação em saúde engloba todas as áreas nas quais esta é relevante, transmitindo mensagens com o intuito de, por exemplo, promover, educar para a saúde, prevenir, evitar fatores de risco e doenças, sugerir, recomendar mudanças de comportamento e autocuidados, informar sobre a saúde, a doença e tratamentos. O carácter transversal, central e estratégico dos processos de comunicação em saúde demonstram a sua relevância nos diferentes contextos, tais como, na relação entre o profissional de saúde e o utente, nas relações interprofissionais em saúde, na comunicação interna nas organizações, na transmissão de informação e tratamento de temas de saúde nos meios de comunicação social, entre outros (Teixeira, 2004).

Um passo essencial para reforçar a relevância da presença do ensino das competências de comunicação nos currículos foi dado em 1991, com a Declaração de Toronto, que realçou a importância desta medida na melhoria da prática de cuidados de saúde (Simpson et al., 1991). Dada a crescente importância atribuída às competências de comunicação, o ensino destas tornou-se um componente central nos currículos das profissões de saúde, sendo a competência vital para a prática de cuidados e fundamental na educação para a saúde (Dong et al., 2015; Duffy et al., 2004), bem como objeto de estudo por parte de diversas profissões da área de saúde, que centram a sua análise em programas de formação em competências comunicacionais, em particular para médicos (Brown & Bylund, 2008; Loureiro et al., 2017). Tais competências desenvolvem-se continuamente desde a fase inicial de formação e alguns autores aconselham que o ensino em comunicação em saúde deva ser introduzido na aprendizagem pré graduada (Parry & Brown, 2009; Taveira-Gomes et al., 2016).

Assim, considerando a elevada importância da comunicação em saúde, com um papel primordial na relação profissional/utente/cuidadores informais e entre profissionais de saúde, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, partindo da questão de pesquisa, segundo a estratégia PICO (Participantes, Intervenção,

Comparação e Outcome): “ Quais os programas de treino de competências de comunicação utilizados atualmente para melhorar as competências de comunicação dos profissionais de saúde?”; com o objetivo de identificar e caracterizar programas de treino de competências de comunicação desenvolvidos especificamente para profissionais e/ou estudantes de saúde, nomeadamente fisioterapeutas.

Método

Estudos acerca de várias bases de dados multidisciplinares (Falagas et al., 2008; Gasparyan et al., 2013; Halladay et al., 2015) destacaram a PubMed como sendo o maior e melhor organizado motor de busca de bases de dados para pesquisa por resumos, com o maior número de bases de dados, com artigos on-line mais recentes e com maior frequência de atualizações, sendo o principal utilizado na área das ciências biomédicas, fatores determinantes na seleção do motor de busca a utilizar para a presente revisão sistemática.

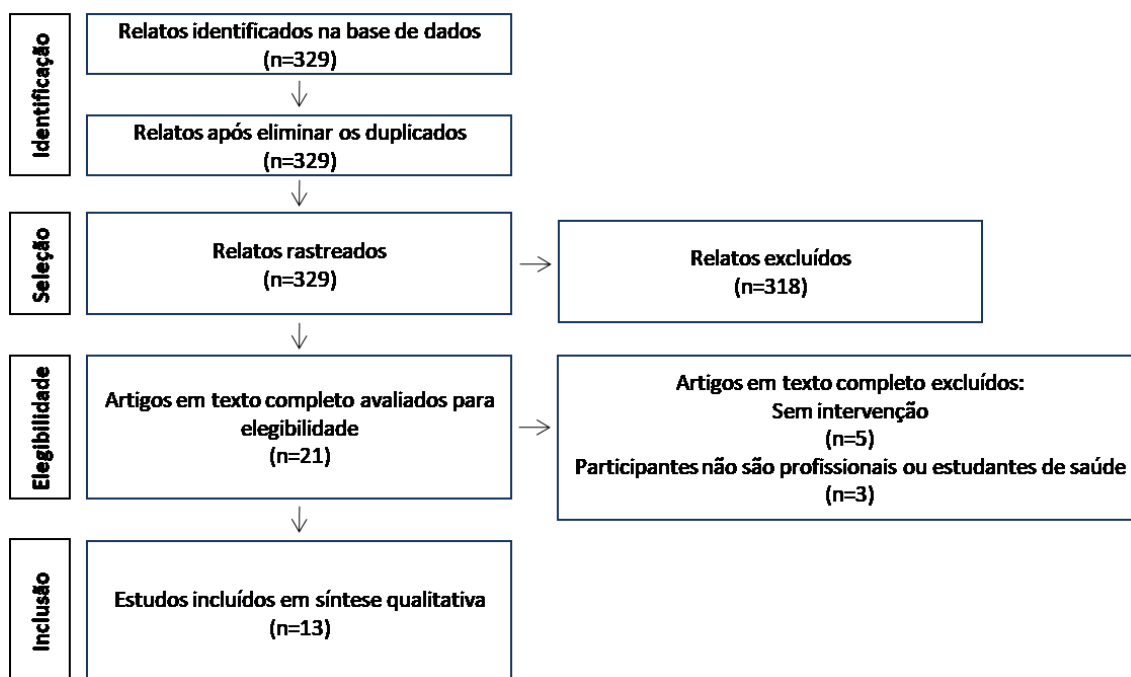
Assim, realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed, em outubro de 2018, conduzida segundo os PRISMA (Moher et al., 2009) com as palavras-chave communication AND health AND (physical therap* OR physiotherap*). Como critérios de inclusão definiu-se: artigos completos gratuitos, publicados entre 30.09.2011 e 30.09.2018, em português e inglês, com intervenção em competências de comunicação clínica. Como critérios de exclusão definiu-se: revisões sistemáticas da literatura, meta-análises, artigos de opinião. A pesquisa foi efetuada por dois revisores independentes (LS e SQ), nas mesmas datas, utilizando as mesmas palavras-chave e os mesmos critérios de inclusão e exclusão. A extração de dados dos artigos foi, igualmente, realizada pelos mesmos revisores independentes.

Resultados

A pesquisa identificou um total de 329 artigos. Não se verificaram duplicados, pelo que, após leitura de título e resumo, e concordância dos dois revisores independentes, foram excluídos 318 artigos, sendo selecionados 21 artigos para leitura completa. Após leitura na íntegra dos artigos e nova concordância, foram excluídos cinco artigos por não apresentarem treino de competências de comunicação e três porque os participantes não eram profissionais e/ou estudantes de saúde; foram assim incluídos 13 artigos na síntese qualitativa (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma PRISMA 2009 Descrevendo o Processo de Inclusão dos Artigos



As tabelas 1 e 2 sintetizam os dados extraídos dos estudos analisados: 1- autores, ano de publicação, país do estudo, participantes, objetivos da intervenção, resultados/conclusões; 2- procedimentos da intervenção (duração/frequência, tipo de sessão, formadores, etapas). Dos 13 artigos selecionados, o ano com maior número de publicações foi o de 2016; sete dos estudos foram desenvolvidos na Europa, cinco na América do Norte e um na Oceânia. O número total de participantes das áreas de saúde é de 771: 590 profissionais e 181 estudantes (n=93 pré-graduação; n=88 pós-graduação). Os programas são dirigidos a diversos profissionais de saúde, mas na maioria (nove) a médicos, sete exclusivamente a médicos/especialistas, um a médicos/especialistas e internos estudantes da especialidade e um outro a alunos do 3º ano de medicina; com quatro programas surgem os enfermeiros, todos destinados a profissionais, assim como os fisioterapeutas em que um inclui alunos em pós-graduação; três programas são dirigidos a terapeutas ocupacionais, um para alunos em pré-graduação; com dois os nutricionistas e com apenas um surgem profissionais de saúde mental. Quanto aos objetivos da intervenção, todos se propõem a desenvolver/melhorar competências de comunicação nos profissionais/estudantes de saúde, seja centrado no paciente, no que respeita à adesão ao tratamento, mudanças de

comportamento, suporte para autonomia, informação, educação, facilitar e aumentar o número de conversas e a qualidade da comunicação, ou quando o foco é nos profissionais de saúde, no que diz respeito à sua própria mudança de comportamentos, promovendo a negociação contínua e a prática colaborativa em equipas multidisciplinares.

Tabela 1

Síntese dos Estudos Incluídos na Revisão Sistemática

Autor(es)/Ano/País	Participantes	Objetivo(s) da intervenção	Resultados/Conclusões
Suman et al. 2017 Holanda	N=128 PS: n=53 MD, n=46 FT, n=29 TO GAQT-96 GAQL-21	Melhorar a comunicação e colaboração multidisciplinar	A intervenção, contribuiu para o conhecimento do papel dos diferentes PS, melhorando a colaboração e comunicação multidisciplinar
Doorenbos et al. 2016 EUA	N=32 MD N=80 pacientes com IC GE-41; GC-39	Ajudar/Incentivar médicos e seus pacientes a aumentar conversas sobre OdC; melhorar a qualidade da comunicação, aumentar as referências para cuidados paliativos	O número de conversas OdC é superior no GE vs. GC (73% vs 2,6%); aumento da qualidade de comunicação paciente/médico; permitiu dar apoio adicional ao paciente
Lieshout et al. 2016 Holanda	N=34 MD GE-19; GC-15 N=34 ENF GE-20; GC-14	Melhorar o desempenho profissional dos ENF, no aconselhamento personalizado e educação de doentes de RCV para melhorar a autogestão no controlo dos FRCV	Sem diferença estatisticamente significativa no GE no <i>outcome</i> primário - aconselhamento de pacientes CV. O programa de implementação sob medida não foi eficaz
Asselin et al. 2016 Canadá	N=29 PS da RCP: n=7 PSM, n=7 NT, n=15 ENF	Promover mudança de comportamento dos PS da equipa interdisciplinar e aumentar o conhecimento e confiança na gestão do peso do paciente	Relatada uma colaboração interdisciplinar mais forte. Estratégias deliberadas de comunicação e negociação precederam a prática colaborativa nos cuidados interdisciplinares
Quinn et al. 2016 Reino Unido	N=17 n=3 FT,	Desenvolver competências dos profissionais na TAD,	Intervenção bem implementada, segundo os valores da avaliação

	<i>n</i> =2 TO, <i>n</i> =10 ENF, <i>n</i> =2 IAF	para que promovam sentimentos de autonomia, competência e proximidade ao paciente com DH	da fidelidade para as interações dos participantes com os pacientes, feita pelo investigador
Weiland et al. 2015 Holanda	<i>N</i> =123 MD: <i>n</i> =49 Especialistas GE-26; GC-23 <i>n</i> =74 Estudantes de especialidade GE-36; GC-38	Melhorar as capacidades de comunicação (entrevista, fornecimento de informação, planejamento), em pacientes com SFIC	Melhores competências de entrevista e fornecimento de informação no GE, mas não no planejamento. O programa revelou-se fidedigno, eficaz e útil
Resnicow et al. 2015 EUA	<i>N</i> =42 PS: <i>n</i> =27 MD pediatras <i>n</i> =15 NT GC-11MD; GE1-16MD; GE2-16MD+15NT	Desenvolver competências dos PS para utilizarem os modelos de EM, centrado no paciente e terapia comportamental	A implementação da EM revelou-se eficaz, quando “em altas doses”, seja por pediatras ou nutricionistas; os GE apresentaram resultados positivos
Manze et al. 2015 EUA	<i>N</i> =58 MD GE-31; GC-27	Melhorar competências de comunicação dos MD, no que respeita à adesão à medicação para a HTA	Sem diferenças significativas no comportamento de aconselhamento médico. O programa foi ineficaz
Hoffmann et al. 2014 Austrália	<i>N</i> =107 Alunos: <i>n</i> =93 graduação (MD-76, TO-17) <i>n</i> =14 pós-graduação (FT-14) GE-54: 37MD, 9TO, 8FT; GC-53: 39MD, 8TO, 6FT	Desenvolver competências para facilitar a tomada de decisão partilhada	Diferença estatisticamente significativa entre GE e GC; Intervenção eficaz na melhoria da capacidade, atitude e confiança na facilitação da tomada de decisão partilhada
Bravender et al. 2013 EUA	<i>N</i> =46 MD GE-22; GC-24	Melhorar as capacidades EM e de comunicação dos MD com adolescentes com excesso de peso/obesidade	O <i>website</i> demonstrou ser moderadamente ou muito útil na aprendizagem do uso de perguntas abertas e em utilizar reflexões
Tinsel et al. 2012 Alemanha	<i>N</i> =40 MD clínica geral GE-20, GC-20	Melhorar as capacidades dos MD para utilizar o modelo de decisão partilhadas nas consultas	Protocolo de estudo pelo que não apresenta resultados
Lonsdale et al. 2012 Irlanda	<i>N</i> =12 CFA GE-6; GC-6 <i>n</i> =60 FT	Melhorar as competências dos FT em comunicação de suporte para autonomia dos pacientes	Protocolo de estudo pelo que não apresenta resultados
Phillips et al.	<i>N</i> =23 PS	Melhorar as	Os PS apresentaram

2012 Reino Unido	(MD e ENF) GHA-11 GCT-12	competências de EM nos PS, para a mudança dos comportamentos de risco	menor competência a antecipar e discutir barreiras na mudança de dieta do que na cessação tabágica
---------------------	--------------------------------	---	--

Nota: PS- Profissionais de Saúde; MD- Médicos; FT- Fisioterapeutas; TO- Terapeutas Ocupacionais; GAQT- Grupo Avaliação Quantitativa; GAQL- Grupo Avaliação Qualitativa; IC- Insuficiência Cardíaca; GE- Grupo Experimental; GC- Grupo Controle; OdC- Objetivos de Cuidados; ENF- Enfermeiros; CV- Cardiovascular; FR- Fatores de Risco; EM- Entrevista Motivacional; RCP- Rede de Cuidados Primários; PSM- Profissional Saúde Mental; NT- Nutricionistas; IAF- Instrutores Atividade Física; DH- Doença-Huntington; TAD- Teoria da AutoDeterminação; SFIC- Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente; HTA- Hipertensão Arterial; RCV- Risco Cardiovascular; CFA- Centros de Fisioterapia de Ambulatório; GHA- Grupo Hábitos Alimentares; GCT- Grupo Cessação Tabágica.

Tabela 2

Síntese da Caracterização dos Programas de Treino

Procedimentos da intervenção			
Duração/ Frequência	Tipo	Formador(es)	Etapas
2h30'/sessão	Presencial	Investigador (autor)	-Introdução ao estudo; -Visualização de vídeo;
2 a 3-sessões, consoante o tamanho do grupo	Teórico-Prático Grupo	Profissional Saúde	-Exercício prático; -Discussão, registo de barreiras e formulação de estratégias; - <i>Role-play</i> ; -Discussão; -Material de apoio; "Pós-Intervenção"
Tempo indefinido	Pacientes: Telefone;	Enfermeira	Pacientes: -Identificar barreiras e facilitadores Objetivos-de-Cuidados;
2-momentos: 1º-pacientes; 2º-médicos	Médicos: Presencial Teórico-Prático Individual		-Terapias disponíveis em Insuficiência Cardíaca; -Identificar preferências para comunicação sobre cuidados em fim de vida; -Preenchimento do formulário de diretrizes finais " <i>Five Wishes</i> "; -Estratégias e facilitadores; - <i>Role-play</i> de desbloqueadores; -Auto-avaliação da confiança, desejo em iniciar conversa Objetivos-de- Cuidados e participar na tomada de decisão; Médicos: -Fornecimento da informação

			recolhida, específica de cada paciente; -Facilitar um diálogo Objetivos-de-Cuidados e documentar no processo clínico informático
Omisso	Presencial+ <i>e-learning</i> Teórico Individual	Formadores (Entrevista Motivacional)	- <i>Feedback</i> estruturado (treino de atualização em Entrevista Motivacional); -Programa educacional <i>on-line</i> ; -Orientação escrita sobre as opções relevantes <i>e-health</i> ; -Fluxograma para lidar com sintomas depressivos; -Recomendação da <i>guideline</i> de gestão de risco cardiovascular; -Solicitação de registo do aconselhamento personalizado, ensino e encaminhamento dado
24-horas 12-sessões 2h/sessão Bissemanal +Sessão de Partida	Presencial Teórico-Prático Grupo	Especialistas (tópicos das sessões)	-Metodologia 5As (<i>Ask-Assess-Advise-Agree-Assist</i>); -Apresentação interactiva do tópico da sessão; -Trabalho em grupo; -Esclarecimento de dúvidas pelo especialista da sessão; -Partilha de experiências e conhecimento, com discussão de desafios e barreiras
7-horas30’ 2-sessões: 6h/Grupo+ 1h30’/Individual	Presencial Teórico Grupo+ Individual	Investigador (autor) Coordenador da intervenção (Fisioterapeutas)	-Pequenos grupos, seguidos de sessão individual; -Revisão do manual (descrição do guia das sessões); -Desafios específicos com pacientes com Doença-Huntington; -Bases teóricas da intervenção: Modelo Teoria da Auto-Determinação; “Pós-Intervenção”
14-horas 4-sessões (intervalos de 4 a 6 semanas): 4h+4h+4h+2h	Presencial Teórico-Prático Grupo+ Individual	Especialista Assistente (educação pós graduada; competências de comunicação específicas em Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente)	-Pequenos grupos; -Última sessão individual; -Terapia Cognitivo-Comportamental, estratégias específicas em Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente; -“Trabalho de casa” entre sessões (aplicar competências aprendidas nas consultas); - <i>Feedback</i> de vídeos (consultas pré-intervenção); -Leitura de suporte
2-dias sucessivos	Presencial Teórico-Prático	Psicólogo (autor) Nutricionista (peritos em Entrevista Motivacional)	-Técnicas de escuta reflexiva, suporte para autonomia, tomada de decisão partilhada, diálogo orientado para a mudança; -Terapia comportamental; -Sessão prática com <i>feedback</i> (paciente padrão);

			-Material de apoio: DVD; “Pós-intervenção”
2-horas 2-sessões: 1h+1h	Presencial Teórico-Prático Grupo	Médicos (especialistas em aconselhamento centrado no paciente)	-Aconselhamento centrado no paciente; -Identificar barreiras e potenciais estratégias; -Modelo 5As (<i>Ask-Assess-Advise- Agree-Assist</i>). -Modelo exploratório (perspectiva do paciente, da sua condição); -Exercícios de <i>role-play</i> ; -Prática de questões abertas (crenças, barreiras, opiniões). “Pós-intervenção”
1-hora 1-sessão	Presencial Teórico-Prático Grupo (18 alunos/grupo)	Terapeuta Ocupacional (autor)	-Modelo de 5 etapas, para a tomada de decisão partilhada; -Estratégias a implementar em cada etapa; -Visualização de vídeo de <i>role-play</i> modelo; -Discussão crítica; -Material teórico de apoio
“Janela” de 3 semanas; Tempo médio: 54’ (31’-115’); Visitas ao <i>site</i> : 1 a 4	<i>On-line+</i> <i>e-learning</i> Teórico-Prático Individual (Treino interativo)	Investigador (autor) (Programa <i>on-line</i> desenvolvido por especialistas em: comunicação médico-paciente, educação multimédia, promoção da saúde, saúde na adolescência)	“Pré-intervenção”: Sessão para introdução ao <i>Teen-CHAT</i> . - Modelo de intervenção: Teoria Sócio-Cognitiva; - Módulos Educacionais: Porquê aconselhar; Entrevista Motivacional; Modelo 5 As; Comunicação com adolescentes; -Exercícios interactivos; -Vídeos exemplificativos; - <i>Feedback</i> individual (gravações áudio pré-intervenção); “Pós-intervenção”
9-horas 3-sessões 3h+3h+3h	Presencial Teórico-Prático Grupo	Omisso	-Princípios da comunicação do risco e médico-paciente; -Conceitos do programa de treino de decisão partilhada; -Integração da Entrevista Motivacional na mudança de comportamentos; -Introdução de tabela de decisão de opções (objetivos); - <i>Role-play</i> (simulação de consultas); -Material de apoio: literatura de suporte
8-horas 2-sessões/4h	Presencial Teórico-Prático Individual	Doutorado em Psicologia do desporto /exercício (autor)	“Pré-intervenção”-atualização na patologia (1h). -Teoria da Auto-Determinação; -Modelo 5As (<i>Ask-Assess-Advise- Assist-Arrange</i>); -Vídeos exemplificativos; - <i>Role-play</i> e discussão; -Material de apoio:

			guias/livros/literatura de suporte; -Final de cada sessão: fisioterapeuta e formador determinam estratégias a implementar. “Pós-intervenção”: 2 <i>e-mails</i> de suporte (4ª e 10ª semana)
2-sessões + programa <i>e-learning</i>	Presencial+ <i>on-line</i> Teórico-Prático	Facilitador treinado em <i>Behaviour Change Counselling</i>	-Definição e conteúdos da Entrevista Motivacional; -Programa <i>e-learning</i> (auto-dirigido); -Competências e estratégias na prática; - <i>Feedback</i> de gravação áudio de consulta simulada

Os programas de treino apresentam duração e frequência muito variável, sendo em alguns casos omitido o número de horas ou de sessões (Doorenbos et al., 2016; Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015). O programa mais curto teve a duração de uma sessão de uma hora (Hoffmann et al., 2014) e o mais longo de 24 horas em 12 sessões (Asselin et al., 2016). Os programas com apenas uma sessão (Doorenbos et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Lieshout et al., 2016; Lonsdale et al., 2012) tiveram duração entre uma a oito horas; os de duas sessões (Manze et al., 2015; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015) entre duas e sete horas; com três sessões (Phillips et al., 2012; Suman et al., 2017; Tinsel et al., 2012) entre cinco e nove horas; um com quatro sessões no total de 14 horas (Weiland et al., 2015); outro com 12 sessões (bissemanal) totalizando 24 horas (Asselin et al., 2016); um, e por ser auto-administrado on-line, teve uma “janela” de três semanas, com o número de “sessões” a variar entre uma a quatro “visitas” ao site e tempo médio de 54 minutos (Bravender et al., 2013).

A maioria dos programas optou unicamente pelo tipo presencial, dois com formação presencial e *e-learning* (Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012) e apenas um só em regime *e-learning* (Bravender et al., 2013). Onze dos programas seguiram uma metodologia teórico-prática e apenas dois, exclusivamente teórica (Lieshout et al., 2016; Quinn et al., 2016); quatro foram ministrados em sessões em grupo (Asselin et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Suman et al., 2017; Tinsel et al., 2012), três em sessões individuais (Bravender et al., 2013; Doorenbos et al., 2016; Lieshout et al., 2016) e quatro optaram por ambas (Lonsdale et al., 2012; Phillips et al., 2012; Quinn et al., 2016; Weiland et al., 2015); dois estudos (Manze et al., 2015; Resnicow et al., 2015) não dão informação clara.

Quanto aos formadores, um caso é omissos (Tinsel et al., 2012) mas nos casos em que a informação é acessível, identificaram-se: psicólogo (Lonsdale et al., 2012; Resnicow et al., 2015), médico (Manze et al., 2015), nutricionista (Resnicow et al., 2015), enfermeiro (Doorenbos et al., 2016), fisioterapeuta (Quinn et al., 2016), terapeuta ocupacional (Hoffmann et al., 2014); nos restantes estudos, um foi identificado como “profissional de saúde” (Suman et al., 2017) os outros como “especialista” ou “perito” em competências de comunicação (Asselin et al., 2016; Bravender et al., 2013; Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012; Weiland et al., 2015); em cinco dos estudos o formador era um dos autores (Bravender et al., 2013; Hoffmann et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Resnicow et al., 2015; Suman et al., 2017).

Dois programas tiveram momentos “pré intervenção”: gravação de consulta para posterior *feedback* (Bravender et al., 2013; Weiland et al., 2015); introdução ao programa (Bravender et al., 2013) e sete tiveram momentos “pós intervenção”: e-mail de suporte (Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; Manze et al., 2015; Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017), sessão de supervisão (Bravender et al., 2013; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015), gravação áudio (Phillips et al., 2012), *feedback* de vídeo de consulta (Resnicow et al., 2015).

Como metodologias de ensino, quatro estudos incluíram a visualização de vídeo exemplificativo (Bravender et al., 2013; Hoffmann et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Suman et al., 2017); *feedback* estruturado (Bravender et al., 2013; Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015; Weiland et al., 2015); nove com exercícios práticos, sem *role-play* (Asselin et al., 2016; Bravender et al., 2013; Manze et al., 2015; Suman et al., 2017), com *role-play* (Lonsdale et al., 2012; Manze et al., 2015; Suman et al., 2017; Tinsel et al., 2012; Weiland et al., 2015), e consulta com paciente (Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015). Material de apoio, como DVD interativo (Resnicow et al., 2015) ou literatura de suporte (Doorenbos et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Lieshout et al., 2016; Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017; Tinsel et al., 2012; Weiland et al., 2015), foi disponibilizado em nove programas. Quatro recorreram a momentos de discussão, individual ou em grupo, com o formador/facilitador no final da sessão (Asselin et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Suman et al., 2017).

É evidente o aconselhamento centrado no paciente e para a mudança de comportamentos, tendo-se identificado diferentes métodos, modelos, técnicas e teorias na sua implementação: Modelo 5As (Asselin et al., 2016; Bravender et al., 2013;

Lonsdale et al., 2012; Manze et al., 2015), Entrevista Motivacional (Bravender et al., 2013; Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015; Tinsel et al., 2012), Decisão Partilhada (Doorenbos et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Resnicow et al., 2015; Tinsel et al., 2012), Comunicação Médico-Paciente (Bravender et al., 2013; Tinsel et al., 2012), Comunicação Interdisciplinar e Colaborativa Multidisciplinar (Suman et al., 2017), Identificar Barreiras e Facilitadores (Doorenbos et al., 2016; Manze et al., 2015; Suman et al., 2017), Teoria Cognitivo-Comportamental (Resnicow et al., 2015; Weiland et al., 2015), Teoria da Auto-Determinação (Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016), Teoria Sócio-Cognitiva (Bravender et al., 2013), Suporte para Autonomia (Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015), Questões Abertas (Bravender et al., 2013; Manze et al., 2015), Escuta Reflexiva (Bravender et al., 2013; Resnicow et al., 2015).

Discussão

Esta revisão sistemática permitiu identificar estudos exclusivamente com programas de treino de competências de comunicação para profissionais/estudantes de saúde, embora apresente como limitações a pesquisa num único motor de busca, de artigos apenas disponíveis gratuitamente, existindo a possibilidade de não se ter uma visão geral, podendo estes não refletir toda a investigação existente nesta área à data.

Da sua análise, foi possível verificar alguma diversidade de profissionais de saúde incluídos nos programas de treino, identificando-se cinco que envolveram profissionais de diferentes áreas (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015; Suman et al., 2017), contudo o número entre grupos profissionais é ainda discrepante. Muito se tem escrito sobre a importância das competências de comunicação no currículo médico, (Kiessling et al., 2010; Loureiro et al., 2015; von Fragstein et al., 2008) mas, tal como constatado na presente revisão, estudos sobre o treino destas competências para outros grupos profissionais continuam escassos (Loureiro et al., 2015), sendo os médicos a classe profissional predominante. Ao contrário do que a literatura sugere, em relação a capacitar os estudantes em pré-graduação, garantindo-lhes momentos de treino das competências de comunicação, já que este terá impacto no seu desempenho futuro (Haq et al., 2004; Yudkowsky et al., 2006), os programas de treino destinados a estudantes são significativamente menos; apenas dois (Hoffmann et al., 2014; Weiland et al., 2015) incluem estudantes em pré e pós-graduação, apesar da necessidade clara e urgente de se iniciar o seu ensino/treino na

formação base e continuar em pós-graduação (Parry & Brown, 2009; Simpson et al., 1991).

Apesar da escassez de estudos identificados, dirigidos a fisioterapeutas/alunos de fisioterapia, é sugestiva a crescente importância do treino destas competências, tal como preconizado pela *World Confederation of Physical Therapists* (2011a, 2011b), que as destaca nas suas *guidelines* para o exercício profissional. Tal como Teixeira (2004), que conclui que “A qualidade da comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes está relacionada com maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos (...), comportamentos de adesão e comportamento de procura de cuidados” (p. 620), os programas de treino dirigidos a fisioterapeutas, com foco nos cuidados centrados no doente, são em particular na tomada de decisão partilhada (Hoffmann et al., 2014) e em competências de comunicação de suporte para a autonomia (Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016).

Os programas apresentaram uma variabilidade no número de horas e de sessões, sendo extrapolação estabelecer uma relação direta entre estas variáveis e os resultados, já que estudos que apresentaram diferenças estatisticamente significativas, variavam entre uma sessão de uma hora (Hoffmann et al., 2014) e quatro sessões num total de 14 horas (Weiland et al., 2015). A maioria dos programas optou por sessões em grupo, presenciais e teórico-práticas, com subgrupos ou pequenos grupos, ajuste do número de sessões ao tamanho do grupo, indo ao encontro do declarado no Consenso de Toronto (Simpson et al., 1991) que sublinha a importância de um baixo rácio estudante/professor, criando oportunidades para a prática. Contudo os resultados e conclusões dos que optaram por esta tríade não são homogêneos, tornando difícil criar uma relação entre eles, deixando em aberto outras hipóteses.

Quanto aos formadores, autor ou não, era um profissional de saúde ou perito na competência específica a treinar, verificando-se uma variabilidade das profissões e experiência prévia dos formadores, tal como Grilo (2012) havia constatado “não existe consenso no que concerne a quem deve ensinar competências comunicacionais” (p. 100). Os métodos usados, como: exercícios com e sem *role-play*, meios audiovisuais, *feedback*, discussão crítica, material de apoio, são considerados eficazes no ensino/treino das competências de comunicação (Gazbare & Rathi, 2017; Grilo, 2012). A heterogeneidade das metodologias, modelos, técnicas e teorias de base à implementação dos programas, não traz clareza de quais as competências de comunicação específicas treinadas, tal como já havia sido observado por Grilo (2012).

Na generalidade, foi evidente a opção por aconselhamento, com uma abordagem centrada no paciente e para a mudança de comportamentos, mas com programas distintos.

Conclusão

A maioria dos estudos apresentou resultados positivos, embora não seja conclusivo se tal se deve exclusivamente à competência treinada, à metodologia de ensino, modelo/técnica/teoria usada, já que os estudos com melhores resultados apresentaram diversidade destes fatores. O número de sessões e horas dos programas de treino, aparentemente, também não serão determinantes nos bons resultados, já que os que se mostraram eficazes, com diferenças estatisticamente significativas, apresentaram uma variabilidade destas variáveis. Assim, possivelmente, mais relevante que a duração do programa de treino, ou a técnica e método utilizado, poderá a estrutura do programa ser um dos fatores determinante nos resultados positivos. Contudo, estudos adicionais serão necessários para esclarecer as hipóteses aqui levantadas.

A escassez de investigação em treino de competências de comunicação dirigida a profissionais de saúde não médico e estudantes, sugere um vasto campo de estudo, em particular com estudantes. O número de estudos identificados com programas de treino para fisioterapeutas/estudantes de fisioterapia demonstra a relevância de se realizarem mais estudos neste âmbito, dada a exígua investigação encontrada, particularmente de autores portugueses.

Referências

- Asselin, J., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: Lessons learned from the 5As team study. *Clinical Obesity*, 6(2), 124–132. <https://doi.org/10.1111/cob.12133>
- Bravender, T., Tulsy, J. A., Farrell, D., Alexander, S. C., Østbye, T., Lyna, P., Dolor, R. J., Coffman, C. J., Bilheimer, A., Lin, P. H., & Pollak, K. I. (2013). Teen CHAT: Development and utilization of a web-based intervention to improve physician communication with adolescents about healthy weight. *Patient*

Education and Counseling, 93(3), 525–531.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.017>

Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37–44.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>

Dong, T., LaRochelle, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military Medicine*, 180(4 Suppl), 24–30.

<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565>

Doorenbos, A. Z., Levy, W. C., Curtis, J. R., & Dougherty, C. M. (2016). An intervention to enhance Goals-of-Care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018>

Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>

Falagas, M. E., Pitsouni, E. I., Malietzis, G. A., & Pappas, G. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *FASEB Journal: Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 22(2), 338–342.

<https://doi.org/10.1096/fj.07-9492LSF>

Gasparyan, A. Y., Ayvazyan, L., & Kitas, G. D. (2013). Multidisciplinary bibliographic databases. *Journal of Korean Medical Science*, 28(9), 1270–1275.

<https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.9.1270>

- Gazbare, P., & Rathi, M. (2017). Effectiveness of audio-video clips on practical skill performance in physiotherapy students. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 8(1), (B)30–34. <https://doi.org/10.22376/ijpbs.2017.8.1.b30-34>
- Grilo, A. M. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista iberoamericana de educación superior*, 3(7),93–112.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v3n7/v3n7a6.pdf>
- Halladay, C. W., Trikalinos, T. A., Schmid, I. T., Schmid, C. H., & Dahabreh, I. J. (2015). Using data sources beyond PubMed has a modest impact on the results of systematic reviews of therapeutic interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(9), 1076–1084. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.017>
- Haq, C., Steele, D. J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Family medicine*, 36 Suppl, S43–S50.
- Hoffmann, T. C., Bennett, S., Tomsett, C., & Del Mar, C. (2014). Brief training of student clinicians in shared decision making: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 844–849.
<https://doi.org/10.1007/s11606-014-2765-5>
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Hölzer, H., Langewitz, W., Mühlinghaus, I., Pruskil, S., Scheffer, S., Schubert, S., Committee Communication and Social Competencies of the Association for Medical Education Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, & Basel Workshop Participants (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 259–266.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.017>
- Lieshout, J., Huntink, E., Koetsenruijter, J., & Wensing, M. (2016). Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial. *Implementation Science : IS*, 11, 115.
<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0460-0>

- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-104>
- Loureiro, E., Cavaco, A.M., & Ferreira, M.A. (2015). Competências de comunicação clínica: Objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *39*(4), 491–495. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- Loureiro, E., Ferreira, M. A., Fresta, M., Ismail, M., Rehman, S. U., & Broome, M. (2017). Teaching and assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of portuguese angolan and mozambican medical education. *Porto Biomedical Journal*, *2*(2), 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.005>
- Manze, M. G., Orner, M. B., Glickman, M., Pbert, L., Berlowitz, D., & Kressin, N. R. (2015). Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Education and Counseling*, *98*(2), 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.014>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7), Article e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, *95*(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Phillips, K., Wood, F., Spanou, C., Kinnersley, P., Simpson, S. A., Butler, C. C., & PRE-EMPT Team (2012). Counselling patients about behaviour change: The challenge of talking about diet. *The British Journal of General Practice: The*

Journal of the Royal College of General Practitioners, 62(594), e13–e21.

<https://doi.org/10.3399/bjgp12X616328>

Quinn, L., Trubey, R., Gobat, N., Dawes, H., Edwards, R. T., Jones, C., Townson, J., Drew, C., Kelson, M., Poile, V., Rosser, A., Hood, K., & Busse, M. (2016). Development and delivery of a physical activity intervention for people with Huntington disease: Facilitating translation to clinical practice. *Journal of Neurologic Physical Therapy: JNPT*, 40(2), 71–80.

<https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000119>

Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., Schwartz, R., Myers, E., Gotlieb, J., Foster, J., Hollinger, D., Smith, K., Woolford, S., Mueller, D., & Wasserman, R. C. (2015). Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*, 135(4), 649–657.

<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 303(6814), 1385–1387.

<https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>

Suman, A., Schaafsma, F. G., Buchbinder, R., van Tulder, M. W., & Anema, J. R. (2017). Implementation of a multidisciplinary guideline for low back pain: Process-evaluation among health care professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 422–433. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9673-y>

Taveira-Gomes, I., Mota-Cardoso, R., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173–180.

<https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615–620.

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&tlng=pt

Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Loh, A., Buchholz, A., Niebling, W., & Fischer, K. G. (2012). Implementation of shared decision

making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, 73.

<https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-73>

von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., Wiskin, C., & UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x>

Weiland, A., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Jacobs, M. E., Abels, D. C., Köse, N., Van Dulmen, S., Vernhout, R. M., & Arends, L. R. (2015). Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. *PloS one*, 10(9), e0138342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138342>

World Physiotherapy. (2011a). WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf

World Physiotherapy. (2011b). WCPT guideline for the clinical education component of physical therapist professional entry level education. https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_clinical_education_complete1.pdf

Yudkowsky, R., Downing, S. M., & Ommert, D. (2006). Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.03.004>

Capítulo II

Artigo 2 – Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: Revisão integrativa da literatura

Resumo

Foi efetuada uma revisão integrativa para levantamento do estado de conhecimento sobre as competências de comunicação do fisioterapeuta.

Foi realizada pesquisa nas bases de dados PEDro, PubMed, Bireme e B-On com as palavras-chave (*health communication*) AND (*physical therapist OR physiotherapist*) AND (*clinical skill*). Definiu-se como critérios de inclusão: (1) artigos completos, (2) publicados entre 04/10/2014 e 04/10/2019, (3) em português e inglês, (4) sobre competências de comunicação de profissionais/estudantes de fisioterapia; como critérios de exclusão: (1) revisões sistemáticas da literatura, (2) meta-análises, e (3) artigos de opinião.

