

Sílvia Cristina Monteiro Queirós

As competências de comunicação dos fisioterapeutas  
na intervenção com idosos com afasia

Universidade Fernando Pessoa  
Porto 2022



Sílvia Cristina Monteiro Queirós

As competências de comunicação dos fisioterapeutas  
na intervenção com idosos com afasia

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2022

© 2022

Sílvia Cristina Monteiro Queirós

“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

Sílvia Cristina Monteiro Queirós

As competências de comunicação dos fisioterapeutas  
na intervenção com idosos com afasia

Atesto a originalidade do trabalho

---

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.<sup>a</sup> Doutora Rute Meneses e do Prof. Dr. Germano Couto

“ É o tempo da travessia:  
E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,  
para sempre,  
à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

## RESUMO

SÍLVIA CRISTINA MONTEIRO QUEIRÓS: As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia (sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rute Meneses e do Prof. Dr. Germano Couto)

**Introdução:** Os indivíduos idosos (e não só) com afasia apresentam menor acessibilidade comunicativa, sendo essencial a preparação dos profissionais de saúde que os acompanham, onde se incluem os fisioterapeutas, para um apoio adicional e de suporte neste contexto específico. Os objetivos da presente dissertação são perceber quais as competências de comunicação importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, no contexto da afasia e de seguida desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de um programa *online* de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia (*PhysioComm Training Program*).

**Método:** O projeto foi desenvolvido em três fases: a primeira de fundamentação teórica, com a realização de quatro estudos de revisão teórica, a segunda de apoio e análise de conteúdo, onde se inclui um Estudo Delphi e um Estudo de Análise Comparativa Documental, e a terceira fase, onde se desenvolveu um Estudo do tipo *Proof of Concept*, para implementar e avaliar a eficácia do programa *PhysioComm Training Program*.

**Resultados:** As fases de revisão teórica e de análise de conteúdo permitiram identificar como competências importantes a desenvolver a empatia e os cuidados

centrados no paciente. O estudo *Proof of Concept* foi implementado em fisioterapeutas, distribuídos aleatoriamente e de forma sequencial em dois grupos, intervenção ( $n=7$ ) e comparação ( $n=5$ ), sendo avaliadas as competências de empatia, através do Índice de Reatividade Interpessoal e os cuidados centrados no paciente, utilizando a *Patient Practitioner Orientation Scale*, em três momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção e um mês de *follow-up*), associado ainda à avaliação da satisfação dos participantes com a intervenção. O treino foi desenvolvido em formato *e-learning* (síncrono e assíncrono) de caráter teórico-prático, com a carga horária total de 12 horas. O programa melhorou as competências de empatia e cuidados centrados ao doente, no domínio do *sharing*, dos fisioterapeutas.

**Conclusão:** O projeto demonstrou ser eficaz para o desenvolvimento e implementação de um programa de treino específico para melhorar as competências de comunicação dos fisioterapeutas, no contexto da intervenção com idosos com afasia. O *PhysioComm Training Program* revelou-se eficaz para a melhoria das competências de empatia e para o domínio do *Sharing*.

**Palavras-chave:** Comunicação Clínica/em saúde, competências de comunicação, fisioterapeutas, idosos, afasia, empatia, cuidados centrados no paciente, tomada de decisão partilhada.

## ABSTRACT

SÍLVIA CRISTINA MONTEIRO QUEIRÓS: The communication skills of physical therapists in the intervention with elderly people with aphasia (under the supervision of Prof. Dr<sup>a</sup> Rute Meneses and co-supervision of Prof. Dr. Germano Couto)

**Introduction:** Elderly people (and not only) with aphasia have less communicative accessibility, and it is essential to prepare the health professionals who accompany them, including physical therapists, for additional support and support in this specific context. The objectives of this dissertation are to understand which communication skills are important to develop in physical therapists, in the context of aphasia and then to develop, implement and evaluate the effectiveness of an online communication skills training program for physical therapists in the intervention with elderly people with aphasia (*PhysioComm Training Program*).

**Method:** The project was developed in three phases: the first of theoretical foundations, with the completion of four theoretical review studies, the second of support and content analysis, which includes a Delphi Study and a Comparative Document Analysis Study, and the third phase, where a *Proof of Concept* Study was developed, to implement and evaluate the effectiveness of the *PhysioComm Training Program*.

**Results:** The theoretical review and content analysis phases made it possible to identify empathy and patient-centered care as important skills. The *Proof of Concept* study was implemented in physical therapists, randomly and sequentially distributed into two groups, intervention ( $n=7$ ) and comparison ( $n=5$ ), with empathy skills being

evaluated through the *Interpersonal Reactivity Index* and patient-centered care, using the *Patient Practitioner Orientation Scale*, in three evaluation moments (pre-intervention, post-intervention and one-month follow-up), also associated with the evaluation of the participants' satisfaction with the intervention. The training was developed in an *e-learning* format (synchronous and asynchronous) of a theoretical-practical nature, with a total workload of 12 hours.

The program improved the skills of empathy and patient-centered care, in the field of sharing, of physical therapists.

**Conclusion:** The project proved to be effective for the development and implementation of a specific training program to improve the communication skills of physical therapists, in the context of intervention with elderly people with aphasia. The *PhysioComm Training Program* proved to be effective for improving empathy skills and for patient-centered care, specifically *Sharing*.

**Keywords:** Clinical/health communication; Communication skills; Physiotherapists; Seniors; Aphasia; Empathy; Patient-Centered Care; Shared Decision Making.

## RÉSUMÉ

SÍLVIA CRISTINA MONTEIRO QUEIRÓS: Les compétences de communication des kinésithérapeutes dans l'intervention auprès des personnes âgées aphasiques (sous la supervision du Prof. Dr<sup>a</sup> Rute Meneses et co-supervision du Prof. Dr. Germano Couto)

**Introduction :** Les personnes âgées (et pas seulement) aphasiques ont moins d'accessibilité communicative, et il est essentiel de préparer les professionnels de santé qui les accompagnent, y compris les kinésithérapeutes, à un accompagnement et une prise en charge complémentaire dans ce contexte spécifique. Les objectifs de ce mémoire sont de comprendre quelles compétences de communication sont importantes à développer chez les kinésithérapeutes, dans le contexte de l'aphasie, puis de développer, mettre en œuvre et évaluer l'efficacité d'un programme de formation en communication en ligne pour les kinésithérapeutes dans l'intervention auprès des personnes âgées. avec aphasie (*PhysioComm Training Program*).

**Méthode:** Le projet a été développé en trois phases: la première de fondements théoriques, avec la réalisation de quatre études de révision théorique, la seconde d'appui et d'analyse de contenu, qui comprend une étude Delphi et une étude d'analyse comparative de documents, et la troisième phase, où une étude preuve de concept a été développée, pour mettre en œuvre et évaluer l'efficacité du *PhysioComm Training Program*.

**Résultats:** Les phases de revue théorique et d'analyse de contenu ont permis d'identifier l'empathie et les soins centrés sur le patient comme des compétences importantes. L'étude preuve de concept a été mise en place chez des kinésithérapeutes,

répartis de manière aléatoire et séquentielle en deux groupes, intervention ( $n=7$ ) et comparaison ( $n=5$ ), les compétences d'empathie étant évaluées à travers l'*Indice de Réactivité Interpersonnelle* et la prise en charge centrée sur le patient, à l'aide de *Patient Practitioner Orientation Scale*, en trois moments d'évaluation (pré-intervention, post-intervention et suivi d'un mois), également associée à l'évaluation de la satisfaction des participants vis-à-vis de l'intervention. La formation a été développée dans un format *e-learning* (synchrone et asynchrone) de nature théorique-pratique, avec une charge de travail totale de 12 heures.

Le programme a amélioré les compétences d'empathie et de soins centrés sur le patient, dans le domaine du partage, des kinésithérapeutes.

**Conclusion :** Le projet s'est avéré efficace pour le développement et la mise en place d'un programme de formation spécifique pour améliorer les compétences de communication des kinésithérapeutes, dans le cadre de l'intervention auprès de personnes âgées aphasiques. Le programme d'entraînement *PhysioComm Training Program* s'est avéré efficace pour améliorer les compétences d'empathie et pour maîtriser le partage.

**Mots-clés:** Communication clinique/santé, compétences en communication, kinésithérapeutes, aînés, aphasie, empathie, soins centrés sur le patient, prise de décision partagée.

## **DEDICATÓRIA**

Aos amores da minha vida, o meu marido Marco e os meus filhos Gonçalo e Maria Catarina, dedico este momento tão importante e singular. Só é possível porque vocês existem na minha vida.

Adoro-vos

À minha querida amiga e colega de doutoramento Leonor Santos, dedico todas as horas que passamos ao telefone, a trabalhar, a ler artigos e a discutir metodologias, este trabalho também é teu.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido, Marco Vieira, por toda a força, apoio, paciência e dedicação a cuidar de mim e dos nossos filhos, para que eu pudesse cuidar deste nosso projeto.

Aos meus filhos por toda a resiliência e pelo facto de aceitarem tão bem a mamã estar sempre a trabalhar ao computador.

À minha colega de doutoramento Leonor Santos, por me ter desafiado para esta aventura, por me ter dado a coragem necessária para avançar, por nunca me deixar desistir e pelo nosso lema: “podemos chegar todas despedaçadas ao final, mas desistir nunca é opção”. Estas palavras foram sempre lembradas e repetidas nos momentos mais difíceis, de desânimo e frustração, mas foram elas que nos trouxeram até aqui.

Aos meus pais, por todo o amor e carinho, apoio incondicional e por me terem proporcionado a melhor educação e formação pessoal, social, académica e profissional ao longo da vida.

Às minhas irmãs, avós e tio por tudo o que sempre foram para mim, por terem contribuído para o meu desenvolvimento pessoal para chegar até aqui.

Aos meus sogros, por todo o carinho e apoio, ajudando sempre na educação dos meus filhos, muito contribuíram para que eu pudesse terminar este trabalho.

Aos meus orientadores, Professora Rute Meneses e Professor Germano Couto pela disponibilidade, ajuda, apoio, sábios conselhos e preciosas orientações.

À Professora Ana Grilo e à Professora Teresa Limpo pela autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação.

Aos peritos do Estudo Delphi pela preciosa colaboração e pelo importante contributo para esta investigação.

Aos participantes do estudo exploratório, por terem aceite participar no estudo, sem o quais este trabalho não teria sido possível.

À Professora Cristina Santos pela paciência na resposta a todas as questões colocadas e pela inestimável ajuda na análise estatística deste projeto.

A todos os colegas do doutoramento, pelos momentos de partilha e pelas mensagens de apoio e incentivo.

Por último a todos os meus amigos, colegas de trabalho e entidade patronal, pelo tempo que me concederam para que pudesse trabalhar neste projeto.

O meu sincero obrigada, todos foram importantes durante este percurso.

## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I - Fundamentação teórica</b> .....	17
<b>Capítulo I</b> .....	18
Artigo 1: Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas.....	18
<b>Capítulo II</b> .....	55
Artigo 2: O treino de competências de comunicação é eficaz?.....	55
<b>Capítulo III</b> .....	67
Artigo 3: Modelos de avaliação dos programas de treino de competências de comunicação em saúde.....	67
<b>Capítulo IV</b> .....	78
Artigo 4: Metodologia de avaliação das competências de comunicação em saúde.....	78
<b>Parte II - Análise de Conteúdo e Preparação da Intervenção</b> .....	92

<b>Capítulo V</b> .....	93
Artigo 5: As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia: Estudo Delphi .....	93
<b>Capítulo VI</b> .....	120
Artigo 6: Formar para Comunicar Eficazmente: Análise Comparativa Documental da Oferta Formativa Nacional.....	120
<b>Parte III – Estudo <i>Proof of Concept</i></b> .....	146
<b>Capítulo VII</b> .....	147
Artigo 7: <i>PhysioComm Training Program</i> : programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas no contexto da afasia.....	147
<b>Conclusão</b> .....	187
<b>Referências bibliográficas</b> .....	190
<b>Anexos</b> .....	222

## ÍNDICES DE TABELAS

### **Introdução**

Tabela 1: Atividades relevantes .....	14
---------------------------------------	----

### **Capítulo I**

Tabela 1 - Análise da qualidade metodológica dos estudos randomizados .....	25
---	----

Tabela 2 - Análise da qualidade metodológica dos estudos de cohort.....	27
---	----

Tabela 3 – Análise da qualidade metodológica dos estudos qualitativos .....	28
---	----

Tabela 4 – Síntese dos dados extraídos em cada estudos incluídos na revisão sistemática da literatura .....	29
--	----

### **Capítulo II**

Tabela 1 – Síntese dos estudos analisados.....	57
--	----

### **Capítulo IV**

Tabela 1 – Identificação das metodologias de avaliação das competências de comunicação.....	81
--	----

Tabela 2- Vantagens e desvantagens das metodologias de avaliação das competências de comunicação.....	84
--	----

### **Capítulo V**

Tabela 1 – Listagem das competências de comunicação enunciadas pelos peritos.....	103
---	-----

Tabela 2 – Grau de importância das competências de comunicação atribuída pelos peritos.....	105
--	-----

Tabela 3 – Competências de comunicação mais importantes a desenvolver .....	107
---	-----

Tabela 4 – Listagem das 10 competências de comunicação mais importantes .....	108
---	-----

## **Capítulo VI**

Tabela 1- Síntese da informação recolhida para análise comparativa ..... 129

Tabela 2 – Conteúdos programáticos de cada formação identificada ..... 134

## **Capítulo VII**

Tabela 1 – Descrição da amostra por grupo ..... 156

Tabela 2 – Descrição do programa *PhysioComm Training Program*..... 162

Tabela 3 – Mediana e âmbito interquartil dos *scores* obtidos

primeiro e segundo momentos de avaliação ..... 166

Tabela 4 – Mediana e âmbito interquartil dos *scores* obtidos no

primeiro, segundo e terceiro momentos de avaliação..... 168

## ÍNDICE DE FIGURAS

### Capítulo I

Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2009 descrevendo o processo de inclusão dos artigos na revisão sistemática .....	23
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

5 As - Ask-Assess-Advise-Agree-Assist

ACEPP- "*Assessing Communication Evidence and Patient Preferences*"

AF – Atividade física

API - "*Autonomy Preference Index*"

APRS - "*Adherence to Physiotherapist's Recommendations*"

AVC – Acidente vascular cerebral

BEP – Bem-estar do paciente

*b-learning* – blended learning

CAMS – *Communicative Access Measures for Stroke*

CASP - *Critical Appraisals Skills Programme*

CCT - Consulta de cessação tabágica

CE – Comissão de Ética

CHA - Consulta de hábitos alimentares

CRS - Comportamentos relacionados com a saúde

CSP - Cuidados de saúde primários

CV: Cardiovascular

DA – Dose

administrada

DASS - *“Depression and Anxiety Scale*

DCL – Dor crónica lombar

DCV - Doença Cardiovascular

DR – Dose recebida

ECR - Ensaio clínico randomizado

EED – Estudo exploratório descritivo

*e-learning* – electronic learning

EM – Entrevista Motivacional

ENF – Enfermeiros

EPA-Cardio - *“European Practitioner Assessment of Cardiovascular Risk Management”*

EQL - Estudo

qualitativo

EQT - Estudo

quantitativo

ES – Estatisticamente significativas

ESS – Escola Superior de Saúde

ET -Expectativa com o tratamento

EuroQo1 - *“European Quality of Life Questionnaire”*

FABQ-PA-5 - *“Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Physical Activity Subscale”*-5  
itens

FHCS - *“Four Habits Coding Scheme”*

FMUM – Faculdade de Medicina da Universidade do Minho

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

FRCV - Fatores de risco cardiovascular

FRD – Funcionalidade relacionada com a dor

FT – Fisioterapeutas

GAD – “*Generalized Anxiety Disorder*”

GAQT - Grupo de avaliação quantitativa

GAQL - Grupo de avaliação qualitativa

GC – Grupo controlo

GCT – Grupo de cessação tabágica

GE – Grupo experimental

GHA – Grupo de hábitos alimentares

GCOS - ”*General Causality of Orientations Scale*”

GPE-11- “*Global Perceived Effect Scale*”-11 itens

HA – Hábitos alimentares

HCQ-6 - “*Health Care Climate Questionnaire*”-6 itens

HD – “*Huntington Disease*”

HECA - “*Home Exercise Compliance Assessment*”

HTA – Hipertensão arterial

I – Importante

IC – Insuficiência cardíaca

IESP – “*Interdisciplinary Education Perceptions Scale*”

IMC – Índice de massa corporal

IPAQ - “*International Short Form Physical Activity Questionnaire*” END - Escala numérica da dor

IPP – Instituto Politécnico do Porto

IRI – Índice de Reatividade Interpessoal

LS – Leonor Santos

MA – Motivação autónoma

MAC - Motivação Autónoma e Controlada

MAP – “*Maudsley Addiction Profile*”

MARS-D - “*Medical Adherence Report Scale*” MPR - “*Medication Possession Rate*”

MD – Médicos

MDI – Moderadamente importante

MI – Muito importante

MPQ - “*Motivation to Participate Questionnaire*”

N/A – Não aplicável

NI – Nada importante

Nr. – Número

NUTR – Nutricionistas

O – Online

OdC - Objetivos de cuidados

OMG – Orientação motivacional global

OPTION-12 - “*Observing Patient Involvement*”-12 itens

OSCE – *Objective Structured Clinical Examination*

OSVE – *Objective Structured Video Examination*

P - Prático

PA – Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PB - “*Pain Bothersomeness*”

PBE - Prática baseada na evidência

PCS – “*Perceived Competence Scale*”

PCSP – *PhysioComm Training Program*

PCTs – Pacientes

PE – Protocolo de

estudo

PEDro – Physiotherapy Evidence Database

PHQ- “*Patient Health Questionnaire*”

PI – Pouco importante

PICO – Participantes, Intervenção, Comparação, *Outcomes*

PPOS - “*Patient Practitioner Orientation Scale*”

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PR – Presencial

PS - Profissionais de saúde

PSFS - “*Patient Specific Functional Scale*”

Q-E: Quase-

experimental

QOC - “*Quality of Communication Questionnaire*”

RAPA-9 - “*Rapid Assessment of Physical Activity*”-9 itens

RMDQ - “*Roland Morris Disability Questionnaire*”

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RP – Reforço positivo

SA - Suporte para a autonomia

SD – Sócio-  
demográficos

SDL – Sintomas de dor lombar

SDM-Q: “*Shared-Decision Making Questionnaire*”

SESARAM – Serviços de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SFIC - Sintomas físicos inexplicáveis clinicamente

S/I – Sem informação

SIRAS - “*Sports Injury Rehabilitation Adherence Scale*”

SMIFS - “*Standardized Motivacional Interview Fidelity Scale*”

T – Teórico

TDP – Tomada de decisão partilhada

TES - “*Treatment Expectation Scale*”

TO – Terapeutas ocupacionais

TSRQ - “*Treatment Self-Regulation Questionnaire*”

T/P – Teórico/Prático

## **PREÂMBULO**

Exercer a minha atividade profissional em contexto hospitalar, em equipa multidisciplinar, com a necessidade de efetuar registos clínicos, participar em reuniões de serviço e com uma constante interação com os utentes e familiares/cuidadores, fez-me tomar consciência da necessidade de desenvolver as minhas competências para comunicar em equipa, com os pacientes e seus familiares/cuidadores.

Reconhecer que a comunicação é um dos elementos fundamentais da minha atividade e sendo ainda um dos principais indicadores da qualidade da prestação de cuidados de saúde e, sobretudo, da satisfação dos pacientes foi um dos fatores que me despertou o interesse pela área da comunicação clínica/em saúde. Ao longo da vida profissional fui-me preocupando em desenvolver estes aspetos, de forma informal, tentando sobretudo ser empática e afável, ouvindo os pacientes e tentando ir ao encontro das suas preferências, motivações e objetivos. Com a perceção de que não dispunha de formação necessária para colmatar as exigências que a profissão requeria, e tendo em conta que a nossa relação, enquanto fisioterapeutas exige um contacto diário, muito próximo, e que é nossa responsabilidade motivar e envolver os pacientes e que sem isso os resultados terapêuticos se encontram bastante comprometidos, fez com que sentisse necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área.

Sendo a minha prática clínica dedicada quase exclusivamente à reabilitação de indivíduos com acidente vascular cerebral (AVC) em fase aguda, na maioria idosos, deparo-me frequentemente com grandes dificuldades de comunicação, tendo a perceção, na prática, que os indivíduos com maiores alterações de comunicação não apresentam tão bons resultados terapêuticos, assim como se encontram mais

deprimidos e desmotivados para colaborar no processo de reabilitação. Dentro das alterações de comunicação existentes, as alterações de linguagem são aquelas com que me deparo com mais frequência, e as que considero mais difíceis de transpor, daí o meu interesse em desenvolver o meu projeto de investigação nesta área específica.

## INTRODUÇÃO

Comunicar, do latim *communicare*, que significa “dividir alguma coisa com alguém, partilhar”, é definido como o ato de partilhar, dividir, pôr ou ter em comum, falar, conversar (Porto Editora , 2022). Por sua vez comunicação define-se como a troca de informação entre indivíduos, através da partilha de um código de sinais mutuamente compreendido, podendo ocorrer através da fala, escrita, sinais, gestos e até comportamentos. (Porto Editora , 2022). A capacidade de comunicar promove a interação e a socialização do indivíduo, permitindo o desenvolvimento da relação humana em sociedade. (Prieur et al., 2019). Trata-se de um processo social primário que permite criar e interpretar mensagens que provocam uma resposta (Fay et al., 2013). Durante o seu desenvolvimento existe uma interação contínua entre a necessidade do emissor em transmitir a mensagem e a necessidade do recetor em compreender a mesma. Desta forma os interlocutores vão desenvolvendo estratégias para que os seus objetivos sejam cumpridos e assim se vai desenvolvendo a comunicação (Fay et al., 2013).

Em particular nas situações em que os interlocutores apresentam distúrbios da comunicação, como é o caso das perturbações da linguagem, congénitas ou adquiridas, assim como alterações auditivas, alterações do estado de consciência, défices de atenção ou alterações cognitivas, o processo comunicativo é ainda mais complexo, exigindo uma adaptação criteriosa da comunicação de forma a assegurar a transmissão eficaz da informação pretendida (Agaronnik et al., 2019; Baylor et al., 2019).

Focando em particular a afasia, definida como uma perturbação da linguagem em que ocorre a perda total ou parcial da fala ou da compreensão da linguagem, resultante de uma lesão cerebral, podendo também incluir alterações da leitura e da escrita (Menegotto et al., 2010), assim como as alterações de comunicação decorrentes do processo de envelhecimento, o presente projeto pretende dotar os fisioterapeutas das competências necessárias de forma a facilitar o processo de comunicação com os pacientes idosos com afasia.

A afasia é classificada, consoante o tipo de manifestação que apresenta, nomeadamente (Menegotto et al., 2010):

- Afasia global: é a forma mais grave de afasia como resultado de uma destruição massiva das zonas da linguagem. Caracteriza-se por uma importante alteração da expressão e da compreensão verbal.
- Afasia motora mista: nestes casos a compreensão melhora, embora ainda afetada, compreendendo ordens simples, contudo a expressão está bastante limitada.
- Afasia motora, ou de Broca, em que a compreensão se encontra totalmente preservada, contudo o indivíduo não consegue verbalizar.
- Afasia sensitiva, ou de Wernicke, em que a verbalização e fluência se encontram preservadas, ou até muitas vezes aumentadas, contudo a compreensão se encontra bastante alterada e a inteligibilidade da fala também, muitas vezes sem que o indivíduo se aperceba disso.
- Afasia de condução, em que a linguagem é perceptível, o indivíduo compreende e consegue verbalizar, mas com pausas anómicadas frequentes e discurso mais escasso. Nestes casos a leitura também se encontra alterada, mas o indivíduo consegue

identificar todas as letras e grafismos, contudo a escrita ocorre com bastantes erros e troca de letras.

- Afasia de nomeação, em que se verifica uma linguagem expressiva fluente, com normal articulação e estrutura, mas com uma dificuldade na evocação de palavras (anomia).

- Afasia motora transcortical, em que se verifica uma linguagem não fluente, lenta e breve. A descrição de imagens está alterada, no entanto a capacidade de repetição é melhor. A compreensão pode estar relativamente preservada. Também pode apresentar uma expressão escrita reduzida, no entanto a leitura oral encontra-se preservada, mas habitualmente não compreende o que lê.

- Afasia sensorial transcortical, verificando-se uma boa capacidade de repetição e um defeito na compreensão de palavras, isto é, o indivíduo não compreende o que repete. A expressão verbal é fluente, em forma de gíria e com predomínio da ecolália (repetição das palavras ouvidas). A compreensão oral está habitualmente muito afetada. A capacidade de leitura pode estar alterada em diferentes graus e a compreensão escrita habitualmente está gravemente alterada.

- Afasia transcortical mista em que se verifica a preservação da repetição e uma grave alteração da expressão e da compreensão. A expressão verbal fica reduzida a ecolálias e não existe capacidade para descrever imagens. Neste caso, o indivíduo não consegue expressar-se bem nem compreender, mas consegue repetir, recitar, completar palavras e frases. Tanto a leitura como a escrita e a compreensão da leitura se encontram bastante alteradas.