Foram incluídos na revisão 16 artigos, de entre 113 selecionados. Na generalidade, foi evidente uma abordagem centrada no paciente e para a mudança de comportamentos, particularmente através da Tomada de Decisão Partilhada e Suporte para a Autonomia.

Apesar da reconhecida importância das competências de comunicação nos fisioterapeutas e destas serem uma ferramenta indispensável na sua prática clínica, perdura o ensino/treino de uma forma genérica, continuando na maioria dos estudos a não serem claras quais as competências de comunicação ensinadas/treinadas.

Palavras-chave: comunicação em saúde, competência clínica, fisioterapeuta

Introdução

Com a crescente ênfase na necessidade dos profissionais de saúde trabalharem cooperativamente em equipas multidisciplinares, bem como de criarem parcerias colaborativas com os pacientes, as competências de comunicação foram sendo reconhecido o seu papel na eficácia dos cuidados de saúde, maximizando os resultados, em particular no que concerne à reabilitação (Reynolds, 2005). Diversos autores (Cooper et al., 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Parry, 2008; Parry & Brown, 2009) apontaram-nas como um elemento central do exercício da fisioterapia, dada a sua importância na eficácia dos tratamentos, uma vez que a fisioterapia depende de comunicação verbal e não-verbal entre terapeutas, com os utentes, seus familiares ou cuidadores e outros profissionais de saúde. Esta importância está bem explanada pela Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas (APFISIO), no documento emitido em 2018, a atualizar a definição do perfil profissional do fisioterapeuta, em que entre os modelos principais de referência de intervenção se destaca o modelo centrado na pessoa/utente com tomada de decisão partilhada, destacando-se nas competências específicas, que se encontram divididas em oito dimensões, a de comunicador. O processo terapêutico requer do fisioterapeuta competências para além das do domínio técnico, já que no seu exercício profissional atua integrado em equipas multi e interdisciplinares, em contextos diversos, na prevenção/ tratamento/cuidados paliativos e em todas as faixas etárias, dirige-se ao indivíduo, à família ou ao grupo e/ou à comunidade. No desempenho das suas funções, torna-se crucial que o profissional e o estudante (de fisioterapia) conheçam as diferentes competências de comunicação, de forma aprofundada, para que saibam selecionar e utilizar as mais eficazes nos contextos e situações com que se deparam no exercício da sua profissão (Hulsman et al., 2004), uma vez que as competências de relacionamento interpessoal e de comunicação têm preponderância na avaliação dos profissionais de saúde pelos pacientes (Dowsett et al., 2000). Assim, dada a evidência científica e a clara relevância das competências de comunicação na fisioterapia, foi efetuada uma revisão integrativa para levantamento do estado de conhecimento sobre as competências de comunicação do fisioterapeuta, partindo da questão de investigação: Quais as competências de comunicação clínica do fisioterapeuta?; com o objetivo de identificar as competências necessárias, ensinadas e treinadas.

Método

Foi realizada pesquisa nas bases de dados PEDro, PubMed, Bireme e B-On com as palavras-chave (health communication) AND (physical therapist OR physiotherapist) AND (clinical skill). Definiu-se como critérios de inclusão: (1) artigos completos, (2) publicados entre 04/10/2014 e 04/10/2019, (3) em português e inglês, (4) sobre competências de comunicação de profissionais/estudantes de fisioterapia; como critérios de exclusão: (1) revisões sistemáticas da literatura, (2) meta-análises, e (3) artigos de opinião.

Resultados

A pesquisa identificou um total de 129 artigos, aos quais foram adicionados outros quatro identificados através de outras fontes, totalizando 133 artigos. Após se eliminarem duplicados, foram rastreados 113 artigos por leitura de título e resumo, sendo excluídos 80 artigos; foram selecionados 33 artigos para leitura completa, sendo excluídos 17 artigos; foram assim incluídos 16 artigos para revisão integrativa. Os artigos excluídos não contemplavam competências de comunicação ou os participantes não eram profissionais/estudantes de fisioterapia. Foram identificadas as competências ensinadas/treinadas nos estudos incluídos para análise (Tabela 1).

Tabela 1

Estudos Analisados e Competências Identificadas

Autor, Ano, País	Competências, Estilos, Tipos, Estratégias de Comunicação
Langridge, 2019, Reino Unido	Entrevista Clínica; Recolha de Informação; Empatia; Permitir ao paciente contar a sua história e que todas as preocupações sejam ouvidas e abordadas
Fortune et al., 2019, Reino Unido	Perguntas abertas; afirmação; escuta reflexiva; resumir; colaboração; evocação; apoio à autonomia; aceitação; promover mudança de discurso; discurso calmo mantido “ <i>softening sustain talk</i> ”; parceria; empatia; questões; reflexões simples; reflexões complexas; fornecer informação; procurar colaboração; enfatizar autonomia; persuadir com permissão

Cowell et al., 2019, Reino Unido	Comunicação eficaz; comunicação na condução no processo de entrevista; estilo de comunicação aberto, reflexivo, empático e “validante”; estabelecer metas colaborativas; Estilo colaborativo e evocativo de comunicação Terapeuta–Paciente; Construção da relação terapêutica
Murray et al., 2019, Irlanda	Estratégias de comunicação: perguntas abertas; perguntas únicas; ficar em silêncio; parafrasear; empatisar; estabelecer objetivos <i>SMART*</i> ; “ <i>catering for different learning preferences</i> ”; “ <i>closing the loop</i> ”; avaliar prontidão do paciente para aceitar conselhos; “ <i>providing a rationale</i> ”; proporcionar oportunidades ao paciente de fazer escolhas; linguagem de apoio à autonomia; assegurar a participação ativa do paciente no estabelecer de objetivos; identificar barreiras e obstáculos; identificar soluções e obstáculos; providenciar um diário de reabilitação; acompanhamento; estar contactável
Klingbeil & Gibson, 2018, EUA	Comunicação eficaz; linguagem simples; limitar informação; perguntas abertas; verificar compreensão - processo de ensinar de volta.
Roberts & Burrow, 2018, Reino Unido	Comunicação verbal – procurar informação adicional, dar informação adicional, esclarecer o que foi dito, mudança de tópico, facilitar diálogo; Sobreposição vs Interrupção; Comunicação não verbal
Keogh et al., 2018, Irlanda	Estratégias de comunicação: explicações verbais; fornecer informações sobre opções; comunicação que minimize a pressão; apresentar instruções claras, compreensíveis e adequadamente detalhadas; identificar e apontar soluções a possíveis barreiras ao comportamento; definir metas colaborativas; fornecer <i>feedback</i> positivo e rico em informação; orientar, demonstrar e dar apoio; reconhecer os sentimentos e perspectivas do paciente; usar o nome do paciente; incentivar o paciente a partilhar informação; usar técnicas de escuta ativa; ficar em silêncio; dar ao paciente tempo para falar
Schoeb & Hiller, 2018, Suíça e Austrália	Documentação – Comunicação escrita (documento eletrónico - computador ou documento em papel): tomar notas; fichas de informação e/ou exercícios; questionários ou formulários de avaliação específicos; Documentos para fornecedores; documentação relacionada com pagamento e horários de consulta. Comunicação verbal e não verbal; contacto ocular
Van Aswegen et al., 2017, África do Sul	Comunicação verbal e não verbal; Comunicação com paciente (crítico): verbal, contacto ocular, cooperação, <i>feedback</i> ; competências em comunicação interprofissional e colaboração; comunicar de forma eficaz; habilidades de aconselhamento, ser acessível, ser assertivo, ter empatia e oferecer simpatia, ter habilidades de escuta e ser um motivador
Lonsdale et al., 2017, Irlanda	Competências de comunicação de suporte à necessidade (“ <i>need-supportive communication skills</i> ”) - autonomia (ser livre para se envolver numa atividade); competência (ser eficiente e capaz); proximidade (sentindo-se conectado e cuidado por outros)
Allen & Roberts, 2017, Reino Unido	Empatia afetiva e cognitiva; Comunicação: empática; eficaz; verbal e não verbal; Sensibilização, educação e capacitação do paciente; Construir relação terapêutica; ouvir e entender o paciente

Svavarsdóttir et al., 2016, Islândia e Noruega	Competências avançadas de comunicação - estabelecer relações interpessoais; captar as necessidades de aprendizagem; facilitar diálogo eficaz; fornecer orientação individualizada; aconselhamento de estilo de vida; Cuidar; Empatia; Não julgar; Respeitar; Comunicação centrada no paciente
Sohi et al., 2015, Canadá	Comunicação interprofissional: verbal, não verbal, informal, formal; compartilhar informação; Competências de comunicação em grupo: capacidade de ouvir os outros, expressar opiniões próprias; Ouvir os pacientes; incentivar os pacientes a se expressarem; dar informações adicionais; alertar os médicos do sofrimento do paciente; Solicitar informação ao paciente – percepção de qualidade de vida, objetivos e cuidados de vida; Validar regularmente com o paciente as informações escritas; verificar compreensão; Estabelecer uma relação de confiança; Colaboração interprofissional
Goldsmith et al., 2015, EUA	Comunicação clínica narrativa: empatia, escuta, perspectiva do paciente, encaminhamento tardio para cuidados específicos; conflitos; Comunicação verbal e não verbal
Murray et al., 2015, Irlanda	Comunicação verbal; Estratégias de comunicação: <u>Avaliar</u> - perguntas abertas; perguntas únicas; ficar em silêncio; parafrasear; empatizar; prontidão do paciente para aceitar conselhos; <u>Aconselhar</u> - “ <i>catering for different learning preferences</i> ”; “ <i>closing the loop</i> ”; “ <i>providing a rationale</i> ”; proporcionar oportunidades ao paciente de fazer escolhas; linguagem de apoio à autonomia; <u>Acordar</u> - estabelecer objetivos <i>SMART</i> ; assegurar a participação ativa do paciente no estabelecer de objetivos; <u>Ajudar</u> - identificar barreiras e obstáculos; identificar soluções e obstáculos; <u>Acompanhar</u> - providenciar um diário de reabilitação; acompanhamento; estar contactável
Ramklass, 2015, África do Sul	Componentes do Cuidar: saber ouvir, mostrar empatia e carinho; ser um especialista nos tratamentos; ter conhecimento interdisciplinar; utilizar intervenção biopsicossocial; ter competência cultural e linguística; interconexão comunitária e humana; ter consciência cultural e sensibilidade. Inclusão de competências práticas, emocionais e sociais como componentes do cuidado

Nota: SMART goal (Simple-Measurable-Achievable-Recorded-Time based)

Todos os artigos estão em língua inglesa; os anos de 2015, 2018 e 2019 apresentam quatro publicações cada um, seguindo-se 2017, com três publicações e 2016 apenas com uma; dos 10 estudos desenvolvidos na Europa (Reino Unido, Irlanda, Islândia e Noruega), um deles foi realizado em parceria (Islândia-Noruega), três na

América do Norte (Estados Unidos da América e Canadá), dois em África (África do Sul) e um estudo em particular uniu a Europa com a Oceânia (Suíça-Austrália).

Da análise dos artigos foi possível verificar que apenas dois estudos tinham como foco uma única competência: a empatia (Allen & Roberts, 2017) e o cuidar (Ramklass, 2015); apenas um se debruça sobre a comunicação escrita – documentação (Schoeb & Hiller, 2018); a assertividade e a simpatia apenas aparecem referidas num estudo (Van Aswegen et al., 2017); assim como o respeitar e o não julgar (Svavarsdóttir et al., 2016); o estudo de Roberts e Burrow (2018) apresenta a “sobreposição vs. interrupção” na comunicação verbal; a comunicação formal e informal apenas aparece referida num estudo multidisciplinar (Sohi et al., 2015). De forma clara, e na grande maioria dos estudos, surge a empatia (Allen & Roberts, 2017; Cowell et al., 2019; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Langridge, 2019; Murray et al., 2015; Murray et al., 2019; Ramklass, 2015; Svavarsdóttir et al., 2016; van Aswegen et al., 2017); porém, de uma forma genérica, alguns estudos referem (apenas) comunicação verbal e não-verbal (Allen & Roberts, 2017; Goldsmith et al., 2015; Murray et al., 2015; Roberts & Burrow, 2018; Schoeb & Hiller, 2018; Sohi et al., 2015; van Aswegen et al., 2017).

Alguns dos artigos, que relatavam a implementação de programas de treino foram identificados diferentes métodos, modelos, técnicas e teorias, tais como: Entrevista Motivacional (Cowell et al., 2019; Fortune et al., 2019), Terapia Cognitiva Funcional (Fortune et al., 2019), *Teach Back* (Klingbeil & Gibson, 2018), Teoria da Autodeterminação (Keogh et al., 2018; Lonsdale et al., 2017; Murray et al., 2015; Murray et al., 2019), Comunicação Narrativa (Goldsmith et al., 2015), 5As (Murray et al., 2015), sendo na generalidade evidente uma abordagem de cuidados centrados no paciente e para a mudança de comportamentos, particularmente através da Tomada de Decisão Partilhada e Suporte para a Autonomia.

Discussão/Conclusão

Algumas das competências são intrínsecas aos métodos/modelos/técnicas/teorias e estão explanadas nos programas de treino, embora nem todos os estudos as apresentem de uma forma clara, parecendo não existir consenso em termos de nomenclatura, não sendo, por vezes, fácil listá-las ou agrupá-las; tal como Grilo

(2012) havia expressado “A subjetividade inerente às várias competências comunicacionais é assim negligenciada por muitos autores” (p. 104).

Embora a empatia surja na maioria dos estudos, não são apresentadas quais as competências específicas implícitas, tal como verificado anteriormente (Grilo, 2012), destacando-se desta revisão o estudo de Allen e Roberts (2017), em que os autores concluem que a melhor abordagem para os fisioterapeutas adquirirem e melhorarem as competências de comunicação empática permanece incerta e digna de novas pesquisas.

Como preconizado pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, o modelo centrado na pessoa/utente com tomada de decisão partilhada surge nitidamente numa grande maioria dos estudos, verificando-se, no entanto, que os cuidados centrados no paciente nem sempre são acompanhados de decisão partilhada, já que os programas de treino, apesar de endereçarem para os cuidados centrados no paciente, são por vezes muito variáveis entre si, podendo este facto dever-se ao contexto, patologia ou competências em estudo.

Alguns estudos catalogaram as competências de comunicação em verbal e não-verbal, embora para Reynolds (2005) seja “difícil decidir quais aspetos do complexo “pacote” de comunicações verbais e não-verbais que ocorrem nas interações terapeuta-paciente são mais eficazes” (p. 228). A Teoria da Autodeterminação é referida em quatro dos estudos e a Entrevista Motivacional em dois, treinando o fisioterapeuta num conjunto de competências de comunicação, por vezes genérico, tal como constatou Grilo (2012) na sua análise a 35 artigos com programas de treino dirigidos a profissionais/estudantes de saúde. Alguns estudos apresentam componentes isolados da comunicação, omitindo como estes se relacionam, “encaixam” e funcionam em conjunto. Assim, apesar da reconhecida importância das competências de comunicação nos fisioterapeutas e destas serem uma ferramenta indispensável na sua prática clínica, perdura uma abordagem genérica, com base em modelos e teorias que incorporam várias competências, sendo que, segundo Reynolds (2005), uma abordagem geral à comunicação pode não ser aplicável, uma vez que cada paciente traz diferentes necessidades e estilos de coping, e não é sempre claro quais as competências de comunicação envolvidas, de que forma estas se relacionam ou quais os seus “elementos”, para que os terapeutas as conheçam de forma aprofundada, de modo a facilitar a sua seleção na situação e contexto em que se encontram.

O fisioterapeuta deve estar ciente da necessidade de competências de comunicação no processo terapêutico e procurar receber formação, durante e após a graduação em fisioterapia, pois tendo a literatura já demonstrado que as competências de comunicação podem ser ensinadas, todos beneficiarão com o conhecimento e reconhecimento das competências e estratégias predeterminadas. Para se oferecer cuidados de saúde de qualidade e verdadeiramente centrados no paciente, o fisioterapeuta deve, não só, ter conhecimento aprofundado sobre competências de comunicação, mas aprender quais aplicar, quando e como. Assim, parece pertinente que se desenvolvam mais estudos que permitam aos fisioterapeutas especificar e catalogar as competências de comunicação centrais e específicas, no início e ao longo da sua carreira profissional.

Referências

- Allen, M. V., & Roberts, L. C. (2017). Perceived acquisition, development and delivery of empathy in musculoskeletal physiotherapy encounters. *Journal of Communication in Healthcare*, 10(4), 304–312.
<https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1366000>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APFisio, Conselho Diretivo da Associação de Fisioterapeutas. (2018). *O perfil profissional do fisioterapeuta*. Disponível em: https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/APFisio_Perfil_Competicencias_Fisio_2018_009_02.pdf
- Cooper, K., Smith, B., & Hancock, E. (2008). Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, 94(3), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.10.006>
- Cowell, I., O’Sullivan, P., O’Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2019). The perspectives of physiotherapists on managing nonspecific low back pain following a training programme in cognitive functional therapy: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 17(1), 79–90.
<https://doi.org/10.1002/msc.1370>
- Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation:

- Preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*, 9(2), 147–56.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200003/04\)9:23.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:23.0.CO;2-X)
- Ekerhold, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: Patients` experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403–410.
<https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2019). Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 694–700. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.014>
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Frisby, B. N., & Platt, C. S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health Communication*, 30(8), 737–745.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014>
- Greenfield, B. H. (2006). The meaning of caring in five experienced physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 22(4), 175–187.
<https://doi.org/10.1080/09593980600822859>
- Grilo, A. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista iberoamericana de educación superior*, 3(7), 93–112.
<http://www.redalyc.org/pdf/2991/299129031006.pdf>
- Hulsman, R. L., Mollema, E. D., Hoos, A. M., de Haes, J. C., & Donnison-Speijer, J. D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: Assessment method and student experiences. *Medical Education*, 38(8), 813–824.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01900.x>
- Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R., & Hurley, D. A. (2018). Feasibility of training physical therapists to deliver the Theory-based Self-Management of osteoarthritis and low back pain through activity and skills (SOLAS) intervention within a trial. *Physical Therapy*, 98(2), 95–107.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzx105>

- Klingbeil C., & Gibson C. (2018). The teach back project: A system-wide evidence based practice implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002>
- Langridge, N. (2019). The skills, knowledge and attributes needed as a first contact physiotherapist in musculoskeletal healthcare. *Musculoskeletal Care*, 17(2), 253–260. <https://doi.org/10.1002/msc.1401>
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Owen, K., Schwarzer, R., Parker, P., Kolt, G. S., & Hurley, D. A. (2017). Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(9), 1732–1743.e7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>
- Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I. M., Jackson, B., Matthews, J., Hurley, D. A., & Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 809–816. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.007>
- Murray, A., Hall, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I., Jackson, B., Copsey, B., Hurley, D. A., & Matthews, J. (2019). Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disability and rehabilitation*, 41(14), 1699–1705. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1443159>
- Parry, R. (2008). Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 186–195. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.029>
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy. What is done and how should it be done. *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>

- Ramklass, S. (2015). A framework for caring in physiotherapy education and practice. *South African Family Practice*, 57(2), 126–130. <https://doi.org/10.1080/20786190.2014.977006>
- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Roberts, L. C., & Burrow, F. A. (2018). Interruption and rapport disruption: Measuring the prevalence and nature of verbal interruptions during back pain consultations. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(2), 95–105. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1449289>
- Schoeb, V., & Hiller, A. (2018). The impact of documentation on communication during patient-physiotherapist interactions: A qualitative observational study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(11), 861–871. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1429036>
- Sohi, J., Champagne, M., & Shidler, S. (2015). Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life prolonging care: An action research project. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 409–414. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1027335>
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63. <https://doi.org/10.1177/1474515114551123>
- van Aswegen, H., Patman, S., Plani, N., & Hanekom, S. (2017). Developing minimum clinical standards for physiotherapy in South African ICUs: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1258–1265. <https://doi.org/10.1111/jep.12774>

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO

Capítulo III

Artigo 3 – Competências de comunicação na formação base de estudantes de fisioterapia: estudo e-Delphi

Resumo

A elevada importância da comunicação clínica/em saúde como competência vital na prestação de cuidados e fundamental na educação para a saúde, determinou a relevância do seu ensino, aconselhando-se que este seja introduzido na aprendizagem pré-graduada.

Assim com o objetivo de identificar, por consenso de peritos, as competências de comunicação clínica/em saúde a ensinar aos estudantes de fisioterapia, na sua formação de base (licenciatura), procedeu-se à aplicação de um questionário *online* a um painel de peritos em comunicação clínica/em saúde, seguindo a técnica Delphi até se obter consenso.

Foram identificadas 27 competências de comunicação clínica/em saúde, das quais 25 obtiveram consenso $\geq 80\%$ na classificação do grau de importância, bem como as 10 mais importantes a ensinar aos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura).

O estudo permitiu especificar e listar as competências de comunicação centrais, na formação pré-graduada em fisioterapia, podendo futuramente servir como proposta de

novos conteúdos programáticos nesta área, bem como no desenvolvimento de uma unidade curricular transversal aos cursos de licenciatura em fisioterapia do ensino superior em Portugal, procurando dotar os futuros fisioterapeutas portugueses com as mesmas competências de comunicação clínica/em saúde.

Palavras-chaves: comunicação em saúde, técnica Delphi, estudantes, fisioterapia

Introdução

A elevada relevância da comunicação clínica/em saúde, como competência vital na prática de cuidados e fundamental na educação para a saúde, determinou a importância do seu ensino particularmente na aprendizagem pré-graduada, já que tais competências se desenvolvem continuamente desde a fase inicial de formação (Dong et al., 2015; Duffy et al., 2004; Morgado et al., 2019; Parry & Brown, 2009; Salgado et al., 2018; Taveira-Gomes et al., 2016).

É através da comunicação que o profissional de saúde procura construir a relação terapêutica; a comunicar identifica e regula expectativas, analisa sintomas e sentimentos, combina planos de tratamento, dá explicações e esclarecimentos, sendo por isso, um fator fundamental na qualidade dos cuidados prestados, interferindo na adesão dos utentes às propostas de exames complementares de diagnóstico e aos planos de tratamento (Braga, 2014; Doorenbos et al., 2016; Manze et al., 2015; Tavakoly-Sany et al., 2020).

Na última década, as competências de comunicação clínica/em saúde na graduação de profissionais de saúde, tem tido especial atenção de investigadores e entidades competentes, a nível nacional e internacional. Em 2011 a Associação Europeia para a Comunicação em Saúde (EACH), através do subgrupo *Core*

Curriculum, do Comité de Ensino (tEACH), apresentou o *Health Professions Core Communication Curriculum*, para um currículo nuclear em comunicação clínica, transversal ao ensino pré-graduado de todas as profissões de saúde na Europa, criado com base no consenso através de um processo Delphi-like (Bachmann et al., 2013; Loureiro et al., 2015). Em Portugal no ano de 2016 é formalmente apresentada a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS), assumindo-se como um centro de dinamização da formação e da investigação no ensino das competências de comunicação clínica no país.

O ensino em Fisioterapia

Segundo a World Physiotherapy (WCPT, 2011) o currículo deve ser projetado para preparar os estudantes, incluindo as competências inerentes a um fisioterapeuta profissional nas quais se incluem as de comunicação. Em Portugal, o modelo de educação da Fisioterapia rege-se pelas diretrizes da Direção-Geral do Ensino Superior, de acordo com a estrutura do quadro europeu de qualificações, incluindo as competências de comunicação nas aptidões do fisioterapeuta, inerentes às suas competências profissionais ao nível da licenciatura, grau académico mínimo para acesso à profissão em Portugal. De igual forma, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio), disponibilizou em 2020 a revisão do documento “O Perfil de Competências do Fisioterapeuta”, com a área de competência – comunicador, a merecer notoriedade entre as sete áreas de competências específicas, ao nível de entrada para o exercício da profissão, sendo definida como: “O fisioterapeuta desenvolve e usa estratégias efetivas de comunicação para informar de forma clara, transparente e eficiente o utente/grupo, e promover uma boa relação terapêutica e profissional. A estratégia de comunicação deve servir o objetivo de esclarecer, envolver e motivar o utente/grupo no processo de cuidados de Fisioterapia visando a sua satisfação. Além dos beneficiários dos serviços

da fisioterapia, o fisioterapeuta comunica ainda com outros profissionais, comunidades científicas, sociais e políticas” (APFISIO, p.13).

Assim, preparar os estudantes de fisioterapia de acordo com o preconizado nas diretrizes torna-se imprescindível, já que as suas competências de comunicação terão um impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde prestados, em particular em utentes que apresentem alterações de comunicação e linguagem, já que estas constituem uma barreira importante no processo de comunicação, com consequência na relação terapêutica (Eadie et al., 2018) e por conseguinte na adesão ao plano de tratamento e nos ganhos terapêuticos.

Com base nos resultados de uma revisão integrativa realizada pelos presentes autores (artigo 2), para levantamento do estado de conhecimento sobre as competências de comunicação clínica/em saúde do fisioterapeuta, concluiu-se que algumas das competências são intrínsecas a diversos métodos, modelos, técnicas e teorias, dentre os quais: “Cuidados centrados na pessoa/doente”, “Entrevista motivacional” e “Tomada de decisão partilhada”, estando estas explanadas nos programas de treino, embora nem todos as apresentem de uma forma clara, parecendo não existir consenso em termos de nomenclatura, sendo por vezes, difícil listá-las ou agrupá-las.

Assim, com o objetivo de especificar e listar as competências centrais de comunicação clínica/em saúde, na formação de base em fisioterapia, particularmente em Portugal, optou-se por um estudo Delphi, já que nenhuma das diretrizes para o ensino em fisioterapia é esclarecedora sobre quais a ensinar.

A técnica Delphi

A técnica de Delphi é uma abordagem amplamente usada e reconhecida para obter parecer de peritos, gerar ideias e determinar prioridades sobre um tema, sendo comumente usada para desenvolver diretrizes com profissionais de saúde e do ensino

(Barrett & Heale, 2020; Black et al., 1999; Marques & Freitas, 2018; McMillan, et al., 2016; de Villiers et al., 2005). É um método sistemático e formal de obter consenso por peritos, que ajuda a garantir a validade de conteúdo dos resultados (Humphrey-Murto et al., 2017). Técnica utilizada na criação de quadros de competências, para o desenvolvimento de unidades ou planos curriculares nas áreas de saúde (Bachmann et al., 2013; García de Leonardo et al., 2016; Gordon et al., 2015; Tognetto et al., 2019), sendo referida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014, p.206) como um dos três principais métodos formais de obter consenso no setor da saúde, não sendo o âmbito da fisioterapia exceção, recorrendo os investigadores com frequência a esta técnica, com os mesmos objetivos (Cook et al., 2018; Davies et al., 2017; Ingram, 1997; McGinnis et al., 2010; McMahan et al., 2014; Miller et al., 2020; Mori et al., 2015; Roberts & Cooper, 2020; Timmerberg et al., 2019).

O termo e-Delphi é originalmente usado por MacEachren (2006), associando a técnica de Delphi à internet, utilizando questionários numa plataforma *online*, oferecendo assim vantagens incomparáveis em termos de tempo, redução de custos e novas opções de gestão e armazenamento de dados, sendo considerada uma técnica relevante na obtenção de consensos (Donohoe et al., 2012; Romero-Collado, 2020; Toronto, 2017).

Segundo alguns autores (Humphrey-Murto et al., 2017; Romero-Collado, 2020) não existe uma prática padrão delineada para estudos de consenso com a técnica Delphi, o que se corroborou após pesquisa exaustiva. Existem, no entanto recomendações, quer em relação à seleção dos peritos, ao tamanho do painel de peritos, ao número de rondas, à análise dos dados, bem como à apresentação de uma explicação clara de consenso (Keeney et al., 2011; Nair et al., 2011; Romero-Collado, 2020; Waggoner et al., 2016), para melhorar a qualidade e fiabilidade dos resultados obtidos.

As principais vantagens da técnica e-Delphi são a comunicação via correio electrónico e aplicação de questionários *online*, o tempo para ponderar as respostas, a colaboração de participantes de diversas localizações geográficas, distintas instituições e com diferentes formações académicas, aumentando a heterogeneidade do painel de peritos e o anonimato entre participantes (Donohoe et al., 2012; Fink-Hafner et al., 2019; Romero-Collado, 2020), com exceção dos indicados por outros peritos, mas garantindo-se o anonimato das respostas.

Por conseguinte, dada a clara relevância e evidência científica das competências de comunicação clínica/em saúde, do seu ensino durante a pré-graduação, bem como da técnica de Delphi, pretende-se com os resultados deste estudo identificar e listar as competências centrais de comunicação clínica/em saúde a ensinar na formação base de fisioterapia, e dar conhecimento a outros (investigadores, entidades reguladoras da profissão, decisores políticos) da legitimidade da criação de uma unidade curricular específica e obrigatória, no plano curricular da licenciatura em fisioterapia, no ensino público e privado em Portugal.

Método

Considerando a sua forma original, também conhecida como “Delphi Clássico” (Keeney et al., 2011), o processo consiste em duas ou mais rondas de questionários submetidos ao painel de peritos. A primeira ronda é na forma de pergunta aberta, o que permite aos participantes darem a sua opinião livremente sobre a temática, contribuindo para aumentar a riqueza dos dados recolhidos e minimizar os viéses (Powell, 2003). As respostas, são então analisadas pelos investigadores e enviadas novamente ao painel de peritos, na forma de questionário, dando origem à segunda ronda, esta mais estruturada, em que as perguntas apresentadas surgem por itens (apontados pelos peritos), sendo-

lhes solicitado que respondam classificando ou ordenando esses mesmos itens (Yousuf, 2007), por meio de escalas de importância, sendo a mais comum a escala de Likert (Romero-Collado, 2020). Cada ronda é construída com os resultados da anterior, e continuam até que se obtenha o consenso pré-determinado, sobre alguns ou todos os itens (Keeney et al., 2011).

Para um nível de consenso muito bom a bom, os limiares mais comuns variam entre 90%, 80%, 75%, dois terços ou 60%; uma maioria simples de consenso é alcançada com 51% (Davies et al., 2017; Hasson et al., 2000; WHO, 2014, capítulo 16, p. 205). Humphrey-Murto (2017) considera que um consenso de 70% nos dois níveis superiores na classificação do grau de importância de cada item é razoável.

Amostra

A seleção do painel de peritos é um dos pilares da técnica Delphi, garantindo a força e fiabilidade dos resultados, devendo os investigadores usar critérios claros de inclusão para estabelecer os limites para a participação (Toronto, 2017).

Assim, foram definidos como critérios de inclusão de perito em comunicação clínica/em saúde: 1) ser doutorado, doutorando ou mestre, preferencialmente em comunicação clínica/em saúde (Fisher & Keil, 2016; Persky & Robinson, 2017); 2) possuir mais de 7 anos de experiência como formador em competências de comunicação para profissionais de saúde, em particular fisioterapeutas (Benner, 1982; Nunes, 2010; Persky & Robinson, 2017); 3) desenvolver ou ter desenvolvido investigação recente em comunicação clínica/em saúde (Hall et al., 2018; King et al., 2008; Nunes, 2010).

De acordo com o questionário sociodemográfico, 80% são do género feminino e 20% do masculino, com média de idade nos 44.50 anos. Em relação à formação base 40% é licenciado em fisioterapia, 20% em psicologia, 15% em enfermagem e 15% em medicina, sendo os restantes 10% em ciências farmacêuticas (5%) e direito (5%).

Quanto às habilitações literárias, 80% já terminou o doutoramento, 15% são doutorandos e 5% com o grau de mestre, a amostra apresenta uma média de 15.15 anos de experiência profissional como formador/docente em comunicação clínica para profissionais e/ou estudantes de saúde, tendo a maioria (80%) como principal atividade a docência no ensino superior português.

A evidência sugere que a heterogeneidade num grupo de tomada de decisão pode levar a um melhor desempenho, particularmente por considerar todos os aspetos relevantes do tema e produzir tendencialmente soluções de maior qualidade e aceitação (Black et al., 1999; Lis et al., 2017; Powell, 2003).

Procedimentos e Instrumentos

Os participantes foram selecionados inicialmente através de uma pesquisa *online* de trabalhos recentes em comunicação clínica, com autores portugueses e posteriormente pelo efeito “bola de neve”. Foram identificados e convidados 32 peritos, sendo o painel final de peritos constituído por 21 participantes, por os restantes terem declinado o convite ou não terem respondido.

O convite para integrarem o painel de peritos foi efetuado por correio eletrónico no qual lhes foi explicada a natureza, o objetivo e procedimento do estudo. O assentimento informado foi dado no momento de acesso à primeira ronda, garantindo-se a confidencialidade dos participantes e dos dados recolhidos, tendo o estudo sido aprovado por parte da Comissão de Ética de uma Instituição do Ensino Superior Português.

Primeira Ronda – 1) envio aos 21 peritos do *link* para o formulário, com o questionário de caracterização sociodemográfica, e questionário com a pergunta de partida “Como perito em comunicação clínica/em saúde, no que respeita à formação de base dos fisioterapeutas (licenciatura), que competências de comunicação devem ser

treinadas com os estudantes?"; 2) análise dos resultados, procedendo-se à listagem de todas as competências de comunicação clínica/em saúde mencionadas nas respostas dos peritos; 3) elaboração do questionário da segunda ronda, com base nos resultados da primeira ronda.

Segunda Ronda – 1) envio aos peritos, que participaram na primeira ronda, dos resultados dessa primeira ronda e do *link* para o formulário, com duas questões. Na primeira solicita-se que classifiquem o grau de importância das competências identificadas na primeira ronda, através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 é “nada importante” e 5 é “muito importante”), na segunda questão solicita-se que listem, das competências identificadas na primeira ronda, as 10 que entendem ser mais importantes a ensinar aos estudantes de fisioterapia, durante a pré-graduação; 2) análise dos resultados, por percentagem; 3) elaboração do questionário da terceira ronda, com o objetivo de melhorar o grau de convergência de opiniões entre os membros do painel de peritos quanto à listagem das 10 competências mais importantes a ensinar, já que das que reuniram consenso quanto ao grau de importância na escala de Likert, apenas nove foram listadas com mais frequência, tendo três surgido com a mesma frequência.

Terceira Ronda – 1) envio aos peritos que participaram na segunda ronda, do *link* para o formulário com uma só questão, na qual se pretende que selecionem apenas uma competência de comunicação clínica de entre as três que obtiveram o mesmo grau de consenso na ronda anterior e que consideram a mais importante, para integrar a lista das 10 competências a ensinar aos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura); 2) análise dos resultados, por percentagem; 3) deu-se por terminado o estudo, após obtenção de consenso nas respostas recebidas.

Para o presente estudo, foi utilizada a técnica e-Delphi em três rondas e determinou-se à partida, um consenso $\geq 80\%$, sendo considerado por Grisham (2009) um bom objetivo.

Análise estatística

Primeira Ronda – análise de conteúdo às respostas à pergunta de partida, com posterior listagem de todas as competências de comunicação clínica/em saúde identificadas nas respostas dos peritos.

Segunda Ronda – após somatório dos dois níveis superiores (4-Importante; 5-Muito Importante) da escala tipo Likert de 5 pontos, na classificação do grau de importância atribuído a cada uma das competências, identificaram-se as que obtiveram pelos peritos um grau de consenso (pré-definido) $\geq 80\%$.

Segunda e Terceira Ronda – Cálculo do percentual, das competências mais vezes selecionadas pelos peritos segundo o grau de importância, para posterior identificação das 10 mais importantes a ensinar aos estudantes de fisioterapia.

Resultados

O estudo e-Delphi permitiu identificar 27 competências de comunicação clínica/em saúde, das quais 25 obtiveram consenso $\geq 80\%$ na classificação do grau de importância, bem como, selecionar as 10 mais importantes a ensinar aos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura) segundo a opinião por consenso do painel de peritos. Da análise de conteúdo efetuada às respostas da primeira ronda, foram identificadas 27 competências de comunicação e enviadas aos peritos para *feedback* e classificação do grau de importância durante a segunda ronda.

A análise dos resultados da segunda ronda, tendo em conta o grau de consenso pré-definido $\geq 80\%$, e após somatório dos dois níveis superiores (4-Importante; 5-Muito

Importante) na classificação do grau de importância atribuído a cada item, foi possível perceber que 25 das 27 competências reuniam consenso. Tendo a *empatia* merecido destaque ao alcançar 100% de consenso como “Muito Importante” e sendo também a competência mais vezes listada (85% dos peritos) nas 10 mais importantes a ensinar aos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura). No entanto, nessa mesma listagem, verificou-se que após se identificarem as nove competências de comunicação que obtiveram maior percentagem de respostas, existia um empate entre as três passíveis de preencher o 10º lugar (negociação, suporte para a autonomia e permitir o silêncio). A negociação foi a competência selecionada por 55,6% dos peritos na terceira ronda, mostrando estar de acordo com o consenso de 100% no grau de importância atribuído na escala de Likert (20% Importante + 80% Muito Importante), em comparação com as outras duas.