Assim, consoante o tipo de afasia que o paciente apresenta é fundamental adaptar a comunicação às capacidades comunicativas do indivíduo, facilitando assim a transmissão da informação (Baylor et al., 2019; Simmons-Mackie et al., 2007).

O mesmo se aplica às alterações de comunicação decorrentes do processo de envelhecimento, sendo essencial que os profissionais de saúde as saibam identificar e de seguida adaptar a comunicação, utilizando estratégias e competências de comunicação específicas focadas nas capacidades e competências dos indivíduos (Agaronnik et al., 2019) .

Neste sentido, verifica-se que a importância de uma comunicação eficaz entre os indivíduos encontra-se já amplamente estudada, sendo um fator essencial para o desenvolvimento das suas competências humanas e sociais, começando logo pelo seu processo de aprendizagem (Chater et al., 2010). Com base neste pressuposto e de acordo com a importância da comunicação humana como base do relacionamento interpessoal, acrescendo as dificuldades inerentes da comunicação com indivíduos idosos com afasia, surgiu a necessidade de estudar o efeito da comunicação, neste contexto, na prestação dos cuidados de saúde.

Comunicação clínica/ em saúde pode ser definida como “a comunicação que os profissionais de saúde estabelecem para avaliarem uma situação, realizarem uma intervenção, documentarem os cuidados prestados, planearem os próximos contactos e partilharem experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa de saúde.” (Sequeira, 2016, p 6). Por outro lado verifica-se uma certa dificuldade em classificar especificamente o conceito de competências de comunicação clínica/em saúde, porque o mesmo envolve um conjunto de atitudes e comportamentos inerentes à comunicação e frequentemente confundidas com estratégias de comunicação (Brown & Bylund, 2008), podendo ser definidas como o

conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras. (Sequeira, 2016, p.52).

Relativamente à análise dos programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas/profissionais de saúde, nomeadamente dos seus objetivos e conteúdos programáticos, Santos et al. (2021), numa revisão sistemática da literatura verificaram que dos 13 estudos identificados, a maioria dos programas de treino decorreram em formato presencial, com dois deles em formato misto e somente um em formato *e-learning*. Perceberam ainda existir grande variabilidade relativamente à carga horária, e que a maioria dos estudos optaram por metodologia teórico-prática, com variabilidade relativamente aos modelos de treino utilizados, identificando como frequentes a utilização de vinhetas clínicas para discussão de casos, a realização de exercícios de *role-play*, a prática com doentes simulados e a exposição audiovisual e análise crítica do comportamento, tal como refere Grilo (2012), que considera os métodos de treino supracitados bastante eficazes para o treino de competências de comunicação. Da mesma forma, a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS), num documento que apresenta as recomendações para o ensino/aprendizagem de comunicação clínica, revelou como estratégias de ensino mais adequadas a visualização e análise reflexiva de vídeos, a prática de exercícios vivencias individuais ou em grupo, a análise crítica e reflexiva de objetos artísticos, a discussão de casos reais ou simulados, o treino de entrevista clínica simulada e a prática clínica orientada (SP3CS, 2021).

O presente projeto de doutoramento, e de acordo com a revisão da literatura inicial, tinha previsto que o programa de treino fosse desenvolvido em formato presencial, com a recolha de dados a ocorrer nos serviços de medicina física e de reabilitação das unidades de cuidados continuados da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), contudo precisamente na fase dos pedidos de autorização para a realização da intervenção começou a pandemia de COVID 19, somente tendo obtido autorização de um local, dos 20 pedidos realizados. Por este motivo foi necessário reformular o projeto, nomeadamente com a alteração da tipologia

do programa de treino para formato *online* ou *e-learning*, com base nas evidências demonstradas por Sinclair et al., (2016), que demonstram que o treino à distância facilita o acesso formativo dos participantes, tornando-o acessível a participantes de áreas geográficas diferentes em simultâneo.

Assim, analisando os programas de treino de competências de comunicação em formato *e-learning* verifica-se alguma heterogeneidade, por um lado com programas em formato *b-learning*, com apresentações teóricas em vídeo, à distância e a prática presencial, com atividades de *role-play* e entrevistas com pacientes simulados (Kruiff et al., 2014), e ainda situações em que a aprendizagem ocorre totalmente em formato assíncrono, através da utilização de *e-books* ou guiões digitais para consulta dos profissionais sempre que necessário (Ward et al, 2016,) ou através de *websites* e painéis de discussão (Maćznik et al., 2015), através da simulação por computadores (Pereira & Cavaco, 2014; Veneri, 2011), ou ainda aprendizagem assíncrona combinada com a disponibilização de material de apoio teórico, apresentações audiovisuais e exercícios práticos de *role-play*, e análise de vinhetas clínicas (Sinclair et al., 2016).

Como vantagens do treino *e-learning* destaca-se a maior acessibilidade formativa e flexibilidade na gestão do tempo e local (Sinclair et al, 2016), contudo como desvantagens surge uma maior probabilidade de desmotivação e envolvimento, e a necessidade de dispor de equipamentos eletrónicos e possuir conhecimentos específicos na âmbito da utilização das tecnologias de informação e comunicação e informática, que poderá ser um *handicap* e limitar o acesso aos participantes que não detenham esses conhecimentos (Button et al., 2014).

Especificamente no âmbito da comunicação clínica/em saúde com indivíduos com alterações de linguagem e/ou comunicação, para perceber a sua importância é importante determinar que influência a linguagem representa no processo de comunicação, assim como quais são as implicações que as alterações da linguagem e/ou

da comunicação apresentam na relação de comunicação com os seus pares e no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

Começando por analisar o papel da linguagem na comunicação humana e na interação social, Caplan et al., (2019), num estudo de revisão que pretendeu determinar a relação entre a linguagem e a interação social da criança e adulto e a sua relevância no contexto da epilepsia, referem que a linguagem e as competências sociais do indivíduo estão estreitamente relacionadas, sendo fundamental para a sua regulação emocional. É através da linguagem que o indivíduo consegue expressar as suas ideias, pensamentos e emoções, partilhando as suas preocupações, numa interação constante com o outro. Acrescentam ainda que a linguagem, sendo um componente essencial para a cognição, literacia, desenvolvimento académico e profissional é um pilar fundamental para o desenvolvimento humano, promovendo o relacionamento interpessoal e a qualidade de vida do indivíduo (Caplan et al., 2019).

Estudos (Hilari et al., 2012, Kristinsson et al., 2020, Lucot et al. 2013) acerca do impacto da afasia na qualidade de vida relacionada com a saúde dos indivíduos verificam que a mesma se encontra bastante comprometida, na medida em que os indivíduos com afasia mais frequentemente apresentam níveis de *stress* emocional superiores, alterações de comunicação com conseqüente limitação nas atividades e participação e exclusão social (Kristinsson, et al., 2020,). Referem ainda que cerca de 62% dos indivíduos com afasia sofrem de depressão e quando comparados os níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde de indivíduos que sofreram um AVC, com e sem afasia, verifica-se que a mesma é bastante inferior nos indivíduos que apresentam afasia (Lucot et al., 2013, Hilari et al., 2012). Por outro lado, quando analisado o impacto da afasia no potencial de reabilitação do indivíduo verifica-se que a afasia diminui bastante quer o potencial de reabilitação, quer a capacidade de aprendizagem do indivíduo, com bastante influência nos ganhos funcionais e de independência (Rudolph

et al., 2020). Estes resultados favorecem a ideia de que é fundamental, promover a melhoria da comunicação com os indivíduos com afasia, de forma a otimizar o seu potencial de reabilitação motora, cognitiva e social, levado assim à melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Baylor et al., 2019).

Analisando por sua vez a importância da relação de comunicação eficaz entre o fisioterapeuta ou o profissional de saúde e o utente neste contexto específico, verifica-se que a afasia condiciona bastante os cuidados centrados no paciente e a tomada de decisão partilhada, pois o acesso à informação, por parte do utente afásico encontra-se bastante comprometido (Baylor et al., 2019), tal como verificado igualmente no estudo de Simmons-Mackie et al., (2007). Este estudo pretendeu promover um melhor acesso à informação por parte dos indivíduos com afasia, facilitando a tomada de decisão partilhada, através do treino adequado dos profissionais de saúde que intervêm com estes utentes. Permiteu concluir que, para além dos indivíduos afásicos apresentarem maior dificuldade no acesso à informação acerca da sua saúde, o treino adequado dos profissionais de saúde que os apoiam, no sentido de lhes proporcionar ferramentas e estratégias facilitadoras da comunicação, melhora a sua relação de comunicação, permitindo a tomada de decisão em conjunto, com aumento do envolvimento e motivação do paciente.

Importa ainda considerar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, como a hipoacusia, as alterações cognitivas, e até as alterações visuais, que tão frequentemente surgem em concomitância com a afasia, comprometendo de forma acrescida o estabelecimento de uma comunicação eficaz (Agaronnik et al., 2019) e reduzindo de igual forma o envolvimento no seu processo de recuperação/reabilitação. Assim, faz sentido perceber de que forma o envolvimento do paciente interfere no seu estado de saúde e no seu processo de reabilitação ou tratamento. De facto, vários estudos e publicações (p.e. Barcellos, 2010, p. 144-163; Miciak et al., 2019; Santos &

Grilo, 2010, p. 164-194) sugerem que o envolvimento do paciente está diretamente relacionado com um melhor estado de saúde, pela melhoria da sua motivação, da satisfação com o tratamento e ainda pela diminuição dos níveis de ansiedade em relação à sua saúde. Revelam também que contribui para um aumento da sua segurança clínica, através de uma comunicação mais clara e concisa, com a consequente diminuição da probabilidade da ocorrência de erros médicos (Santos et al., 2010). Por último verifica-se ainda que um aumento de envolvimento do paciente no seu processo terapêutico conduz a uma diminuição dos custos em saúde, pela relação direta com uma maior precisão de diagnóstico e a diminuição do tempo de tratamento (Santos et al., 2010).

Encontrando-se já devidamente comprovadas as vantagens do envolvimento do paciente na sua recuperação, assim como o facto dos indivíduos com afasia apresentarem menor acessibilidade comunicativa acerca das informações de saúde, é importante identificar de que forma se consegue melhorar a acessibilidade comunicativa e o envolvimento dos indivíduos com afasia e/ou com alterações de comunicação. Baylor et al. (2019), num estudo que pretendeu avaliar o impacto de um *workshop* para alunos de medicina melhorarem as suas competências para comunicar de forma mais eficaz com indivíduos com alterações de comunicação, referiram que, apesar de os estudantes de medicina serem treinados para a comunicação centrada no paciente com os seus pacientes, não são treinados especificamente para as situações em que os indivíduos apresentam a comunicação comprometida.

Zuscak et al. (2015) criaram as *guidelines* para o apoio colaborativo na tomada de decisão partilhada para indivíduos com alterações de comunicação. Neste documento encontram-se descritas as estratégias de comunicação alternativa, aumentativa ou de suporte que os profissionais de saúde devem utilizar de forma a facilitar o acesso à informação por parte dos indivíduos para o processo de tomada de decisão partilhada. Dividem-se em estratégias para situações com alterações da expressão, com alterações

da compreensão e com alterações cognitivas e têm em conta as dificuldades que o indivíduo apresenta. Assim, nas situações em que existe uma alteração de expressão, o indivíduo apresenta dificuldade em comunicar a sua escolha, devendo o profissional de saúde utilizar perguntas de resposta fechada, apoiar a compreensão da resposta utilizando a repetição e a sumarização, dar tempo para responder e estar atento aos aspetos não verbais da comunicação, tais como gestos e expressões faciais. A escuta atenta e ativa são fundamentais e devem ainda recorrer, sempre que possível, a meios alternativos da comunicação tais como a escrita, *tablets* ou computadores, se disponíveis. Por outro lado, perante alterações de compreensão, em que o indivíduo apresenta dificuldades em compreender a informação que lhe é transmitida, os profissionais de saúde devem colocar a questão de várias maneiras diferentes e verificar a compreensão, tentando perceber a origem dos défices e utilizar estratégias específicas de acordo com os mesmos. Por último nas situações em que se verificam alterações cognitivas, é importante identificar a natureza e necessidade da tomada de decisão, assim como avaliar os seus objetivos. Nestas situações o profissional de saúde deve utilizar linguagem simples, dar o tempo necessário para responder e articular-se de forma sistemática com os familiares, de acordo com os objetivos definidos em conjunto, tentando sempre manter o indivíduo envolvido.

Neste sentido e tendo em conta que a comunicação clínica/em saúde é um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde (Leonard et al., 2017; Turner et al., 2015) torna-se fundamental preparar os profissionais de saúde em geral, e os fisioterapeutas em particular, para comunicar melhor com os pacientes com alterações de comunicação decorrentes, p.e, do processo de envelhecimento, ou com alterações de linguagem decorrentes de uma lesão neurológica.

Com o objetivo de identificar programas de treino de competências de comunicação desenvolvidos para fisioterapeutas, foi efetuada a primeira revisão

sistemática da literatura deste projeto (Queirós et al., 2020; Capítulo I), verificando-se que, dos 17 programas de treino identificados, somente cinco se destinavam a fisioterapeutas, sendo os restantes destinados a outros profissionais de saúde, o que sugere a escassez de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, identificando assim uma lacuna formativa e de investigação nesta área. Ora, se, tal como referem Subtil et al. (2011) e Wloszczak-Szubzda & Jarosz (2013), grande parte do sucesso de um programa de reabilitação está relacionado com uma comunicação eficaz entre o fisioterapeuta e o seu utente, esta importância encontra-se ainda mais fundamentada e bem demonstrada. Assim o objetivo deste projeto foi desenvolver um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas que intervêm com idosos com afasia.

Iniciou-se pela revisão da literatura acerca de programas de treino de competências de comunicação, começando por uma revisão sistemática da literatura acerca da avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, seguido de uma *overview* de revisões sistemáticas acerca da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação, uma revisão integrativa acerca dos modelos de avaliação dos programas de treino de competências de comunicação clínica/em saúde e ainda uma revisão narrativa acerca dos modelos de avaliação das competências de comunicação dos profissionais de saúde. Após a fase de revisão da literatura, pretendeu-se perceber que competências de comunicação são importantes treinar especificamente nos fisioterapeutas que intervêm no contexto da afasia, para isso desenvolvendo um estudo Delphi, com um consenso por um painel de peritos em comunicação clínica. Paralelamente pretendeu-se fazer uma análise da formação disponível em Portugal, para fisioterapeutas portuguesas, em comunicação clínica/em saúde, para isso tendo desenvolvido um estudo de análise comparativa documental que se revelou de extrema importância no sentido de possibilitar o levantamento de necessidades formativas, fundamentando a importância ou não da implementação da

treino de competências de comunicação para fisioterapeutas que intervêm com idosos com afasia (*PhysioComm Training Program - PCTP*).

A presente tese encontra-se organizada por artigos para que pudesse última fase do projeto. Por último, com a informação e os resultados recolhidos nas fases anteriores do projeto foi desenvolvido um estudo do tipo *Proof of Concept* no sentido de implementar e avaliar a eficácia de um programa de

, ao longo de todo o desenvolvimento do projeto, ir contribuindo para a investigação, tão escassa, nesta área. Esta organização está intimamente relacionada com os objetivos do presente projeto, que se apresentam de seguida.

O principal objetivo é desenvolver e implementar um programa de treino de competências de comunicação para melhorar a comunicação dos fisioterapeutas com os utentes idosos com afasia. Para isso foram determinados vários objetivos específicos, que serviram de base para o desenvolvimento dos estudos teóricos e empíricos da presente dissertação, nomeadamente:

**Artigo 1:** Identificar programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas/profissionais de saúde e sistematizar a sua avaliação, de forma a determinar a importância da realização do estudo, assim como possíveis metodologias de treino a desenvolver e a respetiva avaliação da eficácia dos mesmos, importantes para o artigo 7.

**Artigo 2:** Perceber se os programas de treino de competências de comunicação são eficazes para a melhoria das competências de comunicação dos profissionais de saúde e de que forma se deve proceder para uma avaliação robusta da eficácia dos programas, equacionando assim a pertinência do estudo.

**Artigo 3:** Perceber quais os modelos de avaliação da eficácia dos programas de treino existentes, de que forma se processam e quais as alternativas, de acordo com os objetivos e metodologias de intervenção.

Esta fase revelou-se fundamental para a estruturação da metodologia de avaliação do programa de treino a desenvolver na medida em que permitiu elencar as vantagens e desvantagens de cada metodologia de acordo com os objetivos da intervenção e com as competências a avaliar, dando especial contributo aos artigos 5 e 7.

**Artigo 4:** Perceber quais as metodologias e instrumentos de avaliação das competências de comunicação dos profissionais de saúde e de que forma se pode processar a sua avaliação, contribuindo assim para a escolha dos instrumentos de avaliação das competências de comunicação dos fisioterapeutas, para o desenvolvimento do artigo 7.

**Artigo 5:** Perceber quais as competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas para melhorar a sua comunicação com os indivíduos idosos com afasia, através de um consenso por um painel de peritos em comunicação clínica.

**Artigo 6:** Perceber qual a oferta formativa em comunicação clínica/em saúde e treino de competências de comunicação disponível e acessível aos fisioterapeutas portugueses, assim como analisar e comparar as suas características, no sentido de perceber se o programa desenvolvido é inovador e traz algo de novo à oferta formativa disponível, tendo sido um contributo essencial para a adequação do programa de intervenção descrito no objetivo 7 às necessidades formativas identificadas.

**Artigo 7:** Implementar e avaliar a eficácia de um programa desenvolvido ao longo do projeto, graças ao contributo de toda a pesquisa e investigação efetuada ao

longo dos objetivos 1 a 6, desenvolvido para melhorar as competências de comunicação dos fisioterapeutas, no contexto específico da comunicação com idosos com afasia.

Na tabela que se segue apresenta-se uma breve descrição das atividades mais relevantes desenvolvidas ao longo do doutoramento.

### **Tabela 1**

*Atividades relevantes desenvolvidas ao longo do Doutoramento:*

<b>Artigo 1</b>	
Publicação	Publicação do artigo: “Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas”, publicado a 15 de Dezembro de 2020 na Revista Comunicação Pública, <i>edição online</i> , volume 15, nº 29, 2020, Dossier temático, da Escola Superior de Comunicação Social.
Apresentação	Apresentação oral com o título “Avaliação do Treino de Competências de Comunicação em Fisioterapia: Revisão Sistemática”, no I Congresso Internacional de Qualidade de Vida, Cidadania e Saúde Mental,
<b>Artigo 2</b>	
Publicação	Publicação do artigo com o título ““O treino de Competências de Comunicação para profissionais de saúde é eficaz?””, no Livro de Atas do XIV Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia
Apresentação	Autora de Comunicação oral com o título ““O treino de Competências de Comunicação para profissionais de saúde é eficaz?””, no XIV Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia – Universidade da Corunha
<b>Artigo 3</b>	
Publicação	Publicação do artigo “Modelos de avaliação de programas de treino de competências de comunicação”, no livro de atas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Apresentação	Comunicação oral com o título: “Modelos de avaliação de programas de treino de competências de comunicação”, integrada num simpósio do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, na Universidade da Beira Interior, cujo artigo foi publicado no livro de Atas do Congresso.
<b>Artigo 4</b>	
Publicação	Artigo “Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde” publicado na Revista AL PSI, Revista de

Investigação em Psicologia do Algarve, 2019, 2(1), 201-214. ISSN - 2184-3708

---

Apresentação E-poster intitulado “Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde”, apresentado nas II Jornadas Internacionais de Psicologia do Algarve, Olhão Saudavelmente.

---

#### **Artigo 5**

Publicação Submissão do artigo: “As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia: Estudo Delphi.” tendo sido aceite para publicação a 05 de janeiro de 2022

---

Apresentação E-poster intitulado “As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com indivíduos com afasia: Estudo Delphi” apresentado no III Congresso Nacional de Comunicação Clínica, organizado pela Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica, nos dias 09 e 10 de julho de 2021

---

#### **Artigo 6**

Publicação Submissão do artigo “ Training to Communicate Effectively: Comparative Documentary Analysis of the Portuguese Training Offer” a aguardar decisão editorial

---

Apresentação E- Poster intitulado “Formar para Comunicar”, apresentado no XI Congresso Nacional de Fisioterapeutas, que decorreu em Lisboa entre os dias 03 e 05 de novembro de 2021.

---

#### **Artigo 7**

Publicação Submissão do artigo “*PhysioComm Training Program: communication skills training to physiotherapists – Proof of concept study*”, a aguardar decisão editorial

---

Apresentação Comunicação oral intitulada: “Formação contínua de profissionais de saúde: contributo no âmbito da comunicação com indivíduos com afasia”, apresentada no 8º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior, que decorreu em Coimbra, nos dias 14 e 15 de julho de 2022

Comunicação oral intitulada: “Metodologia de Avaliação de um programa *e-learning* de treino de competências comunicacionais”, integrada no Simpósio intitulado: “Comunicação em Saúde: dos conteúdos à eficácia, passando pelas formas”, apresentado no 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

---

O desenvolvimento destes trabalhos permitiu obter os seguintes resultados:

- Selecionar a metodologia de treino: formato *e-learning*, de carácter teórico expositivo síncrono e prático assíncrono, com atividades de visualização de vinhetas clínicas e exercícios de *role-play* e discussão de casos clínicos

- Definir as competências a treinar, nomeadamente a empatia e as competências de cuidados centrados ao paciente
- Elaborar e escolher os instrumentos de avaliação da eficácia do treino: um questionário de caracterização sócio-demográfica, um questionário de satisfação com a intervenção a escala Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), para avaliação da empatia e a escala *Patient Practitioner Orientation Scale* (PPOS) para avaliação dos cuidados centrados no paciente
- Definir a metodologia do estudo *Proof of Concept*, assim como a metodologia de avaliação da eficácia do programa (de intervenção, com dois grupos (intervenção e comparação), com três momentos de avaliação, pré-intervenção, pós-intervenção e um mês de *follow-up*).

No final permitiu perceber que o treino desenvolvido e implementado foi eficaz na melhoria das competências de comunicação dos fisioterapeutas

**PARTE I**

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## CAPÍTULO I

### **Artigo 1 - Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas**

Publicado na Revista Comunicação Pública Vol. 15, nº 29 de 15 de Dezembro de 2020

#### **Resumo**

No sentido de identificar programas de treino de competências de comunicação e respetivas metodologias de avaliação para fisioterapeutas efetuou-se uma Revisão Sistemática da Literatura com base na *Statement Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses*, pesquisando na PubMed, com as palavras-chave *communication AND health AND (physical therap\* OR physiotherap\*)*, artigos completos, em português e inglês, publicados entre 30.09.2011 e 30.09.2018. Face à escassez de estudos identificados no âmbito da fisioterapia, incluíram-se artigos que apresentassem intervenção para profissionais/estudantes de saúde. Excluíram-se revisões sistemáticas da literatura, meta-análises e artigos de opinião. Foram selecionados dezassete artigos, cinco dos quais no âmbito da fisioterapia, que relataram uma avaliação do treino e das competências bastante heterogénea. Conclui-se que talvez a heterogeneidade verificada seja reflexo da variedade de competências focadas e metodologias de treino adotadas.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde, avaliação, programas de treino, fisioterapeutas

## **Introdução:**

A comunicação interpessoal e o profissionalismo são domínios centrais das profissões de saúde, dentro dos quais as competências de comunicação representam um elemento fundamental (Turner et al., 2015).

Como competências de comunicação entende-se o conjunto de habilidades que permitem que os indivíduos transmitam a informação desejada para que esta seja claramente recebida e compreendida (Turner et al., 2015). No âmbito da comunicação clínica estas referem-se sobretudo à capacidade do profissional de saúde em estabelecer uma relação de comunicação eficaz com o paciente, que permita recolher dados da história, partilha de informações, exploração sobre o estado do paciente, informação ao paciente em relação à sua situação clínica, bem como partilha de opções de tratamento e sua respetiva eficácia (Kidd et al., 2005). Apesar de serem essenciais para uma boa relação de comunicação entre o profissional de saúde e o utente, a maioria não são inatas, sendo importante o seu ensino de forma a assegurar um elevado desempenho profissional (Turner et al., 2015). Apesar do treino dessas competências estar já consolidado nas áreas médicas e de enfermagem (Doyle et al., 2013), ainda não se encontra consistentemente implementado nos currículos académicos e profissionais dos fisioterapeutas, assim como de outras profissões de saúde (Fortune et al., 2018).

Consideram-se competências de comunicação essenciais aos fisioterapeutas a empatia e o envolvimento na situação individual do paciente, respeitando os seus sentimentos e desejos (Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2013). Em duas meta-análises (Moore et al., 2013; Selman et al., 2013), com o objetivo de avaliar a eficácia dos programas de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde, verificou-se que as competências de comunicação que apresentaram mais melhorias com o treino foram a empatia e a utilização de perguntas abertas, o que reforça a

importância de treinar as competências de comunicação dos fisioterapeutas, dado estes requisitos serem fundamentais para a criação de uma relação de confiança entre o fisioterapeuta e o paciente, para que o mesmo se sinta motivado e envolvido no seu processo de reabilitação (Subtil et al., 2011; Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2013).