Em contraste, a *confrontação* além de não obter consenso quanto ao grau de importância, não foi selecionada por nenhum dos peritos, como uma das 10 mais importantes.

A tabela 1 sintetiza os resultados das três rondas (27 competências de comunicação identificadas; classificação quanto ao seu grau de importância; seleção das 10 mais importantes, segundo o grau de importância atribuído).

Tabela 1

Síntese dos resultados das três rondas

COMPETÊNCIA DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA	GRAU DE IMPORTÂNCIA Importante+Muito Importante	SELEÇÃO POR IMPORTÂNCIA
EMPATIA	100% (MI 100%)	85%
RELAÇÃO/ALIANÇA	100% (I 20% + MI 80%)	75%

ESCUTA ATIVA	100% (I 20% + MI 80%)	65%	
ASSERTIVIDADE	90% (I 35% + MI 65%)	65%	
RECOLHA DE INFORMAÇÃO	90% (I 25% + MI 65%)	65%	
LINGUAGEM ACESSÍVEL/COMPREENSÍVEL	95% (I 20% + MI 75%)	60%	
ADEQUAÇÃO AO SUJEITO/CONTEXTO	100% (I 30% + MI 70%)	55%	
PARTILHA/FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO	90% (I 25% + MI 65%)	55%	
ENCORAJAR/APOIAR	85% (I 25% + MI 60%)	50%	
			2ª ronda 3ª ronda
NEGOCIAÇÃO	100% (I 20% + MI 80%)	45%	55,6%
SUPORTE PARA AUTONOMIA	90% (I 30% + MI 60%)	45%	27,8%
PERMITIR O SILÊNCIO	85% (I 20% + MI 65%)	45%	16,7%
SUMARIZAÇÃO/SÍNTESE	95% (I 40% + MI 55%)	35%	
LINGUAGEM POSITIVA	80% (I 25% + MI 55%)	35%	
LINGUAGEM CORPORAL	95% (I 45% + MI 50%)	30%	
EXPLICITAÇÃO/CLARIFICAÇÃO	90% (I 25% + MI 65%)	25%	
SOCIAIS	90% (I 40% + MI 50%)	25%	
EXPLORAÇÃO	95% (I 55% + MI 40%)	20%	
FEEDBACK	85% (I 25% + MI 60%)	20%	
INTERPRETAÇÃO	80% (I 30% + MI 50%)	20%	
TOQUE	75% (I 50% + MI 25%)	20%	

VALIDAÇÃO	90% (I 35% + MI 55%)	15%
PARALINGUAGEM	90% (I 50% + MI 40%)	15%
FOCALIZAÇÃO	90% (I 50% + MI 40%)	15%
REFORMULAÇÃO	85% (I 15% + MI 70%)	10%
ARGUMENTAÇÃO	80% (I 60% + MI 20%)	5%
CONFRONTAÇÃO	75% (I 65% + MI 10%)	0%

Discussão

O presente estudo permitiu contar com a colaboração de um painel heterogêneo de peritos em comunicação clínica/em saúde, de várias instituições de ensino superior com vasta experiência nos campos da docência e investigação e conhecimentos relevantes na temática, contribuindo, assim, para aumentar a validade do conteúdo dos resultados, tal como sustentado por vários autores (Hasson et al., 2000; Lis et al., 2017; Powell, 2003).

A classificação e seleção, por parte do painel de peritos, das 10 competências de comunicação clínica/em saúde mais importantes, são sustentadas por estudos anteriores, particularmente as que obtiveram 100% de consenso na classificação do grau de importância e foram listadas por uma maioria: 1) “Empatia”, os autores do estudo sobre mudanças da empatia durante a formação dos estudantes (Bayliss & Strunk, 2015) consideram que a empatia é uma competência que pode ser aprendida/treinada e descrevem-na como uma competência de comunicação vital, sendo parte integrante de uma comunicação terapêutica eficaz, melhorando os resultados e a satisfação do terapeuta; 2) “Relação/Aliança”, num artigo publicado recentemente (Brun-Cottan et al., 2020) a relação terapêutica entre o fisioterapeuta-paciente é referida como de

importância vital, podendo o seu efeito ser tão relevante nos resultados como a intervenção escolhida, devendo o seu ensino ser incorporado na formação base dos fisioterapeutas; 3) “Escuta ativa” é referida num estudo com utentes em fase terminal (Andrade et al., 2013) como uma das principais competências de comunicação, necessária aos profissionais da saúde, que deve ser atenta e reflexiva, para que se possa identificar as reais necessidades dos utentes, demonstrando disponibilidade; 4) “Adequação ao sujeito/contexto”, é suportada por um estudo para identificar os elementos fundamentais da comunicação do raciocínio clínico (Ajjawi & Higgs, 2011), tendo os resultados mostrado que esta era percebida pelos fisioterapeutas como mais do que uma simples entrega de mensagem, já que estes ponderavam o público-alvo (utentes ou profissionais de saúde) e o contexto, considerando os autores que o seu ensino carece de ser integrado nos currículos base de fisioterapia.

Indo ao encontro da definição de “Delphi Clássico” (Keeney et al., 2011), foram necessárias três rondas para a obtenção de consenso, estando também de acordo com os resultados de uma revisão sistemática de 100 estudos Delphi (Diamond et al., 2014), em que um número relevante de estudos terminou à terceira ronda; a mesma revisão sistemática, identicamente corrobora o número de 18 peritos que responderam à última pergunta, encontrando-se dentro do intervalo de 11 a 25 peritos que a maioria dos estudos detinha na ronda final.

Humphrey-Murto et al. (2017b) numa revisão *scoping*, da utilização de Delphi ou outros métodos de consenso de grupos na investigação em educação médica, concluíram que a técnica de Delphi é a maioritariamente utilizada (76,2%), sendo o propósito mais comum o desenvolvimento de um novo currículo ou a sua reestruturação e mais usado para abordar questões a nível nacional, do que a nível internacional ou local.

Pese embora o facto de, do vasto leque de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, apenas estarem representados os fisioterapeutas, já que outros não preenchem os critérios de inclusão, não responderam ou declinaram o convite, apresentando-se esta como uma limitação do estudo, em contrapartida, a qualidade do painel de peritos é uma força do estudo, já que conta com membros da Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS) e da Associação Europeia para a Comunicação em Saúde (EACH), contribuindo para a validade do conteúdo dos resultados.

Face aos resultados (competências que obtiveram 100% de consenso na classificação do grau de importância e foram listadas por uma maioria) e considerando a diversidade da população que recorre aos serviços prestados pelos fisioterapeutas, sugere-se para futura investigação identificar competências e estratégias de comunicação específicas direccionadas a utentes com dificuldades de comunicação por alterações de linguagem, já que estas interferem na relação terapêutica, condicionando negativamente o decurso da reabilitação, particularmente com a população idosa, que naturalmente apresenta comorbilidades e alterações inerentes à idade.

Conclusão

Ao identificar por consenso de peritos (Delphi) as competências centrais de comunicação clínica/em saúde, a adquirir na formação base de fisioterapia, o estudo permitiu especificar e catalogar essas competências, contribuindo com a geração de um conjunto de dados que futuramente, poderão servir como proposta de quais as competências a considerar para inclusão no plano curricular da licenciatura em fisioterapia que, eventualmente, levarão à reestruturação ou desenvolvimento de novos conteúdos programáticos nesta área, bem como à possível criação de uma unidade

curricular específica e transversal aos cursos de licenciatura em fisioterapia em Portugal, uniformizando o seu ensino, cumprindo-se assim um dos propósitos do estudo.

Assim, para perceber se os programas/planos de estudo do curso de fisioterapia dos estabelecimentos de ensino superior Português focam o treino das competências em comunicação clínica/em saúde, determinadas pelas *guidelines* já existentes, e se estão de acordo com os resultados deste e-Delphi, os autores propõe-se desenvolver um estudo de Análise Comparativa Documental dos programas dos cursos de fisioterapia em Portugal.

Referências

- Ajjawi, R., & Higgs, J. (2011). Core components of communication of clinical reasoning: A qualitative study with experienced australian physiotherapists. *Advances in Health Sciences Education, 17*(1), 107– 119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>
- Andrade, C. G., Costa, S. F. G., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(9), 2523–2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, (Rev.). (2020, setembro 8). *O perfil de competências do fisioterapeuta*. [APFisio Perfil Compet Fisio rev2020.pdf](#)
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A european consensus on learning objectives for a core communication

- curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Barrett, D., & Heale, R. (2020). What are Delphi studies?. *Evidence-Based Nursing*, 23(3), 68–69. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
- Bayliss, A. J., & Strunk, V. A. (2015). Measurement of empathy changes during a physical therapist's education and beyond. *Journal of Physical Therapy Education*, 29(2), 6–12. <https://doi.org/10.1097/00001416-201529020-00003>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236–248. <https://doi.org/10.1177/135581969900400410>
- Braga, J. (2014). *The exercise stress test - Impact of communication strategies on patient's compliance and satisfaction*. [Master's Degree Dissertation, Universidade do Porto]. [FMUP - The exercise stress test - Impact of communication strategies on patient's compliance and satisfaction](https://doi.org/10.1177/135581969900400410)
- Brun-Cottan, N., McMillian, D., & Hastings, J., (2020). Defending the art of physical therapy: Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(6), 669–678. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1492656>
- Cook, C., McCallum, C., Musolino, G. M., Reiman, M., & Covington, J. K. (2018). What Traits Are Reflective of Positive Professional Performance in Physical Therapy Program Graduates? A Delphi Study. *Journal of allied health*, 47(2), 96–102.

- Davies, R., Ellerton, C., & Evans, C. (2017). Reaching consensus on measuring professional behaviour in physical therapy objective structured clinical examinations. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 69(1), 65–72. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-45E>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of clinical epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Dong, T., LaRochelle, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military medicine*, 180(4 Suppl), 24–30. [doi:10.7205/MILMED-D-14-00565](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565)
- Donohoe, H., Stellefson, M., & Tennant, B. (2012) Advantages and limitations of the e-Delphi technique. *American Journal of Health Education*, 43(1), 38–46. <http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2012.10599216>
- Doorenbos, A. Z., Levy, W. C., Curtis, J. R., & Dougherty, C. M. (2016). An intervention to enhance Goals-of-Care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing

- competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Eadie, T., Kapsner-Smith, M., Bolt, S., Sauder, C., Yorkston, K., & Baylor, C. (2018). Relationship between perceived social support and patient-reported communication outcomes across communication disorders: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1059–1077. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12417>
- Fink-Hafner, D., Dagen, T., Dousak, M., Novak, M., & Hafner-Fink, M. (2019). Delphi methods: Strengths and weaknesses. *Metodoloski Zvezki Journal*, 16(2), 1–19. [https://bib.irb.hr/datoteka/1034629.Fink-Hafner at al Delphi Method Strengths and Weaknesses.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/1034629.Fink-Hafner_at_al_Delphi_Method_Strengths_and_Weaknesses.pdf)
- Fisher, M., & Keil, F. C. (2016). The curse of expertise: When more knowledge leads to miscalibrated explanatory insight. *Cognitive Science*, 40(5), 1251–1269. <https://doi.org/10.1111/cogs.12280>
- García de Leonardo, C., Ruiz-Moral, R., Caballero, F., Cavaco, A., Moore, P., Dupuy, L. P., Pithon-Cyrino, A., Cortés, M. T., Gorostegui, M., Loureiro, E., Fontcuberta, J. M., Casasbuenas Duarte, L., Kretzer, L., Arrighi, E., Jovell, A., & Participants in the Consensus Panel (2016). A latin american, portuguese and spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 16, 99. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0610-8>
- Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D., & Schocken, D. (2015). Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to

- support educational design: A modified Delphi study. *Medical Teacher*, 37(6), 572–577. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.959910>
- Grisham, T. (2009). The Delphi technique: A method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1), 112-130. <http://dx.doi.org/10.1108/17538370910930545>
- Hall, D. A., Smith, H., Heffernan, E., Fackrell, K., & Core Outcome Measures in Tinnitus International Delphi (COMiT'ID) Research Steering Group (2018). Recruiting and retaining participants in e-Delphi surveys for core outcome set development: Evaluating the COMiT'ID study. *PloS One*, 13(7), e0201378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201378>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Humphrey-Murto, S., Lara Varpio, L., Gonsalves, C., & Wood, T. J. (2017). Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. *Medical Teacher*, 39(1), 14-19. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245856>
- Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Wood, T. J., Gonsalves, C., Ufholz, L. A., Mascioli, K., Wang, C., & Foth, T. (2017). The use of the Delphi and other Consensus Group methods in medical education research: A review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(10), 1491–1498. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
- Ingram D. (1997). Opinions of physical therapy education program directors on essential functions. *Physical Therapy*, 77(1), 37–45. <https://doi.org/10.1093/ptj/77.1.37>

- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. (eds S. Keeney, F. Hasson & H. McKenna).
<https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- King, G., Currie, M., Doreen J. Bartlett, D.J., Strachan, D., Tucker, M.A., & Willoughby, C. (2008). The development of expertise in paediatric rehabilitation therapists: The roles of motivation, openness to experience and types of caseload experience. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 108–122.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00681.x>
- Lis, R., Sakata, V., & Lien, O. (2017). How to choose? Using the Delphi method to develop consensus triggers and indicators for disaster response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(4), 467-472.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2016.174>
- Loureiro, E., Cavaco, A.M. & Ferreira, M.A. (2015). Competências de comunicação clínica: Objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 491-495.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- MacEachren, A. M., Pike, W., Yu, C., Brewer, I., Gahegan, M., Weaver, S. D., & Yarnal, B. (2006). Building a geocollaboratory: Supporting human–environment regional observatory (HERO) collaborative science activities. *Computers, Environment and Urban Systems*, 30(2), 201–225.
<https://doi.org/10.1016/j.compenvurbsys.2005.10.005>
- Manze, M. G., Orner, M. B., Glickman, M., Pbert, L., Berlowitz, D., & Kressin, N. R. (2015). Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 191–198.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.014>

- Marques, J. B. V., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: Caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- McKenna H. P. (1994). The Delphi technique: A worthwhile research approach for nursing?. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1221–1225. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x>
- McMahon, S., Cusack, T., & O'Donoghue, G. (2014). Barriers and facilitators to providing undergraduate physiotherapy clinical education in the primary care setting: A three-round Delphi study. *Physiotherapy*, 100(1), 14–19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.04.006>
- McGinnis, P. Q., Wainwright, S. F., Hack, L. M., Nixon-Cave, K., & Michlovitz, S. (2010). Use of a Delphi panel to establish consensus for recommended uses of selected balance assessment approaches. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(6), 358–373. <https://doi.org/10.3109/09593980903219050>
- McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 655–662. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- Miller, E., Brooks, D., & Mori, B. (2020). Using expert consensus to develop a tool to assess physical therapists' knowledge, skills, and judgement in performing airway suctioning. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 72(2), 137–146. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0101>
- Morgado, P., Lemos, A. R., Almeida, S., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2019). A structured remediation program for communication skills. *International Journal of Medical Education*, 10, 161–162. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d5a.72c3>

- Mori, B., Brooks, D., Norman, K. E., Herold, J., & Beaton, D. E. (2015). Development of the canadian physiotherapy assessment of clinical performance: A new tool to assess physiotherapy students' performance in clinical education. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 67(3), 281–289.
<https://doi.org/10.3138/ptc.2014-29E>
- Mota Cardoso, R.(Coord.). (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. FMUP, Edições Afrontamento, Lda.
- Nair, R., Aggarwal, R., & Khanna, D. (2011). Methods of formal consensus in classification /diagnostic criteria and guideline development. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 41(2), 95–105.
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.12.001>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9. [Revista Percursos n17_Do perito e do conhecimento em enfermagem.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Persky, A. M., & Robinson, J. D. (2017). Moving from novice to expertise and its implications for instruction. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(9), 6065. <https://doi.org/10.5688/ajpe6065>
- Powell C. (2003). The Delphi technique: Myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376–382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Roberts, F., & Cooper, K. (2020). Development of a tool to assess core cardiorespiratory physiotherapy skills: A Delphi study. *Physiotherapy Theory*

and Practice, 1–9. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1827467>

Romero-Collado A. (2020). Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method. Elementos esenciales para elaborar un estudio con el método (e)Delphi. *Enfermería Intensiva*, S1130-2399(20)30093-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001>

Salgado, A., Dores, A. R., Martins, H., Sousa, Z., Magalhães, A., Reis, A. (2018). 5º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior – Atas. In ... (Org.). *Desenvolvimento de competências de comunicação clínica no primeiro ano de fisioterapia* (213–218). [LIVRO-ATAS-CNAPPES-2018_FINAL.pdf](#)

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel Edições Técnicas.

Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>

Taveira-Gomes, I., Mota Cardoso, R., & Figueiredo Braga, M. (2016).

Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173–180.

<https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>

Timmerberg, J. F., Dole, R., Silberman, N., Goffar, S. L., Mathur, D., Miller, A., Murray, L., Pelletier, D., Simpson, M. S., Stolfi, A., Thompson, A., & Utzman, R. (2019). Physical therapist student readiness for entrance in to the first full-time clinical experience: A Delphi study. *Physical Therapy*, 99(2), 131–146. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy134>

- Tognetto, A., Michelazzo, M. B., Ricciardi, W., Federici, A., & Boccia, S. (2019). Core competencies in genetics for healthcare professionals: Results from a literature review and a Delphi method. *BMC Medical Education*, 19(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1456-7>
- Toronto, C. (2017). Considerations when conducting e-Delphi research: A case study. *Nurse Researcher*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1498>
- Villiers, M. R., de Villiers, P. J., & Kent, A. P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, 27(7), 639–643. <https://doi.org/10.1080/13611260500069947>
- Waggoner, J., Carline, J. D., & Durning, S. J. (2016). Is there a consensus on Consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(5), 663–668. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001092>
- World Physiotherapy. (2011). WCPT guideline for physical therapist professional entry level education [em linha]. <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/G-2011-Entry-level-education.pdf>
- World Health Organization. (2014). WHO handbook for guideline development. *Decision-making for guideline development at WHO* (2nd ed., pp.201-214). World Health Organization. [Chp16_May2016.pdf \(who.int\)](#)
- Yousuf, M. I. (2007). Using experts opinions through Delphi technique. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 12(4). <https://doi.org/10.7275/rrph-t210>

Capítulo IV

Artigo 4 – Competências de comunicação na formação pré-graduada de estudantes de fisioterapia: análise comparativa documental

Resumo

A elevada importância das competências de comunicação clínica/em saúde nas profissões de saúde, requer que o seu ensino seja introduzido ainda na aprendizagem pré-graduada. Para verificar se os programas/planos de estudo do curso de fisioterapia dos estabelecimentos de ensino superior português evidenciam o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde e identificar unidades curriculares que o façam de uma forma exclusiva ou inclusiva, caracterizando tal ensino, procedeu-se a um estudo de Análise Comparativa Documental. Pesquisa efetuada entre final de dezembro/2020 e início de março/2021, inicialmente para identificação dos ciclos de estudo com acreditação dos seus planos curriculares e conteúdos programáticos das unidades curriculares que evidenciam o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde. Levantamento de documentos/dados, disponíveis publicamente nos sites oficiais das instituições de ensino superior e Diário da República eletrónico, com posterior reforço de informação complementar, enviada via email, pelas coordenações dos cursos. Foram identificados 20 ciclos de estudo em fisioterapia, registados na Direção-Geral do Ensino Superior e acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Oito apresentavam unidade curricular específica/exclusiva no ensino de competências de comunicação clínica/em saúde, nove apresentavam o seu ensino de forma integrada noutras unidades curriculares e outros três não apresentavam o seu ensino de modo formal em nenhuma unidade curricular. Constatou-se ainda uma disparidade em relação ao número de horas, às componentes, ao semestre/ano, ao número de ECTS (European Credit Transfer System), e mesmo em relação ao nome atribuído à unidade curricular.

Palavras-chave: comunicação clínica, comunicação em saúde, currículo, fisioterapia, ensino superior, competência clínica

Introdução

O carácter transversal, central e estratégico dos processos de comunicação em saúde demonstram a sua relevância nos diferentes contextos de atuação do fisioterapeuta, já que comunicação em saúde engloba todas as áreas nas quais esta é relevante, através da transmissão de mensagens com o intuito de promover, educar para a saúde, prevenir, evitar fatores de risco e doenças, sugerir, recomendar mudanças de comportamento e auto-cuidados, informar sobre a saúde, a doença e planos de tratamento (Teixeira, 2004).

Tradicionalmente, o ensino de competências de comunicação nos currículos das áreas de saúde (em particular medicina) era integrado de modo informal (Teutsch, 2003), através de *feedback* do professor/tutor, mas sem um foco específico ou profundo nessas competências propriamente ditas, não sendo estas o alvo de aprendizagem.

Embora o conceito de competência de carácter genérico (que engloba a comunicação, o pensamento crítico e a resolução de problemas) pareça evidente, o seu ensino mantém-se tema de debate já que o assunto não é tão simples como o pensamento comum indica (Stewart et al., 2016). Isto porque, ainda que as competências de carácter genérico sejam valorizadas pelo pessoal docente e vistas como parte integrante do curso, estas não são explicitamente ensinadas e podem mesmo ser assumidas como competências já tidas pelos estudantes (Jones, 2009). Um estudo português (Meneses et al., 2013) que analisou a importância e satisfação que professores universitários atribuem a diversas competências de comunicação concluiu ser relevante trabalhar a sua perceção de importância, uma vez que competências reconhecidamente necessárias aos profissionais de saúde obtiveram pontuações indicadoras de baixa importância. Segundo os mesmos autores (Meneses et al., 2013) as conceções dos professores, designadamente os do ensino superior, são da máxima importância na sua prática profissional, já que estas poderão desempenhar um papel relevante na formação das conceções dos alunos, na sua aprendizagem e sucesso.

Dada a crescente importância atribuída às competências de comunicação, o seu ensino tornou-se um componente central nos currículos das profissões de saúde, sendo a competência vital para a prática de cuidados e fundamental na educação para a saúde devendo ser introduzido no ensino pré-graduado, já que tais competências se desenvolvem continuamente desde a fase inicial de formação (Dong et al., 2015; Duffy et al., 2004; Morgado et al., 2019; Parry & Brown, 2009; Salgado et al., 2018; TaveiraGomes et al., 2016).

Na última década, as competências de comunicação na graduação dos fisioterapeutas tem tido especial atenção das entidades/organizações competentes, quer a nível nacional, europeu e mundial. Prova disso são os documentos que integram e promovem as competências de comunicação, emitidos pelas representantes da profissão e do seu ensino, tais como: *Physical Therapist Professional Entry Level Education – Guideline* (World Physiotherapy, 2011); *Level of Education, Roles and Competences – ENPHE Recommendations* (European Network of Physiotherapy in Higher Education, 2017), *Expected Minimum Competencies for an Entry Level Physiotherapist in the European Region* (World Physiotherapy – Europe region, 2018). A nível nacional a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas publicou recentemente O Perfil de Competências do Fisioterapeuta (APFisio, 2020) e a recém criada Ordem dos Fisioterapeutas, o documento Referencial da Formação Inicial para a Inscrição na Ordem dos Fisioterapeutas (OF, 2021).

A comunicação assume, assim, um papel essencial como instrumento terapêutico, indissociável do decurso da prestação de cuidados, uma vez que o fisioterapeuta estabelece frequentemente uma relação prolongada no tempo, quer com o utente, quer com a sua família e/ou cuidadores, para além dos outros membros da equipa de cuidados de saúde.

O ensino em Portugal e na Europa

Segundo informação disponível no *site* da Direção-Geral do Ensino Superior (DGES), o grau de licenciado é conferido aos que demonstrem, entre outras, “Competências que lhes permitam comunicar informação, ideias, problemas e soluções, tanto a públicos constituídos por especialistas como por não especialistas” (DGES).

A criação de ciclos de estudos carece de acreditação pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) e de registo junto da DGES para a sua entrada em funcionamento. Em Portugal a formação base em fisioterapia está integrada no ensino politécnico, com a duração excepcional de oito semestres e com 240 ECTS - *European Credit Transfer System* (DGES), concedendo o grau de licenciado, grau que corresponde ao nível 6 do Quadro Nacional de Qualificações (QNQ) e do Quadro Europeu de Qualificações (QEQ) (DGES).

O ECTS, um instrumento do Espaço Europeu do Ensino Superior (European Commission – European Education Area) é um sistema de créditos que surge com o Processo de Bolonha e que traduz o tempo de trabalho relativo a cada unidade curricular (anteriormente denominada de disciplina). É um dos elementos que permite o quebrar de fronteiras e o reconhecimento da formação académica entre diferentes países do Espaço Europeu de Ensino Superior e que visa tornar os sistemas educativos nacionais mais comparáveis a nível internacional (European Commission – European Education Area).

Devido às características competitivas e exigentes de um mundo globalizado, as instituições de ensino superior (IES) começaram a ser confrontadas com comparações nacionais e internacionais, o que cria pressão para que estas melhorem as suas práticas e, conseqüentemente, os seus resultados em termos de desempenho académico dos seus estudantes (Figueiredo et al., 2016).

De acordo com o quadro estratégico - Educação & Formação 2020 - os quatro principais objetivos para a educação na Europa apontam na direção das preocupações com o currículo. O conceito de currículo evoluiu de uma perspetiva tradicional, que o conceptualiza como um elemento neutro e um estrito e estruturado conjunto de conteúdos, para uma conceptualização atual, em que é considerado um processo, aberto às particularidades do contexto e das nações envolvidas, pelo que existe um currículo formal que estabelece a matéria nuclear da aprendizagem e um currículo vivenciado que é ensinado e aprendido nas salas de aula (Figueiredo et al, 2016).

Uniformização do Ensino

O conceito de igualdade de oportunidades educacionais, com um passado diversificado, sofreu mudanças radicais ao longo do último século (Coleman, 2011).

Segundo o mesmo autor, quase desde o início que o conceito de oportunidades educacionais teve um significado especial que se focalizava na igualdade, significado que incluía como um dos seus elementos o conceder um currículo comum. No mesmo artigo o autor afirma que no conceito original o papel da instituição educativa era conceder um conjunto de recursos (função passiva), enquanto a responsabilidade por um uso benéfico dos recursos disponibilizados pertencia ao aluno e à sua família; a evolução do conceito inverteu esses papéis. Assim, o novo conceito implica que a responsabilidade de criar desempenho é da instituição educativa e não do aluno, logo, e assumindo que a diferença do desempenho dos alunos é devida ao grau da desigualdade de oportunidades, a redução dessa desigualdade fica, igualmente, à responsabilidade da instituição de ensino (Coleman, 2011).

Na Europa a redução de desigualdades está atualmente associada ao Processo de Bolonha, assinado em 1999 pelos ministros responsáveis pelo ensino superior de 29 países europeus, entre os quais Portugal, procurando tornar os sistemas educativos mais análogos, com o reconhecimento da formação académica entre diferentes países do Espaço Europeu de Ensino Superior, com a adoção mútua de graus legíveis e comparáveis, que permitem uma mobilidade e um acesso equitativo, sem obstáculos, a um ensino superior de alta qualidade (European Commission/EACEA/Eurydice, 2018).

Apesar de muito se escrever sobre a internacionalização e uniformização do ensino, encontrando-se estudos de comparação de currícula (Kim, 2016; Leite, 2013; Li et al, 2019; Muller, 2017; Rezende et al., 2019) o único trabalho identificado, de análise curricular em fisioterapia em Portugal data de 2006 e apenas abrange as quatro escolas da área de Lisboa (Coelho, 2006). Neste contexto, com o presente estudo pretendeu-se realizar a análise curricular dos ciclos de estudo concedentes do grau de licenciado em fisioterapia a nível nacional.

Dada a clara relevância e evidência científica das competências de comunicação e do seu ensino pré-graduado, pretendeu-se com os resultados deste estudo: perceber se os programas/planos de estudo do curso de fisioterapia das IES portuguesas focam o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde e assim depreender se há uniformidade na formação pré-graduada, que dote os fisioterapeutas portugueses, à entrada na profissão, das mesmas competências de comunicação clínica/em saúde; e conhecer se estas são ensinadas de um modo transversal, numa unidade curricular

específica, integradas em unidades curriculares, longitudinalmente ao longo dos quatro anos de formação e, se possível, em que momento (ano/semestre) do curso e assinalar o momento de lecionação da unidade curricular e o primeiro momento de ensino clínico/estágio.

Para tal, estabeleceram-se, sinteticamente, como principais objetivos: 1) Analisar se os programas/planos de estudo do curso de fisioterapia dos estabelecimentos de ensino superior Português evidenciam o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde; e 2) identificar unidades curriculares que o façam de uma forma exclusiva ou inclusiva.

Análise Documental

A análise de documentos é utilizada numa extensa variedade de disciplinas, de múltiplos pontos de vista epistemológicos e para diversos propósitos em investigação (Wood et al., 2020), é um procedimento sistemático de revisão ou avaliação de documentos - tanto impressos como eletrónicos. Assim, é compreensível que na área da educação sejam conduzidos estudos comparativos com diversos propósitos, nomeadamente: descrição, compreensão, inovação ou avaliação (Bray et al., 2007).

Tal como outros métodos analíticos de investigação qualitativa, a análise documental requer que os dados sejam examinados e interpretados de modo a obter significado, compreensão e desenvolvimento do conhecimento empírico, ou seja, é uma forma de pesquisa em que os documentos são objeto de análise por parte do investigador para dar expressão e significado sobre um tema específico de estudo (Bowen, 2009).

Um dos pontos fortes da utilização da análise documental é que esta é estável e pode ser revista repetidamente (Muller, 2017), não sendo afetada pelo processo de investigação. Bowen (2009) apresenta as limitações a este método como “falhas potenciais em vez de grandes desvantagens” (p. 32), identificando-as como: detalhes insuficientes – os documentos são criados para outros fins que não a investigação, podendo não fornecer detalhes suficientes para responder a uma pergunta de investigação; baixa acessibilidade – a documentação por vezes não é passível de consulta ou a sua disponibilização é difícil, podendo o acesso aos documentos ser deliberadamente bloqueado; seletividade enviesada – uma compilação parcial de

documentos poderá sugerir uma "seleção tendenciosa", já que num contexto organizacional é possível que os documentos disponibilizados se alinhem com as políticas e procedimentos internos da instituição.

Dada a sua efetividade, a relação custo eficácia, a disponibilidade/acesso a documentos do domínio públicos (sem necessidade de permissão dos autores), a falta de intrusividade e reatividade (os documentos não são afetados pelo processo de pesquisa), a exatidão e abrangência, a análise documental é seguramente um método que oferece vantagens que superam claramente as suas limitações (Bowen, 2009; Wood et al., 2020).

Método

Trata-se de um estudo de análise comparativa documental dos currícula dos cursos que conferem o grau de licenciado em fisioterapia, ministrados em Portugal, sendo os documentos de fontes primárias, de forma a garantir a observância das características dos documentos segundo Carlos, Bellaguarda e Padilha (2022), tais como a autenticidade – sem adultrações ou modificações; a confiabilidade – veracidade do seu conteúdo e fidedignidade; unicidade – único no conjunto documental de que faz parte; e organicidade – produzidos e reunidos em razão das funções e atividades desenvolvidas pelo órgão ou entidade. Como fontes primárias estão incluídas as cartas particulares, os escritos pessoais, documentos oficiais e internos de instituições e empresas e textos legais (Andrade et al, 2018).

A autenticidade dos documentos é basilar, para se garantir a fiabilidade dos resultados, devendo os critérios de inclusão ser claros, para se estabelecer criteriosamente a seleção dos participantes (Bowen, 2009). É o que Bowen (2009) denomina de uma “primeira aprovação” na análise de documentos, já que é particularmente importante para se obter um *corpus* de alta qualidade.

Assim, foram definidos como critérios de inclusão os planos curriculares dos ciclos de estudo de licenciatura em fisioterapia: 1) registados na DGES; 2) acreditados pela A3ES.

Procedimentos

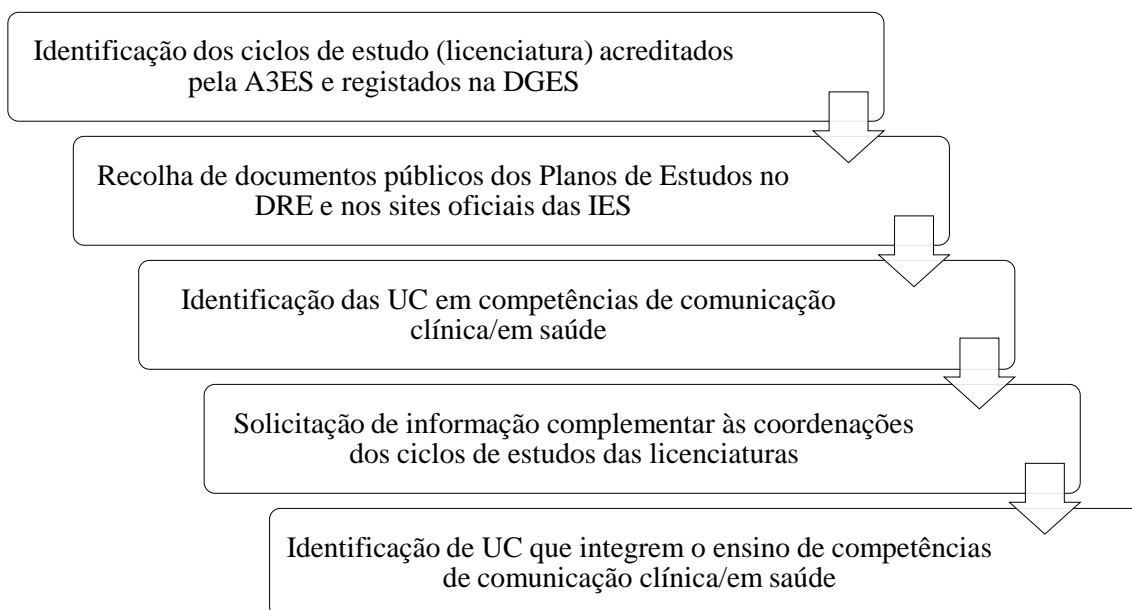
No final de dezembro de 2020 e início de janeiro de 2021, através de pesquisa nos *sites* da A3ES e da DGES, foram identificados os ciclos de estudos que conferem o grau de licenciado em fisioterapia em Portugal, que à data estavam acreditados e legalmente autorizados. Posteriormente, ao longo de janeiro de 2021 foram recolhidos os documentos/informação dos programas de estudo e conteúdos programáticos das unidades curriculares, de domínio público no Diário da República Eletrónico (DRE) e nos *sites* oficiais das Instituições de Ensino Superior que disponibilizam os ciclos de estudos identificados numa primeira fase.

Inicialmente procedeu-se à identificação, através da inclusão no nome da palavra “comunicação”, das unidades curriculares (UC) que focam exclusivamente competências de comunicação clínica/em saúde, garantindo assim que todos os ECTS são unicamente desta matéria (temática, disciplina).

De finais de janeiro a março, numa fase seguinte, solicitou-se via correio eletrónico informação complementar às coordenações dos 1ºs ciclos de estudos em fisioterapia que não apresentavam formalmente ou com clareza o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde nos documentos de acesso público. Através de toda a informação recebida, e de acordo com a mesma, seguiu-se a compilação sistemática das UC que integram o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma do Processo de Inclusão dos Documentos/informação a Incluir na Análise Comparativa Documental



Foram identificados 20 ciclos de estudo que davam resposta aos critérios de inclusão pré-definidos: oito do ensino público (um com início no ano letivo 2021/2022) e 12 do ensino privado que conferem o grau de licenciado em fisioterapia em Portugal.

As escolas foram localizavam-se todas em Portugal Continental, maioritariamente no litoral, particularmente nas regiões de Lisboa/Setúbal e Porto/Minho, correspondendo a 65% da oferta nacional. A sua distribuição por distrito é a seguinte: duas em Braga, cinco no Porto, uma em Aveiro, uma em Coimbra, uma em Viseu, uma em Leiria, uma em Castelo Branco, quatro em Lisboa, duas em e duas em Faro.

A categorização foi realizada por análise estatística dos dados, tendo o tratamento dos mesmos sido de âmbito descritivo, realizado com recurso ao software Microsoft Excel 14.0 (Office 2010) para Windows®.

Resultados

Para o registo sistemático das UC em que eram lecionados conteúdos no âmbito da comunicação clínica/em saúde, foram criadas duas tabelas, nas quais se identificam (Tabela 1) e caracterizam (Tabela 2) todas as UC cujo título integra a palavra “comunicação” ou cujos conteúdos programáticos incluam o ensino dessas mesmas competências de comunicação, segundo as fontes oficiais.