MacDonald-Wicks e Levett-Jones (2012), numa revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e avaliar as ferramentas e métodos de ensino de competências de comunicação, verificaram que, para além de ser importante avaliar as competências de comunicação dos participantes, era importante avaliar as competências de comunicação de quem ministra os programas, assim como proceder à avaliação da eficácia do programa de treino. Estudos acerca da avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação sugerem que para uma avaliação adequada da eficácia é essencial que as metodologias de avaliação utilizadas sejam devidamente testadas e validadas (Banerjee et al., 2017; Chung et al., 2016; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018). Nestes estudos recorreram ao modelo de Kirkpatrick, para testar a eficácia dos programas de treino de competências de comunicação. Baseia-se na avaliação de quatro componentes, nomeadamente a reação dos participantes, a sua aprendizagem, o seu comportamento e os resultados em saúde dos pacientes; é uma metodologia de avaliação que utiliza técnicas de avaliação da satisfação dos participantes, da perceção de autoeficácia dos participantes, das competências de comunicação por avaliadores externos, dos resultados em saúde dos pacientes. Por ser um modelo de avaliação tão completo, apresenta bastante impacto para a avaliação dos programas de treino, sendo frequentemente utilizado nas profissões de saúde, incluindo a fisioterapia (Keogh et al., 2018).

Atendendo a que uma comunicação eficaz entre o paciente e o fisioterapeuta é um dos fatores chave para o sucesso da reabilitação (Subtil et al., 2011; Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2013) o objetivo do presente estudo foi rever, de forma sistemática, a

literatura de modo a identificar programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas e respetivas metodologias de avaliação. Considera-se que tal poderá fundamentar e apoiar futura investigação clínica nesta área, sendo relevante para complementar e adaptar a formação do fisioterapeuta às necessidades da prática clínica.

## **Material e Métodos**

Gasparyan et al. (2013) destacaram a PubMed como sendo o motor de busca com o maior número de bases de dados com artigos *online* mais recentes e com maior frequência de atualizações (Gasparyan et al., 2013). Estes fatores foram determinantes para a escolha do motor de busca a utilizar para a presente revisão sistemática.

Assim, de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009) foi determinada a pergunta de pesquisa, segundo a estratégia PICO (Participantes, Intervenção, Comparação e *Outcome*), nomeadamente, “ Quais os programas de treino de competências de comunicação utilizados atualmente para melhorar as competências de comunicação dos fisioterapeutas/alunos de fisioterapia?”. Desta forma foi realizada uma pesquisa na PubMed, em Outubro de 2018 e Agosto de 2020, utilizando as palavras-chave *communication AND health AND (physical therap\* OR physiotherap\*)*.

De igual forma, e para permitir responder à pergunta foram determinados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos completos; (2) publicados entre 30 de Setembro de 2011 e 30 de Setembro de 2018; (3) em inglês e português; (4) que apresentassem intervenção em competências de comunicação; (5) intervenção destinada a fisioterapeutas (preferencialmente) e/ou a outros profissionais de saúde. Como critérios de exclusão definiram-se: (1) revisões sistemáticas da literatura; (2) meta-análises; e (3) artigos de opinião.

A pesquisa foi efetuada por dois revisores independentes (SQ e LS), nas mesmas datas, utilizando as mesmas palavras-chave e os mesmos critérios de inclusão e exclusão, tendo estes reunido em 3 períodos distintos, de forma a obter um consenso relativamente aos artigos a incluir na revisão, assim como para a avaliação da qualidade metodológica dos artigos. Apesar do título do artigo e do objetivo do estudo se referirem especificamente ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas e atendendo ao número bastante limitado de artigos identificados no âmbito da fisioterapia (profissionais e/ou estudantes), optou-se, após reunião e concordância entre os dois revisores, por incluir também artigos cujo treino fosse destinado a outros profissionais de saúde e/ou estudantes de saúde. O facto de existirem várias competências de comunicação que são transversais às diferentes profissões de saúde e de terem sido identificados na presente revisão sistemática, artigos cujo treino era destinado simultaneamente fisioterapeutas e a outros profissionais de saúde, veio confirmar a transversalidade do treino a diferentes profissões de saúde, reforçando assim esta opção. É importante referir que, segundo os critérios definidos, somente foram encontrados artigos em língua inglesa.

Foi ainda efetuada a análise da qualidade metodológica dos artigos, para o efeito recorrendo aos instrumentos de análise metodológica da investigação, segundo o CASP (*Critical Appraisals Skills Programme*) (CASP *Checklists*, 2019). Esta análise foi realizada pelos dois revisores, de forma independente, com posterior reunião para obtenção de concordância.

Para o presente estudo, recolheram-se dados sobre as seguintes variáveis: Autor(es), Ano; Objetivo do estudo; Tipo de estudo; Participantes; Variáveis; Material; Procedimento de avaliação; Resultados; Discussão.

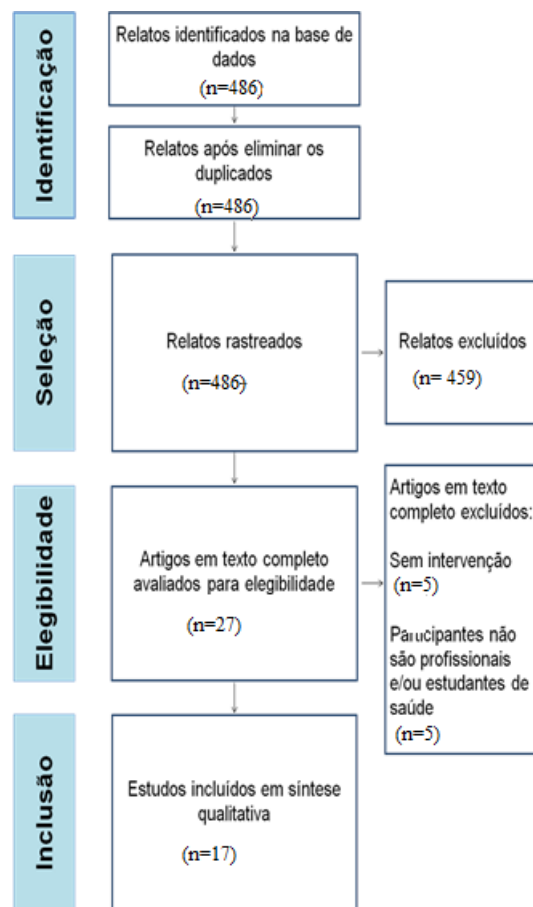
### **Apresentação dos resultados**

Seleção dos estudos

Dos dois períodos de pesquisa resultaram um total de 486 artigos. Não se verificaram duplicados, pelo que, após leitura de título e resumo e concordância entre os dois revisores, foram excluídos, 459 artigos, ficando um total de 27 artigos para leitura na íntegra. Após esta leitura, incluíram-se na síntese qualitativa 17 artigos, tendo sido excluídos cinco artigos por não apresentarem intervenção em competências de comunicação e cinco porque os participantes da intervenção não eram profissionais de saúde e/ou estudantes de cursos de saúde, tal como descrito na figura 1.

**Figura 1**

*Fluxograma PRISMA 2009 descrevendo o processo de inclusão dos artigos na revisão sistemática (Moher et al., 2009)*



*Análise metodológica dos estudos incluídos*

Após a seleção dos estudos conforme cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão definidos, os mesmos foram avaliados em termos de qualidade metodológica, segundo as *checklists* do CASP (2019), não tendo sido excluído nenhum, apresentando os estudos randomizados um *score* médio de 9,6/11, os estudos de *cohort* uma média de 11,3/14, e os estudos qualitativos uma média de 9/10, estando os resultados apresentados nas tabelas 1, 2 e 3.

**Tabela 1**

*Análise da qualidade metodológica dos estudos randomizados (CASP Checklist, 2019)*

Item	Did the trial address a clearly focused issue?	Was the assignment of patients to treatments randomised?	Were all of the patients who entered the trial properly accounted for at its conclusion?	Were patients, health workers and personnel 'blind' to treatment?	Were the groups similar at the start of the trial?	Aside from the experimental intervention, were the groups treated equally?	Is it possible to measure the effects?	Is the accuracy of the results clearly described (confidence limits)?	Can the results be applied to the local population, or in your context?	Were all clinically important outcomes considered?	Are the benefits worth the harms and costs?	Total
Lonsdale et al., 2012	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	9/11
Tinsel et al., 2012	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
Bravender et al., 2013	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	7/11
Jaffray et al., 2013	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	9/11
Hoffman et al., 2014	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

<b>Manze et al., 2015</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
<b>Murray et al., 2015</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
<b>Weiland et al., 2015</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
<b>Resnicow et al., 2015</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
<b>Doorenbos et al., 2016</b>	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/11
<b>vanLieshout et al., 2016</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11

Cotação: Yes – 1; Can´t tell – 0; No – 0

**Tabela 2**

*Análise da qualidade metodológica dos estudos de cohort (CASP Checklist, 2019)*

Item	Did the study address clearly the focus issue?	Was the cohort recruited in an acceptable way?	Was the exposure clearly measured to minimise bias?	Was the outcome accurately measured to minimise bias?	Have the authors identified all important confounding factors?	Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?	Was the follow up of subjects complete enough?	Was the follow up of subjects complete enough?	Are the results of the study clearly described?	Is the accuracy of the results clearly described? (confidence limits)	Do you believe the results?	Can the results be applied to the local population?	Do the results of this study fit with other available evidence?	What are the implications of this study for practice?	Total	
<b>Estudo</b>																
Mohaupt et al., 2012	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12/14
Quinn et al., 2016	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	10/14
Sanders et al., 2018	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12/14

Cotação: Yes – 1; Can´t tell – 0; No – 0

**Tabela 3**

*Análise da qualidade metodológica dos artigos qualitativos (CASP Checklist, 2019)*

Item	Was there a clear statement of the aims of the research?	Is a qualitative methodology appropriate?	Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Have ethical issues been taken into consideration?	Was the data analysis sufficiently rigorous?	Is there a clear statement of findings?	Will the results help locally?	Total
<b>Estudo</b>											
<b>Phillips et al., 2012</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
<b>Asselin et al., 2016</b>	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8/10
<b>Suman et al., 2017</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10

Cotação: Yes – 1; Can´t tell – 0; No – 0

Características dos estudos

A tabela 4 sintetiza os dados extraídos de cada estudo incluído na síntese qualitativa.

**Tabela 4**

*Síntese dos dados extraídos de cada estudo incluído na revisão sistemática da literatura*

<b>Autor(es)Ano</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Material</b>	<b>Procedimentos de avaliação</b>
Phillips et al 2012	Comparar o conteúdo do que é discutido nas CCT nas CHA nos CSP	EQL	N= 23 PS* (MD de clínica geral e ENF; GHA=11 GCT=12) - 1 avaliador externo	1.Conteúdo das CHA e de CCT	1. Grelha de avaliação qualitativa desenvolvida pelos autores do estudo	- Análise qualitativa, por avaliadores externos, do conteúdo das consultas simuladas imediatamente após a intervenção e no <i>follow-up</i> a 6 meses

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

Mohaupt et al. (2012)	Perceber se a comunicação e colaboração interprofissional interferem nas atitudes e percepções dos estudantes de saúde em contexto de atividades profissionais simuladas	Q-E pré-pós intervenção	N= 82 estudantes de saúde	1. Impacto da simulação 2. Entusiasmo inicial e final dos estudantes 3. Dados sócio-demográficos	1. IEPS 2. Escala de Likert -3 3. Questionário sócio-demográfico	- Avaliação quantitativa do entusiasmo, com comparação pré e pós intervenção do entusiasmo dos estudantes com as situações simuladas - Avaliação do impacto da simulação pós intervenção
Bravender et al. 2013	Descrever o programa de comunicação <i>online</i> Teen-CHAT	EED	N=46 MD* (GE-22; GC-24) N PCTs não identificado, com % IMC>85,12-18 anos	1. Utilização da EM por parte dos médicos 2. Peso 3. AF 4. HA 5. Comportamentos de risco	1. Questionário de percepção criado pelos investigadores (Likert-67) 2,3,4,5. Questionário pacientes	- Questionário após a intervenção (médicos) - Questionário pré e pós intervenção e <i>follow-up</i> aos 3 meses (pacientes)

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

Jaffray et al. 2013	Determinar se os farmacêuticos treinados em técnicas de entrevista motivacional podem melhorar os resultados da metadona	ECR <i>cluster</i>	N= 76 Farmácias; 84 farmacêuticos (GE= 34 farmácias; GC= 42 farmácias; N farmacêuticos por grupos não especificado) N=542 PCT (GE=295; GC=247)	1. Consumo ilícito de heroína 2. Retenção no tratamento 3. Consumo ilícito de outras drogas 4. Saúde física/psicológica 5. Satisfação dos pacientes com o tratamento	I. MAP II. Manutenção do tratamento durante todo o estudo III. MAP Questionário de 16 itens V. Questionário de satisfação	- Avaliação do consumo ilícito de heroína e outras drogas e do estado de saúde física e psicológica no início do tratamento e aos 6 meses de <i>follow-up</i> - Avaliação da retenção no tratamento verificando quais os pacientes que se mantiveram no tratamento no final dos 6 meses de <i>follow-up</i> - Avaliação da satisfação com o tratamento através da aplicação do questionário de satisfação aos pacientes, aos 6 meses de <i>follow-up</i>
Hoffman et al. 2014	Avaliar a eficácia de uma intervenção para ensinar, a alunos, competências de TDP	ECR Multicêntrico	N=107 alunos * n= 76 MD (GE-37; GC-39) n= 17 TO (GE-9; GC-8) n=14 FT (GE-8; GC-6) 1 avaliador externo	1. Características dos participantes 2. Competências em TDP 3. Atitudes do clínico em relação aos pacientes 4. Confiança na comunicação	1. Questionário 2. Escala OPTION-12 e Escala ACEPP-5 (Gravações de <i>role-play</i> ) 3. Escala PPOS-18: sub escalas – <i>Sharing e Caring</i> 4. Questionário de 11 itens	- 2 momentos de avaliação, pré e pós intervenção de: - Competências em TDP - Atitudes do clínico em relação ao paciente e ao seu envolvimento nas consultas - Confiança na comunicação com os pacientes
Weiland et al. 2015	Testar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para	ECR	N=123 MD* especialistas e internos de 11 especialidades (GE- 62 GC- 61) N=478 PCTs com SFIC 3 avaliadores externos	1. Competências de entrevista, fornecimento de informação e de planeamento de consultas de <i>follow-up</i> dos médicos 2. Utilidade do treino	1. Câmara de filmar 1. Vídeos das consultas 1. Escala FHCS 2. Questionário de avaliação da utilidade do programa	- 1. FHCS aplicado por avaliadores treinados, às gravações das consultas com pacientes com SFIC pré e pós- intervenção 2. Questionário preenchido pelos participantes no final da última sessão

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

	médicos especialistas					
Resnicow et al. 2015	Testar a eficácia da EM realizada por pediatras e nutricionistas a pais de crianças com excesso de peso	ECR	N=42 n=27 MD pediatras*, n=15 NUTR* N=645 crianças com percentil de peso entre os 85 e os 97% (GC-198; GE1-212 GE2-235) Avaliadores externos	1. Percentil de IMC aos 2 anos de <i>follow-up</i> 2. IMC dos pais 3. Competências de EM	1. Haste de calibração 1. Balança digital 1. Fita métrica 1.2. Bibliografia de conversão de peso e altura em IMC 3. SMIFS	- Gravação da sessão prática para avaliação das competências de EM, por avaliadores externos - Avaliação e comparação do %IMC das crianças na <i>baseline</i> e ao final dos 2 anos de <i>follow-up</i> .
Manze et al. 2015	Melhorar a adesão ao tratamento no controlo da HTA, através do treino de CC	ECR	N=58 MD* (GE-31; GC-27) N <sub>inicial</sub> =379 PCTs N <sub>final</sub> =203 PCTs	1. Aconselhamento médico 2. Adesão à medicação 3. PA	1. "Summary scale score-12" 2. Sub-grupo da adesão, da "Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale", 3. Esfingomanómetro	- Aplicação aos pacientes pré-intervenção e <i>follow-up</i> : "Summary-Scale score" e Sub-grupo da adesão da "Hill-Bone Compliance" - Comparação dos valores de PA dos pacientes pré-intervenção e <i>follow-up</i> (GC e GE)
Murray et al. 2015	Determinar os efeitos de um programa de treino de CC no comportamento de suporte e motivação dos	ECR multicêntrico, <i>cluster</i>	N= 24 FT (GE=12; GC=12) N= 12 PCT (GE=12; GC=12)  1 avaliador externo	1. Comunicação verbal entre o FT e o PCT 2. Disposição dos FT para orientação motivacional 3. Motivação do FT para participar no treino	5. HCCQ 6. GCOS 7. LSRQ 8. Questionário que engloba as seguintes escalas: BS, IWS, SCSS 9. GPE-11 10. RMDQ-24	- Gravação áudio das consultas e aplicação do questionário HCCQ, com comparação pré e pós intervenção, por avaliador externo - Avaliação pré e pós intervenção com preenchimento dos questionários dos FT e dos PCTS

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

fisioterapeutas durante a sua prática clínica

- PCT:
4. DL 5. Perceção de recuperação
  6. Incapacidade funcional
  7. Qualidade de vida
  8. Depressão e Ansiedade
  9. Crenças dos participantes acerca de como a sua AF afeta a sua DCL
  10. Perceção de comportamentos de saúde
  11. Motivação e autodeterminação para o tratamento

11. EQL-5
12. DASS
13. FABQ
14. PCS
15. TSRQ

Doorenbos et al. 2016	Comparar os efeitos de uma intervenção “OdC” com o tratamento habitual em PCTs com IC	ECR grupos	2	N=32 MD* N=80 PCTs* com IC (GE-41; GC-39)  avaliadores externos	1. Número de conversas de “OdC” entre paciente e médico 2. Qualidade da comunicação 3. Nr. de referências para cuidados paliativos 4. Nr. de orientações em cuidados avançados 5. Estado emocional	1. Auto-relato do paciente e registos clínicos 2. Questionário QOC 3. Registos clínicos 4. Relato dos PCTs e registos clínicos 5. GAD e PHQ-9	-Avaliação no pré-intervenção e <i>follow-up</i> de 2 semanas: Auto-relato dos PCTs e avaliação dos registos clínicos, por avaliador externo Questionários QOC, GAD e PHQ-9 Avaliação, por avaliador externo, dos registos clínicos de novas referências nos 6 meses seguintes à intervenção
Asselin, et al. 2016	Identificar factores contextuais que	EQL		N=29 PS* (n=7 saúde mental, n=7 dietistas, n=15 ENF)	1. Factores contextuais que podem influenciar a comunicação	1. Entrevistas semi-estruturadas, presenciais 1. Formulários e	Avaliação qualitativa das variáveis, no final do treino, por avaliador externo,

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

	influência na comunicação		1 avaliador externo		registos das sessões	
van Lieshout et al. 2016	Determinar a eficácia do programa de desempenho profissional e nos resultados na prevenção CV	ECR-2 braços	N=34 MD (GE-19; GC-15) N=34 ENF* (GE-20; GC-14) N=1782 PCTs (GE-995 GC-787), com idade >= 18 anos	1.Aconselhamento ao PCT ( <i>outcome</i> primário) 2. DCV e Risco CV 3.PAS 4. Nível de colesterol 5. IMC 6.Tabagismo 7.Comorbilidades 8.Depressão 9. AF 10.HA	1,3,4,5,6,7. Registos Clínicos 2. EPA Cardio (versão modificada) 8.PHQ-9 e Registos Clínicos 9.RAPA-9; 10.REAP-S-12	-Pré-intervenção e <i>follow-up</i> a 6 meses: FR CV e Comportamentos de Estilo de Vida dos pacientes (registos clínicos); -Pós-intervenção: desempenho dos ENF no aconselhamento e educação do paciente (registos das sessões nos registos clínicos)
Quinn et al. 2016	Descrever o desenvolvimento e aplicação do estudo ENGAGE-HD	EED	N=17 (FT, TO, ENF, Instrutores de AF)*  1 avaliador externo	1.Implementação da intervenção 2. Percepção dos PS acerca da implementação da intervenção	1.“Fidelity Rating Tool-4” 2. Questionário de auto-preenchimento	<u>Pós- intervenção:</u> Avaliação de gravação áudio de visita aos PCTs, por avaliador externo, através da Fidelity Rating Tool-4 + questionário de percepção da implementação
Suman et al. 2017	Avaliar a estratégia de implementação da <i>guideline</i> multidisciplinar para a dor lombar	EQTT e EQL	N=128 PS* (n=53 MD, n=46 FT, n=29 TO); GAQT- N=96 GAQL-N=21 *avaliadores externos	1.Recrutamento 2.Alcance 3. DA 4.DR 5.Satisfação 6.Barreiras e Facilitadores	1. Actas do recrutamento 2. Registos da formação, actas da organização de investigação 3.4.5.6 Actas do treino 4.5. Questionários de satisfação 5.6. Entrevista	Avaliação Quantitativa: -Questionário de Satisfação dos participantes após o treino Avaliação Qualitativa: -Entrevista semi-estruturada qualitativa, telefónica ou presencial após o treino + análise temática dos registos das actas do recrutamento e das sessões de treino, após a intervenção

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

			semi-estruturada			
Sanders et al. 2018	Avaliar a eficácia da TDP seguida de RP na incapacidade física dos pacientes com DCL	ECR-cluster <i>N= 68 MD (GE=34; GC=34)</i> <i>N= 226 PCTS (GE= 112; GC=114)</i>	1.Incapacidade funcional 2.Severidade da dor lombar 3.Absentismo 4.Utilização de cuidados de saúde 5.Perceção de doença 6. Nível de envolvimento do paciente na tomada de decisão	1.Versão holandesa do RMDQ 2.EVA 3. Questionário de absentismo 4. Questionário de pacientes 5.Versão holandesa abreviada do IPQ 6.Questionário de pacientes	- Avaliação da incapacidade e da severidade da dor diariamente nas primeiras duas semanas, e na 6ª, 12ª e 26ª semanas após a primeira consulta - Avaliação de cada uma das outras variáveis à 2ª, 6ª, 12ª e 26ª semana de intervenção e no final do estudo e comparação dos resultados	
Lonsdale et al. 2012	Apresentar o protocolo de um estudo para avaliar uma intervenção para aumentar a comunicação de SA dos FT na adesão dos PCTs com DCL	PE - ECR <i>cluster</i> duplamente cego <b>N=12 clínica s de fisioterapia (GE-6, GC-6) N=60 FT* N=392 PCTs com DCL, (GE-146, GC-146)</b>	1.Adesão 2. AF 3. SDL 4. FRD 5. BEP 6. SA 7. MAC 8. CRS (AF) 9.Crenças dos PCT acerca dos efeitos da AF na DCL 10. AF 11. Perceção do PCT acerca da sua recuperação 12.OMG 13.MA 14.ET 15. Depressão e Ansiedade	<u>PCTs</u> 1.SIRAS 1.APRS 1.HECA 2.IPAQ 3. END 3. PB 4.RMDQ 4.PSFS 5. EuroQol 6.HCQ-6 7.TSRQ 8.PCS-4 9. FABQ- PA-5) 10.Pedómetro 11.GPE-11 <u>FT:</u> 12.GCOS 13.MPQ 14. TES <u>PCTs:</u> 15. DASS (Depressão	- Fase de pré-randomização, FT preenchem os seguintes instrumentos: OMG,MA e ET - <i>Baseline:</i> PCTS preenchem os questionários: IPAQ,END,PB,RMDQ,PSFS, EuroQol,HCQ-6,TSRQ,PCS-4,FABQ- PA-5, Subescalas da Depressão e Ansiedade, da DASS - Pós-intervenção FT: registo da avaliação da adesão no final de cada sessão e <i>follow-up</i> (1ª,	

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

						e Ansiedade)	4 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> e 24 <sup>a</sup> semanas) dos níveis de AF dos PCTs Questionário de <i>follow-up</i> PCT
Tinsel et al. 2012	Apresentar um protocolo de um estudo para perceber se a TDP contribui para melhorars conhecimentos adesão dos PCT, e otimizar a PA	Protocolo de estudo de ECR-cluster	de <i>Baselin e</i> : MD de clínica geral <i>N=40</i> (GE-20, GC-20) PCTs com HTA <i>N=120</i> 0 (GE-600, GC-600)	1. Perceção de participação pelo PCT 2. PAS 3.PAD 4.Conhecimento 5.Adesão 6.Risco CV 7.Dados clínicos 8. Dados farmacológicos	1. SDM-Q-9 2,3. Mapa de PA e esfigmomanómetro 4. <i>Knowledge score-8</i> 5. MARS-D 5. MPR 6. Cálculo de score de risco cv <i>Arriba</i> 7.8. Processo clínico	-Recolha de dados clínicos e farmacológicos e aplicação de questionário aos PCTS antes da intervenção e <i>follow-up</i> (3 consultas de 6 em 6 meses)	

Nota: os números descritos nas variáveis emparelham com os dos materiais;