Tabela 1

Identificação das UC que Incluem Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde

IES	Ensino	Ano	EC /Estágio	Ensino de CCC/S	
				UC Exclusiva	UC Inclusiva
1	Público	1º	2º S		
		2º	4º S		✓
		3º			
		4º	7º e 8º S		
2	Público	1º			✓
		2º	4º S		✓
		3º	5º e 6º S		
		4º	7º e 8º S		
3	Público	1º			✓
		2º	4º S		
		3º	6º S		
		4º	7º e 8º S	✓	
4	Público	1º	2º S		
		2º	4º S		
		3º	6º S	✓	
		4º	7º e 8º S		
5	Público	1º	2º S	✓	
		2º	4º S		✓ ✓
		3º	6º S		✓
		4º	8º S		
6	Público	1º	1º e 2º S		✓ ✓ ✓
		2º	3º e 4º S		✓
		3º	6º S		
		4º	7º e 8º S		
7	Público	1º			
		2º			✓
		3º	6º S		✓
		4º	8º S		
8	Público	1º			✓
		2º	3º e 4º S		
		3º	5º e 6º S	✓ (opcional)	
		4º	7º e 8º S		✓
9	Privado	1º	2º S		

Competências de comunicação do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica

		2°	3° e 4° S		
		3°	5° e 6° S		✓
		4°	7° S		
10	Privado	1°		✓	✓
		2°	3° e 4° S		
		3°	5° e 6° S		
		4°	7° e 8° S		
11	Privado	1°		✓	✓
		2°	3° e 4° S		
		3°	5° e 6° S		
		4°	7° e 8° S		
12	Privado	1°			✓
		2°	4° S		
		3°	5° e 6° S		✓ ✓
		4°	7° e 8° S		
13	Privado	1°			✓
		2°	3° e 4° S		✓
		3°	5° e 6° S		
		4°	7° e 8° S		
14	Privado	1°			✓ ✓ ✓
		2°	3° e 4° S		
		3°	5° e 6° S		✓
		4°	7° e 8° S		
15	Privado	1°	1° e 2° S	✓	✓
		2°	3° e 4° S		✓
		3°	5° e 6° S		✓
		4°	7° e 8° S		✓
16	Privado	1°			
		2°	4° S		
		3°	5° S		
		4°	8° S		
17	Privado	1°			
		2°	4° S		
		3°	5° S		
		4°	8° S		
18	Privado	1°			
		2°	4° S		
		3°	5° S		
		4°	8° S		
19	Privado	1°			
		2°	3° e 4° S	✓	
		3°	5° e 6° S		
		4°	7° e 8° S		✓ ✓
20	Privado	1°			✓ ✓
		2°			
		3°	5° S		
		4°	7° e 8° S		

Abreviaturas: IES- Instituição de Ensino Superior; UC- Unidade Curricular; S- Semestral/Semestre; EC- Ensino Clínico; CCC/S- Competências de Comunicação Clínica/em Saúde.

Tabela 2

Caraterização das UC que Incluem Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde

IES	Ensino de CCC/S	
	UC Exclusiva	UC Inclusiva
1		Pedagogia da Saúde (15h.T+15h.TP; ECTS: 2,5; S: 3º)
2		Psicologia das Relações Interpessoais (45h.T+15h.TP; ECTS: 5; S: 2º)
		Psicologia da Saúde (30h.T; ECTS: 3; S: 3º)
3		Desenvolvimento Pessoal (25h.T+20h.TP+10h.OT; ECTS: 5; S: 2º)
		Educação e Comunicação em Saúde (45h.TP+15h.OT; ECTS: 5; S: 7º)
4		
		Comunicação e Relação Terapêutica (15h.T+30h.TP; ECTS: 4; S: 6º)
5		Comunicação em Saúde (30h.T; ECTS: 3; S: 2º)
		Desenvolvimento Profissional - II (30h.OT; ECTS: 3; S: 3º)
		Educação para a Saúde (20h.T+5h.TP; ECTS: 2; S: 4º)
		Desenvolvimento Profissional - IV (30h.OT; ECTS: 3; S: 5º)
6		Introdução à Fisioterapia (2h.Sm+2h.TP; ECTS: 2; S: 1º)
		Fisioterapia em Condições Neuro-Musculo Esqueléticas – 1 (8h.Sm+6h.TP; ECTS: 11; S: 1º)
		Educação Clínica – I (10h.E; ECTS: 3; S: 1º e 2º)
		Fisioterapia em Condições Neurológicas – 2 (8h.Sm; ECTS: 1; S: 4º)
7		
		Psicologia Relacional (45h.TP+20h.OT; ECTS: 4; S: 3º)
		Educação e Promoção da Saúde em

		Fisioterapia (45h.TP+20h.OT; ECTS: 4; S: 5°)
8		Psicologia Relacional (21h.T+35h.TP; ECTS: 4; S: 1°)
	Comunicação em Saúde (opcional) (40h.T+25h.TP+25h.PL; ECTS: 6; S: 6°)	
		Educação e Promoção da Saúde em Fisioterapia (28h.T+35h.TP; ECTS: 4; S: 7°)
9		
		Psicologia das Relações Interpessoais (20h.TP; ECTS: 2; S: 5°)
10	Pedagogia e Comunicação (20h.T; ECTS: 3; S: 2°)	Psicologia em Saúde (20h.T; ECTS: 3; S: 1°)
11	Pedagogia e Comunicação (20h.T; ECTS: 3; S: 2°)	Psicologia em Saúde (20h.T; ECTS: 3; S: 1°)
12		Psicologia (35h.T+25h.TP; ECTS: 6; S: 1°)
		Fisioterapia na Comunidade (14h.TP+20h.PL; ECTS: 6; S: 5°)
		Princípios de Ensino (6h.TP+8h.PL; ECTS: 2; S: 6°)
13		Gestos Básicos em Saúde (15h.TP+15h.PL; ECTS: 3; S: 2°)
		Psicologia Aplicada (30h.TP; ECTS: 3; S: 4°)
14		Introdução à Fisioterapia (30h.T+30h.TP; ECTS: 5,5; S: 1°)
		Psicologia (30h.T+20h.TP+6h.Sm; ECTS: 5; S: 1°)
		Avaliação e Medida em Fisioterapia (15h.T+30h.TP+45h.PL; ECTS: 8; S: 2°)
		Fisioterapia na Comunidade (30h.T+30h.PL; ECTS: 5; S: 5°)
15	Comunicação e Ensino (14h.T+10h.TP; ECTS: 2,5; S: 2°)	Psicossociologia das Relações Interpessoais I (18h.T+2h.O; ECTS: 2,5; S: 1°)
		Psicossociologia das Relações

		Interpessoais II (19h.T+60h.?.; ECTS: 3; S: 3°)
		Educação para a Saúde em Fisioterapia (18h.T+12h.TP; ECTS: 3; S: 6°)
		Fisioterapia na Comunidade (28h.T+18h.TP; ECTS: 4; S: 7°)
16		
17		
18		
19		
		Comunicação em Fisioterapia (30h.TP; ECTS: 3; S: 3°)
		Fisioterapia e Promoção da Saúde (60h.TP; ECTS: 5; S: 7°) Educação e Aconselhamento em Fisioterapia (30h.T; ECTS: 3; S: 7°)
20		Psicologia I (30h.T+15h.TP+5h.Sm; ECTS: 5; S: 1°) Psicologia II (30h.T+15h.TP+5h.Sm; ECTS: 5; S: 1°)

Abreviaturas: IES- Instituição de Ensino Superior; UC- Unidade Curricular; S- Semestre; CCC/S- Competências de Comunicação Clínica/em Saúde; T- Teórico; TP- Teórico-prático; ECTS- *European Credit Transfer System*; OT- Orientação Tutorial; PL- Prático e Laboratorial; Sm- Seminário.

Dos 20 ciclos de estudos identificados, 17 (85%) apresentavam, de alguma forma, o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde: oito instituições (40%) apresentavam uma UC própria, exclusiva, que contemplava direta e unicamente o seu ensino, embora uma fosse de carácter opcional; nove (45%) apresentavam o seu ensino integrado noutras UC; e apenas três (15%) não apresentavam ou sugeriam o ensino destas competências.

Unidades Curriculares Exclusivas

Dos oito ciclos de estudos que apresentam UC exclusiva no ensino de competências de comunicação clínica/em saúde, sete apresentavam em simultâneo o seu ensino incluído noutras UC como parte do conteúdo programático.

Existe uma disparidade em relação ao nome atribuído à UC exclusiva, tendo-se identificado seis diferentes nos oito ciclos de estudos: “Comunicação e relação terapêutica”, “Comunicação em saúde”, “Pedagogia e comunicação”, “Comunicação em fisioterapia”, “Educação e comunicação em saúde”, e “Comunicação e ensino”. A diferença mantém-se em relação ao momento de lecionação, às componentes, ao número de horas e ao número de ECTS.

Quanto ao momento de lecionação, quatro eram ministradas logo no 1º ano, no 2º semestre; uma durante o 3º semestre; duas no 6º semestre; e apenas uma IES optou pelo 7º semestre, já no último ano do ciclo de estudos. Relativamente às componentes letivas, três eram somente teóricas e uma unicamente teórico-prática, duas associavam a componente teórica com teórico-prática, uma teórica com teórico-prática e prática laboratorial e uma outra UC associava teórico-prática com orientação tutorial.

O número de horas/carga letiva de cada UC variava entre as 20 e as 90 horas, com duas a apresentarem 20 horas, duas 30 horas e as restantes quatro a apresentarem cada uma 24 horas, 45 horas, 60 horas e 90 horas. Em relação aos ECTS, quatro UC conferiam 3ECTS, concedendo cada uma das restantes quatro 6ECTS, 5ECTS, 4ECTS e 2,5ECTS.

Unidades Curriculares Exclusivas e Inclusivas

O ensino de competências de comunicação clínica/em saúde é perceptível ao longo dos quatro anos de graduação, com particular incidência no primeiro ano (20 UC), maioritariamente em UC inclusivas (16), valor que vai decrescendo ao longo dos semestres, identificando-se apenas cinco no 7º e penúltimo semestre, sendo quatro inclusivas e apenas uma exclusiva.

Apenas considerando os 17 ciclos de estudos que apresentavam claramente o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde, foi possível verificar que 12 introduziam o seu ensino a partir do 1º ano; um ao longo dos quatro anos letivos; sete

num único ano, dos quais apenas um o fazia no 4º/último ano; nove ciclos de estudos promoviam o seu ensino durante dois ou três anos.

Quanto ao momento de lecionação das UC exclusivas e inclusivas e ao primeiro momento de ensino clínico/estágio dos mesmos 17 ciclos de estudos, verificaram-se mais diferenças: em relação às UC exclusivas, duas eram lecionadas antes do primeiro momento de educação clínica/estágio; duas em simultâneo; e quatro após. Das 35 UC inclusivas identificadas, 16 eram lecionadas antes; três em simultâneo; e outras 16 após o primeiro momento de ensino clínico/estágio.

Em 14 das UC inclusivas a palavra “psicologia” surge no nome da UC demonstrando a estreita relação das ciências da saúde com as ciências sociais e humanas, que apontam para o modelo biopsicossocial.

Conteúdos Programáticos

Para o registo sistemático dos conteúdos programáticos das UC em que se lecionavam teores no âmbito da comunicação clínica/em saúde, foram criadas a Tabela 3 para as UC exclusivas, e a Tabela 4, para as UC inclusivas, tabelas nas quais se apresenta a informação pública disponível nos *sites* oficiais das IES e a disponibilizada pelas coordenações dos ciclos de estudos. Por não estarem disponíveis todos os conteúdos programáticos das UC identificadas, a Tabela 3 apenas inclui quatro das oito UC e a Tabela 4 apenas os conteúdos programáticos específicos de 25 das 35 UC que incluem o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde.

Tabela 3

Conteúdos Programáticos das UC Exclusivas no Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde

IES	Unidade Curricular	Conteúdo Programático
5	Comunicação em Saúde	- Comunicação: enquadramento conceptual, teorias e modelos da comunicação e aplicabilidade ao contexto da saúde, tipos de comunicação; - Fatores de comunicação verbal e não-verbal : estilos comunicacionais, comunicação assertiva, análise transacional; - A entrevista clínica: princípios e procedimentos

		<ul style="list-style-type: none">- Entrevista clínica em situações específicas- Eficácia na comunicação em saúde: questões, respostas e técnicas facilitadoras
10	Pedagogia e Comunicação	<ul style="list-style-type: none">- Comunicação Humana: componentes da comunicação;- A comunicação não verbal e a sua importância na relação terapêutica: o toque e o silêncio;- Barreiras à comunicação: a doença e a incapacidade;- Comunicação no sistema de saúde;- A Satisfação do utente e a comunicação;- Atitudes comunicacionais: atitudes e comportamento;- Interação social: percepção de si próprio e dos outros;- Estereótipos: influência na relação terapêutica;- A dinâmica de grupo: comportamentos e emoções emergentes no grupo, a liderança, a influência do grupo;- Pedagogia e Psicopedagogia: definição, métodos psicopedagógicos, as técnicas pedagógicas, aplicabilidade ao contexto clínico;- Papel do Fisioterapeuta na educação para a saúde: Educação para a saúde e Fisioterapia, Fisioterapia e níveis de prevenção da doença.
11	Pedagogia e Comunicação	<ul style="list-style-type: none">- Comunicação Humana: componentes da comunicação;- A comunicação não verbal e a sua importância na relação terapêutica: o toque e o silêncio;- Barreiras à comunicação: a doença e a incapacidade;- Comunicação no sistema de saúde;- A Satisfação do utente e a comunicação;- Atitudes comunicacionais: atitudes e comportamento;- Interação social: percepção de si próprio e dos outros;- Estereótipos: influência na relação terapêutica;- A dinâmica de grupo: comportamentos e emoções emergentes no grupo, a liderança, a influência do grupo;- Pedagogia e Psicopedagogia: definição, métodos psicopedagógicos, as técnicas pedagógicas, aplicabilidade ao contexto clínico;- Papel do Fisioterapeuta na educação para a saúde: Educação para a saúde e Fisioterapia, Fisioterapia e níveis de prevenção da doença.

15	Comunicação e Ensino	<p>- Definição e Caracterização do Processo de Comunicação: Teoria da pragmática da comunicação humana - os 5 axiomas da comunicação; Tipos de comunicação- verbal (oral, escrita audiovisual) e não-verbal (tátil, gestual, sinalética, simbólica, química, por ação, por sinais visuais ou acústicos).</p> <p>- A Comunicação nos Contextos Profissionais do Fisioterapeuta: Caracterização dos diferentes contextos comunicativos: interpessoal e grupal; Comunicação com utentes/pacientes, com pares e no quadro institucional/organizacional; Comunicação dos riscos aos utentes/pacientes e aos cuidadores formais/informais; Modos da comunicação em processos de ensino-aprendizagem- formal e informal.</p> <p>- Processo de ensino-aprendizagem – didática e intencionalidade do Fisioterapeuta: Comunicação didática-informação, interação e influência (com utentes/pacientes e cuidadores formais/informais); Comunicação terapêutica-informação, interação, influência e ação (com utentes/pacientes); Princípios de aprendizagem e estilos de aprendizagem; Particularidades dos processos de ensino-aprendizagem em adultos.</p> <p>- Meios e canais de comunicação – que papel na intencionalidade do Fisioterapeuta: O uso de diferentes meios e canais de comunicação para potenciar a influência e a ação do fisioterapeuta; Critérios para selecionar e escolher os meios e canais de comunicação mais eficazes.</p> <p>- Estratégias de Comunicação Interpessoal Eficazes nos Processos de Ensino Aprendizagem: Com crianças e adolescentes; Com adultos; Com seniores; Com pessoas com deficiência mental; Com pessoas com incapacidades visuais e auditivas ou outras patologias que condicionam a comunicação interpessoal.</p> <p>- Estratégias de Comunicação Grupal Eficazes: Como efetuar apresentações públicas (comunicação unidirecional), com eficácia; Como desenvolver o processo de ensino-aprendizagem- intencionalidade pedagógica, plano dos objetivos e dos conteúdos programáticos, avaliação da aprendizagem.</p>
----	----------------------	---

Tabela 4

Conteúdos Programáticos das UC que Incluem Ensino de Competências de Comunicação Clínica/em Saúde

IES	Unidade Curricular	Conteúdo Programático
2	Psicologia das Relações Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação humana: pragmática da comunicação; comunicação verbal (oral e escrita) e não verbal; comunicação face a face; entrevista; atitudes na comunicação - Comunicação, eficácia e produtividade do grupo - Comunicação verbal e não verbal; interação com doentes, outros profissionais e público - Empatia - Comunicar em diferentes contextos profissionais
	Psicologia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Relação paciente-profissional de saúde - Comunicação e compreensão em saúde - Promoção da saúde, prevenção e superação da doença, e adesão ao tratamento - Teorias e modelos psicossociológicos na adoção de comportamentos de saúde e na modificação de comportamentos
3	Desenvolvimento Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação nas relações interpessoais: fenómeno comunicacional - axiomas, elementos e barreiras à comunicação; Tipos de comunicação e impacto na relação com o outro; Comunicação verbal e não verbal; Técnicas de comunicação na relação – comunicação assertiva e assertividade empática - Competências comunicacionais em situações específicas: técnicas de comunicação na gestão de conflitos; técnicas de comunicação com interlocutores com necessidades específicas
5	Desenvolvimento Profissional II	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação clínica no contexto da Fisioterapia - Modelo de observação e avaliação da comunicação durante a avaliação subjetiva
	Educação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Modelos Teóricos Aplicáveis à Compreensão, Predição e Mudança dos Comportamentos de Saúde - Estratégias e técnicas pedagógicas em Educação para a Saúde. Os princípios essenciais da andragogia - A comunicação pedagógica: intervenientes e adequação da mensagem aos destinatários e aos níveis de literacia
	Desenvolvimento Profissional IV	<ul style="list-style-type: none"> - Raciocínio clínico interativo e modelos de relação terapêutica - Raciocínio clínico colaborativo e tomada de decisão - O impacto da aliança terapêutica nos resultados em fisioterapia - Prática centrada no utente: definição e implicações para a prática profissional
6	Introdução à Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de exposição oral e comunicação em público

	Fisioterapia em Condições Neuro-Musculo Esqueléticas - 1	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios gerais da comunicação: axiomas; comunicação verbal e não verbal; barreiras à comunicação (revisão) - Comunicação e relação terapêutica; Abordagem centrada na pessoa vs no problema - Atitudes comunicacionais - Entrevista: tipos de entrevista; A Entrevista em Fisioterapia; Competências de comunicação na entrevista; Microcompetências /técnicas de atendimento - Introdução à comunicação ao longo do ciclo vital e com populações com necessidades comunicativas especiais
	Educação Clínica - I	<ul style="list-style-type: none"> - Treino de competências comunicacionais em contexto da abordagem com pacientes simulados/ estandardizados (em articulação com as restantes unidades curriculares do 1º ano)
	Fisioterapia em Condições Neurológicas - 2	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias básicas para comunicar com adultos e crianças com perturbações da comunicação
7	Psicologia Relacional	<ul style="list-style-type: none"> - Pragmática da comunicação humana - Comunicação interpessoal eficaz - Escuta ativa - Transmissão de más notícias
	Educação e Promoção da Saúde em Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação efetiva em programas de educação e promoção da saúde
9	Psicologia das Relações Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Estilos de comunicação - Comunicação não verbal - Empatia - Escuta ativa ou disfuncional - Estratégias de comunicação
10	Psicologia em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação nos cuidados de saúde e a adesão terapêutica
11	Psicologia em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação nos cuidados de saúde e a adesão terapêutica
13	Gestos Básicos em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de comunicação -Técnicas de comunicação
	Psicologia Aplicada	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação e Relação Terapêutica em fisioterapia - Perícias e Estratégias de comunicação interpessoal - Comunicação de más notícias/Conspiração do silêncio/Lidar com a incerteza/Gestão da esperança - Comunicação na equipa interdisciplinar
14	Introdução à Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos gerais de comunicação em saúde
	Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação com o doente e entre os profissionais de saúde
	Fisioterapia na Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação em Geriatria e Saúde Mental - Entrevista Motivacional - “<i>Empowerment e Power Sharing</i>”: Comunicação fisioterapeuta /doente; Educação e Literacia em saúde
	Avaliação e Medida em Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação durante momentos de avaliação subjetiva/anamnese - Comunicação durante a entrevista

15	Psicossociologia das Relações Interpessoais I	<p>- Teorias da comunicação humana: Bases da coordenação comunicacional; A comunicação verbal; A comunicação não-verbal e relação terapêutica; Características e estratégias da comunicação terapêutica</p> <p>- A relação fisioterapeuta-utente: Aspectos relacionados com a pessoa que pede ajuda (utente); Aspectos relacionados com a família; Aspectos relacionados com o terapeuta; A entrevista clínica em fisioterapia; Aconselhamento e fisioterapia</p>
	Psicossociologia das Relações Interpessoais II	<p>- Intervenção e aconselhamento em famílias. O papel dos técnicos de saúde</p> <p>- Aprofundar o autoconhecimento e competências de comunicação pessoal</p>
	Educação para a Saúde em Fisioterapia	<p>- Competências efetivas na comunicação de informação, conselho, instrução e opinião profissional a colegas, utentes, clientes, seus familiares e acompanhantes; e, quando necessário, a grupos de colegas ou de clientes.</p>
	Fisioterapia na Comunidade	<p>- Competências efetivas na comunicação de informação, conselho, instrução e opinião profissional a colegas, utentes, clientes, seus familiares e acompanhantes; e, quando necessário, a grupos de colegas ou de clientes.</p>

Quanto aos conteúdos programáticos, destaca-se a comunicação não-verbal, mencionada em quatro UC exclusivas e em cinco inclusivas, seguida da relação terapêutica, abordada em duas UC exclusivas e cinco inclusivas, e a comunicação verbal em duas e quatro UC, respetivamente.

No âmbito das perturbações da comunicação, foram identificadas quatro UC, uma exclusiva e três inclusivas que abordam claramente o seu ensino: “comunicar com adultos e crianças com perturbações da comunicação”, “comunicação com populações com necessidades comunicativas especiais”, “técnicas de comunicação com interlocutores com necessidades específicas”, “com pessoas com patologias que condicionam a comunicação”. Em relação a comunicação em geriatria/seniores/idosos, apenas se identificaram duas UC, uma exclusiva e outra inclusiva.

Discussão

Este estudo permitiu identificar programas/planos de estudo de licenciatura em fisioterapia das IES Português que evidenciavam o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde ao identificar as UC em que tal era feito de uma forma exclusiva ou inclusiva. Apresenta, todavia, como limitação a falta de acesso à totalidade

da informação relacionada com os conteúdos programáticos das UC identificadas, por não estarem disponíveis publicamente ou não terem sido disponibilizadas, tal como e de acordo com as limitações identificadas por Bowen (2009) neste método: detalhes insuficientes e baixa acessibilidade; existindo assim a possibilidade de estarem por identificar algumas das competências de comunicação ensinadas.

Da sua análise, foi possível verificar que, apesar do número de UC exclusivas e de carácter obrigatório identificadas (sete em 20) ainda estar longe de abranger uma maioria de estudantes do 1º ciclo de estudos em fisioterapia, este, em comparação com o estudo de Coelho (2006), sugere a crescente importância do ensino destas competências, tal como preconizado pelas associações, organizações e entidades reguladoras da profissão e do seu ensino (APFisio, 2020; ENPHE, 2017; OF, 2021; WP, 2011; WP-ER, 2018), que as destaca nas suas diretrizes para o exercício profissional.

Ao contrário do que a literatura sugere, em relação ao número de horas e à componente prática no ensino, garantindo aos estudantes de licenciatura momentos de treino das competências de comunicação, já que estas são comprovadamente fundamentais ao exercício profissional do fisioterapeuta e terão impacto no seu desempenho futuro (Salgado et al., 2018), as UC exclusivas são significativamente dispare: três não têm qualquer componente prática e apenas têm atribuídas 20 e 30 horas, contrariamente ao sugerido pelos mesmos autores, de que no futuro o número de horas dedicado a esta área tenha uma maior expressão no curso de fisioterapia, com aumento da componente prática e redução do número de estudantes por sessão, procurando-se assim promover um treino efetivo das competências de comunicação clínica/em saúde. Inversamente, há uma UC que tem atribuídas um total de 90 horas das quais 50 são teórico-práticas e prático-laboratoriais, com 6 ECTS, pese embora o facto de que esta seja uma UC opcional, possivelmente pelas mesmas razões apresentadas por Salgado et al. (2018) já que para se praticar e desenvolver estas competências, com *feedback* em tempo útil, são necessárias muitas horas, o que torna estas oportunidades muito dispendiosas em termos de tempo e recursos humanos, levando a que o número de horas de tipologia prática ou teórico-prática venha gradualmente a diminuir. É de referir que, esta UC está integrada no último ciclo de estudos a ser acreditado pela A3ES e a entrar em funcionamento, o que faz recordar que os processos de criação e de gestão curricular existem numa dicotomia entre a observância dos conteúdos definidos a nível central e o alcançar a diversidade das turmas e dos estudantes, por meio de

práticas autónomas que permitam a contextualização do plano curricular estabelecido a nível nacional (Figueiredo et al., 2016).

O ensino que combina metodologias teóricas e estratégias de aplicação prática remete para programas avaliados como mais eficazes, tendendo aqueles que dedicam mais horas à consolidação das aprendizagens e permitem um treino adicional a obter melhores resultados (Bylund et al., 2010), o que se verifica, em parte, nas restantes quatro UC exclusivas, que distribuem de uma forma mais equitativa a carga horária total atribuída pelas componentes teóricas e práticas, em que apenas uma apresenta maior número de horas teóricas do que teórico-práticas.

De um modo geral, é consensual o ensino, em larga medida, da comunicação verbal e não-verbal entre os terapeutas e os utentes, os seus cuidadores e outros profissionais de saúde, tal como preconizado por Reynolds (2005).

A mesma análise não foi possível nas UC inclusivas, já que o total de horas atribuídas, os ECTS e as componentes de ensino são globais para toda a UC, não estando disponível informação detalhada relativa aos conteúdos no âmbito das competências de comunicação, sendo esta uma limitação do presente estudo.

Um possível inconveniente de estas competências não serem ensinadas e trabalhadas em UC exclusivas é que talvez não sejam integradas devidamente e não ofereçam as mesmas oportunidades de aprendizagem a todos os futuros fisioterapeutas já que, como afirmaram Stewart et al. (2016) existe possibilidade de os professores assumirem que os alunos, ao longo do curso, vão adquirindo automaticamente outras competências, embora o ensino explícito dessas competências consideradas de carácter “genérico” seja difícil, atendendo a que os programas/planos de estudo nem sempre as contemplam por impossibilidade de atribuição de horas ao seu ensino, já apossadas na sua totalidade por outras UC. Assim, e ainda segundo os mesmos autores (Stewart et al., 2016), as competências atribuídas e dessa forma solicitadas aos recém-graduados deveriam, idealmente, ser adquiridas por todos os estudantes, pelo menos e seguramente à data da graduação, aumentando e equilibrando as oportunidades e opções na candidatura a um emprego.

Tendo em conta que o currículo é central para o processo educacional e deve ser alvo de um regular processo de melhoria, a fim de responder às exigências sociais e

políticas e conseguir alcançar os estudantes (Figueiredo et al., 2016), Portugal participa, através da Direção-Geral da Educação, no projeto da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos – OCDE, *OECD - Future of Education and Skills: Education 2030*, que desenvolve um Quadro de Referência Internacional (QRI) / *OECD Learning Compass 2030*, de conhecimentos, competências, atitudes e valores que os jovens precisam de adquirir para compreender e participar num mundo em rápida mudança, resultante da globalização e transformações tecnológicas que aceleraram os desafios. O desfasamento temporal entre a identificação das necessidades de mudança e a implementação de medidas terá de ser diminuído de forma a darem-se respostas adequadas e atempadas (OECD, 2020), não sendo o currículo de fisioterapia uma exceção.

Assim, dependendo do futuro contexto em que os estudantes venham a entrar, as suas necessidades de possuir/adquirir aptidões e competências chave, vão mudar ao longo do tempo, levando a que a capacidade de responder à mudança continue ao longo do tempo, pelo que os graduados precisam de estar preparados para dar continuidade à aprendizagem ao longo das suas carreiras profissionais, o que significa que a forma como a educação, formação e aprendizagem é estruturada e analisada também precisa de ser periodicamente atualizada (Stewart et al., 2016).

Conclusão

Do conhecimento dos autores, esta análise é a primeira a incluir todos os planos curriculares nacionais do 1º ciclo de estudos em fisioterapia, para avaliar se as competências de comunicação clínica/em saúde são especificamente mencionadas e o seu ensino é ministrado em UC exclusivas ou incluído em outras UC.

O estudo permitiu ter-se o panorama geral, em Portugal, da inclusão de ensino de competências de comunicação clínica/em saúde no ensino pré-graduado de fisioterapia. Verificou-se que menos de metade (40%) dos ciclos de estudo apresentavam uma UC própria, exclusiva, que contemplava direta e unicamente o seu ensino, dos quais só metade a lecionavam antes ou em simultâneo com o primeiro momento de estágio/ensino clínico. No entanto, a evidência científica e as diretrizes existentes para o seu ensino na formação inicial dos fisioterapeutas, não deixe dúvidas

acerca da importância das competências de comunicação e a pertinência da sua inclusão no ensino pré-graduado.

Apesar dos resultados, não é de descartar a hipótese de que o ensino de competências de comunicação clínica/em saúde em fisioterapia em Portugal possa permanecer de forma “escondida”, não formal, continuando a ser considerado inerente no ensino de outras competências técnicas/práticas da profissão.

Assim, pretende-se que os resultados deste estudo possam ser um indicador para outros (investigadores, entidades reguladoras da profissão, decisores políticos), para que se considere a pertinência da adoção/criação de uma UC que permita a uniformização na formação pré-graduada em fisioterapia em Portugal e que dote todos os fisioterapeutas portugueses com as mesmas e basilares competências de comunicação clínica/em saúde, no início da sua atividade profissional, como garantia de uma prestação de cuidados de qualidade, adequada e justa, igual para todos os cidadãos, particularmente em território nacional e europeu.

Referências

- Adamson, B., & Morris, P. (2007). Comparing Curricula. In: Bray, M., Adamson, B., & Mason, M. (eds). *Comparative education research: Approaches and methods*. Comparative Education Research Centre; Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6189-9_11
- Andrade, S. R., Schmitt, M. D., Storck, B. C., Piccoli, T., & Ruoff, A. B. (2018). Análise documental nas teses de enfermagem: Técnica de coleta de dados e método de pesquisa. *Cogitare Enfermagem*, 23(1), e53598. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2020). *O Perfil de Competências do Fisioterapeuta*. [APFisio Perfil Compet Fisio rev2020.pdf](#)
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>

- Bray, M., Adamson, B., & Mason, M. (Eds.). (2007). *Comparative education research: Approaches and methods*. Comparative Education Research Centre; Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6189-9>
- Bylund, C. L., Brown, R., Gueguen, J. A., Diamond, C., Bianculli, J., & Kissane, D. W. (2010). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-oncology*, 19(6), 583–593. <https://doi.org/10.1002/pon.1585>
- Carlos, D. J. D., Bellaguarda, M. L. R., & Padilha, M. I. (2022). O documento como fonte primária nos estudos da enfermagem e da saúde: Uma reflexão. *Esc Anna Nery*, 26, e20210312. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0312>
- Coelho, C. A. (2006). *Importância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas: Da formação às necessidades sentidas na prática*. [Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta]. [A Comunicação no Exercício Profissional dos Fisioterapeutas: \(uab.pt\)](https://www.uab.pt/pt/Comunicacao-no-Exercicio-Profissional-dos-Fisioterapeutas)
- Coleman, J. (2011). O conceito de igualdade de oportunidades educacionais (M. J. Sá, Trad.) *Educação, Sociedade & Culturas*, 34, 137–155. https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC34/ESC34_Arquivo_James.pdf. (Trabalho original publicado em 1968, The Concept of Equality of Educational Opportunity. *Harvard Educational Review*, 38(1), 1–22).
- Direção Geral do Ensino Superior (DGES). Licenciatura. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/licenciatura>
- Dong, T., LaRochelle, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military Medicine*, 180(4 Suppl), 24–30. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II

report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>

European Commission/EACEA/Eurydice. (2018). *The European Higher Education Area in 2018: Bologna Process Implementation Report*. Publications Office of the European Union. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/sites/default/files/bologna_internet_0.pdf

European Commission – European Education Area. *European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS)*. <https://education.ec.europa.eu/levels/higher-education/inclusion-connectivity/european-credit-transfer-accumulation-system>

European Network of Physiotherapy in Higher Education. (2017). *Level of education, Roles and Competences – ENPHE Recommendations*. [ESCO report ENPHE recommendations April 2017.pdf](https://www.enphe.europa.eu/ESCO_report_ENPHE_recommendations_April_2017.pdf)

European Union Council. (2011). *Council conclusions on the role of education and training in the implementation of the Europe 2020 strategy*. https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/educ/119282.pdf

Figueiredo, C., Leite, C., & Fernandes, P. (2016). The curriculum in school external evaluation frameworks in Portugal and England. *Research in Comparative & International Education*, 11(3), 282–297. <https://doi.org/10.1177/1745499916661933>

Jones, A. (2009). Generic attributes as espoused theory: The importance of context. *Higher Education*, 58(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s10734-008-9189-2>

Kim, S. (2016). *A comparative study of early childhood curriculum documents focused on education for sustainability in South Korea and Australia* [Masters by Research thesis, Queensland University of Technology]. https://eprints.qut.edu.au/94087/1/Soyoung_Kim_Thesis.pdf

Leite, R. A. (2013). *Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: Avaliação e revisão curricular*. [Dissertação de Mestrado em Medicina, Covilhã, Universidade da Beira Interior].

<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1613/1/Dissertação%20Rita%20Leite.pdf>

Li, M., Zhang, Y., Yuan, L., & Birkeland, Å. (2019). A Critical Analysis of Education for Sustainability in Early Childhood Curriculum Documents in China and Norway. *ECNU Review of Education*, 2(4), 441–457.

<https://doi.org/10.1177/2096531119893483>

Meneses, R. F., Miyazaki, C., Pais-Ribeiro, J. (2013). Importância e satisfação atribuídas pelos professores universitários às competências comunicacionais. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e38–e42. <https://doi.org/10.25758/set.884>

Morgado, P., Lemos, A. R., Almeida, S., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2019). A structured remediation program for communication skills. *International Journal of Medical Education*, 10, 161–162. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d5a.72c3>

Muller, E. (2017). Document analysis: comparing and contrasting the early years education of Estonia and England to highlight the similarities and differences and impact of respective countries children. *The STeP Journal*, 4(2), 95–112. [Document analysis: Comparing and contrasting the early years education of Estonia and England to highlight the similarities and differences and impact of respective countries children | The STeP Journal \(cumbria.ac.uk\)](https://doi.org/10.1177/2096531117700002)

O’Leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project* (3rd ed.). SAGE Publications, Ltd.

Ordem dos Fisioterapeutas. (2021). *Referencial da Formação Inicial para a Inscrição na Ordem dos Fisioterapeutas*. [Microsoft Word - entry level geral 27 4 2021 REVISTO \(1\).docx \(ordemdosfisioterapeutas.pt\)](#)

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). Executive Summary in *What Students Learn Matters: Towards a 21st Century Curriculum*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2b14f50d-en>

Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>

- Rezende, V. L. M., Rocha, B. S., Naghettini, A. V., & Pereira, E. R. S. (2019). Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 23(Supl. 1), e170896.
<https://doi.org/10.1590/Interface.170896>
- Salgado, A., Dores, A. R., Martins, H., Sousa, Z., Magalhães, A., Reis, A. (2018). 5º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior – Atas. In ... (Org.). *Desenvolvimento de competências de comunicação clínica no primeiro ano de fisioterapia*, 213–218.
https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/14341/1/ART_AnaSalgado_2018.pdf
- Stewart, J., Shanmugam, S., & Seenan, C. (2016). Developing 21st century graduate attributes: Incorporating novel teaching strategies in a physiotherapy curriculum. *European Journal Of Physiotherapy*, 18(3), 194–199.
<https://doi.org/10.1080/21679169.2016.1181205>
- Taveira-Gomes, I., Mota Cardoso, R., & Figueiredo Braga, M. (2016). Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173–180.
<https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>
- Teutsch C. (2003). Patient-doctor communication. *The Medical clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- Wood, L. M., Sebar, B., & Vecchio, N. (2020). Application of Rigour and Credibility in Qualitative Document Analysis: Lessons Learnt from a Case Study. *The Qualitative Report*, 25(2), 456-470. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss2/11>
- World Physiotherapy. (2011). *Physical Therapist Professional Entry Level Education – Guideline*. [G-2011-Entry-level-education.pdf \(world.physio\)](#)

World Physiotherapy – Europe region. (2018). *Expected Minimum Competencies for an Entry Level Physiotherapist in the European Region*. [Europe Region](#)

[WorldPhysio | Expected Minimum Competencies for Entry Level \(erwcpt.eu\)](#)

PARTE III - INTERVENÇÃO

Capítulo V

Artigo 5 – Competências de comunicação de estudantes de fisioterapia: eficácia de uma formação *e-learning*

Resumo

Introdução: O processo terapêutico requer do fisioterapeuta competências para além das do domínio técnico. As competências de comunicação clínica/em saúde, comprovadamente em contínuo desenvolvimento desde a fase inicial de formação, determinam a importância do seu ensino pré-graduado. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação clínica/em saúde para alunos de fisioterapia. **Métodos:** Estudo Quasi-experimental. Participaram 34 alunos de fisioterapia da Escola Superior de Saúde- Fernando Pessoa. Aplicação das escalas Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) e Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) pré e pós intervenção; formação *elearning*, estruturada em oito módulos em sessões assíncronas e síncronas, num total de 16 horas. **Resultados:** Verificou-se um aumento estatisticamente significativo na componente Sharing da PPOS nas participantes do sexo feminino. Constatou-se uma diminuição no total do IRI, com aumento da empatia cognitiva e empatia afectiva, bem como um aumento no total da PPOS e em ambas as subescalas (Sharing e Caring), embora sem significância estatística. A utilização da plataforma Moodle® foi considerada “facilíssima” por 79% dos participantes e 50% considerou que o formato online facilitou “totalmente” a aprendizagem. **Conclusão:** É premente a procura de alternativas que permitam evitar o decréscimo da comunicação empática. A dificuldade das componentes práticas, sugere que um modelo misto, em formato *b-learning*, poderá ser uma opção ao *e-learning* no ensino de competências de comunicação clínica/em saúde em estudantes de fisioterapia.

Palavras-chave: comunicação em saúde; fisioterapia; ensino superior; cuidado centrado no paciente; empatia

Introdução

Comunicar é um dos Direitos Humanos fundamentais – consagrado, também, pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Gomes, et al., 2020).

Quanto à comunicação clínica/em saúde (CC/S), Sequeira (2016) aprofunda a definição ao afirmar que a Comunicação Clínica e em Saúde ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde, com regras próprias, em função dos profissionais de saúde em interação e do tipo de intervenção, de acordo com códigos deontológicos e de ética, está presente num ato clínico e refere-se à comunicação que os profissionais estabelecem para avaliarem uma situação, para realizarem uma intervenção, bem como para documentarem os cuidados prestados e planearem os próximos contactos, estando ainda presente nos momentos de partilha de experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

O carácter transversal, central e estratégico dos processos de comunicação em saúde demonstram a sua relevância nos diferentes contextos de atuação do fisioterapeuta, já que comunicação em saúde engloba todas as áreas nas quais esta é relevante, através da transmissão de mensagens com o intuito de promover, educar para a saúde, prevenir, evitar fatores de risco e doenças, sugerir, recomendar mudanças de comportamento e auto-cuidados, informar sobre a saúde, a doença e planos de tratamento (Teixeira, 2004). Logo, para além das competências gerais, como qualquer profissional de saúde, o fisioterapeuta tem de adquirir competências para além das do domínio técnico, com particular destaque para as competências de CC/S, cuja importância foi estudada anteriormente pelos autores (Santos et al., 2020) particularmente os Cuidados Centrados na Pessoa, a Tomada de Decisão Partilhada e a Empatia. A sua relevância encontra-se reforçada pelas diretrizes nacionais e internacionais da profissão (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2020; European Network of Physiotherapy in Higher Education, 2017; Ordem dos Fisioterapeutas, 2021; World Physiotherapy, 2011; World Physiotherapy – Europe region, 2018).

Neste contexto, é de sublinhar que a participação comunicativa pode não só estar relacionada com o conjunto de competências da pessoa/paciente, mas também, por

exemplo, com a atitude dos interlocutores para com a pessoa com alterações da comunicação, particularmente se esta utiliza uma ajuda técnica (aumentativa) ou alternativa de comunicação (Sixt Börjesson et al., 2021). Assim, existe a premente necessidade de se envolver os indivíduos com alterações de comunicação na tomada de decisões partilhada, proporcionando-lhes a participação no estabelecer de objetivos de tratamento e de vida (Baylor & Darling-White, 2020).

A generalização do uso de máscara facial devido à recente pandemia de COVID-19 também se revelou uma barreira importante no processo de comunicação, com um efeito prejudicial na comunicação verbal/oral, em ambos os sentidos, uma vez que os ouvintes irão provavelmente experimentar uma diminuição na inteligibilidade e os locutores irão sentir um aumento de esforço vocal (Bottalico et al., 2020), que nos casos de alterações da comunicação por reduzida inteligibilidade do discurso poderá agravar a situação pré-existente com redução da participação comunicativa do paciente (Börjesson et al., 2021; Johansson et al., 2022), com consequências no estabelecer e desenvolver da relação terapêutica (Bright et al., 2018).

Os indivíduos com dificuldades de comunicação são particularmente vulneráveis, tais como os indivíduos com deficiência auditiva, perturbações da linguagem ou aqueles que falam uma língua diferente da língua do profissional de saúde, o que requer por parte deste uma adequação da comunicação que permita ao paciente receber cuidados de qualidade (Baylor et al., 2019; van Rijssen, 2021) e participar na discussão e tomada de decisões em matéria de cuidados de saúde (Agaronnik et al., 2019; Carragher et al., 2021). A comunicação com pacientes mais velhos tem também características próprias e relevantes (Daba-Buzoianu et al., 2018), especialmente quando em presença de processos demenciais (Araújo et al., 2015; Langaro et al., 2018; Machiels et al., 2017) ou perda auditiva, notavelmente predominante na população geriátrica, deixando-a suscetível à deficiente comunicação com os prestadores de cuidados de saúde (Cohen et al., 2017). Assim, é necessário que o profissional de saúde tenha uma clara compreensão das perdas sensoriais e sociais, para que seja capaz de comunicar eficazmente com o paciente idoso.

Tendo em conta que o sucesso comunicativo pode estar dependente, particularmente da presença de uma perturbação da linguagem e da fala, o sucesso nestes casos específicos fica sobretudo dependente da capacidade do profissional de saúde se adaptar

à mesma, sendo fundamental selecionar a melhor estratégia para cada paciente (Mota-Cardoso, 2012; Sequeira, 2016). Esta escolha poderá garantir um dos direitos universais, o de uma comunicação eficaz, que só ocorre quando as intenções e significados dos intervenientes são compreendidos, alcançando-se um entendimento comum.

O ensino de competências de comunicação

O ensino de competências de comunicação tem sido historicamente relegado para uma sub-disciplina de outras unidades curriculares ou limitado às noções básicas (Santos et al., 2021). Mas acrescentar novos conteúdos a um currículo acarreta custos em termos de tempo e dinheiro, pelo que importa conhecer o que resulta e o que não resulta (Headly, 2007).

As competências de comunicação CC/S podem ser aprendidas, treinadas e otimizadas e estão comprovadamente em contínuo desenvolvimento desde a fase inicial de formação, o que reforça a importância da introdução do seu ensino na aprendizagem pré-graduada (Dong et al., 2015; Morgado et al., 2019; Parry & Brown, 2009; Taveira-Gomes et al., 2016), embora a aquisição de competências, como a comunicação e a empatia, seja complexa e exija estratégias que ajudem a sua aprendizagem e implementação (Bauchal et al., 2016).

Em 2021 a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS) apresentou as linhas orientadoras e recomendações para o ensino/aprendizagem de comunicação clínica dos estudantes (nos diferentes anos de formação) e profissionais de saúde, documento que se propõe a reforçar a relevância da comunicação na relação clínica e a “necessidade de aprender, ensinar, desenvolver, praticar, treinar e consolidar competências de comunicação clínica” (SP3CS, 2021, p. 2). Este documento apresenta como estratégias de ensino-aprendizagem: 1) Visionamento e análise reflexiva de vídeos; 2) Exercícios vivenciais individuais e grupais; 3) Análise crítica e reflexiva de objetos artísticos; 4) Discussão de exemplos clínicos reais ou simulados; 5) Exercícios práticos – *role-play*; 6) Treino de entrevista clínica simulada; 7) Prática clínica tutelada, comentada e refletida.

Os estudantes de saúde que tiveram a oportunidade de aprender e treinar tais competências estarão melhor preparados e darão um contributo mais significativo quando estiverem no exercício da profissão (World Physiotherapy, 2020). Este

contributo será particularmente significativo se os momentos de ensino clínico/estágio proporcionarem ambientes clínicos saudáveis, que promovam oportunidades de aplicação das competências aprendidas para consolidação das aprendizagens. A aprendizagem em contexto clínico e o contacto directo com o paciente foram descritos como essenciais, não só no desenvolvimento de competências técnicas/práticas, mas também de competências de comunicação e atitudes profissionais adequadas (Roling et al., 2020), transferindo para o orientador e/ou tutor a responsabilidade de modelo educativo e de adquirir conhecimentos na área. Sabe-se que os estudantes durante o período de educação clínica da sua formação sofrem mais ansiedade e estão sujeitos a maior *stress*, mais por factores contextuais do que por factores relacionados com os pacientes (Roling et al., 2020) ou seja, nos momentos de ensino-aprendizagem em contexto clínico parece não existir uniformização na adoção de um modelo centrado no aluno, já utilizado nas restantes unidades curriculares.

O formato digital (*e-learning*) mostra-se promissor no ensino de competências de CC/S há mais de uma década (Headly, 2007), sendo uma prática cada vez mais comum, é apresentado pela World Physiotherapy (2020) como um recurso educacional a ser mais utilizado no futuro.

Em comparação com outras profissões da saúde, a utilização das novas tecnologias no ensino em fisioterapia é muito pouco estudada (Ødegaard et al., 2021; Veneri, 2011). Apesar de escassa, a investigação nesta área revela potencial na implementação de metodologias digitais e que estas têm a capacidade de melhorar o desempenho das competências técnicas, a aquisição de conhecimentos e a consolidação das aprendizagens (Maćznik et al., 2015; Røe et al., 2019), embora existam críticas a métodos de aprendizagem digital no ensino em fisioterapia, por não estarem fundamentados numa perspetiva teórica de aprendizagem (Ødegaard et al., 2021; Unge et al., 2018). Ainda assim, os resultados sugerem que os modelos de ensino digital à distância, em particular em formato *b-learning*, são tão ou mais eficazes em comparação com o ensino tradicional (Ødegaard et al., 2021; Røe et al., 2019).

Apesar de não ser um fenómeno novo, o formato *e-learning* ganhou um outro ímpeto com a pandemia de COVID-19. O acesso a plataformas de ensino como o Moodle® pode facultar aos alunos a flexibilidade e a independência necessária para aprenderem sem os tradicionais limites físicos e de tempo, permitindo que estes se

mantenham ativamente envolvidos no processo de aprendizagem (Pitikoe et al., 2021); na emergente transformação digital a World Physiotherapy (2020) aponta o ensino *online* como um recurso alternativo à tradicional sala de aula, podendo os alunos beneficiar de uma maior autonomia.

Independentemente dos novos desafios tecnológicos do século XXI, em fisioterapia o contacto com os pacientes é predominantemente presencial e, em particular os mais idosos, privilegiam a construção da relação com o profissional de saúde e preferem estabelecer uma comunicação humana presencial (Paskaleva et al., 2017).

O documento “O Perfil de Competências do Fisioterapeuta” (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas - APFisio, 2020) apresenta as competências de CC/S na Competência-Chave - Modelo de comunicação com utente/grupo e outros parceiros, das quais se destacam: 1) promove uma comunicação centrada no utente; 2) promove a participação e tomada de decisão esclarecida do paciente no seu processo de cuidados ou de serviços contratualizados. Tal está em consonância com a revisão integrativa de Santos et al. (2020) em que o modelo centrado na pessoa, com tomada de decisão partilhada, surge nitidamente numa grande maioria dos programas de treino em competências de comunicação dirigidos a fisioterapeutas.

Outra competência considerada basilar é a empatia, identificada por consenso de peritos como uma das competências de comunicação centrais na formação pré-graduada em fisioterapia e na aprendizagem contínua de fisioterapeutas (Queirós et al., 2021; Santos et al., 2021). A relação existente entre a empatia terapêutica e os cuidados centrados na pessoa tem implicações na prática e no ensino nos dois campos (Hardman & Howick, 2019).

Neste contexto, com o presente estudo pretendeu-se verificar se a intervenção elaborada teve efeito na aquisição/melhoria das competências de comunicação, em particular dos cuidados centrados na pessoa e da empatia, de alunos de fisioterapia e conhecer a perceção deste quanto à intervenção.

Método

Tratou-se de um estudo longitudinal quasi-experimental .

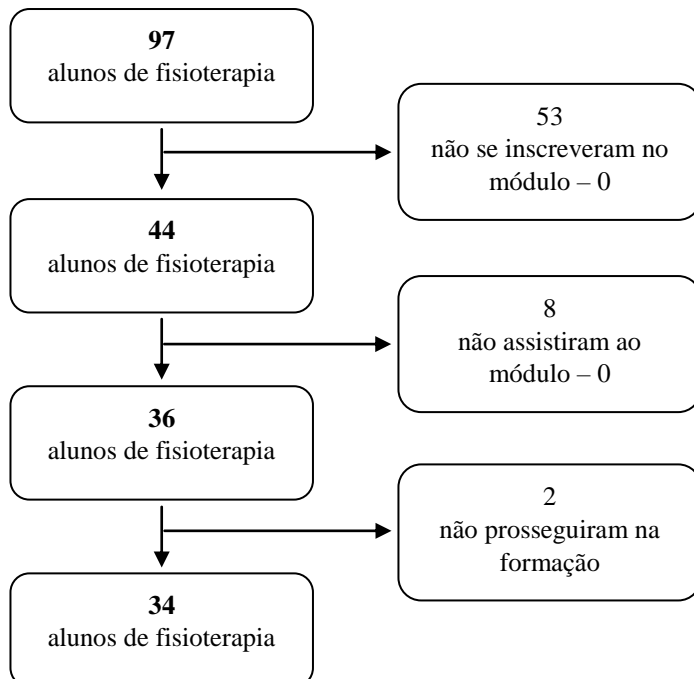
Participantes

Tendo em conta o tipo de estudo foram definidos como critérios de inclusão: 1) ser maior de idade e 2) ser aluno do 2º ou 3º ano da licenciatura em fisioterapia da ESS-FP, e como critérios de exclusão: 1) ser menor de idade, 2) não ser fluente em português e 3) já ter feito formação específica em CC/S. Assim, a seleção da amostra foi intencional e de conveniência.

Aquando da divulgação do estudo junto da comunidade de estudantes do 2º e 3º ano em fisioterapia, 97 alunos demonstraram interesse e solicitaram mais informação via *email*; inscreveram-se 44 no módulo zero, dos quais 36 assistiram à sessão síncrona, deram assentimento para participar no estudo, responderam ao questionário sociodemográfico e ao protocolo de avaliação e inscreveram-se na formação. Completaram todos os módulos da formação 34 participantes, tendo respondido no final ao protocolo de avaliação (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma do Processo de Seleção da Amostra



Assim, a amostra final foi constituída por 34 alunos inscritos no ano letivo de 2021/2022 na licenciatura em fisioterapia da ESS-FP, cuja mediana da idade era 21 (19-30), maioritariamente do sexo feminino, do 3º ano e que havia já realizado pelo menos um momento de ensino clínico/estágio (Tabela 1).

Tabela 1

Descrição da Amostra

	<i>n (%)</i>
Sexo	
Feminino	24 (71)
Masculino	10 (29)
Ano	
2º	11 (32)
3º	23 (68)
Ensino clínico/estágio	
Não	8 (24)
Sim	26 (76)

Material

Para o presente estudo foram desenvolvidos dois questionários específicos: o questionário sociodemográfico (focando idade, género, ano de curso em que está inscrito, formação anterior em comunicação, frequência de estágio/ensino clínico), aplicado pré-intervenção e o questionário de avaliação/satisfação da formação (indagando sobre objetivos, conteúdos, estruturação, aplicabilidade, recursos e materiais, expectativas/necessidades, plataforma, formato, tipo de sessões), aplicado pós-intervenção.

Foram utilizados dois instrumentos de autorresposta (IRI; PPOS), já adaptados e validados à população portuguesa, tendo-se obtido previamente autorização dos respetivos autores (anexo 3), para a sua utilização neste estudo.

IRI – Índice de Reatividade Interpessoal

O Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) de Davis (1980, 1983) é um instrumento de autorresposta e um dos mais utilizados para avaliar empatia (Limpo et al., 2010).

Assenta numa conceção multidimensional de empatia e baseia-se em quatro subescalas: 1) tomada de perspetiva, que reflete a tendência para adotar os pontos de

vista do outro; 2) preocupação empática, que mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro; 3) desconforto pessoal, que avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos; 4) fantasia, que avalia a propensão da pessoa para se imaginar em situações fictícias (Davis, 1980, 1983; Limpo et al., 2010).

A versão portuguesa (Limpo et al., 2010) é constituída por 24 itens, sobre sentimentos e pensamentos que uma pessoa poderá ter vivenciado em diversas situações; os itens estão divididos pelas quatro subescalas, cada uma com seis itens. A empatia cognitiva é medida através da subescala “Tomada de perspetiva”, sendo a empatia afetiva obtida através da soma e cálculo da média das restantes três subescalas. As respostas são classificadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que zero corresponde a “não me descreve bem” e quatro “descreve-me muito bem”. Os resultados mais elevados em qualquer uma das dimensões traduzem níveis mais elevados das competências que estão a ser avaliadas.

Apresenta boas características psicométricas quanto à validade, fidelidade e sensibilidade e, de modo geral, uma boa consistência interna e na sua validação/adaptação replicou o padrão de correlações entre subescalas verificado tanto na escala original como nas suas adaptações a outras línguas (Limpo et al., 2010).

PPOS - *Patient-Practitioner Orientation Scale*

A PPOS, construída por Krupat et al. (2000), é uma escala de autorresposta e uma das mais utilizadas para avaliar a centração no paciente (Grilo et al., 2018). Trata-se de um instrumento que permite avaliar as atitudes em cuidados centrados no paciente *versus* centrados na doença e tem sido utilizada em estudos relativos à formação de futuros profissionais de saúde, sendo um bom indicador da sua aplicabilidade (Grilo et al., 2018).

A PPOS integra duas dimensões distintas da centração no paciente, avaliadas nas duas subescalas: 1) *Sharing*, que integra a dimensão de partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente, remete à medida em que o profissional de saúde partilha informação e controlo com o paciente, traduz o quanto os profissionais de saúde acreditam que o paciente deseja obter informação e participar no processo de tomada de decisão; e 2) *Caring*, que integra a dimensão de compreensão do paciente enquanto um ente singular, com as suas particularidades e com os seus direitos,

e não simplesmente como um corpo com uma doença, traduz o grau em que o profissional de saúde proporciona suporte ao paciente e se preocupa com aspetos que ultrapassam os sintomas físicos, assim como o quanto os profissionais de saúde acreditam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias de vida do paciente interferem no processo de tratamento.

A versão portuguesa (Grilo et al., 2018) é constituída por 18 itens, formulados de forma a refletir uma das duas dimensões dos cuidados centrados no paciente, correspondendo a cada uma das subescalas nove itens, distribuídos de forma indistinta. Cada uma das 18 afirmações é classificada numa escala de tipo *Likert* com seis pontos, em que o valor 1 corresponde a “completamente de acordo” e o valor 6 a “completamente em desacordo”. O resultado total da escala pode ser obtido a partir da média aritmética dos valores dos 18 itens; no geral, para todos os itens, os valores mais elevados correspondem a cuidados centrados no paciente, enquanto os valores mais baixos indicam uma orientação centrada na doença ou no profissional de saúde. Considera-se que um *score* alto (resultado superior ou igual a 5,00) corresponde a uma orientação centrada no paciente; e baixo (inferior ou igual a 4,57) corresponde a uma orientação centrada na doença ou no profissional de saúde, sendo o médio inferior a 5.00 e superior a 4.57. Da mesma forma, os resultados de cada dimensão podem ser obtidos a partir da média dos valores dos nove itens correspondentes.

Os resultados obtidos nos estudos psicométricos da versão portuguesa são superiores ou próximos aos encontrados nas suas adaptações a outras línguas, tendo ficado demonstrado pelos resultados da análise fatorial confirmatória, que as medidas indicativas de um bom ajuste estão dentro ou próximo das gamas que sugerem um ajuste aceitável do modelo aos dados (Grilo et al., 2018).

Descrição e implementação do programa

O programa de formação “Competências de comunicação do fisioterapeuta: do ensino à prática clínica” foi elaborado e implementado pela primeira autora do estudo, que possui formação profissional creditada para ministrar cursos/formações *online* – “Curso de e-formador”. A formação teve como objetivos principais: 1) Consciencializar para a Importância das competências de comunicação clínica/em saúde; 2) Ajudar a reconhecer a relevância das competências de comunicação clínica/em saúde em fisioterapia; 3) Apresentar os conceitos e princípios básicos de competências de

comunicação clínica/em saúde; 4) Ajudar a reconhecer que melhor comunicação promove melhores relações, e melhores cuidados de saúde; 5) Promover uma comunicação em cuidados centrados na pessoa; 6) Apresentar e desenvolver a capacidade de saber selecionar as competências de comunicação clínica/em saúde de acordo com o contexto e interlocutor(es); 7) Treinar e melhorar as competências CC/S.

O plano de estudos foi concebido com vista a que, no final de cada módulo, os formandos atingissem os objetivos específicos definidos (Tabela 2).

Tabela 2

Objetivos Específicos dos Módulos da Formação

MÓDULO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1 Importância e Relevância das Competências de Comunicação Clínica	1) Definir competência e comunicação clínica/em saúde; 2) Conhecer os conceitos de comunicação; 3) Identificar barreiras e obstáculos à comunicação; 4) Identificar elementos e tipos de comunicação; 5) Reconhecer a importância das competências de comunicação clínica/em saúde e a sua relevância em fisioterapia.
2 Competências de Comunicação Básicas	1) Definir comunicação terapêutica; 2) Identificar as competências de comunicação clínica/em saúde, mínimas esperadas num fisioterapeuta em início de carreira; 3) Identificar competências de comunicação verbal e não verbal; 4) Entender os efeitos das competências de comunicação clínica/em saúde; 5) Conhecer as diferentes fases do modelo de entrevista clínica.
3 Cuidados Centrados na Pessoa	1) Reconhecer a importância dos cuidados centrados na pessoa; 2) Identificar os benefícios da comunicação centrada no paciente; 3) Perceber a diferença entre entrevista focada no paciente e entrevista focada no clínico; 4) Conhecer o papel do profissional de saúde/fisioterapeuta e do paciente na relação terapêutica; 5) Identificar as qualidades do profissional de saúde, necessárias à construção da relação terapêutica.
4 Tomada de Decisão Partilhada	1) Compreender o que é a Tomada de Decisão Partilhada; 2) Reconhecer a importância da Decisão Partilhada no processo terapêutico; 3) Identificar os componentes do processo de Decisão Partilhada; 4) Conhecer os benefícios da Tomada de Decisão Partilhada; 5) Saber comunicar com paciente e/ou família/cuidadores na Tomada de Decisão Partilhada do adulto maior.

5	Empatia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Definir e reconhecer a importância da empatia; 2) Identificar os componentes da empatia terapêutica; 3) Conhecer os benefícios e as estratégias de comunicação empática; 4) Distinguir empatia afetiva de empatia cognitiva; 5) Entender a relação entre os cuidados centrados no paciente e a empatia terapêutica.
6	Modelos, Teorias, Técnicas e Métodos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Conhecer os modelos, teorias, técnicas e métodos comunicacionais mais comuns em fisioterapia; 2) Identificar os princípios estruturantes da <i>Entrevista Motivacional</i>; 3) Conhecer as etapas do modelo dos 5As; 4) Reconhecer a relevância da técnica <i>Teach Back</i> na qualidade e segurança dos cuidados de saúde; 5) Conhecer os princípios da <i>Teoria da Auto Determinação</i>.
7	Comunicação em Situações Específicas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar as principais alterações da comunicação, ao longo do ciclo vital; 2) Compreender as especificidades da comunicação com o paciente impossibilitado de falar; 3) Conhecer os princípios básicos e estratégias de comunicação com o idoso e a criança; 4) Reconhecer a relevância das estratégias de comunicação alternativa e aumentativa; 5) Conhecer as particularidades no contacto e comunicação com a família.
8	Da Teoria à Prática	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ser capaz de refletir sobre a sua forma de comunicar; 2) Compreender como atuar em situações futuras; 3) Perspetivar mudanças no sentido de uma comunicação mais adequada.

Descrição da intervenção/programa: formato *e-learning*, através da plataforma Moodle®, em sessões síncronas e assíncronas, estruturadas em oito módulos com a duração estimada de 90 minutos de estudo autónomo em cada um dos primeiros sete módulos, que foram antecedidos do módulo zero (de 90 minutos) em modo síncrono com a investigadora, com os objetivos específicos de: 1) conhecer a temática da investigação; 2) ficar esclarecido em relação ao objetivo, natureza e procedimento do estudo; 3) dar assentimento informado, livre e esclarecido; 4) conhecer a formação: objetivos, estrutura e conteúdos programáticos; 5) fazer, com sucesso, registo na plataforma da formação; 6) responder ao questionário sociodemográfico, PPOS e IRI.

Os módulos um a sete foram realizados em sessões assíncronas, através de trabalho/estudo autónomo, o que permitiu ao participante/formando acesso contínuo aos

conteúdos programáticos, através de recursos e materiais pedagógicos, tais como: vídeos-modelo; Power Point; PDF (recursos bibliográficos), progredindo na formação obrigatoriamente por ordem numérica (crescente) dos módulos, só sendo permitido início de um módulo após conclusão do anterior.

Os primeiros sete módulos estiveram disponíveis para conclusão por um período de seis semanas. A oitava e última sessão, com a duração de quatro horas, foi síncrona com a investigadora, em pequenos grupos, para em pares ou tríades, treinarem e aplicarem os conhecimentos adquiridos, através de casos clínicos (fictícios), situações hipotéticas, com apresentação e discussão de propostas, por parte dos formandos, de quais as competências a utilizar em cada caso e de *role-play* com *feedback* dos pares e da formadora, com momentos de reflexão sobre o desempenho e promoção de mudanças no sentido de uma comunicação mais adequada.

Os métodos pedagógicos foram essencialmente: o expositivo, interrogativo e demonstrativo, com disponibilização de *chat* e *email* institucional da formadora, onde o formando pôde solicitar esclarecimento de dúvidas, assim como receber *feedback* ao longo da formação.

Procedimento

O presente estudo foi alvo de parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (ANEXO 4), tendo-se obtido autorização para a sua realização por parte da Direção da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa e da Coordenação da licenciatura em fisioterapia (ANEXO 5), bem como autorização dos autores para utilizar os instrumentos de avaliação (ANEXO 3).

No início do ano letivo 2021/2022, foi articulado com a Coordenação da licenciatura em fisioterapia qual o melhor momento para a participação (voluntária) dos alunos inscritos no 2º e 3º ano sem sobreposição/interferência com os períodos letivos mais intensos e de avaliação. O Gabinete de Comunicação e Imagem da Fundação Fernando Pessoa procedeu à divulgação a 27 de Setembro, junto dos alunos alvo do estudo, disponibilizando o respetivo *link* para inscrição no módulo zero. Face à ausência de inscrições, foi realizada divulgação de forma presencial, em quatro momentos, dois para cada ano nos primeiros 10 minutos das unidades curriculares sugeridas pela Coordenação, de acordo com a disponibilidade dos docentes.

Dado o reduzido tamanho da amostra, recorreu-se à mediana e âmbito interquartil e ao teste não paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks* para a comparação dos *scores* pré e pós intervenção, usando-se um nível de significância de 5%.

A análise estatística foi realizada com recurso ao software Microsoft Excel 14.0 (Office 2010) para Windows® e IBM SPSS Statistics 27.0.1®.

Resultados

Eficácia da intervenção

Verificou-se, da primeira para a segunda avaliação, um aumento nas pontuações da subescala IRI tomada de perspetiva e uma diminuição nas subescalas IRI preocupação empática, desconforto pessoal e fantasia, resultando num aumento da empatia cognitiva e diminuição da empatia afectiva; e um aumento nas pontuações de ambas as subescalas PPOS (*Sharing* e *Caring*). Estas variações não tiveram significado estatístico (Tabela 3).

Tabela 3

Mediana e Âmbito Interquartil das Pontuações no IRI e PPOS na 1ª e 2ª Avaliação (N=34)

(Sub)Escala	1ª avaliação	2ª avaliação	<i>p</i>
	Mediana (âmbito interquartil)	Mediana (âmbito interquartil)	
IRI	2,5 (2,1 ; 3,0)	2,4 (2,0 ; 2,7)	0,521
IRI Subescala Tomada de Perspetiva	3,2 (2,5 ; 3,5)	3,3 (2,7 ; 3,7)	0,616
IRI Subescala Preocupação Empática	3,2 (2,7 ; 3,5)	3,0 (2,7 ; 3,5)	0,599
IRI Subescala Desconforto Pessoal	1,6 (1,2 ; 2,3)	1,5 (1,0 ; 2,0)	0,340
IRI Subescala Fantasia	2,3 (1,3 ; 2,7)	2,0 (1,2 ; 2,8)	0,742
Empatia Cognitiva	3,2 (2,5 ; 3,5)	3,3 (2,7 ; 3,7)	0,616
Empatia Afetiva	2,4 (1,8 ; 2,8)	2,2 (1,8 ; 2,5)	0,406
PPOS	4,0 (3,7 ; 4,3)	4,2 (3,7 ; 4,5)	0,249
PPOS Subescala Sharing	3,6 (3,1 ; 4,0)	3,8 (3,4 ; 4,3)	0,133
PPOS Subescala Caring	4,5 (4,1 ; 4,8)	4,7 (3,9 ; 4,9)	0,830

Nos sujeitos do sexo feminino, as diferenças obtidas da primeira para segunda avaliação no IRI são idênticas às encontradas na totalidade da amostra, com exceção da subescala preocupação empática cuja mediana diminuiu na totalidade da amostra e aumentou na subamostra do sexo feminino, mas sem significado estatístico.

Na escala PPOS, nos sujeitos do sexo feminino, os resultados seguiram a mesma tendência de subida, em particular na subescala *Sharing*, que da primeira para a segunda avaliação apresenta um aumento da mediana, com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4

Mediana e Âmbito Interquartil das pontuações no IRI e PPOS na 1ª e 2ª Avaliação em função do Sexo

(Sub)Escala	1º momento <i>mediana</i> (âmbito <i>interquartil</i>)	2º momento <i>mediana</i> (âmbito <i>interquartil</i>)	<i>p</i>
Sexo feminino n=24			
IRI	2,7 (2,3 ; 3,0)	2,6 (2,3 ; 2,9)	0,668
Subescala Tomada de Perspetiva	3,1 (2,5 ; 3,5)	3,3 (2,7 ; 3,8)	0,272
Subescala Preocupação Empática	3,2 (2,8 ; 3,7)	3,3 (2,8 ; 3,5)	0,626
Subescala Desconforto Pessoal	1,8 (1,2 ; 2,3)	1,7 (1,2 ; 2,0)	0,269
Subescala Fantasia	2,4 (1,7 ; 3,1)	2,3 (2,0 ; 3,3)	0,715
Empatia Cognitiva	3,2 (2,5 ; 3,5)	3,3 (2,7 ; 3,8)	0,272
Empatia Afetiva	2,5 (2,2 ; 2,8)	2,4 (2,2 ; 2,8)	0,563
PPOS	4,0 (3,7 ; 4,3)	4,2 (3,7 ; 4,7)	0,133
Subescala Sharing	3,6 (3,0 ; 3,9)	3,8 (3,5 ; 4,7)	0,023
Subescala Caring	4,5 (4,1 ; 4,8)	4,7 (3,9 ; 4,9)	0,976
Sexo masculino n=10			
IRI	2,1 (2,0 ; 2,6)	2,0 (2,0 ; 2,4)	0,575
Subescala Tomada de Perspetiva	3,0 (2,7 ; 3,6)	3,1 (2,6 ; 3,7)	0,683
Subescala Preocupação Empática	2,9 (2,4 ; 3,3)	2,7 (2,4 ; 3,1)	0,610
Subescala Desconforto Pessoal	1,2 (0,9 ; 2,2)	1,1 (0,8 ; 1,7)	0,878
Subescala Fantasia	1,4 (1,3 ; 2,4)	1,2 (1,0 ; 1,7)	0,235
Empatia Cognitiva	3,0 (2,7 ; 3,6)	3,1 (2,6 ; 3,7)	0,683
Empatia Afetiva	1,8 (1,6 ; 2,4)	1,8 (1,6 ; 1,9)	0,444
PPOS	4,0 (3,8 ; 4,6)	4,1 (3,8 ; 4,3)	0,859
Subescala Sharing	3,7 (3,4 ; 4,3)	3,8 (3,2 ; 3,9)	0,326
Subescala Caring	4,5 (4,0 ; 4,8)	4,6 (3,6 ; 4,8)	0,678

Em relação a diferenças entre os estudantes do 2º e 3º ano (Tabela 5), constatou-se que, apesar de não serem estatisticamente significativas, no IRI a empatia cognitiva aumentou da 1ª para a 2ª avaliação nos estudantes do 2º ano e diminuiu nos do 3º ano e, contrariamente, a empatia afetiva diminuiu nos alunos do 2º ano e aumentou nos do 3º ano. Constatou-se que, em relação aos dois tipos de empatia, os estudantes do 2º ano apresentam as mesmas variações da amostra total, enquanto os do 3ºano apresentam variações contrárias. Já nas pontuações da PPOS, apesar de se ter verificado um aumento da 1ª para a 2ª avaliação na amostra total, verificou-se uma diminuição na subescala *Caring* nos estudantes do 2º ano, mas sem significado estatístico.

Tabela 5

Mediana e Âmbito Interquartil das pontuações no IRI e PPOS na 1ª e 2ª Avaliação em função do Ano de Escolaridade

(Sub)Escala	1º momento <i>Mediana</i> (âmbito <i>interquartil</i>)	2º momento <i>mediana</i> (âmbito <i>interquartil</i>)	<i>p</i>
2º ano (n=11)			
IRI	2,4 (2,2 ; 2,9)	2,4 (2,0 ; 2,6)	0,398
Subescala Tomada de Perspetiva	3,3 (2,5 ; 3,8)	3,5 (3,3 ; 3,8)	0,266
Subescala Preocupação Empática	3,3 (3,0 ; 3,3)	2,8 (2,5 ; 3,3)	0,159
Subescala Desconforto Pessoal	1,8 (1,2 ; 2,5)	1,5 (0,8 ; 1,7)	0,073
Subescala Fantasia	2,3 (1,3 ; 2,7)	1,3 (1,0 ; 2,2)	0,286
Empatia Cognitiva	3,3 (2,5 ; 3,8)	3,5 (3,3 ; 3,8)	0,266
Empatia Afetiva	2,4 (1,9 ; 2,8)	1,9 (1,5 ; 2,3)	0,091
PPOS	4,0 (3,7 ; 4,5)	4,2 (4,0 ; 4,4)	0,444
Subescala Sharing	3,2 (3,1 ; 4,3)	3,8 (3,7 ; 4,3)	0,141
Subescala Caring	4,8 (4,2 ; 4,9)	4,7 (3,9 ; 4,9)	0,440
3º ano (n=23)			
IRI	2,5 (2,0 ; 2,9)	2,5 (2,0 ; 2,9)	0,843
Subescala Tomada de Perspetiva	3,2 (2,5 ; 3,5)	3,0 (2,5 ; 3,7)	0,808
Subescala Preocupação Empática	3,0 (2,7 ; 3,7)	3,0 (2,7 ; 3,5)	0,640
Subescala Desconforto Pessoal	1,5 (1,0 ; 2,3)	1,5 (1,0 ; 2,0)	0,961
Subescala Fantasia	2,3 (1,3 ; 2,8)	2,2 (1,7 ; 3,3)	0,732
Empatia Cognitiva	3,2 (2,5 ; 3,5)	3,0 (2,5 ; 3,7)	0,808
Empatia Afetiva	2,3 (1,7 ; 2,8)	2,4 (1,9 ; 2,6)	0,884
PPOS	4,0 (3,7 ; 4,3)	4,2 (3,4 ; 4,7)	0,386
Subescala Sharing	3,7 (3,2 ; 4,0)	3,8 (3,1 ; 4,5)	0,357
Subescala Caring	4,4 (4,0 ; 4,7)	4,7 (3,9 ; 4,9)	0,903

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as pontuações da PPOS e IRI, de acordo com o coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = 0,340$, $p = 0,049$): na 2ª avaliação, os valores da empatia estão positivamente correlacionados com os valores das atitudes de uma orientação mais centrada no paciente.

Quanto aos resultados da avaliação e satisfação da formação (Tabela 6), na perspectiva dos participantes, os objetivos da formação foram, para uma grande maioria, “muito claros”, assim como os conteúdos, que foram considerados, por uma grande maioria “totalmente adequados” e, quanto à sua aplicabilidade “totalmente aplicáveis”. Quanto à estrutura do programa de formação, a maioria classificou-a como “totalmente correta”. Os recursos e materiais pedagógicos disponibilizados foram “abundantes” para uma larga maioria. Em relação às expectativas e necessidades, a maioria afirmou terem sido “totalmente atingidas”.