\* participantes da intervenção

Lista de abreviaturas: CCT - Consulta de cessação tabágica; CHA - Consulta de hábitos alimentares; CSP - Cuidados de saúde primários; EQL - Estudo qualitativo; PS - Profissionais de saúde; MD - Médicos; ENF - Enfermeiros; GHA - Grupo de hábitos alimentares; GCT - Grupo de cessação tabágica; Q-E: Quase-experimental; IESP - “*Interdisciplinary Education Perceptions Scale*”; EED - Estudo exploratório descritivo; GE - Grupo experimental; GC - Grupo controlo; PCTs - Pacientes; EM - Entrevista Motivacional; AF - Atividade física; HA - Hábitos alimentares; MAP - “*Maudsley Addiction Profile*”; TDP - Tomada de decisão partilhada; ECR - Ensaio clínico randomizado; TO - Terapeutas ocupacionais; FT - Fisioterapeutas; PBE - Prática baseada na evidência; OPTION-12 - “*Observing Patient Involvement*”-12 itens; ACEPP-5 - “*Assessing Communication Evidence and Patient Preferences*”-5 itens; PPOS-18 - “*Patient Practitioner Orientation Scale*”-18 itens; ES - Estatisticamente significativas; SFIC - Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente; FHCS - “*Four Habits Coding Scheme*”; NUTR - Nutricionistas; IMC - Índice de massa corporal; SMIFS: - “*Standardized Motivational Interview Fidelity Scale*”; OdC - Objetivos de Cuidados; IC - Insuficiência cardíaca; Nr. - Número; QOC - “*Quality of Communication Questionnaire*”; GAD - “*Generalized Anxiety Disorder*”; PHQ-9 - “*Patient Health Questionnaire*”-9 itens; DCV - Doença Cardiovascular; CV: Cardiovascular; PAS - Pressão arterial sistólica; EPA-Cardio - “*European Practitioner Assessment of Cardiovascular Risk Management*”; RAPA-9 - “*Rapid Assessment of Physical Activity*”-9 itens; FRCV - Factores de risco cardiovascular; HD - “*Huntington Disease*”; EQT - Estudo quantitativo; GAQT - Grupo de avaliação quantitativa; GAQL - Grupo de avaliação qualitativa DA - Dose administrada; DR - Dose recebida; SA - Suporte para a autonomia; RP - Reforço positivo; DCL - Dor crónica lombar; PE - Protocolo de estudo; SDL - Sintomas de dor lombar; FRD - Funcionalidade relacionada com a dor; BEP - Bem-estar do paciente; SA - Suporte para a autonomia; MAC - Motivação Autónoma e Controlada; CRS - Comportamentos relacionados com a saúde; SIRAS - “*Sports Injury Rehabilitation Adherence Scale*”; APRS - “*Adherence to Physiotherapist’s Recommendations*”; HECA - “*Home Exercise Compliance Assessment*”; IPAQ - “*International Short Form Physical Activity Questionnaire*”; END - Escala numérica da dor; PB - “*Pain Botheromeness*”; RMDQ - “*Roland Morris Disability Questionnaire*”; PSFS - “*Patient Specific Functional Scale*”; EuroQol - “*European Quality of Life Questionnaire*”; HCQ-6 - “*Health Care Climate Questionnaire*”-6

itens; TSRQ - “*Treatment Self-Regulation Questionnaire*”; PCS-4 – “*Perceived Competence Scale*”-4 itens; FABQ-PA-5 - “*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Physical Activity Subscale*”-5 itens; OMG – Orientação motivacional global; MA – Motivação autónoma; ET - Expectativa com o tratamento; GPE-11- “*Global Perceived Effect Scale*”-11 itens; GCOS - “*General Causality of Orientations Scale*”; MPQ - “*Motivation to Participate Questionnaire*”; TES - “*Treatment Expectation Scale*”; DASS - “*Depression and Anxiety Scale*”; PA – Pressão arterial; HTA – Hipertensão arterial; SD – Sócio-demográficos; SDM-Q-9: “*Shared-Decision Making Questionnaire*”-9 itens; PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; MARS-D - “*Medical Adherence Report Scale*”; MPR - “*Medication Possession Rate*”; API - “*Autonomy Preference Index*”

#### *Síntese dos resultados:*

Nove dos estudos incluídos, pretendiam testar a eficácia de programas de treino de competências de comunicação (Doorenbos et al., 2016; Hoffman et al., 2014; Jaffray et al., 2014; Manze et al., 2015; Mohaupt et al., 2012; Murray et al., 2015; Resnicow et al., 2015; Sanders et al., 2018; Weiland et al., 2015), dois almejavam fazer uma análise qualitativa do conteúdo das consultas após o treino de competências de comunicação (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012), e três pretendiam descrever os programas de treino de competências de comunicação (Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; Tinsel et al., 2012). Em três dos estudos incluídos o programa de treino era uma das partes avaliadas no estudo, estando integrado num programa de intervenção multidisciplinar (Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017; vanLieshout et al., 2016). Destes três, dois deles pretendiam testar a eficácia dessa intervenção multidisciplinar (Suman et al., 2017; vanLieshout et al., 2016), e o outro pretendia descrever a intervenção (Quinn et al., 2016). Importa referir que de todos os estudos identificados,

somente um (Mohaupt et al., 2012) treinou a comunicação interprofissional, sendo os restantes relativos à comunicação entre o profissional de saúde e o paciente.

Dos 17 estudos identificam-se nove ensaios clínicos randomizados (Doorenbos et al., 2016; Hoffman et al., 2014; Jaffray et al., 2013; Manze et al., 2015; Murray et al., 2015; Resnicow et al., 2015; Sanders et al., 2018; Weiland et al., 2015; vanLieshout et al., 2016), dois protocolos de ensaios clínicos randomizados (Lonsdale et al., 2012; Tinsel et al., 2012), um estudo quase-experimental (Mohaupt et al., 2012), dois estudos qualitativos (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012), dois exploratórios descritivos (Bravender et al., 2013; Quinn et al., 2016) e um estudo qualitativo e quantitativo (Suman et al., 2017).

Na maioria dos estudos a intervenção dirigiu-se exclusivamente a profissionais de saúde, sendo um deles dirigido a estudantes e profissionais de saúde (Weiland et al., 2015) e dois exclusivamente a estudantes de cursos de saúde (Hoffman et al., 2014; Mohaupt et al., 2012). Um dos estudos dirigiu a intervenção simultaneamente a médicos e a pacientes (Doorenbos et al., 2016). Somente cinco dos 17 estudos identificados dirigiram a intervenção a fisioterapeutas (Hoffman et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Murray et al., 2015, Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017), tendo os restantes sido incluídos por existirem características e competências de comunicação transversais às várias profissões de saúde.

O número de variáveis consideradas nos estudos oscilou entre uma (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012) e 15 (Lonsdale et al., 2012) e o de materiais/técnicas de avaliação entre um (Phillips et al., 2012) e 20 (Lonsdale et al., 2012). É de referir ainda que, num mesmo estudo, houve variáveis avaliadas com diferentes materiais e vice-versa. Apesar de diversificadas houve algumas variáveis que se repetiram entre os estudos, nomeadamente o índice de massa corporal (Bravender et al., 2013; Resnicow et al., 2015; vanLieshout et al., 2016), a pressão arterial (Manze et al., 2015; Tinsel et al.,

2013; vanLieshout et al., 2016), o nível de atividade física (Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; vanLieshout et al., 2016), o risco cardiovascular (Tinsel et al., 2013; vanLieshout et al., 2016), a adesão ao tratamento (Manze et al., 2015; Tinsel et al., 2013) e o aconselhamento ao paciente (Manze et al., 2015; vanLieshout et al., 2016).

A análise dos estudos permitiu identificar três tipos de avaliação, nomeadamente a avaliação de satisfação/utilidade dos programas, a avaliação da eficácia dos programas de treino e a avaliação qualitativa do conteúdo das consultas.

Relativamente à avaliação da satisfação/utilidade dos programas decorreu através do autopreenchimento, pelos participantes da intervenção, de questionários desenvolvidos pelos autores dos estudos, para avaliação da satisfação (Suman et al., 2017) e utilidade (Bravender et al., 2013; Weiland et al., 2015), no final da intervenção. Os dados obtidos revelaram que a maioria dos participantes ficaram satisfeitos (Suman et al., 2017) ou avaliaram o programa como bastante útil (Bravender et al., 2013; Weiland et al., 2015). Neste âmbito identificou-se ainda um estudo que avaliou o entusiasmo e o impacto do treino na melhoria da autonomia e competência da comunicação interprofissional (Mohaupt et al., 2012).

Relativamente à avaliação da eficácia dos programas (Doorenbos et al., 2016; Hoffman et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Jaffray et al., 2013; Manze et al., 2015; Murray et al., 2015; Resnicow et al., 2015; Sanders et al., 2018; Tinsel et al., 2012; Weiland et al., 2015) /intervenções multidisciplinares (Suman et al., 2017; vanLieshout et al., 2016), foi possível identificar 5 metodologias distintas, nomeadamente:

Avaliação através dos pacientes (Manze et al., 2015; Tinsel et al., 2012) pela comparação de dados clínicos pré e pós-intervenção (Jaffray et al., 2013; Manze et al., 2015; Tinsel et al., 2012).

Avaliação através dos pacientes e dos profissionais de saúde (Lonsdale et al., 2012, Murray et al., 2015), com o autopreenchimento, após a intervenção, de questionários de avaliação de percepção dos profissionais de saúde acerca das suas competências de comunicação (Lonsdale et al., 2012) e preenchimento pelos pacientes de questionários de avaliação do nível de atividade física e da adesão ao tratamento (Lonsdale et al., 2012) e avaliação da motivação, depressão e ansiedade (Lonsdale et al., 2012).

Avaliação através dos profissionais de saúde e de avaliadores externos (Hoffman et al., 2014; Quinn et al., 2016; Weiland et al., 2015) pela avaliação, por avaliador externo, de gravações de vídeo de *role-play* (Hoffman et al., 2014), de consultas reais (Weiland et al., 2015) e de registos áudio de consultas (Quinn et al., 2016) pré e pós-intervenção, associada a questionários de percepção da autoeficácia (Hoffman et al., 2014) dos participantes, satisfação com o programa de treino (Weiland et al., 2015) e de caracterização do comportamento dos participantes (Quinn et al., 2016).

Avaliação através dos pacientes e de avaliadores externos (Resnicow et al., 2015) pela avaliação, por avaliador externo, de uma gravação da sessão prática dos participantes da intervenção associada à comparação da percentagem de índice de massa corporal das crianças, pré e pós intervenção e num *follow-up* a dois anos.

Avaliação através de pacientes, profissionais de saúde e avaliadores externos (Doorenbos et al., 2016; Murray et al., 2015; vanLieshout et al., 2016), utilizando uma escala de avaliação da qualidade de comunicação (Murray et al., 2015; Doorenbos et al., 2016), aplicada por um avaliador externo, aos seis meses de *follow-up*, associada à avaliação dos registos clínicos dos profissionais de saúde e dos autorrelatos dos pacientes pré-intervenção e às duas semanas de *follow-up* (Doorenbos et al., 2016), pela avaliação da incapacidade, severidade da dor, depressão e ansiedade, assim como percepção de recuperação dos pacientes, associada à motivação e satisfação dos

participantes com o treino (Murray et al., 2015) e pela análise, por avaliador externo, dos registos das consultas após a intervenção e pela comparação dos resultados clínicos dos pacientes (vanLieshout et al., 2016).

No que respeita à avaliação qualitativa do conteúdo dos programas (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012; Suman et al. 2017), decorreu através da avaliação de gravações de vídeos de consultas simuladas, por avaliador externo (Phillips et al., 2012) e pela análise dos registos de entrevistas semiestruturadas (Asselin et al., 2016; Suman et al., 2017), presenciais (Asselin et al., 2016; Suman et al., 2017) ou por telefone (Suman et al., 2017) e das notas estruturadas dos registos clínicos (Asselin et al., 2016).

Todos os estudos são longitudinais. A maioria compreendeu uma avaliação pré-intervenção, uma avaliação pós-intervenção e uma ou mais avaliações de *follow-up* (Bravender et al., 2013; Doorenbos et al., 2016; Lonsdale et al., 2012; Manze et al., 2015; Resnicow et al., 2015; Tinsel et al., 2012; vanLieshout et al., 2016), com um período máximo de *follow-up* de dois anos (Resnicow et al., 2015). Quatro destes estudos tiveram *follow-up* máximo de seis meses (Doorenbos et al., 2016; Jaffray et al., 2013; Phillips et al., 2012; vanLieshout et al., 2016) e um deles de seis meses e meio (Sanders et al., 2018). Os restantes estudos (Asselin et al., 2016; Hoffman et al., 2014; Mohaupt et al., 2012; Murray et al., 2015; Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017; Weiland et al., 2015) apresentaram apenas uma avaliação pré-intervenção e outra pós-intervenção, sem avaliações de *follow-up*. Para avaliação das competências de comunicação, verificou-se que em todos os estudos se utilizaram técnicas diferentes, em função das competências a avaliar, tal como apresentado na tabela 4.

Foi ainda utilizada uma grelha de análise qualitativa do conteúdo de entrevistas semiestruturadas e de atas das sessões de treino, desenvolvida pelos autores do estudo (Suman et al., 2017) e análise temática do conteúdo das consultas, utilizando o NVIVO

10, para codificar a informação reunida e determinar os temas comuns entre as consultas dos participantes (Asselin et al., 2016).

## **Discussão**

A presente revisão sistemática permitiu dar resposta aos objetivos propostos, apresentando contudo como principais limitações, o facto de a pesquisa ter sido conduzida numa única base de dados, podendo não refletir completamente o estado atual da investigação nesta área.

Para analisar a avaliação dos programas de treino é essencial perceber a eficácia dos mesmos (Brighton et al., 2017; Selman et al., 2017).

Assim, e observando os ensaios clínicos randomizados que revelaram eficácia dos programas de treino (Doorenbos et al., 2016; Hoffman et al., 2014; Murray et al., 2015; Resnicow et al., 2015; Weiland et al., 2015), verifica-se que somente um deles se baseou num modelo estandardizado de avaliação da eficácia de programas, nomeadamente o de Murray et al. (2015), desenvolvido com o objetivo de perceber qual o efeito de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, no comportamento de suporte e motivação dos mesmos durante a sua prática clínica, nomeadamente com pacientes com dor crónica lombar. A sua avaliação compreendeu a avaliação da qualidade da comunicação verbal dos fisioterapeutas, através da aplicação de um questionário, por avaliador externo, durante a observação de uma gravação áudio da consulta pré e pós intervenção e posterior comparação; Foram também avaliadas a motivação dos fisioterapeutas para participar no treino, assim como a sua disposição para efetuar orientação motivacional aos pacientes, e ainda variáveis dos utentes, tais como a severidade da sua dor lombar, a sua incapacidade física, o seu estado psicológico e a sua perceção de recuperação.

Sendo assim verifica-se que este estudo é bastante importante para dar resposta aos objetivos da presente revisão sistemática, tendo em conta que a intervenção é dirigida a fisioterapeutas, apresentado uma metodologia de avaliação robusta tendo os seus resultados sido bastante positivos, com melhorias quer das competências de comunicação dos fisioterapeutas, quer das queixas de incapacidade e severidade da dor lombar. Desta forma, quando comparados os estudos que destinam o treino de competências de comunicação a fisioterapeutas (Hoffman et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Murray et al., 2015, Quinn et al., 2016; Suman et al., 2017) com os restantes (Asselin et al., 2016; Bravender et al., 2013; Doorenbos et al., 2016; Jaffray et al., 2013; Manze et al., 2015; Mohaupt et al., 2012; Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015; Sanders et al., 2018; Tinsel et al., 2013; vanLieshout et al., 2016; Weiland et al., 2015), destinados a outros profissionais de saúde, é possível verificar que existe uma maior homogeneidade em termos de metodologias de treino utilizadas, contudo com heterogeneidade em termos de metodologias de avaliação da eficácia do treino. Por outro lado quando analisados os estudos cujo treino não se destinou a fisioterapeutas, apesar de na sua maioria apresentarem metodologias de treino bastante heterogéneas, também em parte devido à maior heterogeneidade dos grupos, os seus resultados permitiram perceber quais as competências de comunicação transversais a todas as profissões de saúde, nomeadamente a empatia, a tomada de decisão partilhada, o suporte para a autonomia e a motivação, competências essas também treinadas nos fisioterapeutas.

Assim verifica-se que Hoffmann et al. (2014), com o objetivo de testar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para alunos de saúde, somente avaliaram as competências de tomada de decisão partilhada, por avaliadores externos e a perceção dos profissionais de saúde em relação às suas competências de comunicação, não havendo avaliação dos pacientes, para perceber se o treino se traduziu na melhoria nos *outcomes* clínicos dos mesmos.

Por sua vez, Weiland et al. (2015), para testar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para os médicos ajudarem os pacientes a lidar com sintomas físicos não explicáveis, somente avaliaram as competências de entrevista dos médicos durante as consultas pela análise, por avaliador externo, de vídeos de consultas, pré e pós-intervenção, e o *feedback* dos participantes em relação à intervenção.

Resnicow et al. (2015), para testar a eficácia do treino de entrevista motivacional a pediatras e nutricionistas, somente avaliaram as competências de comunicação dos participantes, por avaliador externo, associados à comparação da percentagem do índice de massa corporal dos pacientes pré-intervenção e aos dois anos de *follow-up*.

Por último, Doorenbos et al. (2016) que pretenderam testar a eficácia do treino de competências de tomada de decisão partilhada, avaliaram a qualidade da comunicação, por avaliador externo, assim como os registos clínicos do médico e dos autorrelatos dos pacientes.

Os restantes estudos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Jaffray et al., 2013; Manze et al., 2015; Sanders et al., 2018; vanLieshout et al., 2016), sendo as razões apontadas pelos autores dos mesmos, sobretudo de ordem metodológica, quer no planeamento da intervenção (Manze et al., 2015; vanLieshout et al., 2016), quer na inadequada determinação da metodologia de avaliação (Jaffray et al., 2013, Sanders et al., 2018), dados semelhantes aos encontrados também na meta-análise de Brighton et al. (2017).

Assim observa-se uma avaliação bastante heterogénea, parecendo indicar falta de consenso na escolha das metodologias de avaliação para a eficácia dos programas de treino e respetivas técnicas de avaliação, podendo ser o fator que mais contribuiu para a heterogeneidade encontrada. Devem ser selecionados modelos e técnicas de avaliação

devidamente testadas e validadas tal como defendido por vários autores (Banerjee et al., 2017; Chung et al., 2016; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018), sendo que somente um dos estudos analisados (Murray et al., 2015) baseou a sua avaliação nos quatro parâmetros do modelo de Kirkpatrick, dos mais utilizados para avaliar programas de treino de comunicação na área da saúde (Chung et al., 2016; Keogh et al., 2018), talvez porque o processo de avaliação é mais demorado, complexo e dispendioso, aspetos que seria importante perceber em futuros estudos. Brighton et al. (2017) referem ainda ser essencial, para uma avaliação de qualidade, que os estudos sejam randomizados e com a constituição de um grupo controlo. Dois aspetos que favorecem também a eficácia do treino é a formação e o nível de competências de comunicação de quem ministra o programa, tal como referem MacDonald-Wicks & Levett-Jones (2012). Ora, em nenhum dos estudos revistos se procedeu a esta avaliação, o que poderia ser um fator determinante da qualidade do programa.

Por outro lado, analisando os estudos que avaliaram o grau de satisfação/utilidade (Bravender et al., 2013; Suman et al., 2017; Weiland et al., 2015) dos programas, assim como o impacto e entusiasmo dos participantes com o programa (Mohaupt et al., 2012) observou-se que em todos a avaliação de satisfação/utilidade, assim como o entusiasmo e impacto foi bastante positiva, sendo um resultado que favorece a utilidade dos programas de treino.

A inclusão dos estudos descritivos (Bravender et al., 2013; Quinn et al., 2016) qualitativos (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012), de análise de conteúdo, bem com os protocolos de estudo (Lonsdale et al., 2012; Tinsel et al., 2012) forneceram informações importantes acerca da identificação dos programas de treino existentes e descrição detalhada da metodologia de avaliação.

Em todos os estudos que relatam o treino de competências de comunicação em fisioterapeutas (Hoffman et al., 2014; Lonsdale et al., 2012; Murray et al., 2015; Quinn

et al., 2016; Suman et al., 2017), verificou-se que as competências treinadas foram as competências de suporte para a autonomia do paciente. É baseado na Teoria da Autodeterminação, que defende que o paciente é quem determina os objetivos do seu tratamento/processo de recuperação, sempre com o apoio e suporte do profissional de saúde que o acompanha (Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2013). Contudo, parte desta formação está já implícita em várias vertentes da formação do fisioterapeuta, sendo transversal a muitas das suas áreas de atuação e formação, nunca descurando a importância do desenvolvimento da comunicação interprofissional e do trabalho em equipa multidisciplinar.

Neste sentido, importa salientar o facto de somente se ter encontrado um estudo (Mohaupt et al., 2012) que focasse o treino de competências de comunicação para a comunicação interprofissional, tendo em conta a sua elevada importância no trabalho integrado em equipa multidisciplinar, essencial para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. Será portanto uma vertente dentro da comunicação em saúde bastante importante para estudar e desenvolver.

### **Conclusão:**

Verifica-se bastante heterogeneidade na avaliação dos programas, sendo importante que se proceda à avaliação das competências de comunicação dos participantes, idealmente pré e pós intervenção, e, se possível, através de avaliadores externos, assim como à avaliação da satisfação e perceção de utilidade dos participantes do programa de treino e uma avaliação, com comparação pré e pós intervenção, de parâmetros clínicos, objetivos dos pacientes, para que fique garantida uma avaliação robusta do programa de treino instituído. Independentemente de existirem variados instrumentos de avaliação para as mesmas competências, é importante que os mesmos sejam adequados à metodologia de avaliação definida e se possível já previamente validados.

O facto de somente se terem encontrado cinco artigos no âmbito da fisioterapia demonstra que a investigação nesta área específica é ainda escassa, tal como avançado inicialmente, o que vem confirmar a relevância desta revisão sistemática. Será assim importante o desenvolvimento de futuros estudos que avaliem o nível de competências de comunicação dos fisioterapeutas/alunos de fisioterapia, e que desenvolvam e testem programas de treino de competências de comunicação no âmbito da fisioterapia, quer da comunicação fisioterapeuta/paciente, quer da comunicação interprofissional.

## **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>

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>

Bravender, T., Tulskey, 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>

Brighton, L. J., Koffman, J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Higginson, I. J., & Selman, L. E. (2017). A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care

providers: research quality and reporting guidance. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 417–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.008>

Chung, H., Oczkowski, S., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J. (2016). Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. *Biomed central medical education*, 16, 131–144. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0653-x>

Critical Appraisal Skills Programme (2019). *CASP Checklists for Randomized Controlled Trials, Qualitative studies and Cohort studies*. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

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>

Doyle, F., Doherty, S., Morgan, K., McBride, O., & Hickey, A. (2013). Understanding communication of health information: a lesson in health literacy for junior medical and physiotherapy students. *Journal of health psychology*, 18(4), 4975–06. <https://doi.org/10.1177/1359105312446771>.

Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2018). Motivational interviewing training for physiotherapists 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>.

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>

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>

Hurley, D. A., Keogh, A., Mc Ardle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinski, T., & Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: Pre-Post study. *Journal of medical internet research*, 21(3), e11123. <https://doi.org/10.2196/11123>

Jaffray, M., Matheson, C., Bond, C. M., Lee, A. J., McLernon, D. J., Johnstone, A., Skea, L., & Davidson, B. (2014). Does training in motivational interviewing for community pharmacists improve outcomes for methadone patients? A cluster randomised controlled trial. *International journal of pharmacy Practitioner*, 22(1), 41–2. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12049>

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>

Kidd, J., Patel, V., Peile, E., & Carter, Y. (2005). Clinical and communication skills. *Biomedical journal (Clinical research ed.)*, 330(7488), 374–375. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7488.374>

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>

MacDonald-Wicks, L., & Levett-Jones, T. (2012). Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. *JBIS library of systematic reviews*, 10(28 Suppl), 1–12. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-327>

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>

Mohaupt, J., van Soeren, M., Andrusyszyn, M. A., Macmillan, K., Devlin-Cop, S., & Reeves, S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of interprofessional care*, 26(5), 370–375. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.673512>

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), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>

Murray, A. M., 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>

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 Practitioner : 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 Practitioner. *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>

Sanders, A., Bensing, J., Magnée, T., Verhaak, P., & de Wit, N. (2018). The effectiveness of shared decisionmaking followed by positive reinforcement on physical disability in the long-term follow-up of patients with nonspecific low back pain in primary care: a clustered randomised controlled trial. *BMC family Practitioner*, 19(102). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0776-8>

Selman, L. E., Brighton, L. J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Ramsenthaler, C., Higginson, I. J., & Koffman, J. (2017). The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 404–416.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>

Subtil, M., Goes, D., Gomes, T., & Souza, M. (2011). O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioterapia em movimento*, 24(4), 745-753. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>

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>

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>

Turner, D. A., Fleming, G. M., Winkler, M., Lee, K. J., Hamilton, M. F., Hornik, C. P., Petrillo-Albarano, T., Mason, K., Mink, R., & Education in Pediatric Intensive Care Investigators (2015). Professionalism and communication education in pediatric critical care medicine: The learner perspective. *Academic pediatrics*, 15(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.02.011>

van Lieshout, J., Huntink, E., Koetsenruijter, J., & Wensing, M. (2016). Tailored implementation of cardiovascular risk management in general Practitioner: a cluster

randomized trial. *Implementation science* : *IS*, *11*, 115.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0460-0>

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>

Włoszczak-Szubzda, A., & Mirosław, J. (2013). Professional communication competences of physiotherapists: Practitioner and educational perspectives. *Annals of agricultural environmental medicine*, *20*(1), 189–194.  
<https://www.researchgate.net/publication/236091606>.