A utilização da plataforma Moodle® foi considerada “facilíssima” pela maioria. Quando questionados se o formato *online* facilitou a aprendizagem, metade considerou que o facilitou “totalmente”. Quanto à preferência do tipo de formação e sessão, a maioria preferia formação presencial; tratando-se de sessões *online*, a maior parte preferia que fossem síncronas.

O módulo oito (síncrono e teórico-prático) foi o mais frequentemente assinalado pelos participantes como preferido (maioria); no final, 14 alunos acrescentaram que gostariam de ver incluídos na formação outros temas, entre os quais: “Comunicação com pessoas com quadro depressivo”; “Como lidar quando sabemos que não vai melhorar o estado do paciente”; “Comunicação em contexto hospitalar”; “Como falar com um paciente que está a passar uma fase de luto”; “Aprofundar mais o tema da paralinguística e também a linguagem gestual” e “humor”.

Todos os 34 participantes recomendariam a formação a outros, sendo que a maioria o faria “sem hesitar”.

Tabela 6

Avaliação e Satisfação da Formação pelos Participantes (N=34)

Objetivos da ação da formação	n (%)
Compreensíveis	1 (3)
Claros	7 (21)

Muito claros	26 (76)
Conteúdos da ação de formação	
Adequados	1 (3)
Bastante adequados	3 (9)
Totalmente adequados	30 (88)
Estruturação do Programa da ação de formação	
Correta	5 (14)
Bastante correta	6 (18)
Totalmente correta	23 (68)
Aplicabilidade dos conteúdos da ação de formação	
Aplicáveis	1 (3)
Bastante aplicáveis	10 (29)
Totalmente aplicáveis	23 (68)
Recursos e Materiais pedagógicos	
Necessário	1 (3)
Adequado	6 (18)
Abundante	27 (79)
A formação correspondeu às suas expectativas e necessidades?	
Suficiente	2 (6)
Muito	10 (29)
Totalmente	22 (65)
Utilização da Plataforma da ação de formação	
Fácil	2 (6)
Muito fácil	5 (15)
Facilíssimo	27 (79)
O formato online facilitou a aprendizagem?	
Pouco	2 (6)
Indiferente	4 (12)
Muito	11 (32)
Totalmente	17 (50)
Que formato de formação prefere?	
Presencial	18 (53)
Online	10 (29)
Indiferente	6 (18)
Numa formação <i>online</i>, que formato de sessão prefere?	
Assíncrona	12 (35)
Síncrona	15 (44)
Indiferente	7 (21)

Discussão

O presente estudo, embora apresente como limitações o tamanho (reduzido) e tipo de amostra (por conveniência), existindo assim a possibilidade de se obterem outros

resultados com uma amostra maior e incluindo alunos de outras Instituições de Ensino Superior, permitiu desenvolver, implementar, avaliar e comparar os resultados da implementação de um programa de formação em competências de CC/S em alunos em do 2º e 3º ano da licenciatura em fisioterapia.

Os estudos quase-experimentais são por norma o método mais indicado para fazer inferências causais, sendo adequado para observar os efeitos de uma intervenção particular num grupo específico, permitindo trabalhar um vasto número de variáveis em simultâneo, apresentando como limitação o facto de não envolver amostras aleatórias, o que poderá condicionar a generalização das suas conclusões (Euzébio et al., 2021). Pattison et al. (2019) defendem este tipo de estudos no campo da pesquisa educacional, já que se trata de um poderoso instrumento, em que se parte dos dados empíricos de uma situação, para estabelecer relações de causa-efeito.

Empatia

Os resultados obtidos, como a diminuição nos valores totais do IRI da primeira para a segunda avaliação e os valores mais altos de empatia nos sujeitos do sexo feminino do que nos do sexo masculino, estão de acordo com os encontrados noutros estudos (Bas-Sarmiento et al., 2019; Bayliss & Strunk, 2015). O mesmo não sucede quando se compara valores totais de empatia entre os anos de formação, já que no presente estudo são mais altos nos estudantes do 3º ano do que nos do 2º ano, em oposto ao anteriormente constatado, em que os valores são superiores nos primeiros anos de formação e o decréscimo se verifica ao longo da formação pré-graduada (Bas-Sarmiento et al., 2019; Bayliss & Strunk, 2015; Hojat et al., 2009; Park et al., 2015; Soundy et al., 2021).

As diferenças culturais e as relacionadas com a profissão têm sido apontadas como possíveis variáveis que afetam a empatia (Tan et al., 2021). O início da unidade curricular “Ensino clínico” durante o programa de formação pode ter fragilizado o equilíbrio essencial entre a empatia e o distanciamento emocional necessário na prestação de cuidados, uma vez que os níveis de empatia têm implicações positivas e negativas na qualidade de vida do profissional de saúde (Bayliss & Strunk, 2015). O que pode, em parte, justificar o único aumento da empatia afetiva, observada nos alunos de 3º ano, já que o elemento afetivo da empatia tem sido apontado como um fator susceptível de esbater as fronteiras profissionais e causar *burnout* nos profissionais e estudantes de saúde (Bayliss & Strunk, 2015; Tan et al., 2021).

Não sendo de excluir as hipóteses levantadas por Roling et al. (2020), de que uma das razões pode ser o contacto com o paciente em si, quando os alunos são expostos a experiências difíceis, a diminuição da empatia pode ser uma resposta desadaptada para aliviar a ansiedade de serem confrontados com o sofrimento e a doença e/ou por razões ligadas ao contexto clínico, nomeadamente a contactos com modelos de comportamento negativos ou mesmo negligente por parte de profissionais de saúde para com os pacientes. Estas experiências podem fazer com que os alunos se tornem menos empáticos, como um mecanismo de adaptação à cultura do contexto em que estão inseridos. Assim, o equilíbrio entre empatia afetiva e empatia cognitiva varia de um indivíduo para o outro, definindo de forma única a experiência empática de cada um (Cox et al., 2012), mas segundo Jeffrey (2016), o contraste entre as duas dimensões da empatia não deve definir conceitos antagónicos de empatia, mas sim indicar que dimensão de empatia é mais adequada em determinado contexto e/ou situação clínica.

Cuidados Centrados na Pessoa/Paciente

Apurou-se um aumento na pontuação das duas dimensões da PPOS (*Sharing* e *Caring*) da primeira para a segunda avaliação, tanto nos resultados gerais como por sexo, verificando-se que o aumento na pontuação da subescala *Sharing* nos participantes do sexo feminino apresentou significado estatístico, tal como constatado em estudos anteriores (Krupat et al., 2000; Silva et al., 2017; Wahlqvist et al., 2010), que aferiram que as mulheres apresentam resultados mais elevados nas duas subescalas da PPOS.

Em relação à comparação entre alunos de 2º e 3º ano, na primeira avaliação, os alunos do 2º ano apresentaram valores mais altos na subescala *Caring* da PPOS em comparação com os alunos do 3º ano, mas mais baixos na subescala *Sharing*, valores que sobem da primeira para a segunda avaliação em todos os alunos, com exceção do *Caring* nos alunos de 2º ano, que descem. A inexistência ou pouca experiência na interação com pacientes (momentos anteriores de educação clínica/estágio) poderá ser uma condicionante, já que na ausência de prática clínica em fisioterapia o aluno terá mais dificuldade em compreender a natureza da relação terapêutica, principalmente se o contacto estabelecido com os pacientes for acompanhado pelo orientador ou por um aluno mais velho. Investigação qualitativa sobre relação terapêutica (Morera-Balaguer et al., 2018) apresenta-a como parte integrante dos cuidados de fisioterapia centrados no paciente, uma vez que há elementos da relação terapêutica que são únicos da fisioterapia (McCabe et al., 2021; Miciak et al., 2019). As hipóteses levantadas poderão, em parte,

justificar os resultados gerais da PPOS, que, apesar de aumentarem, não tem significado estatístico.

Os cuidados centrados no paciente, têm vindo a revelar-se uma importante medida da avaliação da eficácia de programas de treino de competências de comunicação, bem como das próprias competências (Grilo, 2010; Shawet et al., 2012), o que fundamenta e reforça a importância do seu ensino/treino.

É ainda de referir que se verificou uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as pontuações do IRI e PPOS, pelo que, tal como num estudo anterior (Hardman & Howick, 2019), pode-se afirmar que mais empatia poderá proporcionar mais cuidados centrados na pessoa, com benefícios para os pacientes, traduzindo-se numa maior adesão destes aos tratamentos e melhores resultados em saúde (Allen & Roberts, 2017). Depreende-se, assim, que a aposta em programas de ensino/treino que melhorem a comunicação empática poderá ser um bom ponto de partida para melhorar e aumentar os cuidados centrados na pessoa.

Programa de Formação *e-learning*

A maioria dos estudantes avaliou a aplicabilidade da formação com o nível mais elevado, o que vai ao encontro do preconizado pela andragogia, que pressupõe que a necessidade de aprendizagem dos estudantes adultos é motivada pela vontade de aplicar ao longo do percurso profissional ou pessoal, os conhecimentos adquiridos (Ferreira & MacLean, 2018). Tal também se verifica ao analisar os resultados obtidos na classificação do item “necessidades e expectativas”, com uma maioria a avaliá-la como totalmente atingidas.

Após análise dos restantes resultados do questionário de avaliação da formação, foi possível verificar que uma grande maioria classificou com o nível mais alto de satisfação os objetivos, conteúdos e recursos pedagógicos da formação, sendo bons indicadores, já que é vital que a elaboração de programas de ensino em *e-learning* se coadune com os objetivos de aprendizagem que correspondam às necessidades sentidas, sendo essencial um paradigma diferente para a conceção pedagógica e a disponibilização de conteúdos (Ferreira & MacLean, 2018; Pitikoe et al., 2021).

Sabendo que a perceção dos participantes pode ser influenciada pelas suas competências digitais (tecnológicas) individuais e que esta perceção condiciona a sua satisfação com a eficácia dos programas de *e-learning* (Camargo et al., 2020), o

questionário de avaliação incluiu itens em relação ao formato *e-learning*. No item relacionado com a facilidade de utilização da plataforma, 79% dos participantes consideraram “facilíssima” a sua utilização e 82% consideraram que o formato *online* facilitou “muito” ou “totalmente” a aprendizagem. Em relação ao formato da sessão 35% preferia o modo assíncrono e 44% preferia o modo síncrono, possivelmente porque este permite ao formador motivar e transmitir entusiasmo e promover maior interatividade entre os participantes durante a sessão (Ferreira & MacLean, 2018) e ainda, segundo Oliveira e Morgado (2020) num estudo sobre as dinâmicas emocionais e a sua regulação em diferentes ambientes virtuais de aprendizagem no ensino superior, a presença emocional do professor parece beneficiar a aprendizagem e bem-estar do grupo. Não obstante, uma pequena maioria (53%) manifestou preferência pela formação em formato presencial.

Foram percebidas dificuldades nos exercícios práticos de *role-play*, que parecem estar relacionadas com fatores que, possivelmente, influenciaram a confiança e perceção de (in)capacidade por parte dos participantes para aplicarem os conhecimentos adquiridos, como por exemplo a preocupação com possíveis erros e a falta de experiência prévia em termos de prática e da utilização das competências aprendidas, em particular nos alunos do 2º ano que nunca tiveram momentos de ensino clínico/estágio.

Os programas de ensino/treino de competências de comunicação clínica/em saúde que proporcionam um treino adicional, dedicando mais horas à consolidação das aprendizagens, tendem a obter melhores resultados (Bylund et al., 2010), o que poderá, em parte, justificar os achados, sugerindo, futuramente, uma distribuição mais equilibrada (equitativa) da carga horária total atribuída pelas componentes teóricas e práticas, aumentando as oportunidades de prática/treino dos conhecimentos adquiridos em cada módulo, dando assim maior oportunidade à consolidação das aprendizagens, em resposta a uma das necessidades apontadas pelos participantes, sendo uma das alterações a implementar futuramente.

De acordo com Ferreira e MacLean (2018), um programa em formato *e-learning* é tipicamente desenvolvido com duração (intervalo de tempo) e quantidade de conteúdos programáticos pré-determinado, o que pode resultar numa dissipação rápida de conhecimentos, não permitindo a sua consolidação se os participantes avançarem rapidamente por motivação (desejo) em concluir a tarefa ou na redução de bons

resultados se forem levados a avançar num ritmo que não é o seu, com consequente redução dos conhecimentos adquiridos. Eventualmente, tal poderá ter acontecido, tendo em conta que alguns momentos de avaliação de unidades curriculares do ano letivo a decorrer coincidiram com o intervalo de tempo disponibilizado para a formação, com eventual redução de tempo destinado às sessões assíncronas.

Conclusão

Após a implementação do programa de formação em competências de CC/S, verificou-se um aumento estatisticamente significativo nos estudantes do sexo feminino, na componente *sharing* em cuidados centrados na pessoa. Apesar das diferenças observadas neste estudo entre os sujeitos em função do sexo, deve-se permanecer cuidadoso quanto a estereótipos, já que não é de descartar a hipótese de que, eventualmente, os resultados possam também ter sido determinados por outros fatores não estudados.

Apesar dos resultados obtidos no IRI, sabe-se que a empatia não é uma competência inata, mas é uma competência de comunicação que pode ser aprendida e melhorada. Tendo isso em consideração, é premente que se procurem diversas alternativas para desenvolver a comunicação empática, que permitam evitar o seu decréscimo.

O estudo permitiu ainda identificar melhorias a implementar no programa de formação em competências de CC/S dirigido a alunos da licenciatura em fisioterapia, como por exemplo uma reformulação com maior componente prática e mais sessões síncronas, procurando ir ao encontro dos resultados de avaliação da formação.

A pandemia de COVID – 19 teve um efeito catalítico significativo nas alterações dos métodos de ensino em todo o mundo, que originou uma transição abrupta das aulas presenciais para o ensino *online*. Com as plataformas digitais a permitirem o acesso contínuo a partir de diferentes dispositivos (computador, telemóvel, *tablet*) aos conteúdos em sessões assíncronas e a momentos de aprendizagem “ao vivo” com os professores em sessões síncronas surge a oportunidade vantajosa de utilizar um modelo “centrado no estudante”, que lhes permite optar livremente pelo local e/ou momento para estudar. Embora na formação de profissionais de saúde se verifique a dificuldade das componentes práticas, considera-se que um modelo misto, em formato *b-learning*,

será a melhor opção e o mais utilizado no futuro na formação pré-graduada em fisioterapia.

Assim, pretende-se que os resultados obtidos neste estudo possam ser um contributo para a construção de um plano de formação pré-graduada em fisioterapia ajustado às necessidades e desafios da transformação digital, que possa dotar os futuros fisioterapeutas com competências de CC/S que lhes permita ultrapassar as dificuldades sentidas e capacitá-los, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, com uma das competências essenciais aos profissionais em início de atividade.

Referências

- Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing Physicians. *Journal of general internal medicine*, 34(7), 1139–1145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04911-0>
- Allen, M. V., & Roberts, L. C. (2017) Perceived acquisition, development and delivery of empathy in musculoskeletal physiotherapy encounters. *Journal of communication in healthcare*, 10(4), 304–312. <https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1366000>
- Araújo, A. M. G. D., Lima, D. O., Nascimento, I. P., Almeida, A. A. F., & Rosa, M. R. D. (2015). Linguagem em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista CEFAC*, 17(5), 1657–1663. <https://doi.org/10.1590/1982-021620151754215>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, (Rev.). (2020, setembro 8). *O Perfil de Competências do Fisioterapeuta*. [APFisio Perfil Compet Fisio rev2020.pdf](#)
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Díaz-Rodríguez, M., & iCARE Team (2019). Teaching empathy to nursing students: A randomised controlled trial. *Nurse education today*, 80, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.06.002>
- Bauchat, J. R., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation-Based Training Is Not Optional. *Clinical simulation in nursing*, 12(8), 356-359. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.04.003>
- Baylor, C., & Darling-White, M. (2020). Achieving participation-focused intervention through shared decision making: Proposal of an age- and disorder-generic

- framework. *American journal of speech-language pathology*, 29(3), 1335–1360. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00043
- Baylor, C., Burns, M., McDonough, K., Mach, H., & Yorkstona, K. (2019). Teaching medical students skills for effective communication with patients who have communication disorders. *American journal of speech-language pathology*, 28(1), 155–164. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0130
- Bayliss, A. J., & Strunk, V. A. (2015). Measurement of Empathy Changes During a Physical Therapist's Education and Beyond. *Journal of physical therapy education*, 29(2), 6–12.
- Börjesson, M. S., Hartelius, L., & Laakso, K. (2021). Communicative participation in people with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Folia phoniatica logopaedica*, 73, 101–108. <https://doi.org/10.1159/000505022>
- Bottalico, P., Murgia, S., Puglisi, G. E., Astolfi, A., & Kirk, K. I. (2020). Effect of masks on speech intelligibility in auralized classrooms. *The journal of the acoustical society of America*, 148(5), 2878. <https://doi.org/10.1121/10.0002450>
- Bright, F., Kayes, N. M., McPherson, K. M., & Worrall, L. E. (2018). Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study. *International journal of language & communication disorders*, 53(5), 981–994. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12409>
- Bylund, C. L., Brown, R., Gueguen, J. A., Diamond, C., Bianculli, J., & Kissane, D. W. (2010). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-oncology*, 19(6), 583–593. <https://doi.org/10.1002/pon.1585>
- Camargo, C. P., Tempski, P. Z., Busnardo, F. F., Martins, M. A., & Gemperli, R. (2020). Online learning and COVID-19: a meta-synthesis analysis. *Clinics (São Paulo)*, 75, e2286. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2286>
- Carragher, M., Steel, G., O'Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., Taylor, N. F., & Rose, M. (2021). Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 43(21), 3003–3014. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722264>
- Cohen, J. M., Blustein, J., Weinstein, B. E., Dischinger, H., Sherman, S., Grudzen, C., & Chodosh, J. (2017). Studies of Physician-Patient Communication with Older Patients: How Often is Hearing Loss Considered? A Systematic Literature Review. *Journal of the American geriatrics society*, 65(8), 1642–1649. <https://doi.org/10.1111/jgs.14860>

- Cox, C. L., Uddin, L. Q., Di Martino, A., Castellanos, F. X., Milham, M. P., & Kelly, C. (2012). The balance between feeling and knowing: affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(6), 727–737.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsr051>
- Daba-Buzoianu, C., Cârtiță-Buzoianu, C., & Amalancei, B. (2018). Exploring Physician-Older Patient Communication. A Qualitative Analysis of Communication between Older Patients and General Practitioners. *Romanian journal of communication and public relations*, 20(1), 47–56.
<https://doi.org/10.21018/rjcpr.2018.1.252>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS catalog of selected documents in psychology*, 10, 85-103.
https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Dong, T., LaRochelle, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military medicine*, 180(4 Suppl), 24–30.
<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565>
- European Network of Physiotherapy in Higher Education. (2017). *Level of education, Roles and competences – ENPHE Recommendations*.
[ESCO report ENPHE recommendations April 2017.pdf](https://www.enphe.europa.eu/ENPHE_recommendations_April_2017.pdf)
- Euzébio, C., Soares, D., & Soares, T. (2021). Reflexão crítica sobre estudos quasi-experimentais. In Moreira, A., Sá, P., & Costa, A. P. (Orgs.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: métodos* (pp. 81–92). UA Editora.
<http://dx.doi.org/10.34624/hmtj-qg49>
- Ferreira, D., & Maclean, G. (2018). Andragogy in the 21st Century: Applying the Assumptions of Adult Learning Online. *Language research bulletin*, 32, 11–19.
<https://www.researchgate.net/publication/323388304>
- Gomes, J. C., Neto, L., & Vítor, P. T. (Coord.). (2020). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A.
<https://impresanacional.pt/wp-content/uploads/2021/04/Convencaosobreosdireitosdaspessoascomdeficiencia.pdf>
- Grilo, A. M. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: Categorização e proposta de um treino individual de

competências. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2249>

- Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & dos Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 170–185, <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Hardman, D., & Howick, J. (2019). The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centered care. *European journal for person centered healthcare*, 7(2), 351–357. <https://doi.org/10.5750/ejpch.v7i2.1689>
- Headly A. (2007). Communication skills: a call for teaching to the test. *The American journal of medicine*, 120(10), 912–915. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.06.024>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Jeffrey D. (2016). Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(643), e143–e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683761>
- Johansson, I. L., Samuelsson, C., & Müller, N. (2022). Picture description in the assessment of connected speech intelligibility in Parkinson's disease: a pilot study. *Folia phoniatrica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 10.1159/000521906. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000521906>
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology & Health*, 15(5), 707–719. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Langaro, F., Córdova, D. T. de, Esper, A. J. F., & Schlindwein-Zanini, R. (2018). Atenção psicossocial em um caso de demência potencialmente reversível. *Revista Kairós - Gerontologia*, 21(1), 377-394. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p377-394>
- Limpo, T., Alves, R. A., Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de psicologia*, 8(2), 171–184. <https://doi.org/10.14417/lp.640>
- Machiels, M., Metzeltin, S. F., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and

nursing staff during daily nursing care: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37–46.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>

Mącznik, A. K., Ribeiro, D. C., & Baxter, G. D. (2015). Online technology use in physiotherapy teaching and learning: a systematic review of effectiveness and users' perceptions. *BMC medical education*, 15(1), 160.

<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0429-8>

McCabe, E., Roberts, M. R., Miciak, M., Sun, H. L., & Gross, D. P. (2021). An investigation of the measurement properties of the physiotherapy therapeutic relationship measure in patients with musculoskeletal conditions. *European journal of physiotherapy*. <https://doi.org/10.1080/21679169.2021.2005138>

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2019). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy theory and practice*, 35(1), 40–56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>

Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Martínez-González, M. C., Medina-Mirapeix, F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2018). Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(6), 484–492.

<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.04.003>

Morgado, P., Lemos, A. R., Almeida, S., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2019). A structured remediation program for communication skills. *International journal of medical education*, 10, 161–162. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d5a.72c3>

Mota-Cardoso, R.(Coord.). (2012). *Competências clínicas de comunicação*. FMUP, Edições Afrontamento, Lda.

Ødegaard, N. B., Myrhaug, H. T., Dahl-Michelsen, T., & Røe, Y. (2021). Digital learning designs in physiotherapy education: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02483-w>

Oliveira, T., & Morgado, L. (2020). Impacto da dinâmica emocional na aprendizagem em cursos a distância no ensino superior: O papel da presença emocional e das microlideranças. *Revista Portuguesa de educação*, 33(2), 177–199.

<https://doi.org/10.21814/rpe.14331>

Ordem dos Fisioterapeutas. (2021). *Referencial da formação inicial para a inscrição na ordem dos fisioterapeutas*. [Microsoft Word - entry level_geral_27_4_2021 REVISTO \(1\).docx \(ordemdosfisioterapeutas.pt\)](#)

- Park, K. H., Roh, H., Suh, D. H., & Hojat, M. (2015). Empathy in Korean medical students: findings from a nationwide survey. *Medical teacher*, 37(10), 943–948. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.956058>
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Paskaleva, D., Tufkova, S., & Popova, V. (2017). Communication of healthcare professionals with geriatric patients . *Journal of gerontology & geriatric research*, 06(03). <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000434>
- Pattison, S., Gutwill, J., Auster, R., & Cannady, M. (2019). Experimental and Quasi-experimental designs in visitor studies: a critical reflection on three projects. *Visitor studies*, 22(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/10645578.2019.1605235>
- Pitikoe, S., Ilongo, F. N., & Mavimbela, H. (2021). Sinking or swimming?: The role of Moodle in promoting self-directed learning at the University of Eswatini. In C. Bosch, D. Laubscher, & L. Kyei-Blankson (Ed.), *Re-Envisioning and restructuring blended learning for underprivileged communities* (pp. 204-224). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-6940-5.ch011>
- Queirós, S., Santos, L. A., Couto, G., Meneses, R. F. (2021, julho 9–10). *As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com indivíduos com afasia: estudo Delphi*. [Poster]. III Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (online), Covilhã, Portugal. https://www.researchgate.net/publication/358140220_As_competencias_de_comunicacao_dos_fisioterapeutas_na_intervencao_com_individuos_com_afasia
- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Roling, G., Lutz, G., Edelhäuser, F., Hofmann, M., Valk-Draad, M. P., Wack, C., Haramati, A., Tauschel, D., & Scheffer, C. (2020). Empathy, well-being and stressful experiences in the clinical learning environment. *Patient education and counseling*, 103(11), 2320–2327. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.025>
- Røe, Y., Ødegaard, N. B., & Dahl-Michelsen, T. (2019). Flipping the classroom in physiotherapy education: experiences, opportunities and challenges. *Nordic journal of digital literacy*, 13(4), 24–37. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-943x-2018-04-03>
- Santos, L. A., Queirós, S. M., Meneses, R. F., & Couto, G. (2020). Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: revisão integrativa da literatura. In Pereira, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Cunha, A., Leal, I. (Eds.), *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213–220). ISPA, CRL. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7366/4/13CongNacSaude.pdf>

- Santos, L. A., Queirós, S., Couto, G., & Meneses, R. F. (2021, novembro 5–6). *e-Delphi: painel de peritos na identificação das competências centrais de comunicação clínica em fisioterapia* [Poster]. XI Congresso Nacional de Fisioterapeutas (online), Lisboa, Portugal. <https://www.cnft.pt/pt/eposters/181--edelphi-painel-de-peritos-na-identificacao-das-competencias-centrais-de-comunicacao-clinica-em-fisioterapia>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel Edições Técnicas.
- Shaw, W. S., Woiszwillo, M. J., & Krupat, E. (2012). Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient education and counseling*, 89(2), 288–291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.017>
- Silva, L. D., Ribeiro, M. M. F., Nogueira, A. I., Reis, B. S., Barbosa, I. L., Rocha, A. M. C., & Diniz, L. M. (2017). Impacto da “Disciplina relação médico-paciente” sobre atitudes centradas no paciente. *Revista Brasileira de educação médica*, 41(2), 283–289. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160094>
- Sixt Börjesson, M., Hartelius, L., & Laakso, K. (2021). Communicative participation in people with amyotrophic lateral sclerosis. *Folia phoniatica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 73(2), 101–108. <https://doi.org/10.1159/000505022>
- Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde - SP3CS. (2021). *Carta de princípios para o ensino/aprendizagem de competências de comunicação clínica em cuidados de saúde*. Equipa redatorial: Braga, M. F., Morgado, P., Barbosa, M., Vitória, P., Madeira, N., Carvalho, I. <https://sp3cs.org/>
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala–SPTF. (2021). <https://sptf.org.pt/portfolio-items/linguagem-adulto/>
- Soundy, A., Hemmings, L., Gardiner, L., Rosewilliam, S., Heneghan, N. R., Cronin, K., & Reid, K. (2021). E-learning communication skills training for physiotherapy students: a two phased sequential mixed methods study. *Patient education and counseling*, 104(8), 2045–2053. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.022>
- Tan, L., Le, M. K., Yu, C. C., Liaw, S. Y., Tierney, T., Ho, Y. Y., Lim, E., Lim, D., Ng, R., Ngeow, C., & Low, J. (2021). Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ open*, 11(9), e045224. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045224>
- Taveira-Gomes, I., Mota Cardoso, R., & Figueiredo Braga, M. (2016). Communication skills in medical students - An exploratory study before and after

- clerkships. *Porto biomedical journal*, 1(5), 173–180.
<https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise psicológica*, 22(3), 615-620.
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>
- Unge, J., Lundh, P., Gummesson, C., & Amnér, G. (2018). Learning spaces for health sciences – what is the role of e-learning in physiotherapy and occupational therapy education? A literature review. *Physical therapy review*, 23(1), 50–60.
<https://doi.org/10.1080/10833196.2018.1447423>
- van Rijssen, M. N., Veldkamp, M., Bryon, E., Remijn, L., Visser-Meily, J., Gerrits, E., & van Ewijk, L. (2021). How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail?. *Disability and rehabilitation*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>
- Veneri D. (2011). The role and effectiveness of computer-assisted learning in physical therapy education: a systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, 27(4), 287–298. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.493192>
- World Physiotherapy. (2020). *Immediate impact on students and the response to delivering physiotherapist entry level education*.
<https://world.physio/sites/default/files/2021-06/COVID-19-Briefing-paper-1-HEI-FINAL-2021.pdf>
- World Physiotherapy. (2011). *Physical therapist professional entry level education – Guideline*. [G-2011-Entry-level-education.pdf \(world.physio\)](https://world.physio/sites/default/files/2011-06/G-2011-Entry-level-education.pdf)
- World Physiotherapy – Europe region. (2018). *Expected minimum competencies for an entry level physiotherapist in the European Region*. [Europe Region WorldPhysio | Expected Minimum Competencies for Entry Level \(erwcept.eu\)](https://www.erwcept.eu/expected-minimum-competencies-for-entry-level)
- Wahlqvist, M., Gunnarsson, R. K., Dahlgren, G., & Nordgren, S. (2010). Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical teacher*, 32(4), e191–e198.
<https://doi.org/10.3109/01421591003657451>

CONCLUSÃO

Com base nos resultados dos estudos deste projeto de doutoramento, pode-se afirmar que os objetivos delineados foram atingidos, ao contribuir-se com a listagem das CCC/S centrais a introduzir na formação pré-graduada em fisioterapia e com o desenvolvimento de um programa de ensino/treino em CCC/S dirigido a alunos de fisioterapia.

A primeira parte do projeto permitiu a identificação e caracterização de programas de treino dirigidos a profissionais e estudantes de saúde, verificando-se variabilidade nos procedimentos com diversidade das metodologias, modelos, técnicas e teorias de base à implementação dos programas, o que não permitiu identificar com total clareza quais as competências específicas ensinadas/treinadas, constatando-se falta de consenso em quais as mais importantes para o fisioterapeuta.

Na segunda parte do projeto, o estudo e-Delphi permitiu especificar e listar as 10 CCC/S centrais a introduzir na formação pré-graduada em fisioterapia, com particular destaque da empatia que obteve 100% de consenso do painel de peritos, como uma das mais importantes; já o estudo de análise comparativa documental permitiu verificar que no primeiro ciclo de estudos de fisioterapia de todas as IES acreditadas pela A3ES e reconhecidas pela DGES, menos de metade (40%) apresentam uma UC própria, exclusiva, que contempla, direta e unicamente o ensino de CCC/S, e que existe uma disparidade em relação ao número de horas, às componentes, ao semestre/ano, ao número de ECTS, mesmo em relação ao nome atribuído à UC, disparidades que indicam uma não uniformização do seu ensino na formação pré-graduada em fisioterapia no nosso país.

Na terceira e última parte desenvolveu-se um estudo quasi-experimental com a implementação do programa elaborado para o efeito, dirigido a alunos em pré-graduação em fisioterapia que, por força das condicionantes da pandemia e a emergente transformação digital, sofreu a necessária adaptação ao formato *e-learning*, e a uma pré-

seleção das CCC/S a avaliar de acordo com os instrumentos identificados validados para a população portuguesa. Segundo a perceção dos participantes a intervenção foi bem implementada, com uma maioria a considerar os conteúdos totalmente aplicáveis com as expectativas e necessidades a serem totalmente atingidas. De uma forma geral o programa foi eficaz na aquisição de conhecimentos em CCC/S, tendo-se verificado melhores competências em cuidados centrados na pessoa, particularmente no *sharing* cuja subida teve significado estatístico nos sujeitos do sexo feminino, com subida nos valores da empatia cognitiva.

As principais dificuldades sentidas prenderam-se com as restrições e condicionantes da pandemia, com necessidade de alterar o projeto inicial e proceder à sua ressubmissão à CE-UFP, o que comprometeu o momento inicialmente delineado para implementação da intervenção, com subsequentes constrangimentos de tempo que condicionaram o momento de divulgação, que poderão explicar a baixa adesão de participantes.

Assim, com a necessária adaptação ao formato *e-learning*, na emergente transformação digital, na procura da implementação das recomendações e diretrizes nacionais e internacionais da profissão e das associações e sociedades de CCC/S, bem como da melhoria contínua dos cuidados de fisioterapia, espera-se que este seja o ponto de partida para a uniformização do ensino de CCC/S nas IES nacionais, que dote os futuros fisioterapeutas portugueses com as mesmas e basilares competências no início da sua atividade profissional.