## **CAPÍTULO II**

### **Artigo 2 - O treino de competências de comunicação para profissionais de saúde é eficaz?**

Publicado no livro de Atas do XV Congresso Internacional Galego-Português de  
Psicopedagogia

Publicado no livro de Atas do XV Congresso Internacional Galego-Português de  
Psicopedagogia

#### **Resumo**

A investigação demonstra que uma comunicação eficaz profissional de saúde-utente melhora a confiança, a satisfação e a qualidade dos cuidados. Para equacionar a pertinência de estruturar um programa de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde é fundamental perceber a eficácia deste tipo de programas.

Com este objetivo, foi efetuada uma pesquisa na PubMed, procurando revisões sistemáticas da literatura acerca da eficácia do treino de competências de comunicação para profissionais de saúde. Foram selecionados seis artigos, sendo que três deles observaram pouca evidência de eficácia do treino de competências de comunicação, dois deles verificaram efeitos positivos na melhoria das competências de comunicação e dos comportamentos dos participantes, mas sem evidência de eficácia nos resultados em saúde dos pacientes, um deles constatou efeitos positivos quer nas competências e

comportamentos dos profissionais de saúde, quer nos resultados em saúde dos pacientes. Concluiu-se que a evidência científica acerca da eficácia dos programas de treino não é muito conclusiva, sendo que as revisões sistemáticas da literatura que relataram fraca evidência de eficácia, atribuem-na a razões de natureza metodológica, o que reforça a importância de realizar estudos acerca da eficácia do treino de competências de comunicação, com metodologias e procedimentos de avaliação devidamente organizados e completos.

**Palavras-chave:** competências de comunicação, profissionais de saúde, revisão da literatura

### **Introdução**

O relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes é um conceito cada vez mais desenvolvido, em particular a comunicação sendo que, atualmente, e com a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde, uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o utente representa um papel fundamental, como indicador da qualidade dos cuidados prestados (Leonard, 2017). Para os pacientes, para além da competência clínica, a forma como são tratados e esclarecidos em relação à sua patologia e respetivo tratamento é bastante valorizada (Ridd et al., 2009). Dentro das razões mais frequentemente apontadas para o descontentamento dos pacientes em relação aos cuidados de saúde está uma comunicação insuficiente ou ineficaz com o profissional de saúde que o acompanha (Leonard, 2017). Neste sentido torna-se premente formar os profissionais de saúde para a melhoria das suas competências de comunicação, sendo muito importante perceber se os programas de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde são realmente eficazes.

Para a avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação, é frequentemente utilizado o modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018), que se baseia na avaliação, através de instrumentos devidamente validados e adaptados ao programa de treino utilizado, de quatro componentes, nomeadamente a reação dos participantes, a sua aprendizagem, o seu comportamento e os resultados clínicos dos pacientes. Desta forma procedeu-se a uma revisão da literatura, de forma a analisar a eficácia dos programas de treino de competências de comunicação para profissionais de saúde.

## **Método**

Foi efetuada uma pesquisa na base de dados PubMed, procurando revisões sistemáticas da literatura acerca da eficácia do treino de competências de comunicação para profissionais de saúde, disponibilizadas gratuitamente, em inglês, nos últimos cinco anos. Dos artigos identificados com a pesquisa foram selecionadas seis revisões sistemáticas da literatura, dentro das quais três meta-análises.

## **Resultados**

### Descrição dos estudos:

### **Tabela 1**

#### *Síntese dos estudos*

Autor, ano de publicação	Resultados	Conclusões
Schoenthaler et al., 2014	15 estudos: com intervenção quer nos pacientes, quer nos profissionais de saúde; O treino melhorou as competências de comunicação dos participantes na maioria dos estudos, contudo somente em 4 dos 15 estudos se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos	Apesar do treino melhorar as competências de comunicação dos participantes, este ainda não se traduz em melhoria consistente dos parâmetros clínicos dos pacientes, provavelmente devido ao facto da intervenção ter sido igual quer para os pacientes, quer para os profissionais de saúde e não especificamente adaptada a cada contexto; estudo com

---

	parâmetros clínicos dos pacientes após o treino	limitações metodológicas, nomeadamente pela variabilidade das medidas de avaliação, não permitindo a comparação entre os estudos
Moore et al., 2016	15 estudos- meta-análise na qual se verificou que o treino demonstrou resultados favoráveis de eficácia na empatia e na utilização de questões de resposta aberta, mas não no fornecimento de informação; sem diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos pacientes, a ansiedade diminuiu no grupo controlo; quando comparada a prática com pacientes em consultas simuladas e reais verificou-se que o treino é mais eficaz em consultas simuladas do que na realidade	Treino eficaz na melhoria das competências de comunicação dos profissionais de saúde, mas não nos resultados em saúde dos pacientes, contudo com evidência limitada para a eficácia do treino de competências de comunicação quando avaliados até 6 meses após o treino, após esse período sem evidência de eficácia. Apesar de igualmente eficazes, denota-se que a eficácia do treino é superior em contexto de consulta simulada do que em contexto real, o que pode demonstrar dificuldade de aplicação prática dos conteúdos treinados
Chung et al., 2016	20 estudos- meta-análise de baixa ou muito baixa evidência de eficácia, com um número reduzido de estudos a sugerir que o treino de competências de comunicação em fim de vida pode melhorar a auto-eficácia, o conhecimento e os níveis de comunicação	A baixa evidência acerca da eficácia do treino é consistente, sendo o nível de confiança nos efeitos da intervenção baixo, principalmente pelo elevado risco de viéses individuais dos estudos, pela imprecisão dos resultados devido ao reduzido tamanho amostral dos estudos e pela subjectividade da avaliação das variáveis, nomeadamente da auto-eficácia
Brighton et al., 2017	160 estudos; Fraca avaliação de eficácia; maioria dos estudos com fraco desenho metodológico, sem a constituição de um grupo controlo, estudos não randomizados, utilização de um grande número de variáveis de avaliação subjectiva (auto-resposta) e com técnicas de avaliação não validadas	Para testar devidamente a eficácia dos programas de treino é essencial que o desenho de estudo seja bem estruturado e organizado, e com avaliação de variáveis objectivas recorrendo a técnicas de avaliação devidamente validadas
Selman et al., 2017	19 estudos; Meta-análise em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados em saúde dos pacientes; comportamento dos participantes com diferenças estatisticamente	Impacto do treino inconclusivo, parecendo haver um efeito positivo moderado no comportamento dos participantes na demonstração de empatia e na discussão das emoções dos pacientes, contudo somente em contexto simulado, contudo este efeito não se

	significativas, nas consultas simuladas (efeito médio), quando comparado com as consultas reais (efeito baixo), com aumento da empatia	traduz de igual forma em contexto real, sendo considerado um efeito baixo; sem efeito na melhoria dos parâmetros clínicos dos pacientes essencialmente devido à inconsistência verificada na metodologia de avaliação dos estudos e na heterogeneidade das técnicas de avaliação utilizadas, o que demonstra a falta de consenso, clareza e objectividade na organização da metodologia de avaliação
Georgopoulou et al., 2018	10 estudos; Uma melhor comunicação entre o profissional de saúde e o paciente traduz-se numa melhor participação do paciente, melhoria na tomada de decisão partilhada, na satisfação com o tratamento e na confiança do paciente; uma elevada qualidade de comunicação está também associada a um melhor estado geral de saúde do paciente, a menor dano orgânico e atividade da doença.	Resultados sugerem que o treino aumenta a qualidade da comunicação, que por sua vez está relacionada com a melhoria dos resultados em saúde dos pacientes, possivelmente pela melhoria da confiança e da participação dos pacientes, contudo o facto de serem poucos estudos e de evidência pouco robusta não permite tirar grandes conclusões

---

Das seis revisões sistemáticas analisadas, três delas (Moore et al., 2016; Georgopoulou et al., 2018; Schoenthaler et al., 2014) apresentaram resultados positivos em termos de eficácia, embora algumas com um nível de evidência moderado a baixo (Georgopoulou et al., 2018). Destes estudos com resultados positivos verifica-se que em todos se observaram melhoria nas competências de comunicação dos participantes, contudo somente num deles (Georgopoulou et al., 2018) se observou melhoria dos resultados em saúde dos pacientes, o que pode ser um fator limitador da evidência de eficácia dos programas de treino. É importante salientar que num dos estudos (Selman et al., 2017), os resultados foram inconclusivos, dado somente se ter verificado um efeito moderado nas competências de comunicação dos profissionais de saúde em contexto simulado, contudo esse efeito não se verificou nem nas consultas reais, nem na melhoria do estado de saúde dos pacientes, não sendo possível retirar conclusões.

Um dado importante é que tanto nos estudos que relatam a falha de eficácia dos programas de treino (Brighton et al., 2017; Chung et al., 2016; Selman et al., 2017), como nos estudos em que o treino não se revelou eficaz na melhoria dos parâmetros clínicos dos pacientes (Moore et al., 2016; Schoenthaler et al., 2014) se verificou que a razão essencial para este facto se prende sobretudo com razões de natureza metodológica, nomeadamente a um fraco desenho metodológico, sem a constituição de um grupo de controlo, ou sem randomização (Brighton et al., 2017), à heterogeneidade, variabilidade e inconsistência da metodologia de avaliação (Chung et al., 2016; Schoenthaler et al., 2014; Selman et al., 2017), à utilização de técnicas de avaliação subjetivas, de auto-resposta pelos participantes (Brighton et al., 2017; Chung et al., 2016), e sem estarem devidamente validadas (Brighton et al., 2017; Chung et al., 2016)

De destacar ainda que nos estudos em que houve comparação da eficácia do treino em contexto de consulta real e simulada (Moore et al., 2016; Selman et al., 2017) se verificou que a eficácia é superior em contexto simulado, o que traduz uma dificuldade em transferir os conhecimentos e as competências treinadas para a prática clínica

## **Discussão**

Segundo o modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018) para avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação, a melhoria dos resultados em saúde dos pacientes é um dos principais indicadores dado que, independentemente das competências de comunicação do profissional de saúde melhorarem, é importante que as mesmas contribuam para que o paciente melhore o seu estado de saúde, e isso, nas revisões sistemáticas da literatura analisadas, ainda não se verifica consistentemente.

Ha & Longnecker (2010), referem que o principal objetivo de uma boa comunicação entre o médico e o seu paciente é a melhoria da saúde e dos cuidados médicos dos mesmos. Desta forma, o facto dos programas de treino de competências de comunicação não refletirem, na sua maioria uma melhoria dos parâmetros clínicos dos pacientes é um dos principais indicadores da baixa evidência de eficácia destes programas. Uma das principais razões para esta situação prende-se provavelmente com o facto do comportamento dos participantes em relação à utilização na prática das suas competências de comunicação ser superior nas consultas simuladas do que em contexto real, o que reflete uma dificuldade na sua aplicabilidade prática. Contudo, estes resultados parecem também estar influenciados por erros metodológicos, nomeadamente na escolha da metodologia de avaliação das variáveis e suas respetivas técnicas de avaliação, dado se ter verificado uma elevada heterogeneidade na escolha das variáveis, o que não permite uma comparação objetiva entre os diferentes estudos, associado ainda ao facto de, frequentemente, terem sido utilizadas técnicas de avaliação criadas especificamente para os estudos e não instrumentos previamente validados.

De salientar que somente uma meta-análise (Chung et al., 2016) se baseou no modelo de Kirkpatrick, para avaliar a eficácia dos estudos que incluiu, e que apresentou resultados de baixa ou muito baixa evidência de eficácia do treino.

Analisando a única revisão sistemática que observou resultados favoráveis (Georgopoulou et al, 2018) na melhoria quer das competências de comunicação, quer dos parâmetros clínicos dos pacientes é possível perceber que apesar dos resultados sugerirem que a melhoria da qualidade da comunicação está relacionada com a melhoria do estado de saúde dos pacientes, o facto de a revisão incluir somente 10 estudos, e do nível de evidência ser pouco robusto, não permite tirar grandes conclusões.

Em relação à revisão sistemática de Selman et al. (2017), cujos resultados foram inconclusivos, apontando para uma eficácia moderada da melhoria da empatia nas

consultas simuladas, mas baixa e sem efeitos na melhoria do estado de saúde dos pacientes, verifica-se que não é possível retirar conclusões sobretudo devido à inconsistência metodológica encontrada, e ao facto dos efeitos do treino não se traduzirem de forma eficaz em contexto real, denotando uma dificuldade de aplicabilidade prática do mesmo, acrescentando ainda a falta de consenso relativamente às metodologias de avaliação encontradas nos estudos incluídos.

Em relação às competências de comunicação em que os programas de treino se revelaram mais eficazes foi possível perceber que na maioria dos estudos os melhores resultados apresentados se referiram à empatia e à utilização de questões de resposta aberta. Este é um resultado bastante favorável, sendo que Ridd et al. (2009) num estudo que pretendeu perceber qual a perspetiva dos pacientes em relação aos fatores que favorecem uma boa relação entre o médico e o paciente, verificaram que quando os pacientes referiam apresentar uma boa relação com o seu médico, maioritariamente sentiam um relacionamento empático com o mesmo, sendo a empatia um fator que favorece em grande parte a qualidade da relação médico-paciente (Ridd et al., 2009). O mesmo estudo verificou que também a confiança é um fator preponderante, referindo que os pacientes sentem mais confiança num médico que respeite os seus sentimentos e queixas e que se preocupe com as suas motivações e objetivos para a doença e respetivo tratamento, destacando para isso a utilização de perguntas de resposta aberta, no sentido de explorar essas questões (Ridd et al., 2009).

Por outro lado, a competência em que o treino não se revelou tão eficaz teve a ver com o fornecimento e clarificação da informação. Este aspeto é um resultado bastante importante na medida em que permite perceber onde é necessário investir, em termos de formação de competências de comunicação dos profissionais de saúde, já que o fornecimento e clarificação da informação é essencial para uma boa relação de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, aumentando assim a

confiança entre os mesmos (Ha & Longnecker, 2010; Ridd et al., 2009). Ainda neste contexto, Leonard (2017), através da sua pesquisa para perceber qual o impacto das competências de comunicação dos médicos nos pacientes e na sua família, verificou que os médicos interrompem frequentemente os seus pacientes e familiares quando estes se encontram a responder de forma aberta às questões que lhes são colocadas, o que leva a que o paciente não exprima frequentemente todas as suas queixas e preocupações, o que vai de encontro ao verificado nesta pesquisa.

Nas revisões sistemáticas que relataram ausência de eficácia do treino na melhoria das competências de comunicação (Brighton et al., 2017; Chung et al., 2016), o fator que mais parece ter contribuído foi não ter sido realizada em praticamente nenhum dos estudos incluídos nessas revisões, uma avaliação pré-intervenção das competências de comunicação dos participantes, o que seria bastante importante como termo comparativo, e que as mesmas foram avaliadas, na maioria dos casos através de questionários de auto-perceção por parte dos participantes, ou até mesmo por parte dos pacientes. Sendo estas técnicas de natureza subjetiva, seria preferível que a avaliação das mesmas tivesse ocorrido através da utilização de escalas devidamente validadas para avaliação da competência específica a treinar, aplicadas por um avaliador externo especialista na área, pré e pós-intervenção e sempre com a comparação de um grupo controlo (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018).

Outra questão importante a analisar foi o efeito do treino ao longo do tempo, analisado somente em dois dos estudos selecionados na revisão sistemática de Moore et al. (2016), sendo possível perceber que a partir dos seis meses pós-intervenção os resultados em termos de eficácia na melhoria das competências de comunicação diminuem bastante, o que reforça a importância da realização de sessões de treino de *follow-up*.

Não foi possível retirar conclusões acerca de qual o tipo de programa de treino mais eficaz e qual a duração do treino ideal porque os resultados foram bastante heterogêneos, possivelmente devido ao facto dos desenhos metodológicos dos estudos, as metodologias de avaliação e as técnicas utilizadas serem bastante diversificadas.

Os resultados desta revisão da literatura revelaram-se importantes sobretudo para perceber que fatores contribuem para uma avaliação adequada da eficácia dos mesmos, contribuindo assim para uma estruturação de um programa de treino devidamente testado e orientado tanto para a melhoria das competências de comunicação dos participantes como para a melhoria dos resultados em saúde dos pacientes.

## **Conclusão**

Apesar dos resultados não serem muito conclusivos, na generalidade apontam para uma evidência de eficácia dos programas de treino, na melhoria das competências de comunicação dos participantes, embora ainda não se traduzam na melhoria consistente dos resultados em saúde dos pacientes.

Os dados desta revisão da literatura sugerem a necessidade de uma melhor estruturação e organização da metodologia de avaliação dos programas de treino, com seleção de variáveis objetivas e recorrendo a técnicas de avaliação devidamente validadas. Seria importante o desenvolvimento de estudos de forma a sistematizar e homogeneizar a avaliação, segundo um modelo próprio, diminuindo assim a sua heterogeneidade e variabilidade, possibilitando a comparação entre os diferentes estudos, de forma a facilitar a avaliação da eficácia dos programas de treino.

## **Referências:**

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaidler, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology

nurses. *Translational behavioral medicine*, 7(3), 615–623.  
<https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>

Brighton, L. J., Koffman, J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Higginson, I. J., & Selman, L. E. (2017). A Systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 417–425.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.008>

Chung, H. O., Oczkowski, S. J., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J. J. (2016). Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, 16, 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0653-x>

Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P. (2018). Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatology international*, 38(5), 763–775. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4016-2>

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner journal*, 10(1), 38–43.

Hurley, D. A., Keogh, A., Mc Ardle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinski, T., & Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: pre-post study. *Journal of medical internet research*, 21(3), e11123.  
<https://doi.org/10.2196/11123>

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>

Leonard P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional-patient communication issues. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in cancer*, 25(Suppl 1), 7–9. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>

Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The british journal of general practitioner : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(561), e116–e133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>

Schoenthaler, A., Kalet, A., Nicholson, J., & Lipkin, M., Jr (2014). Does improving patient- practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient education and counseling*, 96(1), 3– 12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.006>

Selman, L. E., Brighton, L. J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Ramsenthaler, C., Higginson, I. J., & Koffman, J. (2017). The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 404–416.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>

### Capítulo III

#### Artigo 3 - Modelos de Avaliação de Programas de Treino de Competências de Comunicação em Saúde

Publicado no livro de Atas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

#### Resumo

**Introdução:** O treino de competências de comunicação revela-se essencial na formação dos profissionais de saúde, sendo importante uma avaliação da eficácia desses programas de treino. Assim, procedeu-se a uma revisão integrativa com o objetivo de identificar os modelos/metodologias de avaliação da eficácia de tais programas.

**Métodos:** Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados PEDro e PubMed, utilizando as palavras-chave *health communication skills training AND efficacy e communication skills programs AND efficacy AND evaluation*, associada a pesquisa manual de livros e artigos. Como critérios de inclusão definiram-se: (1) ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos, (2) que descrevam os modelos/metodologias de avaliação da eficácia, (3) com intervenção destinada a profissionais de saúde, (4) artigos completos ou capítulos de livros, (5) em português, inglês ou francês.

**Resultados:** Foram identificadas 285 publicações, selecionando-se 20 para leitura completa. Verificou-se que são variadas as metodologias de avaliação da eficácia

dos programas, contudo somente foram identificados dois modelos formais: o Modelo de Kirkpatrick e o Modelo Comportamental.

**Discussão:** Observa-se falta de consenso e homogeneidade na escolha dos modelos/metodologias de avaliação da eficácia dos programas de treino, o que poderá condicionar a sua aplicabilidade prática e robustez dos resultados.

**Palavras-chave:** Metodologia de avaliação, competências de comunicação, treino, fisioterapeutas, profissionais de saúde

## **Introdução**

Com a crescente preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a comunicação profissional de saúde-utente representa um papel cada vez mais preponderante (Sanson-Fisher et al.

, 2018), sendo que muito do descontentamento dos utentes com a prestação dos cuidados de saúde está relacionado com a insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde (Ha & Longnecker, 2010). Assim, tem aumentado a necessidade de formação dos profissionais para a melhoria das suas competências de comunicação, com o surgimento de um sem número de programas de treino de competências de comunicação em contexto pré e pós-graduado (Brown & Bylund, 2008).

Para determinar que tipo de programa de treino de competências de comunicação mais se adequa ao treino dos profissionais de saúde em geral, é fundamental que se proceda a uma correta avaliação da eficácia desses programas. São vários os modelos de avaliação de programas educacionais descritos na literatura (Banerjee et al., 2017; Gandomkar, 2018; Keogh et al., 2018), não (necessariamente) específicos da área da saúde, mas também muito utilizados nesta (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018), com variadas metodologias, nomeadamente

modelos do tipo quase-experimental, como é o caso do modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al., 2017; Keogh et al., 2018), e modelos mais orientados para os resultados, como é o caso do modelo comportamental, o modelo lógico e o modelo CIPP - *Context, Input, Process, and Product* (Bylund et al., 2018; Gandomkar, 2018; Wittenberg et al., 2018).

Dada a variabilidade encontrada em termos de programas de treino de competências de comunicação, é importante perceber se neste contexto são utilizados alguns destes modelos e, em caso afirmativo, quais os mais utilizados, tendo-se para o efeito realizado uma revisão integrativa no sentido de dar resposta a estas questões.

## **Método**

Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados PEDro e PubMed, utilizando as palavras-chave *health communication skills training AND efficacy* e *communication skills programs AND efficacy AND evaluation*, associada a pesquisa manual de livros e artigos. Como critérios de inclusão definiram-se: (1) ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos, com descrição detalhada dos objetivos do estudo e da caracterização dos programas e variáveis, (2) que descrevam os modelos/metodologias de avaliação da eficácia, para perceber se seguiam algum modelo específico, (3) com intervenção destinada a profissionais de saúde, (4) artigos completos (5) em português, inglês, francês, ou espanhol.

## **Resultados**

A pesquisa inicial revelou um total de 285 publicações, sete das quais indexadas na PEDro, 275 na PubMed e três decorrentes de pesquisa manual, 20 das quais se selecionaram para análise (complementar).

Observou-se a utilização de dois dos modelos formais de avaliação anteriormente identificados, nomeadamente o modelo de Kirkpatrick (Banerjee et al.,

2017; Bylund et al., 2018; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2018; Leoni-Scheiber et al., 2019; Pershon et al., 2016) e o modelo comportamental (Brown & Bylund, 2008; Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018), contudo verificou-se que na maioria dos casos não se identificaram a utilização de modelos específicos e padronizados (Butow et al., 2008; Clayton et al., 2012; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Happ et al., 2014; Konopasek et al., 2014; Lau & Wang, 2013; Lonsdale et al., 2017; Loughland et al., 2015; Panghet et al., 2019; Rouby et al., 2015).

O modelo de Kirkpatrick baseia-se numa avaliação em quatro níveis, sendo eles a reação dos participantes, o seu comportamento, a sua aprendizagem e os resultados (Banerjee et al., 2017). A reação dos participantes é avaliada através de questionários de satisfação dos profissionais com o programa de treino (Banerjee et al., 2017; Hurley et al., 2019; Keogh et al., 2017) e com o treinador (Leoni-Scheiber et al., 2019); o comportamento é analisado por avaliadores externos, através da avaliação das competências de comunicação dos participantes (normalmente, avaliação de gravações de consultas reais (Leoni-Scheiber et al., 2019) ou com pacientes simulados (Banerjee et al., 2017)); por sua vez a aprendizagem é avaliada através de questionários de auto-eficácia dos participantes após o treino, sendo os resultados obtidos através da comparação pré e pós intervenção dos *outcomes* clínicos (Banerjee et al., 2017) ou da satisfação com a comunicação dos pacientes (Leoni-Scheiber et al., 2019).

O modelo comportamental avalia o processo de aprendizagem através do *outcome* comportamental do participante e o impacto que o treino causa no mesmo, nomeadamente a mudança do seu comportamento (Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018). Neste modelo os objetivos dos programas devem ser individualizados, claramente definidos e do conhecimento do participante (Brown & Bylund, 2008; Wittenberg et al., 2018). São avaliadas a satisfação e a auto-eficácia dos participantes após o treino, através de questionários, e no final do treino são estabelecidos objetivos de comunicação (aplicação das competências de comunicação), sendo as mesmas

avaliadas, através da gravação de consultas reais, em períodos de *follow-up* devidamente estabelecidos, percebendo se os objetivos foram atingidos, se ocorreram ou não mudanças no comportamento dos participantes e se essas mudanças se mantiveram ao longo do tempo (Bylund et al., 2008; Wittenberg et al., 2018).

Analisando os estudos em que não se utilizaram metodologias específicas de avaliação, observou-se elevada heterogeneidade, com alguns estudos (Konopasek et al., 2014; Loughland et al., 2015; Rouby et al., 2015) a avaliar a satisfação dos participantes com o treino, associada à avaliação da auto-eficácia dos participantes em relação à utilização das competências de comunicação treinadas. Noutros estudos procedeu-se à avaliação das competências de comunicação dos participantes (Brown & Bylund, 2008; Butow et al., 2008; Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Panghet et al., 2019; Pershon et al., 2016) associada à avaliação da qualidade da comunicação ou da confiança na comunicação (Fortune et al., 2019; Goldsmith et al., 2015; Pershon et al., 2016). Poucos estudos (Happ et al., 2014; Lonsdale et al., 2017)) avaliaram variáveis dos pacientes, sendo importante destacar o estudo de Lonsdale et al. (2017), que baseou a avaliação da eficácia do programa somente na avaliação dos *outcomes* dos pacientes, nomeadamente a adesão dos pacientes às recomendações dos fisioterapeutas, assim como a dor e outros sintomas associados. Happ et al. (2014), por seu turno, determinaram a avaliação do estado emocional dos pacientes como um parâmetro importante a avaliar.

## **Discussão**

Provavelmente a principal razão para a maioria dos estudos revistos não ter utilizado metodologias/modelos padronizados para avaliação da eficácia dos programas de treino prende-se com o facto de se verificar elevada heterogeneidade na escolha das metodologias de treino, assim como na definição dos objetivos e das competências treinadas. Brown & Bylund (2008), num estudo realizado com o objetivo de descrever

um novo modelo conceptual de treino de competências de comunicação, referiram que possivelmente a falta de clareza e homogeneidade na avaliação da eficácia dos programas se deve à falta de clareza e homogeneidade também encontrada na definição e descrição das competências de comunicação a treinar. Os mesmos resultados foram encontrados por Ha & Longnecker (2010), que pretenderam identificar metodologias de treino de competências de comunicação e respetiva avaliação. Referiram ainda que é difícil a comparação entre os estudos porque não se verifica uma homogeneidade em termos de metodologias de avaliação, verificando que uma das variáveis mais frequentemente avaliada é a satisfação do paciente com a comunicação, estando diretamente relacionada com a melhoria dos *outcomes* clínicos dos pacientes (Ha & Longnecker, 2010).

Assim, analisando os modelos de avaliação dos programas identificados, o que tem em conta estes fatores é o modelo de Kirkpatrick, talvez por isso se justifique a sua utilização mais frequente para avaliação de programas educacionais na área da saúde, nomeadamente no treino de competências de comunicação, tal como verificado na presente revisão integrativa. Estes dados vão ao encontro do descrito por Banerjee et al. (2017), como sendo um dos modelos mais utilizados na área da saúde, apresentando como principal vantagem o facto de se tratar de uma avaliação bastante abrangente, avaliando todos os intervenientes no processo educativo (profissional de saúde participante, treinador e paciente), o que torna o modelo bastante completo. Uma desvantagem era o facto de não exigir avaliações de *follow-up*, contudo, a atualização para o Novo Modelo de Kirkpatrick (Gandomkar, 2018) veio colmatar esta lacuna, ao incluir também a avaliação da implementação, com avaliações de *follow-up* no sentido de monitorizar a aplicação do programa na prática clínica, como verificado no estudo de Hurley et al. (2019).

O modelo comportamental, ao associar a avaliação das competências de comunicação e da autoeficácia dos participantes, com a avaliação das mudanças de comportamento dos participantes após o treino, permite monitorizar os seus efeitos ao longo do tempo. Uma desvantagem deste modelo é o facto de somente se cingir à avaliação do profissional de saúde, não avaliando os *outcomes* dos pacientes, o que pode ser uma limitação dado que, tal como referem Banerjee et al. (2017), o principal indicador da eficácia dos programas de treino é a melhoria dos *outcomes* clínicos ou de satisfação dos pacientes.

### **Conclusão**

Observa-se elevada heterogeneidade na avaliação da eficácia dos programas de treino, verificando-se que a maioria dos estudos analisados não recorreu a um modelo de avaliação específico. Independentemente do modelo/metodologia selecionada, é importante que a avaliação seja adequada à metodologia do estudo e do treino e que as variáveis a avaliar estejam de acordo com os objetivos definidos.

### **Referências**

- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*, 7, 615–623. <http://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>
- Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic medicine*, 83(1), 37–44. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>

- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Martin H. N., Tattersall, M. H. N., & the CUES Team. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: Evaluation of a communication skills training program. *Psycho-oncology*, *17*, 209–218. <http://doi.org/10.1002/pon.1217>
- Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Manna, R., Levin, T. T., Parker, P. A., Schofield, E., Li, Y., Bartell, A., Chou, A., Hichenberg, S. A., Dickler, M., & Kissane, D. W. (2018). A rigorous evaluation of an institutionally-based communication skills program for post-graduate oncology trainees. *Patient education and counseling*, *101*(11), 1924–1933. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.026>
- Bylund, C. A., Brown, R. F., Ciccone, B. L., Levin, T. T., Gueguen, J. A., Hill, C., & Kissane, D. W. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: development and evaluation of a workshop. *Patient education and counseling*, *70*, 430–436. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.024>
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Laidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A. L., Arnold, R. M., Tulskey, J. A., & Tattersall, M. H. N. (2012). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative medicine*, *27*(3), 236–243. <http://doi.org/10.1177/0269216312449683>
- 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>

- Gandomkar, R. (2018). Comparing Kirkpatrick's original and new model with CIPP evaluation model. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 6(2), 94–95.
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Brandi N., Frisby B. N., & Platt, C., S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health communication*, 30(8), 737–745. <http://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner journal*, 10(1), 38–43.
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J., George, E., & Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse—patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & lung*, 43(2), 89–98. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>
- Hurley, D. A., Keogh, A., McArdle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinsky, T., & Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: Pre-post study. *Journal of medical internet research*, 21(3), e11123. <http://doi.org/10.2196/11123>
- 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. <http://doi.org/10.1093/ptj/pzx105>
- Konopasek, L., Kelly, K. V., Bylund, C. L., Wenderoth, S., & Storey-Johnson, C. (2014). The group objective structured clinical experience: building

communication skills in the clinical reasoning context. *Patient education and counseling*, 96(1), 79–85. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.003>

Lau, Y., & Wang, W. (2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse education today*, 33, 1617–1623. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02>

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the advanced nursing process quality, on nurse's knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing open*, 6, 1269–1280. <http://doi.org/10.1002/nop2.299>

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 rehabilitation*, 98(9), 1732–1743. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>

Loughland, C., Kelly, B., Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Vamos, M., Outram, S., Levin, T., & on behalf of the ComPsych Investigators. (2015). Improving clinician competency in communication about schizophrenia: A pilot educational program for psychiatry trainees. *Academic psychiatry*, 39(2), 160–164. <http://doi.org/10.1007/s40596-014-0195-7>

Pangh, B., Jouybari, L., Vakili, M. A., Sanagoo, A., & Aysheh Torik, A. (2019). The effect of reflection on nurse-patient communication skills in emergency medical centers. *Journal of caring sciences*, 8(2), 75–81. <http://doi.org/10.15171/jcs.2019.011>

- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shena, J. M., Hammonds, S., Coyle, N., Krueger, C. A., Maloney, E., Zaidera, T., & Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient education and counseling*, *99*(4), 610–616. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021>
- Rouby, P., Hollebecque, A., Bahleda, R., Deutsch, E., Gomez-Rocca, C., Angevin, E., Rouge, T. M., Soria, J. C., & Dauchy, S. (2015). Communication en oncologie dans le cadre d'essais thérapeutiques de phase I: Mise en œuvre et évaluation d'un programme de formation. *Bulletin du cancer*, *102*(2), 174–181. <http://doi.org/10.1016/j.bulcan.2014.12.013>
- Sanson-Fisher, R., Hobden, B., Waller, A., Natalie Dodd, N., & Boyd, L. (2018). Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students: A mapping review. *BMC medical education*, *18*, 151–158. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1265-4>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Buller, H. (2018). COMFORTTM SM communication for oncology nurses: Program overview and preliminary evaluation of a nationwide train-the trainer course. *Patient education and counseling*, *101*(3), 467–474. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.012>

## Capítulo IV

### **Artigo 4: Metodologias de Avaliação das Competências de Comunicação em Saúde**

Publicado na Revista AL PSI, Revista de Investigação em Psicologia do Algarve, 2019, 2(1), 201-214. ISSN – 2184-3708

#### **Resumo**

**Introdução:** As competências de comunicação são consideradas *core skills* para os profissionais de saúde, não só mas também no âmbito da saúde mental, sendo essencial que se proceda à sua avaliação, no sentido de melhorar a comunicação profissional-utente. Desta forma foi efetuada uma revisão narrativa acerca das metodologias de avaliação das competências comunicacionais em saúde.

**Método:** Pesquisa na PubMed com as palavras-chave *communication skills* AND *efficacy* AND *assessment*, associada a pesquisa manual de artigos e teses de mestrado/doutoramento, com os seguintes critérios de inclusão: (1) revisões sistemáticas da literatura, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos; (2) descrição das metodologias de avaliação das competências comunicacionais; (3) artigos completos; (4) em inglês. Definiram-se como critérios de exclusão: (1) não ser sobre profissionais de saúde; (2) artigos de opinião.

**Resultados:** A pesquisa resultou em 77 publicações, das quais 13 cumpriam os critérios definidos. Verificou-se a existência de variadas metodologias de avaliação, tendo-se identificado as seguintes metodologias: Observação direta, Consultas simuladas, *Checklists*, *Feedback* dos utentes, Auto-perceção dos participantes, Modelo de 360°, Modelo ACT.

**Discussão:** Ao identificar as metodologias de avaliação mais utilizadas, verificou-se uma elevada heterogeneidade entre os estudos analisados, o que dificulta a comparação da eficácia de diferentes programas de treino de (variadas) competências de comunicação. Urge clarificar e sistematizar os prós e contras das diferentes metodologias, de modo a uma maior uniformização e melhor comparação dos resultados das intervenções.

**Palavras-chave:** Competências de comunicação, avaliação, profissionais de saúde

## **Introdução**

A prestação dos cuidados de saúde é cada vez mais diferenciada (Direção Geral de Saúde, 2015), sendo a sua qualidade um fator preponderante e sistematicamente avaliado (Direção Geral de Saúde, 2015; Matias, 2017), com o objetivo de atingir níveis de excelência nos cuidados de saúde em geral, mas também na área da saúde mental (Milton et al., 2018). Dentro dos parâmetros que contribuem de forma significativa para uma elevada qualidade na prestação dos cuidados de saúde está a relação de comunicação estabelecida quer dentro da equipa multidisciplinar, quer entre os profissionais de saúde e os utentes (Teusch, 2003). Dando especial atenção à comunicação entre o profissional de saúde-utente verifica-se que a qualidade da mesma está diretamente relacionada com a satisfação do utente com o tratamento (Banerjee et al., 2017; Teusch, 2003), com o aumento da motivação para a adesão ao tratamento

(Banerjee et al., 2017; Milton et al., 2018; Teusch, 2003), com a adoção de comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença (Banerjee et al., 2017; Teusch, 2003), entre outros. Desta forma, e tendo em conta a elevada importância da comunicação na prestação dos cuidados de saúde, é fundamental que os profissionais desenvolvam as suas competências de comunicação, permitindo ter uma eficaz comunicação com os seus utentes (e membros da equipa de cuidados de saúde).

Antes de estabelecer programas de treino de competências de comunicação é essencial avaliar as competências de comunicação dos profissionais de saúde, de forma a detetar eventuais lacunas e perceber quais as reais necessidades. Desta forma foi efetuada uma revisão narrativa, com o objetivo de identificar metodologias de avaliação das competências de comunicação e caracterizá-las de forma a elencar vantagens e desvantagens de cada uma.

## **Método**

Foi efetuada uma pesquisa na PubMed com as palavras-chave *communication skills AND efficacy AND assessment*, associada a pesquisa manual de artigos e teses de mestrado/doutoramento. Definiram-se como critérios de inclusão: (1) revisões sistemáticas da literatura, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos, estudos qualitativos; (2) descrição das metodologias de avaliação das competências de comunicação; (3) artigos completos; (5) em inglês; e como critérios de exclusão: (1) a publicação não ser sobre profissionais de saúde; e (2) ser artigo de opinião.

## **Resultados**

Da pesquisa efetuada resultou um total de 77 publicações das quais, após leitura de título e resumo e verificação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas

13 para análise e inclusão na presente revisão. Perante a análise dos estudos selecionados foi possível identificar um conjunto de metodologias de avaliação das competências de comunicação, descritas na Tabela 1:

**Tabela 1**

*Identificação das Metodologias de Avaliação das Competências de Comunicação e Respetivos Autores*

<b>Metodologia de avaliação</b>	<b>Autor(es)</b>
<b>Observação direta</b>	Alves (2011); Ditton-Phare et al. (2017); Kasper et al. (2017); Levinson et al. (2010); Stiefel et al. (2006)
<b>Consultas/Pacientes simulados</b>	Sá-Couto et al. (2016); Sarkany et al. (2017); Sinclair et al. (2016); Trickey et al., 2016; Vona et al. (2017)
<b>Checklists</b>	Alves (2011); Ditton-Phare et al. (2017); Duffy et al. (2004); Sarkany et al. (2017)
<b>Feedback dos utentes</b>	Duffy et al. (2004); Kasper et al. (2017); Levinson et al. (2010); Stiefel et al. (2006)
<b>Auto-perceção dos profissionais de saúde</b>	Conway & Chenery (2016); Kasper et al. (2017); Stiefel et al. (2006)
<b>Modelo de 360º</b>	Alves (2011); Levinson et al. (2010)
<b>Modelo ACT</b>	Hulsman et al. (2004)

Através da análise da Tabela 1 é possível perceber que vários estudos (Alves, 2011; Duffy et al., 2004; Kasper et al., 2017; Levinson et al., 2010; Sarkany et al., 2018; Stiefel et al., 2016) fazem referência a mais do que uma metodologia de avaliação, verificando-se, em algumas situações (Kasper et al, 2017; Levinson et al., 2010; Stiefel et al., 2016), a associação entre diferentes metodologias de forma a tornar a avaliação das competências mais completa.

Tão importante como a identificação das metodologias existentes é a sua caracterização, de forma a perceber como se procede à avaliação das competências de comunicação, consoante a metodologia escolhida, selecionando a que mais se adequa às especificidades dos profissionais a avaliar, assim como às possibilidades, quer de tempo, material, recursos humanos e eventuais necessidades. Sendo assim, e de acordo com os autores supracitados, de seguida apresenta-se a caracterização de cada uma das metodologias identificadas nas publicações:

Observação Direta: neste modelo as competências de comunicação são avaliadas por avaliadores externos, especialistas em comunicação, através da análise direta de consultas reais com pacientes, ou gravações vídeo de consultas reais. Muitas vezes esta metodologia associa-se às *checklists*, de forma a uniformizar os parâmetros a avaliar, diminuindo os viéses inerentes às diferenças inter-observador.

Pacientes simulados: nesta metodologia são realizadas consultas simuladas, com atores devidamente treinados em comunicação em saúde, que avaliam diretamente os profissionais em tempo real durante a consulta simulada; também nestes casos se associam frequentemente as *checklists* de forma a uniformizar os parâmetros a avaliar, sobretudo no caso em que existem diferentes avaliadores.

Checklists: consistem numa lista de itens correspondentes a atitudes e comportamentos que avalia a presença das competências de comunicação necessárias; são usadas por avaliadores externos, em situações reais ou simuladas; estas *checklists* podem ser fornecidas, após o treino, aos profissionais de saúde, para que estes tenham conhecimento, e se relembrem sempre que necessário, quais os parâmetros mais importantes a ter em conta no estabelecimento (e manutenção) da comunicação com o paciente.

Feedback dos pacientes: esta metodologia baseia-se na avaliação que os pacientes fornecem, através de questionários ou entrevistas, acerca do comportamento/atitude comunicacional; está muitas vezes associada à avaliação da satisfação do utente com a sua relação de comunicação, assim como com o tratamento/consulta.

Auto-perceção dos profissionais de saúde: a avaliação das competências de comunicação é realizada essencialmente através de questionários de auto-eficácia, acerca das competências de comunicação do próprio profissional; pode envolver questões relacionadas com a perceção dos profissionais em relação ao seu comportamento e atitudes de comunicação com o utente, e como o mesmo considera as suas competências de comunicação.

Modelo de 360º: modelo multifatorial e multidisciplinar; recolhe dados da avaliação por avaliador externo, *feedback* dos pacientes, dos pares, assim como de todos os outros elementos da equipa multidisciplinar; quanto mais variados os elementos avaliadores, mais completa se torna a avaliação. O ideal é que todos os intervenientes nos cuidados de saúde do paciente intervenham nesta avaliação, incluindo o avaliado e o utente.

Modelo ACT: baseia-se na metodologia OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) de avaliação das competências clínicas, adaptada às competências de comunicação e a situações de análise de vídeo gravações OSVE (*Objective Structured Video Examination*), posteriormente esta ferramenta foi adaptada a uma técnica de avaliação computadorizada das competências de comunicação, o modelo ACT; para a aplicação desta ferramenta são apresentados vídeos aos profissionais com situações desafiantes de comunicação, com perguntas de escolha múltipla, acerca da forma como lidariam com as situações apresentadas; as respostas são posteriormente analisadas através do *software* do programa.

Perante a variedade de metodologias de avaliação das competências de comunicação identificadas é essencial perceber quais as suas principais vantagens e desvantagens de forma a facilitar a escolha da(s) metodologia(s) a utilizar. Desta forma, na Tabela 2, apresentam-se as vantagens e desvantagens de cada metodologia identificada, de acordo com a literatura consultada:

**Tabela 2**

*Vantagens e Desvantagens das Metodologias de Avaliação das Competências de Comunicação*

<b>Metodologia</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Observação direta</b> (Alves, 2011; Levinson et al., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite uma avaliação em contexto real</li> <li>- Avaliação realizada por especialista em comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exige avaliador externo treinado o que pode tornar-se (bastante) dispendioso</li> <li>- Depende da subjetividade do avaliador, se não associada a <i>checklists</i></li> </ul>
<b>Consultas/pacientes simulados</b> (Sá Couto et al., 2016; Sarkany et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> em tempo real</li> <li>- Adaptação da avaliação em função das especificidades do profissional a avaliar</li> <li>- Avaliação realizada por especialista em comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Custos elevados (associados aos atores)</li> <li>- Necessidade de elevado tempo de organização</li> </ul>
<b>Checklists</b> (Alves, 2011; Sarkany et al., 2017; Sinclair et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homogeneização da avaliação</li> <li>- Avaliação realizada por especialista em comunicação</li> <li>- Permite, após a avaliação e/ou treino o fornecimento das <i>checklists</i> aos profissionais de forma a perceberem quais os parâmetros mais importantes a terem em consideração na comunicação com o paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos adaptadas às especificidades de cada profissional de saúde</li> </ul>
<b>Feedback dos pacientes</b> (Levinson et al., 2010; Stiefel et	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diretamente relacionado com a satisfação com o tratamento</li> <li>- Baixos custos associados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada subjetividade</li> <li>- Bastante sujeito a enviesamentos relacionados com</li> </ul>

al., 2006)		questões técnicas e pessoais
<b>Auto-percepção dos profissionais</b> (Ditton-Phare et al., 2017; Kasper et al., 2017)	- Baixos custos associados - Estimula a reflexão e maior envolvimento na comunicação com o paciente	- Elevada subjetividade - Bastante dependente das experiências prévias dos profissionais
<b>Modelo de 360°</b> (Alves, 2011; Levinson et al., 2010)	- Bastante completo - Associa tanto parâmetros objetivos como outros que, apesar de subjetivos, se relacionam diretamente com a percepção e os sentimentos que a comunicação traduz quer no profissional quer no paciente, permitindo inclusive a sua comparação	- Bastante moroso - Elevada dificuldade na análise e comparação dos diferentes dados recolhidos
<b>Modelo ACT</b> (Hulsman et al., 2014)	- Avaliação padronizada e homogénea - Estimula bastante a empatia e a reflexão nos profissionais de saúde	- Não se avalia em contexto real, o que pode não traduzir exatamente as competências de comunicação do profissional na realidade

### **Discussão:**

Apesar da presente revisão narrativa ter cumprido os objetivos propostos e respondido à pergunta de pesquisa, uma limitação do presente estudo prende-se com a sua tipologia, tendo sido preferível, de forma a uma maior sistematização das metodologias de avaliação, realizar uma revisão integrativa ou uma revisão sistemática da literatura, conferindo um maior rigor metodológico ao estudo e maior robustez aos resultados e, logo, às conclusões.

Contudo, foi possível identificar metodologias de avaliação das competências de comunicação e sobretudo proceder à sua caracterização, no sentido de facilitar futuras utilizações. Os dados encontrados vão ao encontro p.e., do estudo de Berkhoff et al.

(2011), uma *overview* de 12 revisões sistemáticas, que identifica três metodologias utilizadas para a avaliação das competências de comunicação, sendo elas a Observação direta, a auto percepção dos profissionais de saúde e o *Feedback* dos pacientes. Estes autores, assim como Stiefel et al. (2006), verificaram que dentro destas metodologias o *feedback* dos pacientes é o que mais contribui e está diretamente relacionado com o aumento da satisfação dos mesmos com os cuidados de saúde, associado ainda ao facto de terem verificado que o treino de competências de comunicação apresenta melhores resultados também na satisfação dos pacientes. Sendo assim, e tendo em conta que uma das principais vantagens desta metodologia é o facto de ser pouco dispendiosa, justifica de forma positiva a sua utilização na prática. Contudo é importante ter em conta a sua subjetividade, podendo recomendar-se associar esta metodologia à avaliação de uma variável mais objetiva, como um *outcome* clínico do paciente, pois tal como sugerem Banerjee et al. (2017), um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, assim como da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação é a melhoria dos *outcomes* clínicos dos pacientes.

Relativamente a metodologias mais objetivas, com avaliação por avaliador externo especialista em comunicação em saúde, quer em contexto real (Alves, 2011; Kasper et al., 2017; Levinson et al., 2010), por observação direta, quer em contexto simulado, com pacientes simulados (Sá-Couto et al., 2016 & Sarkany et al., 2018 & Sinclair et al., 2015 & Vora et al., 2018), é importante assegurar a homogeneidade na avaliação, associando a metodologia das *checklists*, de forma a determinar previamente os parâmetros a avaliar, permitindo que diferentes avaliadores participem e que a avaliação seja consistente. Esta associação encontra-se fortemente demonstrada, e com resultados bastante positivos na revisão sistemática da literatura de Sinclair et al. (2016), com o objetivo de avaliar a eficácia de programas de treino de competências de comunicação *e-learning*, quando comparados com programas presenciais, que analisou sete estudos, e em seis deles se verificou a utilização da metodologia dos pacientes

simulados, com a associação de *checklists*, com critérios de avaliação objetivos e previamente definidos e padronizados.

Das metodologias identificadas as que foram menos citadas foram o Modelo ACT, somente encontrado num estudo (Hullsmann et al., 2004), talvez por depender de um *software* próprio e somente se cingir à empatia e a situações visualizadas e não diretamente com intervenção do profissional, podendo não traduzir as competências de comunicação reais do profissional, seguido do Modelo de 360°, talvez por depender de mais avaliadores/intervenientes, sendo mais moroso e com maior dificuldade na associação e comparação dos resultados das várias avaliações, estando por isso eventualmente sujeito a mais vieses.

Por outro lado as metodologias mais citadas e utilizadas nos estudos selecionados foram as consultas/pacientes simulados e as *checklists*, o que está de acordo com Maclean et al. (2017), que recomenda a utilização de *checklists* associadas ao contexto de consulta; um fator que pode ter contribuído para uma maior utilização das consultas/pacientes simulados, é o facto de na literatura, como o caso de Moore et al. (2016), se verificar que o treino de competências de comunicação é mais eficaz em contexto simulado do que em contexto real, podendo refletir alguma dificuldade na aplicabilidade prática das competências de comunicação, sendo para isso importante aumentar o treino em contexto real.

A heterogeneidade encontrada em termos de metodologias de avaliação das competências de comunicação, tendo em conta o número de publicações analisadas, pode ser decorrente da heterogeneidade encontrada em termos de metodologias de treino, assim como das competências a avaliar e treinar, podendo traduzir uma dificuldade na avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação.

## **Conclusão:**

Dada a diversidade de metodologias de avaliação das competências de comunicação encontradas torna-se fundamental a sua cuidadosa sistematização e clarificação, bem como divulgação, tendo em conta as suas vantagens e desvantagens de forma a facilitar a seleção da(s) metodologia(s) a utilizar. Verifica-se ainda a necessidade de (mais) estudos no sentido de identificar as técnicas de avaliação das competências de comunicação, de acordo com a metodologia selecionada e sobretudo a competência a avaliar.