Sugerem-se futuros estudos, idênticos com amostras maiores e maior representatividade da população de estudantes de fisioterapia, abrangendo o máximo de IES portuguesas e que incluam momentos de avaliação em *follow-up*, com avaliadores externos, com inclusão de avaliação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Adamson, B., & Morris, P. (2007). Comparing Curricula. In: Bray, M., Adamson, B., & Mason, M. (eds). *Comparative education research: Approaches and methods*. Comparative Education Research Centre; Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6189-9_11
- Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing Physicians. *Journal of general internal medicine*, 34(7), 1139–1145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04911-0>
- Ajjawi, R., & Higgs, J. (2011). Core components of communication of clinical reasoning: A qualitative study with experienced australian physiotherapists. *Advances in Health Sciences Education*, 17(1), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>
- Allen, M. V., & Roberts, L. C. (2017). Perceived acquisition, development and delivery of empathy in musculoskeletal physiotherapy encounters. *Journal of communication in healthcare*, 10(4), 304–312. <https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1366000>
- Andrade, C. G., Costa, S. F. G., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2523–2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
- Andrade, S. R., Schmitt, M. D., Storck, B. C., Piccoli, T., & Ruoff, A. B. (2018). Análise documental nas teses de enfermagem: Técnica de coleta de dados e método de pesquisa. *Cogitare Enfermagem*, 23(1), e53598. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>
- Araújo, A. M. G. D., Lima, D. O., Nascimento, I. P., Almeida, A. A. F., & Rosa, M. R. D. (2015). Linguagem em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista CEFAC*, 17(5), 1657–1663. <https://doi.org/10.1590/1982-021620151754215>
- Asselin, J., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: Lessons learned from the 5As team study. *Clinical Obesity*, 6(2), 124–132. <https://doi.org/10.1111/cob.12133>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APFisio, Conselho Diretivo da Associação de Fisioterapeutas. (2018). *O perfil profissional do fisioterapeuta*.

https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/APFisio_Perfil_Competicencias_Fisio_2018_009_02.pdf

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, (Rev.). (2020, setembro 8). *O perfil de competências do fisioterapeuta*. [APFisio_Perfil_Comp_Fisio_rev2020.pdf](#)
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A european consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Barrett, D., & Heale, R. (2020). What are Delphi studies?. *Evidence-Based Nursing*, 23(3), 68–69. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Díaz-Rodríguez, M., & iCARE Team (2019). Teaching empathy to nursing students: A randomised controlled trial. *Nurse education today*, 80, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.06.002>
- Bauchat, J. R., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation-Based Training Is Not Optional. *Clinical simulation in nursing*, 12(8), 356-359. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.04.003>
- Bayliss, A. J., & Strunk, V. A. (2015). Measurement of empathy changes during a physical therapist's education and beyond. *Journal of Physical Therapy Education*, 29(2), 6–12. <https://doi.org/10.1097/00001416-201529020-00003>
- Baylor, C., Burns, M., McDonough, K., Mach, H., & Yorkstona, K. (2019). Teaching medical students skills for effective communication with patients who have communication disorders. *American journal of speech-language pathology*, 28(1), 155–164. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0130
- Baylor, C., & Darling-White, M. (2020). Achieving participation-focused intervention through shared decision making: Proposal of an age- and disorder-generic framework. *American journal of speech-language pathology*, 29(3), 1335–1360. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00043
- Baylor, C., Oelke, M., Bamer, A., Hunsaker, E., Off, C., Wallace, S. E., Pennington, S., Kendall, D., & Yorkston, K. (2017). Validating the Communicative Participation Item Bank (CPIB) for use with people with aphasia: an analysis of Differential Item Function (DIF). *Aphasiology*, 31(8), 861–878. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1225274>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236–248. <https://doi.org/10.1177/135581969900400410>

- Börjesson, M. S., Hartelius, L., & Laakso, K. (2021). Communicative participation in people with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Folia phoniatrica logopaedica*, 73, 101–108. <https://doi.org/10.1159/000505022>
- Bottalico, P., Murgia, S., Puglisi, G. E., Astolfi, A., & Kirk, K. I. (2020). Effect of masks on speech intelligibility in auralized classrooms. *The journal of the acoustical society of America*, 148(5), 2878. <https://doi.org/10.1121/10.0002450>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Braga, J. (2014). *The exercise stress test - Impact of communication strategies on patient's compliance and satisfaction*. [Master's Degree Dissertation, Universidade do Porto]. [FMUP - The exercise stress test - Impact of communication strategies on patient's compliance and satisfaction](https://doi.org/10.1121/10.0002450)
- Bravender, T., Tulsy, J. A., Farrell, D., Alexander, S. C., Østbye, T., Lyna, P., Dolor, R. J., Coffman, C. J., Bilheimer, A., Lin, P. H., & Pollak, K. I. (2013). Teen CHAT: Development and utilization of a web-based intervention to improve physician communication with adolescents about healthy weight. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 525–531. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.017>
- Bray, M., Adamson, B., & Mason, M. (Eds.). (2007). *Comparative education research: Approaches and methods*. Comparative Education Research Centre; Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6189-9>
- Bright, F., Kayes, N. M., McPherson, K. M., & Worrall, L. E. (2018). Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study. *International journal of language & communication disorders*, 53(5), 981–994. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12409>
- Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
- Brun-Cottan, N., McMillian, D., & Hastings, J., (2020). Defending the art of physical therapy: Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(6), 669–678. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1492656>
- Bylund, C. L., Brown, R., Gueguen, J. A., Diamond, C., Bianculli, J., & Kissane, D. W. (2010). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-oncology*, 19(6), 583–593. <https://doi.org/10.1002/pon.1585>
- Camargo, C. P., Tempski, P. Z., Busnardo, F. F., Martins, M. A., & Gemperli, R. (2020). Online learning and COVID-19: a meta-synthesis analysis. *Clinics (São Paulo)*, 75, e2286. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2286>

- Carlos, D. J. D., Bellaguarda, M. L. R., & Padilha, M. I. (2022). O documento como fonte primária nos estudos da enfermagem e da saúde: Uma reflexão. *Esc Anna Nery*, 26, e20210312. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0312>
- Carragher, M., Steel, G., O'Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., Taylor, N. F., & Rose, M. (2021). Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 43(21), 3003–3014. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722264>
- Coelho, C. A. (2006). *Importância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas: Da formação às necessidades sentidas na prática*. [Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta]. [A Comunicação no Exercício Profissional dos Fisioterapeutas: \(uab.pt\)](https://uab.pt/Comunicacao-no-Exercicio-Profissional-dos-Fisioterapeutas)
- Cohen, J. M., Blustein, J., Weinstein, B. E., Dischinger, H., Sherman, S., Grudzen, C., & Chodosh, J. (2017). Studies of Physician-Patient Communication with Older Patients: How Often is Hearing Loss Considered? A Systematic Literature Review. *Journal of the American geriatrics society*, 65(8), 1642–1649. <https://doi.org/10.1111/jgs.14860>
- Coleman, J. (2011). O conceito de igualdade de oportunidades educacionais (M. J. Sá, Trad.) *Educação, Sociedade & Culturas*, 34, 137–155. https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC34/ESC34_Arquivo_James.pdf. (Trabalho original publicado em 1968, The Concept of Equality of Educational Opportunity. *Harvard Educational Review*, 38(1), 1–22).
- Cook, C., McCallum, C., Musolino, G. M., Reiman, M., & Covington, J. K. (2018). What Traits Are Reflective of Positive Professional Performance in Physical Therapy Program Graduates? A Delphi Study. *Journal of allied health*, 47(2), 96–102.
- Cooper, K., Smith, B., & Hancock, E. (2008). Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, 94(3), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.10.006>
- Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2019). The perspectives of physiotherapists on managing nonspecific low back pain following a training programme in cognitive functional therapy: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 17(1), 79–90. <https://doi.org/10.1002/msc.1370>
- Cox, C. L., Uddin, L. Q., Di Martino, A., Castellanos, F. X., Milham, M. P., & Kelly, C. (2012). The balance between feeling and knowing: affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(6), 727–737. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr051>
- Daba-Buzoianu, C., Cârțiță-Buzoianu, C., & Amalancei, B. (2018). Exploring Physician-Older Patient Communication. A Qualitative Analysis of Communication between Older Patients and General Practitioners. *Romanian journal of communication and public relations*, 20(1), 47–56. <https://doi.org/10.21018/rjcp.2018.1.252>

- Davies, R., Ellerton, C., & Evans, C. (2017). Reaching consensus on measuring professional behaviour in physical therapy objective structured clinical examinations. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 69(1), 65–72. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-45E>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103. https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of clinical epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Direção Geral do Ensino Superior (DGES). Licenciatura. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/licenciatura>
- Dong, T., LaRochelle, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military Medicine*, 180(4 Suppl), 24–30. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565>
- Donohoe, H., Stelfefon, M., & Tennant, B. (2012) Advantages and limitations of the e-Delphi technique. *American Journal of Health Education*, 43(1), 38–46. <http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2012.10599216>
- Doorenbos, A. Z., Levy, W. C., Curtis, J. R., & Dougherty, C. M. (2016). An intervention to enhance Goals-of-Care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018>
- Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: Preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*, 9(2), 147–56. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200003/04\)9:23.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:23.0.CO;2-X)
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Eadie, T., Kapsner-Smith, M., Bolt, S., Sauder, C., Yorkston, K., & Baylor, C. (2018). Relationship between perceived social support and patient-reported communication outcomes across communication disorders: A systematic

- review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1059–1077. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12417>
- Ekerhold, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: Patients` experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403–410. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- European Commission – European Education Area. European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). <https://education.ec.europa.eu/levels/higher-education/inclusion-connectivity/european-credit-transfer-accumulation-system>
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2018). The European Higher Education Area in 2018: Bologna Process Implementation Report. Publications Office of the European Union. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/sites/default/files/bologna_internet_0.pdf
- European Network of Physiotherapy in Higher Education. (2017). *Level of Education, Roles and Competences – ENPHE Recommendations*. https://www.enphe.eu/ENPHE_recommendations_April_2017.pdf
- European Union Council. (2011). Council conclusions on the role of education and training in the implementation of the Europe 2020 strategy. https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/educ/119282.pdf
- Euzébio, C., Soares, D., & Soares, T. (2021). Reflexão crítica sobre estudos quasi-experimentais. In Moreira, A., Sá, P., & Costa, A. P. (Orgs.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: métodos* (pp. 81–92). UA Editora. <http://dx.doi.org/10.34624/hmtj-qg49>
- Faisal Abdullatif Alnaser, F. A. (2020). Effective Communication Skills and Patient's Health. *CPQ Neurology and Psychology*, 3(4), 01-11.
- Falagas, M. E., Pitsouni, E. I., Malietzis, G. A., & Pappas, G. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *FASEB Journal: Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 22(2), 338–342. <https://doi.org/10.1096/fj.07-9492LSF>
- Ferreira, D., & Maclean, G. (2018). Andragogy in the 21st Century: Applying the Assumptions of Adult Learning Online. *Language research bulletin*, 32, 11–19. <https://www.researchgate.net/publication/323388304>
- Figueiredo, C., Leite, C., & Fernandes, P. (2016). The curriculum in school external evaluation frameworks in Portugal and England. *Research in Comparative & International Education*, 11(3), 282–297. <https://doi.org/10.1177/1745499916661933>
- Fink-Hafner, D., Dagen, T., Dousak, M., Novak, M., & Hafner-Fink, M. (2019). Delphi methods: Strengths and weaknesses. *Metodoloski Zvezki Journal*, 16(2), 1–19. [https://bib.irb.hr/datoteka/1034629.Fink-Hafner at al Delphi Method Strengths and Weaknesses.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/1034629.Fink-Hafner_at_al_Delphi_Method_Strengths_and_Weaknesses.pdf)

- Fisher, M., & Keil, F. C. (2016). The curse of expertise: When more knowledge leads to miscalibrated explanatory insight. *Cognitive Science*, 40(5), 1251–1269. <https://doi.org/10.1111/cogs.12280>
- Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2019). Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 694–700. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.014>
- Gagliano, M., Mancuso, S., & Robert, D. (2012). Towards understanding plant bioacoustics. *Trends in Plant Science*, 17(6), 323–325. <https://doi.org/10.1016/j.tplants.2012.03.002>
- García de Leonardo, C., Ruiz-Moral, R., Caballero, F., Cavaco, A., Moore, P., Dupuy, L. P., Pithon-Cyrino, A., Cortés, M. T., Gorostegui, M., Loureiro, E., Fontcuberta, J. M., Casasbuenas Duarte, L., Kretzer, L., Arrighi, E., Jovell, A., & Participants in the Consensus Panel (2016). A latin american, portuguese and spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 16, 99. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0610-8>
- Gasparyan, A. Y., Ayvazyan, L., & Kitas, G. D. (2013). Multidisciplinary bibliographic databases. *Journal of Korean Medical Science*, 28(9), 1270–1275. <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.9.1270>
- Gazbare, P., & Rathi, M. (2017). Effectiveness of audio-video clips on practical skill performance in physiotherapy students. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 8(1), (B)30–34. <https://doi.org/10.22376/ijpbs.2017.8.1.b30-34>
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götz, H. (2021). COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS journal for medical education*, 38(4), Doc83. <https://doi.org/10.3205/zma001479>
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Frisby, B. N., & Platt, C. S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health Communication*, 30(8), 737–745. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014>
- Gomes, J. C., Neto, L., & Vítor, P. T. (Coord.). (2020). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A. <https://impresanacional.pt/wp-content/uploads/2021/04/Convencaosobreosdireitosdaspessoascomdeficiencia.pdf>
- Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D., & Schocken, D. (2015). Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to support educational design: A modified Delphi study. *Medical Teacher*, 37(6), 572–577. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.959910>
- Greenfield, B. H. (2006). The meaning of caring in five experienced physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 22(4), 175–187. <https://doi.org/10.1080/09593980600822859>

- Grilo, A. M. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Lisboa, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2249>
- Grilo, A. M. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: Situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 3(7),93–112. <http://www.redalyc.org/pdf/2991/299129031006.pdf>
- Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & dos Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 170–185, <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Grisham, T. (2009). The Delphi technique: A method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1), 112-130. <http://dx.doi.org/10.1108/17538370910930545>
- Hall, D. A., Smith, H., Heffernan, E., Fackrell, K., & Core Outcome Measures in Tinnitus International Delphi (COMiT'ID) Research Steering Group (2018). Recruiting and retaining participants in e-Delphi surveys for core outcome set development: Evaluating the COMiT'ID study. *PloS One*, 13(7), e0201378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201378>
- Halladay, C. W., Trikalinos, T. A., Schmid, I. T., Schmid, C. H., & Dahabreh, I. J. (2015). Using data sources beyond PubMed has a modest impact on the results of systematic reviews of therapeutic interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(9), 1076–1084. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.017>
- Haq, C., Steele, D. J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Family medicine*, 36 Suppl, S43–S50.
- Hardman, D., & Howick, J. (2019). The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centered care. *European journal for person centered healthcare*, 7(2), 351–357. <https://doi.org/10.5750/ejpc.v7i2.1689>
- Härtl, A., Bachmann, C., Blum, K., Höfer, S., Peters, T., Preusche, I., Raski, B., Rüttermann, S., Wagner-Menghin, M., Wunsch, A., Kiessling, C., & GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen (2015). Desire and reality--teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe--a survey. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 32(5), Doc56. <https://doi.org/10.3205/zma000998>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hausheer, A. C., Suter, L. C. & Kool, J. (2021) Shared decision-making in physical therapy: a cross-sectional observational study. *European Journal of Physiotherapy*, 23:6, 368–376.

- Headly A. (2007). Communication skills: a call for teaching to the test. *The American journal of medicine*, 120(10), 912–915. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.06.024>
- Hoffmann, T. C., Bennett, S., Tomsett, C., & Del Mar, C. (2014). Brief training of student clinicians in shared decision making: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 844–849. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2765-5>
- Hoffmann, T.C., Lewis, J. & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Hulsman, R. L., Mollema, E. D., Hoos, A. M., de Haes, J. C., & Donnison-Speijer, J. D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: Assessment method and student experiences. *Medical Education*, 38(8), 813–824. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01900.x>
- Humphrey-Murto, S., Lara Varpio, L., Gonsalves, C., & Wood, T. J. (2017). Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. *Medical Teacher*, 39(1), 14-19. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245856>
- Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Wood, T. J., Gonsalves, C., Ufholz, L. A., Mascioli, K., Wang, C., & Foth, T. (2017). The use of the Delphi and other Consensus Group methods in medical education research: A review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(10), 1491–1498. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
- Ingram D. (1997). Opinions of physical therapy education program directors on essential functions. *Physical Therapy*, 77(1), 37–45. <https://doi.org/10.1093/ptj/77.1.37>
- Jeffrey D. (2016). Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(643), e143–e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683761>
- Johansson, I. L., Samuelsson, C., & Müller, N. (2022). Picture description in the assessment of connected speech intelligibility in Parkinson's disease: a pilot study. *Folia phoniatrica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 10.1159/000521906. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000521906>
- Jones, A. (2009). Generic attributes as espoused theory: The importance of context. *Higher Education*, 58(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s10734-008-9189-2>

- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. (eds S. Keeney, F. Hasson & H. McKenna).
<https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R., & Hurley, D. A. (2018). Feasibility of training physical therapists to deliver the Theory-based Self-Management of osteoarthritis and low back pain through activity and skills (SOLAS) intervention within a trial. *Physical Therapy*, 98(2), 95–107.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzx105>
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Hölzer, H., Langewitz, W., Mühlinghaus, I., Pruskil, S., Scheffer, S., Schubert, S., Committee Communication and Social Competencies of the Association for Medical Education Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, & Basel Workshop Participants (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 259–266.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.017>
- Kim, S. (2016). *A comparative study of early childhood curriculum documents focused on education for sustainability in South Korea and Australia* [Masters by Research thesis, Queensland University of Technology].
https://eprints.qut.edu.au/94087/1/Soyoung_Kim_Thesis.pdf
- King, G., Currie, M., Doreen J. Bartlett, D.J., Strachan, D., Tucker, M.A., & Willoughby, C. (2008). The development of expertise in paediatric rehabilitation therapists: The roles of motivation, openness to experience and types of caseload experience. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 108–122.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00681.x>
- Klingbeil C., & Gibson C. (2018). The teach back project: A system-wide evidence based practice implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 81–85.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002>
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor–patient fit, and visit satisfaction. *Psychology & Health*, 15(5), 707–719.
<https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Langaro, F., Córdova, D. T. de, Esper, A. J. F., & Schlindwein-Zanini, R. (2018). Atenção psicossocial em um caso de demência potencialmente reversível. *Revista Kairós - Gerontologia*, 21(1), 377-394. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p377-394>
- Langridge, N. (2019). The skills, knowledge and attributes needed as a first contact physiotherapist in musculoskeletal healthcare. *Musculoskeletal Care*, 17(2), 253–260. <https://doi.org/10.1002/msc.1401>
- Légaré, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient education and counseling*, 96(3), 281–286.
- Leite, R. A. (2013). *Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: Avaliação e revisão curricular*. [Dissertação de Mestrado em Medicina, Covilhã, Universidade da Beira Interior].

<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1613/1/Dissertação%20Rita%20Leite.pdf>

- Li, M., Zhang, Y., Yuan, L., & Birkeland, Å. (2019). A Critical Analysis of Education for Sustainability in Early Childhood Curriculum Documents in China and Norway. *ECNU Review of Education*, 2(4), 441–457.
<https://doi.org/10.1177/2096531119893483>
- Lieshout, J., Huntink, E., Koetsenruijter, J., & Wensing, M. (2016). Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial. *Implementation Science : IS*, 11, 115.
<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0460-0>
- Limpo, T., Alves, R. A., Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de psicologia*, 8(2), 171–184.
<https://doi.org/10.14417/lp.640>
- Lis, R., Sakata, V., & Lien, O. (2017). How to choose? Using the Delphi method to develop consensus triggers and indicators for disaster response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(4), 467-472.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2016.174>
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Owen, K., Schwarzer, R., Parker, P., Kolt, G. S., & Hurley, D. A. (2017). Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(9), 1732–1743.e7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-104>
- Loureiro, E., Cavaco, A.M. & Ferreira, M.A. (2015). Competências de comunicação clínica: Objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 491-495.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- Loureiro, E., Ferreira, M. A., Fresta, M., Ismail, M., Rehman, S. U., & Broome, M. (2017). Teaching and assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of portuguese, angolano and mozambicano medical education. *Porto Biomedical Journal*, 2(2), 47–58.
<https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.005>
- MacEachren, A. M., Pike, W., Yu, C., Brewer, I., Gahegan, M., Weaver, S. D., & Yarnal, B. (2006). Building a geocollaboratory: Supporting human–environment regional observatory (HERO) collaborative science activities. *Computers, Environment and Urban Systems*, 30(2), 201–225.
<https://doi.org/10.1016/j.compenvurbsys.2005.10.005>

- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>
- Maćznik, A. K., Ribeiro, D. C., & Baxter, G. D. (2015). Online technology use in physiotherapy teaching and learning: a systematic review of effectiveness and users' perceptions. *BMC medical education*, 15(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0429-8>
- Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Makoul, G., & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient education and counseling*, 37(2), 191–195. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00023-3](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00023-3)
- Manze, M. G., Orner, M. B., Glickman, M., Pbert, L., Berlowitz, D., & Kressin, N. R. (2015). Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.014>
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: Caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Mata, Á. N. S., de Azevedo, K. P. M., Braga, L.P., de Medeiros, G. C. B. S., Segundo, V. H. O., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Grasiela Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19(30). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
- McCabe, E., Roberts, M. R., Miciak, M., Sun, H. L., & Gross, D. P. (2021). An investigation of the measurement properties of the physiotherapy therapeutic relationship measure in patients with musculoskeletal conditions. *European journal of physiotherapy*. <https://doi.org/10.1080/21679169.2021.2005138>
- McGinnis, P. Q., Wainwright, S. F., Hack, L. M., Nixon-Cave, K., & Michlovitz, S. (2010). Use of a Delphi panel to establish consensus for recommended uses of selected balance assessment approaches. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(6), 358–373. <https://doi.org/10.3109/09593980903219050>
- McKenna H. P. (1994). The Delphi technique: A worthwhile research approach for nursing?. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1221–1225. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x>
- McMahon, S., Cusack, T., & O'Donoghue, G. (2014). Barriers and facilitators to providing undergraduate physiotherapy clinical education in the primary care

- setting: A three-round Delphi study. *Physiotherapy*, 100(1), 14–19.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.04.006>
- McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 655–662.
<https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- Meneses, R. F., Miyazaki, C., Pais-Ribeiro, J. (2013). Importância e satisfação atribuídas pelos professores universitários às competências comunicacionais. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e38–e42. <https://doi.org/10.25758/set.884>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2019). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy theory and practice*, 35(1), 40–56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>
- Miller, E., Brooks, D., & Mori, B. (2020). Using expert consensus to develop a tool to assess physical therapists' knowledge, skills, and judgement in performing airway suctioning. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 72(2), 137–146. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0101>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Martínez-González, M. C., Medina-Mirapeix, F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2018). Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(6), 484–492.
<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.04.003>
- Morgado, P., Lemos, A. R., Almeida, S., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2019). A structured remediation program for communication skills. *International Journal of Medical Education*, 10, 161–162. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d5a.72c3>
- Mori, B., Brooks, D., Norman, K. E., Herold, J., & Beaton, D. E. (2015). Development of the canadian physiotherapy assessment of clinical performance: A new tool to assess physiotherapy students' performance in clinical education. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 67(3), 281–289.
<https://doi.org/10.3138/ptc.2014-29E>
- Mota Cardoso, R.(Coord.). (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. FMUP, Edições Afrontamento, Lda.
- Muller, E. (2017). Document analysis: comparing and contrasting the early years education of Estonia and England to highlight the similarities and differences and impact of respective countries children. *The STeP Journal*, 4(2), 95–112.
[Document analysis: Comparing and contrasting the early years education of Estonia and England to highlight the similarities and differences and impact of respective countries children | The STeP Journal \(cumbria.ac.uk\)](https://doi.org/10.1080/17445019.2017.1381111)

- Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I. M., Jackson, B., Matthews, J., Hurley, D. A., & Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 809–816. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.007>
- Murray, A., Hall, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I., Jackson, B., Copsey, B., Hurley, D. A., & Matthews, J. (2019). Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disability and rehabilitation*, 41(14), 1699–1705. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1443159>
- Nair, R., Aggarwal, R., & Khanna, D. (2011). Methods of formal consensus in classification /diagnostic criteria and guideline development. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 41(2), 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.12.001>
- Nunes, J. M. (2010). Comunicação em contexto clínico. Bayer Health.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9. [Revista Percursos n17_Do perito e do conhecimento em enfermagem.pdf \(rcaap.pt\)](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.12.001)
- O'Leary, Z. (2017). The essential guide to doing your research project (3rd ed.). SAGE Publications, Ltd.
- Ødegaard, N. B., Myrhaug, H. T., Dahl-Michelsen, T., & Røe, Y. (2021). Digital learning designs in physiotherapy education: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02483-w>
- Oliveira, T., & Morgado, L. (2020). Impacto da dinâmica emocional na aprendizagem em cursos a distância no ensino superior: O papel da presença emocional e das microlideranças. *Revista Portuguesa de educação*, 33(2), 177–199. <https://doi.org/10.21814/rpe.14331>
- Ordem dos Fisioterapeutas. (2021). *Referencial da formação inicial para a inscrição na ordem dos fisioterapeutas*. [Microsoft Word - entry level geral 27 4 2021 REVISTO \(1\).docx \(ordemdosfisioterapeutas.pt\)](https://doi.org/10.1186/s12909-020-02483-w)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). Executive Summary in *What Students Learn Matters: Towards a 21st Century Curriculum*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2b14f50d-en>
- Park, K. H., Roh, H., Suh, D. H., & Hojat, M. (2015). Empathy in Korean medical students: findings from a nationwide survey. *Medical teacher*, 37(10), 943–948. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.956058>
- Parry, R. (2008). Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and

- indirect evidence. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 186–195.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.029>
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Paskaleva, D., Tufkova, S., & Popova, V. (2017). Communication of healthcare professionals with geriatric patients . *Journal of gerontology & geriatric research*, 06(03). <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000434>
- Pattison, S., Gutwill, J., Auster, R., & Cannady, M. (2019). Experimental and Quasi-experimental designs in visitor studies: a critical reflection on three projects. *Visitor studies*, 22(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/10645578.2019.1605235>
- Persky, A. M., & Robinson, J. D. (2017). Moving from novice to expertise and its implications for instruction. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(9), 6065. <https://doi.org/10.5688/ajpe6065>
- Phillips, K., Wood, F., Spanou, C., Kinnersley, P., Simpson, S. A., Butler, C. C., & PRE-EMPT Team (2012). Counselling patients about behaviour change: The challenge of talking about diet. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(594), e13–e21. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X616328>
- Pitikoe, S., Ilongo, F. N., & Mavimbela, H. (2021). Sinking or swimming?: The role of Moodle in promoting self-directed learning at the University of Eswatini. In C. Bosch, D. Laubscher, & L. Kyei-Blankson (Ed.), *Re-Envisioning and restructuring blended learning for underprivileged communities* (pp. 204-224). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-6940-5.ch011>
- Porto Editora – *comunicar* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2022-01].
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comunicar>
- Powell C. (2003). The Delphi technique: Myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376–382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Quinn, L., Trubey, R., Gobat, N., Dawes, H., Edwards, R. T., Jones, C., Townson, J., Drew, C., Kelson, M., Poile, V., Rosser, A., Hood, K., & Busse, M. (2016). Development and delivery of a physical activity intervention for people with Huntington disease: Facilitating translation to clinical practice. *Journal of Neurologic Physical Therapy: JNPT*, 40(2), 71–80.
<https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000119>
- Radziej, K., Loechner J., Engerer, C., de Figueiredo, M. N., Freund, J., Sattel, H., Bachmann, C., Berberat, P. O., Dinkel, A., & Wuensch A. (2017) How to assess communication skills? Development of the rating scale ComOn Check. *Medical Education Online*, 22(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1392823>
- Ramklass, S. (2015). A framework for caring in physiotherapy education and practice. *South African Family Practice*, 57(2), 126–130.
<https://doi.org/10.1080/20786190.2014.977006>

- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., Schwartz, R., Myers, E., Gotlieb, J., Foster, J., Hollinger, D., Smith, K., Woolford, S., Mueller, D., & Wasserman, R. C. (2015). Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*, *135*(4), 649–657. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>
- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Rezende, V. L. M., Rocha, B. S., Naghettini, A. V., & Pereira, E. R. S. (2019). Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, *23*(Supl. 1), e170896. <https://doi.org/10.1590/Interface.170896>
- Roberts, F., & Cooper, K. (2020). Development of a tool to assess core cardiorespiratory physiotherapy skills: A Delphi study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1827467>
- Roberts, L. C., & Burrow, F. A. (2018). Interruption and rapport disruption: Measuring the prevalence and nature of verbal interruptions during back pain consultations. *Journal of Communication in Healthcare*, *11*(2), 95–105. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1449289>
- Røe, Y., Ødegaard, N. B., & Dahl-Michelsen, T. (2019). Flipping the classroom in physiotherapy education: experiences, opportunities and challenges. *Nordic journal of digital literacy*, *13*(4), 24–37. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-943x-2018-04-03>
- Roling, G., Lutz, G., Edelhäuser, F., Hofmann, M., Valk-Draad, M. P., Wack, C., Haramati, A., Tauschel, D., & Scheffer, C. (2020). Empathy, well-being and stressful experiences in the clinical learning environment. *Patient education and counseling*, *103*(11), 2320–2327. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.025>
- Romero-Collado A. (2020). Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method. Elementos esenciales para elaborar un estudio con el método (e)Delphi. *Enfermería Intensiva*, *S1130-2399*(20)30093-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001>
- Rusu, O., & ChiriȚĂ, M. (2017). Verbal, non-verbal and paraverbal skills in the patient-therapist relationship. *Timisoara Physical Education & Rehabilitation Journal*, *10*(19), 39-45.
- Salgado, A., Dores, A. R., Martins, H., Sousa, Z., Magalhães, A., Reis, A. (2018). 5º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior – Atas. In ... (Org.). *Desenvolvimento de competências de comunicação clínica no primeiro ano de fisioterapia* (213–218). [LIVRO-ATAS-CNAPPES-2018_FINAL.pdf](#)
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*, Jossey-Bass.
- Schoeb, V., & Hiller, A. (2018). The impact of documentation on communication during patient-physiotherapist interactions: A qualitative observational study.

Physiotherapy Theory and Practice, 34(11), 861–871. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1429036>

Schöner, M. G., Simon, R., & Schöner, C. R. (2016). *Acoustic communication in plant–animal interactions*. *Current Opinion in Plant Biology*, 32, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.pbi.2016.06.011>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel Edições Técnicas.

Shaw, W. S., Woiszwillo, M. J., & Krupat, E. (2012). Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient education and counseling*, 89(2), 288–291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.017>

Shen, M. J., Manna, R., Banerjee, S. C., Nelson, C. J., Alexander, K., Alici, Y., Gangai, N., Parker, P. A., & Korc-Grodzicki, B. (2020). Incorporating shared decision making into communication with older adults with cancer and their caregivers: Development and evaluation of a geriatric shared decision-making communication skills training module. *Patient education and counseling*, 103(11), 2328–2334.

Silva, F. R., & Carvalho, I. P. (2012). A entrevista focada no doente. In Mota-Cardoso, R., (Coord.), *Competências clínicas de comunicação* (pp. 41–54). FMUP, Edições Afrontamento, Lda.

Silva, L. D., Ribeiro, M. M. F., Nogueira, A. I., Reis, B. S., Barbosa, I. L., Rocha, A. M. C., & Diniz, L. M. (2017). Impacto da “Disciplina relação médico-paciente” sobre atitudes centradas no paciente. *Revista Brasileira de educação médica*, 41(2), 283–289. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160094>

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 303(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>

Sixt Börjesson, M., Hartelius, L., & Laakso, K. (2021). Communicative participation in people with amyotrophic lateral sclerosis. *Folia phoniatica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP)*, 73(2), 101–108. <https://doi.org/10.1159/000505022>

Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde - SP3CS. (2021). *Carta de princípios para o ensino/aprendizagem de competências de comunicação clínica em cuidados de saúde*. Equipa redatorial: Braga, M. F., Morgado, P., Barbosa, M., Vitória, P., Madeira, N., Carvalho, I. <https://sp3cs.org/>

Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF). Acedido em: [Home - Sociedade Portuguesa da Terapia da Fala \(sptf.org.pt\)](https://www.sptf.org.pt). Novembro de 2021.

Sohi, J., Champagne, M., & Shidler, S. (2015). Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life prolonging care: An action research project. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 409–414. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1027335>

- Soundy, A., Hemmings, L., Gardiner, L., Rosewilliam, S., Heneghan, N. R., Cronin, K., & Reid, K. (2021). E-learning communication skills training for physiotherapy students: a two phased sequential mixed methods study. *Patient education and counseling*, 104(8), 2045–2053. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.022>
- Stefanellil, M. C. & Carvalho, E. C. (2005). A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Manole
- Stewart, J., Shanmugam, S., & Seenan, C. (2016). Developing 21st century graduate attributes: Incorporating novel teaching strategies in a physiotherapy curriculum. *European Journal Of Physiotherapy*, 18(3), 194–199. <https://doi.org/10.1080/21679169.2016.1181205>
- Suman, A., Schaafsma, F. G., Buchbinder, R., van Tulder, M. W., & Anema, J. R. (2017). Implementation of a multidisciplinary guideline for low back pain: Process-evaluation among health care professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 422– 433. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9673-y>
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63. <https://doi.org/10.1177/1474515114551123>
- Tan, L., Le, M. K., Yu, C. C., Liaw, S. Y., Tierney, T., Ho, Y. Y., Lim, E., Lim, D., Ng, R., Ngeow, C., & Low, J. (2021). Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ open*, 11(9), e045224. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045224>
- Tavakoly Sany, S. B., Behzhad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Taveira-Gomes, I., Mota-Cardoso, R., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise psicológica*, 22(3), 615-620. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>
- Teutsch C. (2003). Patient-doctor communication. *The Medical clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- Timmerberg, J. F., Dole, R., Silberman, N., Goffar, S. L., Mathur, D., Miller, A., Murray, L., Pelletier, D., Simpson, M. S., Stolfi, A., Thompson, A., & Utzman, R. (2019). Physical therapist student readiness for entrance in to the first full-time clinical experience: A Delphi study. *Physical Therapy*, 99(2), 131–146. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy134>

- Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Loh, A., Buchholz, A., Niebling, W., & Fischer, K. G. (2012). Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-73>
- Tognetto, A., Michelazzo, M. B., Ricciardi, W., Federici, A., & Boccia, S. (2019). Core competencies in genetics for healthcare professionals: Results from a literature review and a Delphi method. *BMC Medical Education*, 19(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1456-7>
- Toronto, C. (2017). Considerations when conducting e-Delphi research: A case study. *Nurse Researcher*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1498>
- Unge, J., Lundh, P., Gummesson, C., & Amnér, G. (2018). Learning spaces for health sciences – what is the role of e-learning in physiotherapy and occupational therapy education? A literature review. *Physical therapy review*, 23(1), 50–60. <https://doi.org/10.1080/10833196.2018.1447423>
- van Aswegen, H., Patman, S., Plani, N., & Hanekom, S. (2017). Developing minimum clinical standards for physiotherapy in South African ICUs: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1258–1265. <https://doi.org/10.1111/jep.12774>
- van Rijssen, M. N., Veldkamp, M., Bryon, E., Remijn, L., Visser-Meily, J., Gerrits, E., & van Ewijk, L. (2021). How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail?. *Disability and rehabilitation*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>
- Veits, M., Khait, I., Obolski, U., Zinger, E., Boonman, A., Goldshtein, A., Saban, K., Seltzer, R., Ben-Dor, U., Estlein, P., Kabat, A., Peretz, D., Ratzersdorfer, I., Krylov, S., Chamovitz, D., Sapir, Y., Yovel, Y., & Hadany, L. (2019). Flowers respond to pollinator sound within minutes by increasing nectar sugar concentration. *Ecology Letters*, 22(9), 1483–1492. <https://doi.org/10.1111/ele.13331>
- Veneri D. (2011). The role and effectiveness of computer-assisted learning in physical therapy education: a systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, 27(4), 287–298. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.493192>
- Villiers, M. R., de Villiers, P. J., & Kent, A. P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, 27(7), 639–643. <https://doi.org/10.1080/13611260500069947>
- von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., Wiskin, C., & UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x>

- von Lengerke, T., Afshar, K., Just, I., & Lange, K. (2020). Classroom teaching with simulated patients during COVID-19: the communication skills course in the second year of the model medical curriculum HannibaL. *GMS journal for medical education*, 37(7), Doc81. <https://doi.org/10.3205/zma001374>
- Waggoner, J., Carline, J. D., & Durning, S. J. (2016). Is there a consensus on Consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(5), 663–668. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001092>
- Wahlqvist, M., Gunnarsson, R. K., Dahlgren, G., & Nordgren, S. (2010). Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical teacher*, 32(4), e191–e198. <https://doi.org/10.3109/01421591003657451>
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Jacobs, M. E., Abels, D. C., Köse, N., Van Dulmen, S., Vernhout, R. M., & Arends, L. R. (2015). Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. *PloS one*, 10(9), e0138342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138342>
- Wiemann, M. O. (2011). La comunicación en las relaciones interpersonales. Editorial Aresta
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy theory and practice*, 33(11), 825–840.
- Williams, C. & Davis, C. (2005). *Therapeutic Interaction in Nursing*. Jones and Bartlett Publishers.
- Wong, A.-K. I., Cheung, P. C., Zhang, J., Cotsonis, G., Kutner, M., Gay, P. C., & Collop, N. A. (2021). Randomized Controlled Trial of a Novel Communication Device Assessed During Noninvasive Ventilation Therapy. *Chest*, 159(4), 1531–1539. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.250>
- Wood, L. M., Sebar, B., & Vecchio, N. (2020). Application of Rigour and Credibility in Qualitative Document Analysis: Lessons Learnt from a Case Study. *The Qualitative Report*, 25(2), 456-470. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss2/11>
- World Health Organization. (2014). WHO handbook for guideline development. *Decision-making for guideline development at WHO* (2nd ed., pp.201-214). World Health Organization. [Chp16_May2016.pdf \(who.int\)](http://www.who.int/publications/i/item/9789241548234)
- World Physiotherapy – Europe region. (2018). *Expected minimum competencies for an entry level physiotherapist in the European Region*. [Europe Region WorldPhysio | Expected Minimum Competencies for Entry Level \(erwcept.eu\)](http://www.eurwpt.eu/Expected-Minimum-Competencies-for-Entry-Level)
- World Physiotherapy. (2011). *Physical Therapist Professional Entry Level Education – Guideline*. [G-2011-Entry-level-education.pdf \(world.physio\)](http://www.worldphysio.org/G-2011-Entry-level-education.pdf)

World Physiotherapy. (2011). WCPT guideline for the clinical education component of physical therapist professional entry level education. https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_clinical_education_complete1.pdf

World Physiotherapy. (2020). *Immediate impact on students and the response to delivering physiotherapist entry level education*. <https://world.physio/sites/default/files/2021-06/COVID-19-Briefing-paper-1-HEI-FINAL-2021.pdf>

Yousuf, M. I. (2007). Using experts opinions through Delphi technique. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 12(4). <https://doi.org/10.7275/rrph-t210>

Yudkowsky, R., Downing, S. M., & Ommert, D. (2006). Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.03.004>

ANEXOS

Anexo I: Primeira página dos trabalhos publicados

PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2021, 22(2), 359-373
ISSN - 2182-8407
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.pt
DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220204>

CARATERIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Leonor Santos^{1,2}, Sílvia Queirós^{1,3}, Rute Meneses⁴, & Germano Couto^{1,5}

¹Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

²Clinica Pedagógica/ESS - Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal, leonordasantos@gmail.com

³SMFR - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal, silviaqueiros@gmail.com

⁴Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/CTEC/OLD/CICSC - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, rmeneses@ufp.edu.pt

⁵CINTESIS, Porto, Portugal, gcouto@ufp.edu.pt

RESUMO: A elevada importância da comunicação em saúde, como competência vital na prática de cuidados e fundamental na educação para a saúde, determina que seja considerada a importância do seu treino. Assim, procurou-se identificar programas de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas, e sistematizar a sua caracterização. Para tal procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura com base na Statement Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses (PRISMA). Treze artigos, de 329 identificados, foram incluídos na síntese qualitativa, após aplicação dos critérios de elegibilidade. Verificou-se variabilidade nos procedimentos e que nem sempre a informação é suficiente para se caracterizar minuciosamente cada programa. A grande maioria dos programas dirigia-se a profissionais, com sessões em grupo, presenciais e teórico-práticas; como métodos de treino foram comumente usados exercícios práticos com e sem *role-play*, meios audiovisuais, discussão crítica e fornecimento de material de apoio. A maioria dos estudos revelou programas eficazes, em particular os que incluíam estudantes. Os resultados sugerem que a estrutura do programa poderá ser mais relevante que a sua duração, as competências de comunicação treinadas ou as técnicas e métodos utilizados. O reduzido número de estudos identificados no âmbito da fisioterapia é sugestivo da relevância de se realizarem mais estudos nesta área, em particular com estudantes.