### **Referências:**

- Alves, A. I. A. (2011). *Competências Interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade com o utente e em equipa multidisciplinar* (Tese de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública
- Banerjee, S.C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T.E., Zaider, T., Krueger, C.A.,...Parker, P.A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behaviour medicine*, 7, 615-623. doi:10.1007/s13142-017-0473-5
- Berkhoff, M., Rijksen, H.J., Schellart, A.J.M., Anema, J.R., & Beek, A.J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*, 84 (2), 152-162. doi:10.1016/j.pec.2010.06.010
- Conway E.R. & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE communication strategies in dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: a controlled pretest–post-test study. *Journal of clinical nursing*, 25, 1145–1155. doi: 10.1111/jocn.13134

- Direção Geral de Saúde. (2015). *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R. & Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 51(7), 675-692. doi: 10.1177/0004867417707820
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole-Kelly, K. & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the kalamazoo II report. *Academic medicine*, 79(6), 495-507. doi: 10.1097/00001888-200406000-00002
- Hulsman, R.L., Mollema, E.D., Hoos, A.M, Haes, C.J.M. & Donnison-Speijer, J.D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences. *Medical education*, 38, 813-824.
- Kasper, J., Liethmann, K., Heesen, C., Reissmann, D. R., & Geiger, F. (2017). Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions- Preliminary testing of a newly developed module. *Health Expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(6), 1254–1263. doi:10.1111/hex.12565
- Levinson, W., Lesser, C.S., & Epstein, R.M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*, 29(7), 1310-1318. doi:10.1377/hlthaff.2009.045

- Maclean, S., Kelly, M., Geddes, F. & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse education today*, 48, 90-98. doi: 10.1016/j.nedt.2016.09.018
- Matias, J. I. S. (2017). *Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: Um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve* [Tese de mestrado] Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve e Escola Superior de Tecnologias de saúde de Lisboa
- Milton, A., Mullan, B., MacCann, C., & Hunt, C. (2018). An evaluation of communication barriers and facilitators at the time of mental health diagnosis: A survey of health professional practices. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(4), 357-368. doi: 10.1017/S2045796016001153
- Moore, P.M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M. & , Lawrie, T.A. (2016). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1-102. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3
- Sá-Couto, C., Patrão, L., Maio-Matos, F., & Pêgo, J. (2016). Biomedical simulation: evolution, concepts, challenges and future trends. *Acta médica portuguesa*, 29(12), 860-868. doi: 10.20344/amp.8403
- Sarkany, D., DeBenedictis, C.M., & Brown, S. D. (2018). A review of resources and methodologies available for teaching and assessing patient-relates communication skills in radiology. *Academic radiology*, 25(7), 955-961. doi:10.1016/j.acra.2017.11.018
- Sinclair, P., Kable, A., & Levett-Jones, T. (2015). The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review

protocol. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 52-64. doi: 10.11124/jbisrir- 2015- 1919

Stiefel, F., Favre, N. &, Despland, J.N. (2006). Communication skills training in oncology: it works! Recent results. *Cancer Research*, 168, 113–119.

Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical clinics of north america*, 87(5), 1115-1145. doi:10.1016/S0025-7125(03)00066-X

Trickey, A.W., Newcomb, A. B., Porrey, M., Wright, J., Bayless, J., Piscitani, F., Graling, P., & Dort, J. (2016). Assessment of surgery residents' interpersonal communication skills: validation evidence for the communication assessment tool in a simulation environment. *Journal of surgical education*, 73(6), e-19-e-27. doi: 10.1016/j.jsurg.2016.04.016

Vora, S., Lineberry, M., & Dobiesz, V. A. (2018). Standardized patients to assess resident interpersonal communication skills and professional values milestones. *The western journal of emergency medicine*, 19(6), 1019–1023. doi:10.5811/westjem.2018.8.37204

## **PARTE II**

### **FASE DE CONTEÚDO E PREPARAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

## **Capítulo V**

### **Artigo 5 - As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia: Estudo Delphi**

Submetido à Revista Comunicação em Ciências da Saúde, aceite para publicação a  
05.01.2022

#### **Resumo**

A comunicação do fisioterapeuta com idosos com afasia é bastante desafiante. Neste sentido foi desenvolvido um Estudo Delphi com o objetivo de identificar as competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, neste contexto.

Iniciou-se o estudo pela definição dos critérios de inclusão, seleção e contacto dos participantes e definição do grau de consenso e da pergunta de partida. Os participantes foram convidados por *e-mail*, tendo participado no estudo 20 peritos em comunicação clínica. Após análise das respostas, foram formuladas as questões da segunda ronda e assim sucessivamente até à obtenção de um consenso. Na primeira ronda foram identificadas 29 competências das quais 28 obtiveram um consenso logo na ronda seguinte. Relativamente às 10 competências de comunicação mais importantes foi obtido o consenso na quarta ronda do estudo.

Este estudo permitiu identificar quais as competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia.

**Palavras-chave:** Competências de comunicação, técnica delphi, fisioterapeuta, idoso, afasia

### **Introdução:**

A intervenção do fisioterapeuta, nas suas diferentes áreas de atuação, é essencialmente baseada numa relação de proximidade, confiança e constante interação com o paciente de modo a estimular a sua motivação e envolvimento em todo o processo de reabilitação (Wloszczak.Szubzda & Jarosz, 2013). Neste sentido é fundamental a criação de uma boa relação de comunicação entre o fisioterapeuta e os seus pacientes.

A comunicação clínica é definida como a “comunicação que os profissionais de saúde estabelecem para avaliar uma situação, realizar uma intervenção, documentar os cuidados prestados, planear os próximos contactos e partilhar experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e utentes/família” (Sequeira et al., 2016, p.6)

Especificamente no caso da fisioterapia, Parry e Brown (2009), reforçam que a comunicação do fisioterapeuta afeta a forma como o cliente/utente se apercebe da sua situação, e investe na recuperação, afetando inevitavelmente os seus resultados. Para que a comunicação seja eficaz é importante que o fisioterapeuta desenvolva as suas competências de comunicação para que a comunicação seja utilizada como uma ferramenta para suportar a sua intervenção, tornando o paciente mais responsável e interventivo no seu processo de recuperação (Wloszczak.Szubzda & Jarosz, 2013). As competências de comunicação podem e devem ser treinadas e aperfeiçoadas, sendo a

sua prática considerada como uma componente essencial da clínica e da aprendizagem clínica (Mota- Cardoso, 2012; Loureiro et al., 2015).

Relativamente ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, Queirós et al. (2020), numa revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, na análise de 17 artigos que envolveram programas de treino de competências de comunicação para diferentes profissionais de saúde, verificaram que relativamente ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, as competências treinadas incidiam sobretudo no treino de suporte para a autonomia e da empatia, recorrendo a técnicas de tomada de decisão partilhada, estimulando sempre o envolvimento do paciente na sua doença e no seu processo de reabilitação.

No que respeita à comunicação clínica, uma das situações mais desafiantes e difíceis para os fisioterapeutas é a intervenção com indivíduos com alterações de linguagem, pois a relação de comunicação estabelecida entre ambos é na maior parte das vezes bastante condicionada, influenciando negativamente o processo de reabilitação (Haselbach et al., 2014).

A Afasia, sendo uma perturbação da linguagem, é definida como a perda total ou parcial da fala ou da compreensão da linguagem, resultante de uma lesão cerebral, podendo também incluir alterações da leitura e da escrita (Menegotto et al., 2010). Consoante o tipo de alteração verificada podem ser classificadas como (Menegotto et al., 2010):

- Afasia global: é a forma mais grave de afasia como resultado de uma destruição massiva das zonas da linguagem. Caracteriza-se por uma importante alteração da expressão e da compreensão verbal.

- Afasia motora mista: nestes casos a compreensão melhora, embora ainda afetada, compreendendo ordens simples, contudo a expressão está bastante limitada.
- Afasia motora, ou de Broca, em que a compreensão se encontra totalmente preservada, contudo o indivíduo não consegue verbalizar.
- Afasia sensitiva, ou de Wernicke, em que a verbalização e fluência se encontram preservadas, ou até muitas vezes aumentadas, contudo a compreensão se encontra bastante alterada e a inteligibilidade da fala também, muitas vezes sem que o indivíduo se aperceba disso.
- Afasia de condução, em que a linguagem é perceptível, o indivíduo compreende e consegue verbalizar, mas com pausas anómicadas frequentes e discurso mais escasso. Nestes casos a leitura também se encontra alterada, mas o indivíduo consegue identificar todas as letras e grafismos, contudo a escrita ocorre com bastantes erros e troca de letras.
- Afasia de nomeação, em que se verifica uma linguagem expressiva fluente, com normal articulação e estrutura, mas com uma dificuldade na evocação de palavras (anomia).
- Afasia motora transcortical, em que se verifica uma linguagem não fluente, lenta e breve. A descrição de imagens está alterada, no entanto a capacidade de repetição é melhor. A compreensão pode estar relativamente preservada. Também pode apresentar uma expressão escrita reduzida, no entanto a leitura oral encontra-se preservada, mas habitualmente não compreende o que lê.
- Afasia sensorial transcortical, verificando-se uma boa capacidade de repetição e um defeito na compreensão de palavras, isto é, o indivíduo não compreende o

que repete. A expressão verbal é fluente, em forma de gíria e com predomínio da ecolália (repetição das palavras ouvidas). A compreensão oral está habitualmente muito afetada. A capacidade de leitura pode estar alterada em diferentes graus e a compreensão escrita habitualmente está gravemente alterada.

- Afasia transcortical mista em que se verifica a preservação da repetição e uma grave alteração da expressão e da compreensão. A expressão verbal fica reduzida a ecolálias e não existe capacidade para descrever imagens. Neste caso, o indivíduo não consegue expressar-se bem nem compreender, mas consegue repetir, recitar, completar palavras e frases. Tanto a leitura como a escrita e a compreensão da leitura se encontram bastante alteradas.

Haselback et al. (2014) referem que a afasia influencia negativamente o processo de reabilitação na medida em que compromete toda a relação de comunicação estabelecida com o fisioterapeuta, devendo esta ser adaptada e reajustada conforme o tipo de afasia e a sua evolução. Desta forma é essencial que o fisioterapeuta desenvolva conhecimentos nesta área e competências específicas de comunicação com pacientes com afasia, minimizando assim as consequências da mesma no estabelecimento de uma boa relação de comunicação com o paciente.

Fried-Oken et al., (2015) referem que o treino de competências de comunicação para os parceiros comunicativos dos indivíduos com afasia se encontra devidamente fundamentado, com base em forte evidência científica e clínica, centrando-se no desenvolvimento de instruções formais e oportunidades para praticar diversas competências de comunicação, numa variabilidade de contextos e ambientes. No mesmo estudo Fried-Oken et al., (2015) disponibilizaram uma lista de 10 competências de comunicação importantes para os profissionais de saúde que trabalham com indivíduos com afasia terem em consideração, sobretudo as competências ligadas à tomada de decisão partilhada, nomeadamente: estabelecer a preferência do paciente

quanto à quantidade e tipo de tratamento a implementar; estabelecer a preferência do paciente relativamente ao papel de cada interveniente na tomada de decisão; recolher informações sobre as preocupações e expectativas do paciente; compartilhar com o paciente informações médicas e clínicas, assim como a evidência científica adequada; reconhecer que decisão pode e deve ser tomada na situação específica; avaliar as informações apresentadas com o paciente; negociar decisões e resolver conflitos; verificar a compreensão de toda a informação; concordar sobre uma decisão e um plano de ação; autorizar e aceitar as escolhas finais; e por fim implementar a escolha acordada. Adicionalmente, Morris et al. (2015) & Mooney et al. (2018) referiram que as estratégias e competências de comunicação centradas no paciente são as mais adequadas e que permitem quer uma comunicação mais eficaz, quer mais satisfatória para o paciente, ao mesmo tempo que permite que a comunicação seja adaptada às condições e alterações específicas de cada indivíduo. Este fator é bastante importante, tendo em conta que a afasia é um fenómeno bastante diversificado, com diferentes manifestações clínicas.

Apesar do treino das competências de comunicação dos profissionais de saúde ser cada vez mais estudado, quando se analisa o treino específico para comunicar com indivíduos com afasia verifica-se uma lacuna no treino de fisioterapeutas, somente se encontrando publicações referentes ao treino de médicos e enfermeiros (Finke et al., 2008; Gordon et al., 2009; Morris et al., 2015; Souza et al., 2014), sendo as mesmas pouco recentes. Por outro lado, analisando as publicações mais recentes encontradas, verifica-se que o treino de competências de comunicação é dirigido a grupos de diferentes profissionais de saúde (Cameron et al., 2018; Heard et al., 2017), o que parece sugerir que o treino de competências de comunicação pode ser transversal às diferentes profissões de saúde. Contudo não foi encontrada nenhuma publicação dirigida especificamente a fisioterapeutas, e tendo em conta que um grande número de indivíduos com afasia, apresenta também alterações motoras, necessitando de

reabilitação (Stransky et al., 2018), é importante que estes profissionais consigam comunicar de forma eficaz com os pacientes, para que o seu processo de reabilitação decorra de forma mais eficaz.

Acrescido às dificuldades de comunicação com indivíduos com alterações de linguagem apresentam-se ainda as especificidades da comunicação com a população idosa, o que torna a comunicação ainda mais desafiante. As principais dificuldades na comunicação com o idoso prendem-se quer com as diferentes alterações/patologias decorrentes do envelhecimento, tais como alterações fonatórias, hipoacúsia, declínio cognitivo e alterações neurológicas que conduzam à afasia, quer com a diminuição da interação social e a tendência ao isolamento (Santos et al., 2019) Por outro lado, na comunicação com indivíduos idosos ocorre frequentemente uma comunicação estereotipada, com discurso lento, um tom de voz mais elevado, utilizando vocabulário bastante simples e frases curtas, o que pode condicionar a interação e resposta do idoso, podendo o mesmo sentir-se diminuído, inibindo-se de comunicar. Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde tenha atenção a estes aspetos para o estabelecimento de uma relação comunicativa de confiança e envolvimento com os idosos (Sprangers et al, 2015).

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo Delphi, com o objetivo de identificar, através do consenso de um painel de peritos, as competências de comunicação mais importantes a desenvolver no fisioterapeuta especificamente na comunicação com idosos com afasia.

### **Métodos:**

Foi utilizada uma metodologia Delphi de quatro rondas. A metodologia Delphi tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, sobretudo para obter consenso sobre aspetos importantes da saúde e da formação profissional dos profissionais de saúde,

sobretudo em situações em que existe falta de evidência empírica (McMahon et al., 2014; Sole et al., 2019). É um processo interativo, em várias etapas, reunindo as opiniões dos participantes a fim de fornecer um consenso sobre a área em estudo (Benner, 1982; McMahon et al., 2014; Persky & Robinson, 2017; Sole et al., 2019). Além disso, a sua natureza interativa permite que os participantes percebam como a sua avaliação das questões se alinha com a dos outros, permitindo a partilha de opiniões entre os peritos e evolução no conhecimento sobre a área em estudo (McMahon et al., 2014). Para este efeito é essencial definir qual o grau de consenso a atingir antes de iniciar o estudo, assim como definir claramente os critérios de inclusão dos participantes e os conceitos a apresentar (Grisham, 2009; King et al., 2008; McMahon et al., 2014; Nunes, 2010). Apresenta as seguintes vantagens para este estudo de investigação: mantém o anonimato entre os participantes, permite-lhes tempo para considerar as suas respostas, permite a integração dos participantes, com diferentes áreas de formação e a partir de diferentes localizações geográficas, recorrendo à utilização de formulários *online*, disponíveis através do acesso ao *e-mail*.

Este estudo Delphi desenvolveu-se nas seguintes etapas:

1. Com base na revisão da literatura foram definidos os critérios de inclusão para a definição de perito em comunicação clínica, nomeadamente: 1) ser mestre, doutorando ou doutorado, preferencialmente em comunicação clínica (Finke, 2008); 2) possuir mais de sete anos de experiência como formador em competências de comunicação para profissionais de saúde, em especial fisioterapeutas (Finke, 2008; Gordon et al., 2009; Souza & Acuri, 2014); 3) desenvolver ou ter desenvolvido investigação recente em comunicação clínica (com artigos publicados nesta temática) (Heard et al., 2017; Souza & Acuri, 2014). Foi ainda determinado o grau de consenso entre os peritos, de acordo com a revisão da literatura, tendo sido definido como uma concordância de respostas de

80% ou superior (Grisham, 2009; Marques & Freitas, 2018). Da mesma forma foi definido o conceito de comunicação clínica, de forma a ser apresentado aos peritos.

2. Após esta fase foram selecionados os peritos através da pesquisa de artigos recentes em comunicação clínica publicados em Portugal, da pesquisa de formações em comunicação clínica, da rede de contactos estabelecida com a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica e por último através da referenciação de outros peritos, e posteriormente contactados por e-mail, num primeiro contacto a identificar e descrever o estudo, assim como a formular o convite para participar no mesmo, e num segundo contacto para enviar o formulário de participação.

3. Simultaneamente foi definida a pergunta de partida, para a primeira ronda, sendo a seguinte: “Como perito em comunicação clínica, no que respeita ao exercício do fisioterapeuta, quais as competências de comunicação que este deve possuir?”

4. De seguida foi criado o formulário *online* para resposta, donde constava uma breve descrição do estudo, com a natureza, os objetivos, a definição de perito e de comunicação clínica, e de seguida apresentada a pergunta da primeira ronda, com possibilidade de resposta livre.

5. Foram enviados os *links* do formulário da primeira ronda, por e-mail a todos os peritos, que aceitaram participar, ficando disponível pelo período de duas semanas (anexo 6).

6. Após o término da primeira ronda foram analisadas as respostas, e de acordo com a sua análise foram formuladas as perguntas da segunda ronda e elaborado o respetivo formulário *online* (anexo 7), que ficou disponível também pelo período de duas semanas. As perguntas do formulário foram as seguintes: “Classificar as competências de comunicação apresentadas consoante a sua importância no âmbito da intervenção do fisioterapeuta com idosos com alterações de linguagem, através de uma

escala tipo *Likert* de cinco pontos” e “Da lista de 29 competências identificadas, selecione as 10 que entende serem mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, também na intervenção específica com idosos com alterações de linguagem.” O formulário foi enviado para os peritos que responderam à primeira ronda do estudo, e ficou disponível pelo período de duas semanas.

7. Foram analisados os resultados e em virtude de se ter obtido um empate em cinco das competências listadas foi necessária uma terceira ronda, com vista a proceder ao desempate. Foi novamente criado o formulário *online* da terceira ronda (anexo 8) com a seguinte pergunta: “Das competências de comunicação apresentadas indique as duas que considera mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem.” O formulário foi enviado aos peritos que participaram na segunda ronda e esteve disponível pelo período de um mês, tendo em conta que coincidiu com o período de férias escolares.

8. No final da terceira ronda continuou a haver um empate entre duas das competências de comunicação listadas, pelo que houve necessidade de uma quarta ronda, com a seguinte pergunta: “Das competências de comunicação apresentadas indique a que considera mais importante desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem”, para proceder ao desempate. O formulário *online* (anexo 9) foi criado e enviado novamente aos peritos que participaram na terceira ronda, e esteve disponível pelo período de uma semana. Após esta quarta ronda obteve-se um consenso pelo que se deu por terminado o estudo Delphi, com a análise dos resultados e sua respetiva discussão.

#### *Participantes:*

Foram identificados, selecionados e contactados por correio eletrónico 21 peritos em comunicação clínica, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

20 peritos aceitaram participar no estudo, dos quais 19 responderam à primeira ronda e passaram à ronda seguinte (taxa de participação de 95%). À segunda ronda responderam 18 peritos (taxa de participação de 95%), tendo os mesmos transitado para as rondas seguintes e terminado o estudo (taxa de participação na terceira e quarta rondas de 100%).

### **Resultados:**

Relativamente aos participantes do estudo, 78,9% eram do sexo feminino e 21,1% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 32 e os 64 anos, com uma média de idades de 47,8 anos; relativamente às suas habilitações académicas, 84,2% eram doutorados, 10,5% com o doutoramento em curso e 5,3 % com o mestrado. No que respeita à sua formação base, sete dos participantes são fisioterapeutas (37%), quatro psicólogos (21%), três médicos (16%), três enfermeiros (16%), um farmacêutico (5%) e 1 da área do direito (5%), todos especializados em comunicação, com mestrado, doutoramento em curso ou doutoramento. O número de anos de experiência como formador em competências de comunicação varia entre seis e 31 anos, com uma média de 15,6 anos. O número de artigos publicados no âmbito da comunicação clínica varia entre um e 60 publicações, com uma média de 12,3 publicações por perito.

Da análise de conteúdo efetuada às respostas da primeira ronda, resultou uma listagem de 29 competências de comunicação, apresentadas na Tabela 1.

### **Tabela 1**

*Listagem das competências de comunicação enunciadas pelos peritos*

<b>Competência de Comunicação</b>
Empatia
Interpretação
Partilha/fornecimento de informação
Recolha de informação

Adequação ao sujeito/contexto
Negociação
Relação/Aliança
Escuta Ativa
Suporte para a autonomia
Explicitação/Clarificação
Toque
Linguagem Corporal
Encorajar/Apoiar
Permitir o silêncio
Competências sociais
Linguagem positiva
Assertividade
Dar tempo para responder
Imparcialidade
Reformulação
Sumarização/Síntese
Focalização
Paralinguagem
Práticas reflexivas
Observação
Linguagem acessível/compreensível
Validação
Feedback
Exploração

Após identificadas e listadas as competências de comunicação procedeu-se à realização da segunda ronda, da qual constaram duas questões. Na primeira foi solicitado que os peritos identificassem, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, o grau de importância de cada competência de comunicação para a intervenção do fisioterapeuta com os idosos com alterações de linguagem.

Os resultados da primeira ronda encontram-se apresentados na tabela 2.

**Tabela 2**

*Grau de importância das competências de comunicação para os fisioterapeutas, na intervenção com idosos com afasia*

Grau de importância (n /%)	Nada Importante (NI)	Pouco Importante (PI)	Moderadamente importante (MDI)	Importante (I)	Muito Importante (MI)	Somatório (I+MI)
1. Empatia				1 (5,6%)	17 (94,4%)	100%
2. Interpretação			1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
3. Partilha/Fornecimento de informação		1 (5,6%)	1 (5,6%)	7 (38,9%)	9 (50,0%)	88,9%
4. Recolha de informação		1 (5,6%)		6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
5. Adequação ao sujeito/contexto			1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
6. Negociação		1 (5,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	88,8%
7. Relação/Aliança				3 (16,7%)	15 (83,3%)	100%
8. Escuta Ativa				2 (11,1%)	16 (88,9%)	100%
9. Suporte para a autonomia			2 (11,1%)	2 (11,1%)	14 (77,8%)	88,9%
10. Explicitação/Clarificação			1 (5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4%
11. Toque		1 (5,6%)	1 (5,6%)	10 (55,5%)	6 (33,3%)	88,8%
12. Linguagem corporal			1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
13. Encorajar/Apoiar			1 (5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4%
14. Permitir o silêncio			1 (5,6%)	7 (38,9%)	10 (55,5%)	94,4%
15. Sociais		1 (5,6%)	1 (5,6%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%
16. Linguagem positiva			1 (5,6%)	8 (44,4%)	9 (50,0%)	94,4%
17. Assertividade		1 (5,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	88,8%

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

18. Dar tempo para responder	1 (5,6%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)	94,4%	
19. Imparcialidade	1 (5,6%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)	10 (55,5%)	77,7%
20. Reformulação	1 (5,6%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	12 (66,6%)	83,3%
21. Sumarização/síntese	1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%	
22. Focalização	1 (5,6%)	10 (55,5%)	7 (38,9%)	94,4%	
23. Práticas Reflexivas	3(16,7%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)	83,3%	
24. Paralinguagem	3 (16,7%)	6 (33,3%)	9 (50,0%)	83,3%	
25. Observação	2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%	
26. Linguagem acessível/compreensível		5 (27,8%)	13 (72,2%)	100%	
27. Validação	1 (5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4%	
28. Feedback	1 (5,6%)	5 (27,8%)	11 (61,1%)	94,4%	
29. Exploração	2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%	

Analisando estes resultados e tendo em conta o grau de consenso previamente definido de 80%, considerou-se o somatório das respostas importante e muito importante. Assim é possível perceber que de todas as competências listadas somente uma não obteve consenso relativamente à sua importância para desenvolver nos fisioterapeutas na intervenção com idosos com alterações de linguagem. Destacam-se ainda 4 competências cujo somatório foi de 100%, nomeadamente a empatia, a relação/aliança, a escuta ativa e a linguagem acessível/compreensível, consideradas por todos os peritos como bastante importantes a desenvolver.

Na segunda questão da segunda ronda foi solicitado aos peritos que escolhessem as 10 competências de comunicação que entendessem ser mais importantes desenvolver

no contexto da intervenção com idosos com alterações de linguagem. Os resultados encontram-se descritos na tabela 3.

**Tabela 3**

*Competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas (2ª ronda)*

Competência de comunicação	Número de respostas (%)
Empatia	17 (94,4%)
Relação/Aliança	15 (83,3%)
Dar tempo para responder	11 (61,1%)
Adequação ao sujeito/contexto	10 (55,5%)
Recolha de informação	9 (50,0%)
Escuta Ativa	9 (50,0%)
Partilha/Fornecimento de informação	8 (44,4%)
Encorajar/Apoiar	8 (44,4%)
Suporte para a autonomia	7 (38,9%)
Toque	7 (38,9%)
Permitir o silêncio	7 (38,9%)
Linguagem positiva	7 (38,9%)
Sumarização/síntese	7 (38,9%)
Negociação	6 (33,3%)
Interpretação	5 (27,8%)
Linguagem corporal	5 (27,8%)
Linguagem acessível/compreensível	5 (27,8%)
Feedback	5 (27,8%)
Exploração	5 (27,8%)
Assertividade	4 (22,2%)
Observação	4 (22,2%)
Sociais	3 (16,7%)
Imparcialidade	3 (16,7%)
Práticas reflexivas	3 (16,7%)
Paralinguagem	3 (16,7%)
Reformulação	2 (11,1%)
Focalização	2 (11,1%)
Validação	2 (11,1%)
Explicitação/Clarificação	1 (5,6%)

Nos resultados da segunda ronda, no que respeita à listagem das 10 competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, e atendendo que na primeira pergunta desta ronda se obteve consenso em relação a todas as competências listadas, à exceção da imparcialidade, foram identificadas as 10 competências de comunicação que obtiveram maior percentagem de respostas, verificando-se um empate em cinco das competências de comunicação, para dois lugares restantes pelo que se procedeu a uma terceira ronda, com a seguinte questão: “Das competências de comunicação apresentadas indique as duas que considera mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem: suporte para a autonomia, linguagem positiva, toque, permitir o silêncio, sumarização/síntese.” Nesta ronda os peritos escolheram a linguagem positiva com 55,6%, o toque e o suporte para a autonomia, ambos com 44,4%.

Como ocorreu de novo um empate, desenvolveu-se uma quarta ronda para a escolha da última competência de comunicação a treinar, com a seguinte pergunta: “Das competências de comunicação apresentadas indique a que considera mais importante desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem: toque, suporte para a autonomia”, tendo sido escolhido o suporte para a autonomia, com 55,6%. No final das quatro rondas foi possível identificar as 10 competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com afasia, estando as mesmas descritas na Tabela 4.

#### **Tabela 4**

*Listagem das 10 competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia*

---

Competência de comunicação

---

Empatia
Relação/Aliança
Dar tempo para responder
Adequação ao sujeito/contexto
Recolha de informação
Escuta Ativa
Partilha/Fornecimento de informação
Encorajar/Apoiar
Linguagem positiva
Suporte para a autonomia

### **Discussão:**

Uma limitação deste estudo prende-se com o facto de nenhum dos peritos seleccionados ser da área da terapia da fala, contudo da pesquisa efetuada e da rede de contactos obtida, não se teve conhecimento de nenhum terapeuta da fala especialista em comunicação em saúde, que cumprisse os critérios de inclusão no estudo. Seria certamente um contributo interessante perceber a visão do terapeuta da fala, especialista em comunicação em saúde, acerca das competências de comunicação a treinar nos fisioterapeutas especificamente nos casos de afasia.

A análise de conteúdo realizada permitiu perceber que existe alguma controvérsia relativamente ao conceito de competências de comunicação em saúde, dado este nem sempre se encontrar perfeitamente definido na literatura. Segundo Sequeira et al.<sup>2</sup> (p.52), competências de comunicação em saúde definem-se como um

conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão a um tratamento, entre outras.

Ora analisando esta definição é possível perceber que dentro das competências enunciadas pelos peritos todas se enquadram, existindo, contudo, alguns conceitos que podem ser também enquadrados em estratégias de comunicação. Sendo assim é fundamental que não ocorra confusão entre o que são competências de comunicação, que são possível de ser treinadas, com estratégias de comunicação, que se definem por ações realizadas pelos interlocutores para facilitar o processo de comunicação (Mota-Cardoso, 2012; Sequeira et al., 2016).

Esta dualidade de conceitos é transversal a vários estudos, e até a vários programas de treino de competências de comunicação, tal como observado por Brown & Bylund (2008), num estudo realizado com o objetivo de descrever um novo modelo conceptual de treino de competências de comunicação. Verificou-se uma falta de clareza e homogeneidade na avaliação da eficácia dos programas de treino, referindo que possivelmente seja devido à falta de clareza e homogeneidade também encontrada na definição e descrição das competências de comunicação a treinar. Este fator pode funcionar como uma limitação do treino assim como da sua eficácia. Daí ser tão importante proceder a esta definição, para se poder identificar especificamente quais as competências a treinar e avaliar, de forma a sistematizar o treino especificamente para essas competências. Este estudo, atendendo a que recorreu a peritos experientes em comunicação clínica, com largos anos de experiência quer de investigação na área, quer de lecionação de treino de competências de comunicação, fornece um grande contributo neste sentido, na medida em que permitiu listar e identificar um grupo de competências de comunicação bem definidas e enquadradas na definição de competências de comunicação em saúde.

No que respeita à análise do grau de importância das competências de comunicação listadas verificou-se a obtenção de um elevado grau de consenso em todas as competências, à exceção da imparcialidade. É importante ter em conta que se considerou o somatório das respostas importante e muito importante para cada

competência listada, sendo que todas as competências obtiveram um consenso entre 100% e 83,3%, à exceção da imparcialidade que obteve 77,7%, daí ter sido eliminada como importante (Grisham, 2009; Marques & Freitas, 2018).

Analisando por sua vez as respostas às duas perguntas da segunda ronda, ao associar os seus resultados é possível verificar que as competências listadas dentro das 10 mais importantes são as competências que obtiveram maior grau de consenso, à exceção da linguagem acessível e compreensível, que obteve um consenso de 100%, contudo não foi escolhida dentro da lista das 10 competências mais importantes. Este facto pode ser devido ao facto de se ter limitado a lista a 10 competências a treinar, o que pode ser uma limitação do estudo, atendendo a que várias competências apresentam o mesmo grau de importância, o que dificulta depois a sua escolha numa lista mais restrita. Outro motivo pode prender-se com o facto de se referir a intervenção com indivíduos com afasia, podendo apresentar alterações da compreensão, daí a utilização da linguagem verbal (acessível/compreensível) não ser tão preponderante (Graça, 2017).

No que respeita às 10 competências de comunicação mais importantes, na intervenção com indivíduos com afasia verifica-se que todas elas são transversais a qualquer relação comunicativa entre terapeuta/utente, contudo algumas devem ter especial enfoque nesta situação em particular, tais como a empatia, o dar tempo para responder, a recolha de informação, o encorajar/apoiar e a linguagem positiva. Estas competências vão de encontro com o descrito na literatura, tal como referem Fried-Oken et al. (2015) & Morris et al. (2015). Relativamente ao suporte para a autonomia, é das competências mais treinadas nos fisioterapeutas (Queirós et al., 2020), no sentido de possibilitar ferramentas ao paciente para ser mais autónomo e interventivo no seu processo de reabilitação, o que no caso específico das afasias é uma tarefa muito mais exigente. É fundamental perceber que alteração da comunicação o indivíduo apresenta, se de expressão ou de compreensão e adquirir competências para facilitar essas lacunas e possibilitar a transmissão da informação de forma adequada e consistente (Morris et

al., 2015) Neste sentido teria sido interessante dividir as questões consoante o tipo de afasia e especificar a importância das diferentes competências em função das alterações de linguagem do indivíduo. Poderá ser importante fazer esta distinção num futuro estudo, no sentido de especificar ainda mais as estratégias para facilitar a comunicação com indivíduos com afasia.

São encontrados estudos (Ferreira et al., 2014; Graça, 2017) realizados acerca das estratégias de comunicação utilizadas com indivíduos com afasia, contudo quando se realiza uma pesquisa acerca das competências de comunicação a desenvolver para a comunicação com indivíduos com afasia, a bibliografia é bastante escassa, o que fundamenta ainda mais a importância do presente estudo. Verifica-se também que maioritariamente os estudos encontrados preparam e treinam os familiares/cuidadores (Valente, 2013; Mooney et al., 2018), sendo poucos estudos dirigidos aos profissionais de saúde mas quando se verifica quase sempre são dirigidos a terapeutas da fala, não tendo sido encontrado nenhum estudo relativo a fisioterapeutas. Atendendo ao facto de que, de acordo com Strasnyk et al (2018), a afasia diminui bastante o potencial de reabilitação motora dos indivíduos, pela dificuldade de comunicação entre o fisioterapeuta e o utente, condicionando a colaboração do utente durante o processo de reabilitação, assim como diminui a sua qualidade de vida (Bullier et al., 2020), torna-se fundamental que a comunicação entre o fisioterapeuta e o doente afásico seja eficaz, sendo o treino das competências de comunicação dos fisioterapeutas essencial.

Assim considera-se que este estudo contribui de forma significativa para o desenvolvimento de um programa de treino específico e adequado para melhorar as competências de comunicação dos fisioterapeutas, especificamente no contexto da afasia, visto na literatura não se encontrar nenhum programa específico para este efeito. Um motivo para este facto, e analisando a listagem de competências de comunicação mais importantes a treinar, verifica-se que todas elas são a base da comunicação clínica,

fazendo parte da lista de competências de comunicação básicas para qualquer entrevista clínica centrada no paciente, o que justifica o treino nesta fase ser transversal a todas as profissões de saúde. Este resultado, vai de encontro ao enunciado por Morris et al. (2015), que referiram que nos casos dos indivíduos com afasia, a relação de comunicação com os médicos que os acompanham pode ser melhorada, se o médico dirigir a sua entrevista exclusivamente centrada no paciente, e especificamente de acordo com as alterações de linguagem que o indivíduo apresenta, adaptando as suas estratégias e competências à situação específica.

Este fator, acrescido ao facto de que, da exaustiva pesquisa realizada, se verificar que as publicações existentes são escassas e pouco recentes, e atendendo à crescente importância da comunicação clínica como indicador da qualidade da prestação dos serviços de saúde (Heard et al., 2017), se verifica ser importante desenvolver investigação nesta área de intervenção tão específica, representando o presente estudo um contributo essencial neste contexto.

### **Conclusão:**

Este estudo permitiu perceber quais as competências de comunicação a desenvolver nos fisioterapeutas que trabalham com idosos com afasia, com um consenso entre 83,3% a 100% consoante as diferentes competências listadas, assim como a definição das 10 competências mais importantes a treinar, de forma a possibilitar a organização e implementação de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas. É importante referir que do total de 29 competências listadas pelos peritos, somente uma, a imparcialidade, foi excluída por não reunir consenso.

Os resultados vão de encontro com o descrito na literatura em termos gerais, contudo não se encontrou literatura que abordasse especificamente o treino de

competências de comunicação para fisioterapeutas na intervenção com indivíduos com afasia, sendo este estudo bastante importante por permitir dar um contributo importante neste contexto tão específico e cada vez mais prevalente. Os resultados são apresentados de forma clara e objetiva, com um elevado grau de consenso.

Os dados obtidos permitiram fundamentar e perceber a importância acrescida da comunicação centrada no paciente especificamente nos casos de indivíduos com afasia, o que vai de encontro à literatura encontrada, representando este estudo um contributo recente para o tema. Sugere-se a realização de um estudo específico acerca das competências de comunicação a treinar consoante o tipo de afasia existente, tendo em conta as suas especificidades.

#### **Referências:**

- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The american journal of nursing*, 82(3):402–407. <http://www.jstor.org/stable/3462928>
- Brown, R. F. & Bylund, C. L. (2008). Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model. *Academic medicine*, 83(1):37–44. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>.
- Bullier, B., Cassoude-salle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., Gabory, I., Dehail, P., Joseph, P., Sibon, I., Glize, B. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of physical rehabilitation medicine*, 63(1): 33–37. <http://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>
- Cameron, A., Hudson, K., Finch, E., Fleming, J., Lethlean, J., McPhail, S. (2018). I've got to get something out of it. And so do they: experiences of people with aphasia and university students participating in a communication partner training programme for healthcare professionals. *International journal of language*

*and communication disorders*, 53(5):919–928.

<http://doi.org/10.1111/1460-6984.12402>

Ferreira, M., Oliveira, D., Correia, A., Dixe, M., Mina, S., Withworth, A. (2014). Cross-Cultural Adaptation Process of the “Conversation Analysis Profile for People with Aphasia” to the Portuguese language. *Dementia & neuropsychology*, 8(3):223–226. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN83000005>.

Finke, E. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with the focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*, 17(16):2102–2015. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02373.x>.

Fried-Oken, M., Mooney, A., Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37(1):69–87. <https://doi.org/10.3233/NRE-151241>

Grisham, T. (2009). The Delphi Technique: a Method for Testing Complex and Multifaceted Topics. *International journal of management project business*, 2(1):112–130. <https://doi.org/10.1108/17538370910930545>.

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 544–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>

Graça, C. (2017). *Aplicação móvel de comunicação digital para indivíduos com afasia*. Tese [Mestrado em Multimédia- especialização em multimédia] - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

- Haselbach, D., Renggli, A., Carda, S., Croquelois, A. (2014). Determinants of neurological functional recovery potential after stroke in young adults. *Cerebrovascular disease. extra*, 4(1):77–83.  
<https://doi.org/10.1159/000360218>.
- King, G., Currie, M., Bartlett, D. J., Strachan, D., Tucker, M. A., Willoughby, D. (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(2):108–122.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00681.x>.
- 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://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>.
- Marques, J., Freitas, D. (2018). Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Revista Proposta*, 29(2): 389–415.  
<https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
- 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.04.006>
- Menegotto, E., Konkiewitz, E. (2010). Neurobiologia da Linguagem e Afasias. In: Konkiewitz E. *Tópicos em neurociência clínica* [Internet]. Editora UFGD.  
<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/2656>

- Mooney, A., Beale, N., & Fried-Oken, M. (2018). Group Communication Treatment for Individuals with PPA and Their Partners. *Seminars in speech and language, 39*(3), 257–269. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1660784>
- Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., LeBlanc, A. (2015). Patient-Centered Communication Strategies for Patients with Aphasia: Discrepancies Between What Patients Want and What Physicians Do. *Disability and health journal, 8*(2):208–215. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.02.001>
- Mota-Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ISBN 9789899795303
- Nunes, L. (2010). Do perito ao conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos, 17*:3–9. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/>
- 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, 9*(9):72–80. <https://doi.org/10.5688/ajpe6065>.
- Queirós, S. C. M., Santos, L. D. A., Meneses, R. F., Couto, G. R. “Avaliação de Programas de Treino de Competências de Comunicação para Fisioterapeutas. *Revista comunicação pública, [online];15*(29), Dossier Temático: Comunicar a saúde - fundamentos e práticas para uma melhor saúde. <https://doi.org/10.4000/cp.11357>.
- Santos, P., Heidermman, I., Marçal, C., Arakawa-Belaunde, A. (2019). A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiology and*

*communication research*, 24(0): 3–8. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>

Sequeira, C. A. C., Sampaio, F. M. C., Coelho, T., Luch-Canut, T. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. LIDEL Editora; Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>

Souza, R., Arcuri, E. (2014). Estratégias de comunicação da equipa de enfermagem na afasia decorrente do acidente vascular encefálico. *Revista escolar de enfermagem*, 48(2): 292– 298. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200014>

Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical interventions in aging*, 10, 311–319. <https://doi.org/10.2147/CIA.S73053>

Stransky, M., Jensen, K., Morris, M. (2018). Adults with communication disability experience poorer health and healthcare outcomes compared to persons without communication disabilities. *Journal of general internal medicine*, 33(12):2147–2155. <http://doi.org/10.1007/s11606-018-4625-1>

Sole, G., Skinner, M., Hale, L., Golding, C. (2019). Developing a Framework for Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Physiotherapy Students: A Delphi Study. *New Zealand journal of physiotherapy*, 47(1):49–58. <https://doi.org/10.15619/NZJP/47.1.06>.

Valente, P. (2013). *Melhoria da Comunicação entre a Pessoa com Afasia e o seu Parceiro Privilegiado de Comunicação: Análise dos Efeitos de um Programa de Formação*. Tese [Mestrado em Linguística Clínica] - Universidade Católica Portuguesa.

Włoszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. J. (2013). Professional communication competences of physiotherapists -- Practitioner and educational perspectives. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 20(1), 189–194.

## Capítulo VI

### **Artigo 6: Formar para Comunicar Eficazmente: Análise Comparativa Documental da Oferta Formativa Nacional**

Submetido para publicação, a aguardar decisão editorial

#### **Resumo**

**Introdução:** A formação específica e adequada dos profissionais de saúde em comunicação clínica revela-se de extrema importância para uma boa relação comunicativa com o paciente.

**Objetivo:** Identificar e analisar formações pós-graduadas e profissionais em comunicação clínica/em saúde ou em competências de comunicação destinadas a fisioterapeutas, existentes em Portugal, através de uma análise comparativa documental.

**Material e Métodos:** Realizada pesquisa *online*, em diferentes *sites* de empresas de formação específica para fisioterapeutas e/ou profissionais de saúde, assim como nas páginas *online* das diferentes universidades e institutos politécnicos portugueses, com formação pós-graduada e profissional destinada a fisioterapeutas, e ainda nos sites da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas e na Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica.

**Resultados:** A pesquisa permitiu identificar oito ofertas formativas na área da comunicação clínica destinadas a fisioterapeutas.

Os cursos foram analisados e comparados relativamente à designação da formação, do seu regime, tipologia, destinatários, local de realização, data de realização, entidade formadora, habilitações do formador, carga horária, objetivos, conteúdos programáticos, tipo de avaliação, classificação e grau académico/profissional conferido (se aplicável). Todos os cursos são de carácter teórico-prático, com carga horária a variar entre oito e 100 horas, seis cursos presenciais e dois em formato *online*. Todos os cursos eram destinados a grupos de profissionais de saúde de diversas áreas, nenhum destinado especificamente a fisioterapeutas. Verificou-se bastante homogeneidade relativamente aos conteúdos programáticos e metodologias de ensino.

**Conclusões:** O estudo permitiu identificar e caracterizar a oferta formativa em comunicação clínica disponível em Portugal, destinados a fisioterapeutas, que permitem melhorar a relação de comunicação fisioterapeuta-utente. Permitiu ainda identificar as principais necessidades formativas neste contexto. A informação disponível revelou diversas convergências e divergências na oferta formativa identificada, contudo verificou-se que a metodologia de ensino foi de carácter expositivo teórico e prático com a visualização de vinhetas clínicas, atividades de *role-play* e entrevista com pacientes simulados, embora não tenha sido possível identificar a metodologia de avaliação dos cursos.

**Palavras – chave:** Comunicação clínica, educação, formação, fisioterapeutas

**MESH:** Health communication, education, physical therapists

## **Introdução:**

A formação contínua e adequada dos profissionais de saúde é fundamental para uma prática clínica de qualidade, assegurando que os pacientes usufruam de intervenções adequadas e atualizadas em função da sua situação clínica específica (Denniston et al., 2017).

Neste sentido a World Physiotherapy desenvolveu um documento intitulado *Physiotherapist Education Framework* (World Physiotherapy, 2021) que pretende guiar e estabelecer os pré-requisitos formativos dos fisioterapeutas desde a sua formação curricular à formação profissional contínua. A formação contínua e profissional dos fisioterapeutas deve ser promovida ao longo de toda a sua carreira profissional, desde a sua formação curricular e constantemente atualizada (World Physiotherapy, 2021). Ao longo da sua carreira o fisioterapeuta deve desenvolver conhecimentos e competências na área da avaliação, na aprendizagem de uma atividade/técnica, na aplicação técnica de procedimentos, assim como na reflexão e na documentação/comunicação das intervenções, quer aos pacientes, quer aos restantes profissionais de saúde que integram a equipa, melhorando assim o seu conhecimento e raciocínio clínico (American Physical Therapy Association, 2013, 2015; World Physiotherapy, 2021). A prática clínica revelou ainda a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências de comunicação para uma interação eficaz com os pacientes que acompanha (American Physical Therapy Association, 2013, 2015; World Physiotherapy, 2021).

É ainda importante que o fisioterapeuta disponha e desenvolva um vasto leque de conhecimentos, competências e capacidades adequadas ao papel que desempenha na sua prática clínica profissional, de educação para a saúde e no compromisso da implementação de práticas e políticas de saúde assentes na qualidade do desempenho (American Physical Therapy Association, 2013, 2015; World Physiotherapy, 2021). Dentro destas competências encontram-se componentes de carácter técnico específico

(como componentes de avaliação e intervenções técnicas específicas), componentes de carácter geral que englobam a comunicação, a ética e deontologia, e as competências de gestão, liderança e organização (World Physiotherapy, 2021). Por último é ainda importante que desenvolva competências de carácter científico, especificamente no âmbito da investigação e desenvolvimento de uma prática baseada em evidência e na promoção do desenvolvimento científico da profissão (World Physiotherapy, 2021). Neste documento são ainda apresentados e desenvolvidos os domínios essenciais à prática profissional do fisioterapeuta, sendo eles a avaliação e intervenção em fisioterapia, os componentes éticos e profissionais, a comunicação, a prática baseada em evidência, o trabalho em equipa interprofissional, a prática reflexiva e aprendizagem ao longo da carreira, a melhoria da qualidade e a capacidade de gestão e liderança (World Physiotherapy, 2021). É essencial que o fisioterapeuta detenha e desenvolva competências em cada um destes domínios, assegurando assim uma prática profissional de qualidade (American Physical Therapy Association, 2013, 2015; Chartered Society of Physiotherapy, 2013; World Physiotherapy, 2021).

Relativamente ao domínio da comunicação é importante que o fisioterapeuta seja capaz de comunicar de forma clara, precisa, com vocabulário inteligível e adequado ao contexto proporcionando um ambiente apropriado e o desenvolvimento de uma relação de confiança, motivação e capacitação do paciente, permitindo bons resultados terapêuticos (European Commission, 2013; Health and Care Professions Council, 2013; World Physiotherapy, 2021). É ainda importante a realização de registos clínicos com a avaliação, tomada de decisão, intervenção e resultados obtidos, atualizados e disponibilizados a todos os profissionais de saúde que intervenham com o paciente; deve promover e coordenar a comunicação de acordo com os requisitos legais e profissionais (European Commission, 2013; Health and Care Professions Council, 2013; World Physiotherapy, 2021), e promover informações adequadas e precisas acerca da fisioterapia aos utentes, outros agentes sociais e de saúde e à comunidade (European

Commission, 2013; Health and Care Professions Council, 2013; World Physiotherapy, 2021). Por último o fisioterapeuta deve demonstrar competências de escuta ativa e negociação, com base na intervenção centrada no paciente, de forma a desenvolver confiança e melhorar a relação terapêutica com o paciente assim como a relação entre a equipa multidisciplinar, permitindo assim adequar de forma mais eficaz os objetivos e técnicas de intervenção à situação específica (European Commission, 2013; Health and Care Professions Council, 2013; World Physiotherapy, 2021).

Analisando por outro lado a situação da fisioterapia em Portugal, a Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas, em 2020, criou o Perfil de Competências do Fisioterapeuta (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2020), dentro das quais a comunicação desempenha também um papel importante. Neste documento, relativamente à comunicação ficou definido que

O fisioterapeuta deve desenvolver e usar 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 (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2020, p.13).

Por último importa perceber, dentro da formação em comunicação clínica/em saúde ou treino de competências de comunicação, quais os conteúdos programáticos envolvidos, que conceitos são importantes desenvolver e de que forma se processa a formação dos profissionais de saúde em geral, e especificamente dos fisioterapeutas. Miciak et al. (2018), num estudo que pretendeu identificar quais os componentes importantes a desenvolver no estabelecimento da relação terapêutica entre os fisioterapeutas e os utentes, identificaram três componentes fundamentais, nomeadamente o conhecimento da pessoa e a construção de uma relação de suporte, apoio e troca de informação efetiva, e a utilização do corpo como ponto fulcral de

desenvolvimento da comunicação, em que a comunicação não verbal, mais especificamente o toque e a linguagem corporal representam uma componente importante.

De igual forma e mais especificamente no contexto da afasia, van Rijssen et al. (2021), num estudo que pretendeu explorar e descrever as experiências dos profissionais de saúde que intervêm com utentes com afasia, assim como as suas necessidades de comunicação neste contexto descreveram que os profissionais de saúde revelaram que as suas dificuldades de comunicação com estes utentes conduzem à diminuição do seu potencial de recuperação, assim como do seu compromisso e motivação, sendo então fundamental a formação e preparação adequada destes profissionais para comunicar especificamente no contexto da afasia, em que o treino de competências de comunicação se revela bastante importante.

Por outro lado, Wijma et al. (2017) numa revisão sistemática da literatura que pretendeu avaliar as competências de comunicação centrada no paciente, através da perceção dos fisioterapeutas e dos seus utentes, conseguiram identificar oito temas principais que surgem na abordagem centrada no utente, nomeadamente a individualidade (conhecer o paciente e tratamento individualizado), a comunicação (especialmente os componentes não verbais), o suporte/apoio (autonomia e *empowerment*), a educação