Palavras-Chave: Comunicação em saúde, competência clínica, profissional de saúde

CHARACTERISATION OF COMMUNICATION SKILLS TRAINING PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: The high importance of health communication, as a vital competence in the practice of care and fundamental in health education, determines the importance of its training. Thus, it was sought to identify training programs of communication skills for health professionals, including physiotherapists, and systematize their characterization. To this end, a systematic review of the literature was conducted based on the Statement Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-

Rua Carlos da Maia, 296, 4200-150 Porto, Portugal. Email: leonordasantos@gmail.com

13º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal
30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

**COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA
DO FISIOTERAPEUTA:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Leonor Santos¹ (✉ sleonor@ufp.edu.pt), Sílvia Queirós², Rute F. Meneses³, & Germano Couto⁴

¹FCS/ESS/HE, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

²FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal & Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia, Espinho, Portugal

³FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

⁴FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal & CINTESIS, FC, Universidade do Porto, Portugal

Com a crescente ênfase na necessidade dos profissionais de saúde trabalharem cooperativamente em equipas multidisciplinares, bem como de criarem parcerias colaborativas com os pacientes, as competências de comunicação foram vindo reconhecido o seu papel na eficácia dos cuidados de saúde, maximizando os resultados, em particular no que concerne à reabilitação (Reynolds, 2005). Diversos autores (Cooper et al., 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Parry, 2008; Parry & Brown, 2009) apontaram-nas como um elemento central do exercício da fisioterapia, dada a sua importância na eficácia dos tratamentos, uma vez que a fisioterapia depende de comunicação verbal e não-verbal entre terapeutas, com os utentes, seus familiares ou cuidadores e outros profissionais de saúde.

Esta importância está bem explanada pela Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas (APFISIO), no documento emitido em 2018, a atualizar a definição do perfil profissional do fisioterapeuta, em que entre os modelos principais de referência de intervenção se destaca o modelo centrado na pessoa/utente com tomada de decisão partilhada, destacando-se nas competências específicas, que se encontram divididas em oito dimensões, a de comunicador.

O processo terapêutico requer do fisioterapeuta competências para além das do domínio técnico, já que no seu exercício profissional atua integrado

E-Revista de Estudos Interculturais do CEI-ISCAP
N.º 10, maio de 2022

**COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO PRÉ-
GRADUADA DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA: ANÁLISE
COMPARATIVA DOCUMENTAL**

**COMMUNICATION SKILLS IN THE UNDERGRADUATE EDUCATION
PROGRAMS OF PHYSIOTHERAPY STUDENTS: A DOCUMENT
COMPARATIVE ANALYSIS**

Leonor Almeida Santos,¹

leonordasantos@gmail.com

Rute F. Meneses²

rmeneses@ufp.edu.pt

Germano Couto³

rmeneses@ufp.edu.pt

Universidade Fernando Pessoa

¹ Doutoranda em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, linha de investigação em Comunicação em Saúde, na Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade Fernando Pessoa. Fisioterapeuta na Clínica Pedagógica – Escola Superior de Saúde/IPP. Bacharel e licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto; pós-graduada em Gestão em Cuidados de Saúde pela Universidade Fernando Pessoa.

² Professora Associada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/I3ID/Clinica Pedagógica da Universidade Fernando Pessoa. Licenciada e doutorada em Psicologia pela Universidade do Porto.

³ Professor Associado na Escola Superior de Saúde-Fernando Pessoa/I3ID da Universidade Fernando Pessoa; Investigador CINTESIS. Mestre e Doutor em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto.





CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
LIFE AND HEALTH SCIENCES
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium 111

Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde, 2(ed espec. n.º10), 111-121.


pt

FORMAÇÃO E-LEARNING EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO EM ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA: ESTUDO QUASI-EXPERIMENTAL
E-LEARNING TRAINING IN COMMUNICATION SKILLS IN PHYSICAL THERAPY STUDENTS: QUASI-EXPERIMENTAL STUDY
FORMACIÓN E-LEARNING EN COMPETENCIAS COMUNICATIVAS EN ESTUDIANTES DE FISIOTERAPIA: ESTUDIO QUASI-EXPERIMENTAL

Leonor Almeida Santos¹  <https://orcid.org/0000-0002-5695-3666>
Rute Meneses²  <https://orcid.org/0000-0002-7189-3139>
Germano Couto³  <https://orcid.org/0000-0002-5423-7375>
Cristina Costa Santos⁴  <https://orcid.org/0000-0002-7109-1101>

¹ Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, Portugal | Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Saúde, Clínica Pedagógica, Porto, Portugal.
² Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | Clínica Pedagógica, I3ID – Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento, Porto, Portugal.
³ Universidade Fernando Pessoa, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | Faculdade de Ciências da Saúde, I3ID – Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento, Porto, Portugal | CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.
⁴ Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, Porto, Portugal | CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

Leonor Almeida Santos - leonordasantos@gmail.com | Rute Meneses - rmeneses@ufp.edu.pt | Germano Couto - gcouto@ufp.edu.pt |
Cristina Costa Santos - csantos@med.up.pt



Autor Correspondente
Leonor Almeida Santos
Rua Carlos da Maia, 296
4200-150 Porto - Portugal
leonordasantos@gmail.com

RECEBIDO: 04 de abril de 2022
ACEITE: 03 de junho de 2022

Anexo II: Assentimento informado

Assentimento Informado

Competências de Comunicação do Fisioterapeuta: Do Ensino à Prática Clínica

***Obrigatório**

1. Email *

Estudo Aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Leonor Duarte Almeida Santos, investigadora responsável pelo estudo em causa, doutoranda em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, na linha de investigação em Comunicação em Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof. Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

2. Nome completo do participante *

3. Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão. Por isso, *

Marcar tudo o que for aplicável.

Dou o meu assentimento para participar no estudo em causa

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo III: Autorização para utilização dos instrumentos IRI e PPOS

Exma. Sra. Prof.a Doutora Teresa Limpo,

O meu nome é Leonor Almeida Santos e como doutoranda, venho por este meio, solicitar autorização para uso em investigação, da escala adaptada e validada para a população portuguesa da Interpersonal Reactivity Index (IRI), como instrumento de avaliação dos participantes do estudo a desenvolver no âmbito do meu projeto de Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem (Linha de investigação - Comunicação em Saúde), sob a orientação da Prof.a Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

O estudo tem como objetivo avaliar e comparar competências de comunicação clínica/em saúde pré e pós implementação do programa de treino; será realizado um Estudo Quasi-Experimental, em que a amostra será da população de alunos do curso de licenciatura em fisioterapia da ESS-UIP.

Grata e com os melhores cumprimentos,
Leonor Duarte Almeida Santos

Teresa Limpo <tlimpo@fpce.up.pt>
para mim, Rui, São, Germano ▾

quinta, 15/04/2021, 07:44 ★ ↩ ⋮

Cara Leonor,

Agradecemos o seu interesse pelo IRI, que pode naturalmente usar no seu trabalho. Aproveito e anexo o artigo de validação e versão word do instrumento, que lhe poderá ser útil.

Boa sorte nos seus estudos,
Teresa

Teresa Limpo, PhD
Assistant Professor | University of Porto

>>>> No dia 08/04/2021, às 07:31, Ana Grilo <ana.grilo@estesl.ipl.pt> escreveu:

>>> Cara Leonor

>>> Fico muito contente que o seu estudo esteja a avançar.

>>> Temos uma versão da PPOS para estudantes/fisioterapeutas. Tem esta versão para utilizar ou necessita que lhe envie?

>>> Desejo que a aplicação corra da melhor forma.

>>> Bom trabalho

>>> Ana Grilo, PhD

>>> A 2021-04-07 22:54, Leonor Santos escreveu:

>>>> Ema. Sra. Prof.a Doutora Ana Monteiro Grilo,

>>>> Venho por este meio, solicitar autorização para uso em

>>>> investigação, da escala adaptada e validada para a população

>>>> portuguesa (Português Europeu) da _Patient-Practitioner Orientation

>>>> Scale_ (PPOS), como instrumento de avaliação dos participantes do

>>>> estudo a desenvolver no âmbito do meu projeto de Doutoramento em

>>>> Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem (Linha de investigação

>>>> - Comunicação em Saúde), sob a orientação da Prof.a Doutora Rute

>>>> Meneses e Prof. Doutor Germano Couto.

>>>> O estudo tem como objetivo avaliar e comparar competências de

>>>> comunicação clínica/em saúde pré e pós implementação do

>>>> programa de treino; será realizado um Estudo Quasi-Experimental, em

>>>> que a amostra será da população de alunos do curso de licenciatura

>>>> em fisioterapia da ESS-UIP.

>>>> O projeto já se encontra aprovado pela Comissão de Ética da


>>>> Universidade Fernando Pessoa (10/03/2020).

>>>> Grata e com estima,

>>>> Leonor Santos

>>>> Enviado do Correio [1] para Windows 10

Anexo IV: Parecer final da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

 **Universidade Fernando Pessoa**

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Nº	Data
FCS/PLS - 16/20-5	16 de Junho de 2021


Exma. Senhora Professor Doutora,


A Comissão de Ética reapreciou a documentação relativa ao projeto de doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da Dr^a Leonor Duarte Almeida Santos intitulado: "Competências comunicacionais do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica - particularidades com o idoso com perturbações da linguagem". No parecer anterior, dado que a descrição da terceira fase do projeto, nomeadamente, no que diz respeito à formação a realizar, continuava a ser apenas formal, indicava-se que a documentação relativa a essa fase deveria ser remetida à CE mais tarde, para que houvesse um parecer sobre a mesma. Uma vez que a doutoranda, já depois da emissão do parecer do dia 11 de Junho, enviou os conteúdos desta formação, a Comissão de Ética considera nada haver a opor ao projeto nas suas três fases, reiterando, contudo, as alterações necessárias relativamente às duas fases anteriores, a saber:

- o acesso a instituições ou professores que não disponibilizam a documentação pretendida on-line e às quais está previsto haver um pedido de acesso, não deve utilizar o fraseado que corresponde a um consentimento informado, pelos motivos já indicados nos pareceres anteriores: nem as instituições, nem os professores que facilitem o acesso aos seus programas são participantes no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toloy

 **Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"**
N.º 107 257 922 - Reg.ª Conservatória do Registo Comercial de Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS - FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
Rua do Abade, 249 - 4200-166 Porto - Portugal - T +351 22 557 1900 - www.ufp.pt - email: fundacao@ufp.pt

FACULDADE DE SAÚDE FERNANDO PESSOA
Rua Delfino, 1, 134 - 4200-150 Porto - Portugal
T +351 22 557 9307 - email: fcs@ufp.pt

Anexo V: Autorização da Direção da ESS-FP, da Coordenação da licenciatura em fisioterapia e Divulgação pelo GCI-FFP do Estudo Quasi-Experimental

Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt> 8 de outubro de 2021 às 16:19
Para: Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt>
Cc: Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>, Germano Couto <gcouto@ufp.edu.pt>
Bcc: Fatima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>

Exma. Diretora da ESS-FP, Sr.a Prof.a Doutora Clarinda Festas,

No âmbito do meu Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, da UFP, encontro-me a desenvolver um Estudo Quasi-Experimental Longitudinal (projeto de investigação já aprovado pela CE-UFP), sob orientação da Prof. Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto, intitulado "Competências de comunicação do fisioterapeuta: do ensino à prática clínica". Este integra um programa, gratuito, de ensino de competências de comunicação clínica/em saúde dirigido a estudantes de fisioterapia, em formato e-learning. Está estruturado em 8 módulos (1 ao 7 - assíncronos, 8 - síncrono), antecedidos do Módulo zero (inscrição necessária) que será em modo síncrono com a investigadora, com os objetivos de dar a conhecer o investigador/formador, objetivo, natureza e procedimento do estudo; objetivos, estrutura e temas das sessões da formação; dar assentimento informado, livre e esclarecido; fazer registo na plataforma da formação; responder ao questionário sociodemográfico e escalas do estudo (PPOS e IRI). Foi feita divulgação, pelo Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP a 27 de setembro via email, junto dos alunos de fisioterapia da vossa Escola. Dado que até à presente data não houve qualquer inscrição, e tendo em conta o prazo limitado para terminar (face à não renovação de Acreditação pela A3ES), venho por este meio solicitar autorização para divulgação de forma presencial, junto dos alunos inscritos no 2º e 3º ano na Licenciatura de fisioterapia da ESS-FP; para que me permita a recolha de dados e redação do relatório final com tempo e tranquilidade necessária para um estudo com a qualidade a que os alunos de doutoramento da UFP estão habituados.

Grata e com os melhores cumprimentos,
Leonor Almeida Santos
[Citação ocultada]

Coordenadora do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da UFP
Diretora do Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência (CTEC) da UFP
Gabinete 14 (Sede); Cacifo: 197; Extensões: 2207 e 2110 (CTEC)

Ciência ID DeGóis Orcid Scopus AuthorID Researcher ID Loop Google Scholar ID
ResearchGate Academia.edu LinkedIn Publons

rmeneses@ufp.edu.pt
FCHS - Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de Abril, 349 :: 4249-004 Porto, Portugal
Telef.: (+351) 22 507 13 00
Fax: (+351) 22 550 62 69
www.ufp.pt

AVISO: Se receber este e-mail por engano, agradecemos a sua devolução e aviso ao remetente. A mensagem e eventuais anexos são susceptíveis de conter informação sujeita a sigilo profissional, ao regime legal de proteção de dados pessoais, de direitos de autor ou outro, pelo que a sua divulgação depende de autorização do remetente. A transmissão por correio eletrónico não é segura, sem erros assim como pode ser interceptada, corrompida, perdida, destruída, entregue fora de prazo, incompleta ou conter vírus. As opiniões emitidas não vinculam necessariamente a Universidade Fernando Pessoa.

[Citação ocultada]

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt> 11 de outubro de 2021 às 09:48
Para: Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>
Cc: Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>, Germano Couto <gcouto@ufp.edu.pt>, "Coordenação Fisioterapia (1C)" <coordenacao.lfs@ufp.edu.pt>, Fatima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>

Dra. Leonor Santos

Bom dia,
Nada a opor à proposta apresentada,
Para o efeito deverá contactar a coordenação do CE em fisioterapia, Prof. Doutora Fátima Santos, para analisar a melhor forma de melhorar a participação dos alunos, através de uma abordagem integrada numa das aulas teóricas do 2º e 3º ano do CE.
Dou conhecimento deste email à coordenação para conhecimento,
Com os melhores cumprimentos

Clarinda Festas

Diretora da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Coordenação Fisioterapia (1C) <coordenacao.lfis@ufp.edu.pt> 11 de outubro de 2021 às 11:56
Para: Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>
Cc: Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>, Germano Couto <gcouto@ufp.edu.pt>, Fátima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt>, Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

Dra. Leonor,

Bom dia.

A melhor forma de se proceder à divulgação do estudo é durante as aulas teórico-práticas do 2º e 3º ano que decorrem:

alunos 2º ano:

unidade curricular: Métodos e Técnicas em Fisioterapia III

Horário: 4ª feira:

13:30-15:30, sala EC1,6

15:30-17:30, sala EC1,7

Docente: Prof. Doutora Mariana Cervaens (cervaens@ufp.edu.pt)

alunos 3º ano:

Unidade curricular: Métodos e Técnicas em Fisioterapia V

Docente: Prof. Doutora Fátima Santos

Horários: 3ª feira

9h-11h e das 11h-13h; sala E.C. 1,6

Deverá combinar com os docentes responsáveis pelas unidades curriculares, o melhor dia/horário para a divulgação do estudo.

Necessitamos saber de quanto tempo necessita para esta apresentação de forma a podermos organizar melhor as aulas.

Com os melhores cumprimentos,
Fátima Santos

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt> escreveu no dia segunda, 11/10/2021 à(s) 10:48:
(Citação ocultada)

Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt> 11 de outubro de 2021 às 15:36
Para: "Coordenação Fisioterapia (1C)" <coordenacao.lfis@ufp.edu.pt>

Cc: Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>, Germano Couto <gcouto@ufp.edu.pt>, Fátima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt>, Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

Exma, Sr,a Prof,a Doutora Fátima Santos,

Agradeço toda a atenção e disponibilidade demonstrada.

Como será um momento de divulgação do estudo, de informação sobre a pertinência e importância do tema para os alunos como futuros fisioterapeutas, no máximo necessitarei de 15 minutos, no início ou final da aula de acordo com a indicação do docente, já que a restante informação, bem como a decisão de participarem, será dada no Módulo-0. Tenho toda a disponibilidade para o fazer já nos próximos dias. Fico a aguardar disponibilidade e confirmação da vossa parte.

Grata e com os melhores cumprimentos,
Leonor Santos
(Citação ocultada)

Fátima Santos <fatimas@ufp.edu.pt> 11 de outubro de 2021 às 17:53
Para: Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>
Cc: Coordenação Fisioterapia <coordenacao.lfis@ufp.edu.pt>, Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>, Germano Couto <gcouto@ufp.edu.pt>, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa <ess.fp@ufp.edu.pt>, Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

Dra. Leonor,

Poderá ir amanhã, 3 feira, às minhas aulas:

-9 h;

-11h

Com os melhores cumprimentos,
Fátima Santos



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>

Divulgação Estudo Competências de Comunicação

3 mensagens

Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>

12 de outubro de 2021 às 08:46

Para: Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

Cc: Fatima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>

Exma Sra Prof,a Doutora Mariana Cervaens,

Agradeço toda a atenção e disponibilidade demonstrada para divulgação da formação dirigida aos alunos de fisioterapia.

Como será um momento de divulgação e de informação sobre a pertinência e importância do tema para os alunos como futuros fisioterapeutas, no máximo necessitarei de 10 a 15 minutos, no início ou final da aula de acordo com a sua indicação, já que a restante informação, bem como a decisão de participarem, será dada no Módulo-0.

Tenho toda a disponibilidade para o fazer já nos próximos dias. Fico a aguardar disponibilidade e confirmação da sua parte.

Grata e com os melhores cumprimentos,
Leonor Santos

P.S. Deixo-lhe o meu contacto telemóvel, caso seja necessário 962661051.

Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

12 de outubro de 2021 às 16:38

Para: Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>

Cc: Fatima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>

Boa tarde,
Amanhã, pode comparecer no início de cada aula.
Cumprimentos,

[Citação ocultada]

--

Mariana Cervaens, PT, PhD
Professora Adjunta de Fisioterapia
Coordenadora do Mestrado Fisioterapia na Senescência
Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde
cervaens@ufp.edu.pt
[Rua Delfim Maia, 334](mailto:cervaens@ufp.edu.pt)
4200-150 Porto
Telefone: 225074630
Gabinete 7
www.ufp.pt

Leonor Duarte Almeida Santos <37435@ufp.edu.pt>

12 de outubro de 2021 às 22:29

Para: Mariana Cervaens <cervaens@ufp.edu.pt>

Cc: Fatima Santos <fatimas@ufp.edu.pt>

Boa noite Doutora Mariana Cervaens,

Obrigada pela disponibilidade e resposta célere.
Amanhã estarei no início de cada uma das aulas de MTF III, às 13:30 e 15:30 nas salas indicadas.

Grata e com os melhores cumprimentos,
Leonor Santos

[Citação ocultada]

Anexo VI: Questionários e Escalas

e-Delphi – Ronda 1 e Questionário Sociodemográfico

Competências comunicacionais do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica

No âmbito do Doutoramento, em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof.ª Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto, pretende-se desenvolver um Estudo Delphi (painel de peritos), através do qual se pretende identificar as competências de comunicação clínica a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura). Este estudo constará de várias rondas até se obter consenso pelos peritos participantes.

Tendo sido convidado/a integrar o painel de peritos para este Estudo Delphi, caso decida participar, agradeço a resposta sincera a um pequeno questionário de caracterização sociodemográfica e à pergunta de partida (primeira ronda), que estarão disponíveis por um período máximo de 2 semanas.

Após o término desta fase, serão analisadas as respostas, com o objetivo de chegar a um consenso, e será(ão) então formulada(s) a(s) pergunta(s) da segunda ronda, que lhe será(ão) novamente enviada(s); o conteúdo e número de perguntas a partir da segunda ronda, bem como o número de rondas, estão dependentes das respostas obtidas a cada ronda.

Comunicação clínica ou em saúde é definida como o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004).

Como perito em comunicação clínica/em saúde entende-se: 1) ser doutorado, doutorando ou mestre, preferencialmente em comunicação clínica/em saúde (Fisher & Keil, 2015; Persky & Robinson, 2017); 2) possuir mais de 7 anos de experiência como formador em competências de comunicação para profissionais de saúde, em particular fisioterapeutas (Benner, 1982; Nunes, 2010; Persky & Robinson, 2017); 3) desenvolver ou ter desenvolvido investigação recente em comunicação clínica (com artigos publicados nesta temática) (King et al., 2008; Nunes, 2010).

Antes, durante ou depois de decidir participar, pode colocar qualquer dúvida que pretenda ver esclarecida sobre o estudo através do email: sleonor@ufp.edu.pt

Gostaria de sublinhar que a participação é voluntária e tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal, e que as respostas que guardarei serão confidenciais e utilizadas única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardadas em local seguro durante a pesquisa e destruídas após a sua conclusão, apresentações e publicações científicas.

A solicitação do seu email tem como única finalidade, saber que peritos responderam à primeira ronda e seguem para a seguinte.

Reconhecida pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos, Leonor Santos

*Obrigatório

1. Email *

2. Declaro que fui devidamente informado da natureza, objetivos e da metodologia do estudo *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar no presente estudo

Questionário de caracterização sociodemográfica

3. Idade *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

Mestrado

Doutoramento em curso

Doutoramento

6. Formação de base *

7. Profissão *

8. Anos de experiência profissional como formador/docente em comunicação clínica para profissionais/estudantes de saúde *

9. Formação complementar em competências de comunicação clínica/saúde *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

1ª Ronda - Pergunta de Partida

É importante que a sua resposta seja o mais detalhada e informativa possível

10. Como perito em comunicação clínica/em saúde, no que respeita à formação de base dos fisioterapeutas (licenciatura), que competências de comunicação devem ser treinadas com os estudantes? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

e-Delphi – Ronda 2

Competências comunicacionais do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica - 2ª ronda

Com uma taxa de respostas de 95% (20 de 21) e após análise de conteúdo das respostas da 1ª ronda do Estudo Delphi, foram identificadas 27 Competências de Comunicação. De acordo com os resultados finais da 1ª ronda não foi alcançado consenso pelo que se procede à elaboração de mais uma ronda.

A 2ª ronda tem como objetivo melhorar o grau de convergência de opiniões entre os membros do painel de peritos em relação à importância das 27 competências identificadas na 1ª ronda.

Do presente questionário fazem parte duas questões, sendo que com a primeira pretende-se que classifique o grau de importância que atribui às competências de comunicação clínica, através de uma escala tipo Likert de 5 pontos; com a segunda questão pretende-se que, da lista de 27 competências identificadas, selecione as 10 que entende serem mais importantes a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura).

Relembro que a participação é voluntária e tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal, e que as respostas que guardarei serão confidenciais e utilizadas única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardadas em local seguro durante a pesquisa e destruídas após a sua conclusão, apresentações e publicações científicas.

A solicitação do seu email tem como única finalidade saber que peritos responderam a esta ronda e seguem para a seguinte, caso não se obtenha consenso.

Reconhecida pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Leonor Santos

*Obrigatório

1. Email *

**Classificação
de grau de
importância**

Numa escala de 1- nada importante, 2- pouco importante, 3- moderadamente importante, 4- importante, a 5- muito importante, classifique o grau de importância das competências de comunicação clínica a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura).

As definições das competências de comunicação apresentadas basearam-se em:
Mota Cardoso, R. (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto
Prieto, G. B. (2014). *Comunicação eficaz - Teoria e prática da comunicação*. Escolar Editora
Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. LIDEL

2. INTERPRETAÇÃO: Dar ou acrescentar sentido a algo que foi expresso; perceber o conteúdo da mensagem transmitida/recebida *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nada Importante Muito Importante

3. EMPATIA: Capacidade individual de inferir um estado a partir de outro; perceber o estado do outro, fornecendo resposta e/ou reagindo adequadamente à situação *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nada Importante Muito Importante

4. PARTILHA/FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO: Expor e fornecer toda a informação acerca da situação do utente, oral ou escrita (por ex.: registos, relatórios, passagem de turno); quer ao utente, seus familiares e outros profissionais de saúde *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nada Importante Muito Importante

5. **ADEQUAÇÃO AO SUJEITO/CONTEXTO:** Ajustar e adaptar ações, pensamentos, comportamentos, discurso e metodologias de tratamento à situação específica do utente e do contexto (por ex.: idade, luto, agressividade, cultura, internamento, teleconsulta) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

6. **NEGOCIAÇÃO:** Estabelecer acordos e consensos com o utente, família e outros profissionais de saúde; tentar chegar a resultados positivos para ambas as partes *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

7. **ARGUMENTAÇÃO:** Trocar argumentos, ideias, pontos de vista opostos; apresentar e contrapor razões que, através do raciocínio lógico, levem a uma conclusão *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

8. **ASSERTIVIDADE:** Expressar/defender determinada ideia, de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios do outro *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

9. **ESCUITA ATIVA:** Ouvir, escutar, prestar atenção, atribuir significado e dar retorno demonstrando interesse e disponibilidade *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

10. **LINGUAGEM ACESSÍVEL/COMPREENSÍVEL:** Utilizar vocabulário com um significado comum, para a mensagem ser apreendida e compreendida pelo utente *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

11. **FEEDBACK:** Processo verbal e não-verbal pelo qual se informa o outro acerca das suas perceções, pensamentos, sentimentos, necessidades e desejos *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

12. LINGUAGEM POSITIVA: Utilizar linguagem de forma a motivar e levar à transmissão das ideias de forma positiva *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

13. RELAÇÃO/ALIANÇA: Criar um relacionamento de confiança e proximidade; demonstrar respeito, compreensão, disponibilidade, responsabilidade; partilhar tempo, conhecimentos; criar um clima de segurança, aceitação, com o utente, família e outros profissionais *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

14. ENCORAJAR/APOIAR: Dirigir o discurso de forma a motivar o utente, fazer com que se sinta sempre apoiado, independentemente da sua decisão/comportamento *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

15. **EXPLICITAÇÃO/CLARIFICAÇÃO:** Esclarecer o utente em caso de mal-entendido; repetir o que o utente declarou, para melhor compreensão do que está a ser dito; clarificar o conteúdo da mensagem, por ex.: "O que me quer dizer é como se fosse..." *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

16. **VALIDAÇÃO:** Verificar compreensão das informações e orientações dadas ao utente e a outros elementos da equipa de saúde; é o profissional de saúde que clarifica o significado da mensagem (não o utente) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

17. **PERMITIR O SILÊNCIO:** Pausa na comunicação; tempo de reflexão, de escuta; saber aguardar e dar tempo ao utente para que organize o discurso e se expresse *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

18. RECOLHA DE INFORMAÇÃO: Recolher informação de forma articulada com sequência lógica; obter informações precisas e amplas que permitam orientar para um diagnóstico ou caracterizar um problema *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

19. LINGUAGEM CORPORAL: Adequar os componentes da linguagem não verbal de forma a transmitir a informação desejada, em coerência com a verbal (por ex.: distância, posicionamento, olhar, expressões faciais) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

20. TOQUE: Estimulo táctil produzido pelo contacto pessoal (ex.: para recolher informação, realizar uma intervenção, testemunhar compreensão, demonstrar que está a escutar, cumprimento) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

21. PARALINGUAGEM: Capacidade de modular características do significante, por ex.: cadência, pronúncia, tom, volume, ritmo da fala *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

22. **SUMARIZAÇÃO/SÍNTESE:** Resumir as principais ideias de forma clara e objetiva, para ajudar o utente a consolidar a informação, para que este vá acompanhando a informação mais relevante *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

23. **REFORMULAÇÃO:** Dizer de outra maneira o que se acabou de ouvir, de forma mais clara e objetiva; para esclarecer e facilitar a compreensão *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

24. **FOCALIZAÇÃO:** Destacar a ideia principal e manter o fluxo da comunicação dirigido para um objetivo específico *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

25. **SUPORTE PARA AUTONOMIA:** Incentivar, apoiar e motivar os utentes a se envolverem no seu processo de recuperação, tornando a sua intervenção o mais autónoma possível *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

26. **SOCIAIS:** Facilitar a socialização e boa convivência, como por ex.: cumprimentar, chamar pelo nome, deixar o utente confortável *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

27. **CONFRONTAÇÃO:** Comparar informações divergentes sobre o mesmo tema para delimitar um assunto, eliminar incongruências, alertar o utente sobre discrepâncias no seu discurso *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

28. **EXPLORAÇÃO:** Recolha de mais informação sobre determinada situação/problema, investigar áreas da vida do utente como por ex.: comportamentos, pensamentos, emoções *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada Importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Importante

Seleção segundo grau de importância

29. Selecione as 10 competências de comunicação clínica que considera mais importantes a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura). *

Marcar tudo o que for aplicável.

- INTERPRETAÇÃO
- EMPATIA
- PARTILHA/FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO
- ADEQUAÇÃO AO SUJEITO/CONTEXTO
- NEGOCIAÇÃO
- ARGUMENTAÇÃO
- ASSERTIVIDADE
- ESCUTA ATIVA
- LINGUAGEM ACESSÍVEL/COMPREENSÍVEL
- FEEDBACK
- LINGUAGEM POSITIVA
- RELAÇÃO/ALIANÇA
- ENCORAJAR/APOIAR
- EXPLICITAÇÃO/CLARIFICAÇÃO
- VALIDAÇÃO
- PERMITIR O SILÊNCIO
- RECOLHA DE INFORMAÇÃO
- LINGUAGEM CORPORAL
- TOQUE
- PARALINGUAGEM
- SUMARIZAÇÃO/SÍNTESE
- REFORMULAÇÃO
- FOCALIZAÇÃO
- SUPORTE PARA AUTONOMIA
- SOCIAIS
- CONFRONTAÇÃO
- EXPLORAÇÃO

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

e-Delphi – Ronda 3

Competências comunicacionais do fisioterapeuta: Do ensino à prática clínica - 3ª ronda

Após análise das respostas da 2ª ronda do Estudo Delphi, obteve-se um empate relativamente a três, da listagem das 10 competências de comunicação clínica, que consideram mais importantes a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura), pelo que se procede a mais uma ronda, com o objetivo de melhorar o grau de convergência de opiniões entre os membros do painel de peritos.

O presente questionário tem apenas uma questão de resposta rápida, com a qual se pretende que seleccione a competência de comunicação clínica que entende ser a mais importante a integrar a lista das 10 competências.

Relembro que a participação é voluntária e tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. A solicitação do seu email tem como única finalidade saber que peritos responderam a esta ronda e seguem para a seguinte, caso não se obtenha consenso.

Reconhecida pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Leonor Santos

***Obrigatório**

1. Email *

2. Selecione apenas 1 competência de comunicação clínica que considera a mais importante a ensinar/treinar nos estudantes de fisioterapia, no que respeita à sua formação de base (licenciatura). *

Marcar tudo o que for aplicável.

- NEGOCIAÇÃO
 PERMITIR O SILÊNCIO
 SUPORTE PARA A AUTONOMIA

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Quasi-Experimental – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

***Obrigatório**

Competências de Comunicação do Fisioterapeuta: Do Ensino à Prática Clínica

Estudo no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, da UFP, sob orientação da Prof.ª Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

Obrigada pela sua participação!

Leonor Almeida Santos
(Doutoranda)

1. Formação anterior em Comunicação Clínica/em Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

NÃO

SIM

2. Ano do curso em que está inscrito no ano letivo 2021/2022? *

Marcar apenas uma oval.

2º ano

3º ano

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

4. Idade *

Quasi-Experimental – Escala PPOS

Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

PPOS - Krupat et al. (2000).

Adaptação portuguesa - Ana Monteiro Grilo, Joana Santos Rita, Elisabete Teresa Carolino,
Ana Isabel Gomes & Margarida Custódio dos Santos. (2014).

*Obrigatório

Competências de Comunicação do Fisioterapeuta: Do Ensino à Prática Clínica

Estudo no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, da UFP, sob orientação da Prof.ª Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

Obrigada pela sua participação!

Leonor Almeida Santos
(Doutoranda)

1. Leia as afirmações seguintes referentes às atitudes face à interação profissional de saúde – paciente. Indique o seu grau de acordo para cada uma das afirmações, considerando: 1 – Concordo completamente e 6 – discordo completamente. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Concordo completamente	2 - Concordo	3 - Concordo ligeiramente	4 - Discordo ligeiramente	5 - Discordo	6 - Disc completa
É o fisioterapeuta que deve decidir o que é conversado durante a sessão de fisioterapia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A parte mais importante de uma sessão de fisioterapia comum é o tratamento físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pacientes deveriam confiar no	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

saber do seu fisioterapeuta e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado.

Quando os fisioterapeutas fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.

Se os fisioterapeutas forem realmente tecnicamente bons, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.

Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.

Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos fisioterapeutas, com igualdade de poder e estatuto.

<p>Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Se as principais ferramentas do fisioterapeuta forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Quando os pacientes discordam do fisioterapeuta, isso é um sinal de que este último não possui o respeito e a confiança do paciente.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Um plano de tratamento de fisioterapia não pode ser bem-sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A maior parte dos pacientes quer entrar e sair do ginásio de fisioterapia o mais depressa possível.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>O paciente tem que ter sempre</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

presente que é o fisioterapeuta que lidera.

Não é muito importante conhecer as características culturais e psico-sociais do paciente para tratar a doença de uma pessoa.

O humor é um dos principais ingredientes a ser utilizado pelo fisioterapeuta no tratamento do paciente.

Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajudar.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Quasi-Experimental – Escala IRI

Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)

IRI - Mark Davis. (1983).

Adaptação portuguesa - Teresa Limpo, Rui A. Alves e São Luís Castro. (2010).

Competências de Comunicação do Fisioterapeuta: Do Ensino à Prática Clínica

Estudo no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, da UFP, sob orientação da Prof.^a Doutora Rute Meneses e do Prof. Doutor Germano Couto.

Obrigada pela sua participação!

Leonor Almeida Santos
(Doutoranda)

1. As afirmações seguintes referem-se a pensamentos e sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada item o/a descreve a si escolhendo o número apropriado na escala abaixo, desde 0 (não me descreve bem) a 4 (descreve-me muito bem). Leia atentamente cada item antes de responder no espaço correspondente. É importante que as suas respostas sejam francas e honestas.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 - Não me descreve bem	1	2	3	4 - Descreve-me muito bem
Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitualmente mantenho a objetividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo que se estão a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.					
Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspetiva de ver as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar numa situação emocional tensa assusta-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendo a perder o controlo em situações de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

emergência.

Quando estou
aborrecido/aborrecida com
alguém, geralmente tento
pôr-me no seu lugar por um
momento.

Quando estou a ler uma
história ou um romance
interessante, imagino como
me sentiria se aqueles
acontecimentos se tivessem
passado comigo.

Quando vejo alguém numa
emergência a precisar muito
de ajuda, fico
completamente
perdido/perdida.

Antes de criticar alguém,
tento imaginar como me
sentiria se estivesse no seu
lugar.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Quasi-Experimental – Questionário de Avaliação e Satisfação da Formação

Avaliação da Formação

Competências de Comunicação do Fisioterapeuta: Do Ensino à Prática Clínica

AS SUAS RESPOSTAS SÃO ANÓNIMAS

***Obrigatório**

Desenvolvimento do Programa

Classifique de 1 a 5, escolhendo uma das opções

1. Objetivos da ação de formação *

1- Muito confusos; 2- Confusos; 3- Compreensíveis; 4- Claros; 5-Muitos claros

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito confusos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito claros

2. Conteúdos da ação de formação *

1- Inadequados; 2- Pouco adequados 3- Adequados; 4- Bastante adequados; 5-Totalmente adequados

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Inadequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente adequados

3. Estruturação do Programa da ação de formação *

1- Incorreta; 2- Pouco correta 3- Correta; 4- Bastante correta; 5-Totalmente correta

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Incorreta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente correta

4. Aplicabilidade dos conteúdos da ação de formação *

1- Inaplicáveis; 2- Pouco aplicáveis; 3- Aplicáveis; 4- Bastante aplicáveis; 5- Totalmente aplicáveis

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Inaplicáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente aplicáveis

5. Recursos e Materiais pedagógicos *

1- Insuficiente; 2- Razoável; 3- Necessário; 4- Adequado; 5- Abundante

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abundante

6. A formação correspondeu às suas expectativas e necessidades? *

1- Nada; 2- Pouco; 3- Suficiente; 4- Muito; 5- Totalmente

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

7. Recomendaria esta formação a alguém conhecido? *

1- Não, nunca; 2- Talvez; 3- Sim; 4- Claro que sim; 5- Sim, sem hesitar

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não, nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim, sem hesitar

8. Utilização da Plataforma da ação de formação *

1- Muito difícil; 2- Difícil; 3- Fácil; 4- Muito fácil; 5-Facilíssimo

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito difícil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Facilíssimo

9. O formato online facilitou a aprendizagem? *

1- Nada; 2- Pouco; 3- Indiferente; 4- Muito; 5- Totalmente

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

Secção sem título

10. Que formato de formação prefere? *

Marcar apenas uma oval.

- Presencial
- Online
- Indiferente

11. Numa formação online, que formato de sessão prefere? *

Marcar apenas uma oval.

- Assíncrona
- Síncrona
- Indiferente

12. Qual o(s) módulo(s) que mais gostou? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Módulo 1
- Módulo 2
- Módulo 3
- Módulo 4
- Módulo 5
- Módulo 6
- Módulo 7
- Módulo 8

13. Se a formação tivesse mais um módulo, que assunto/tema gostaria de ver abordado?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários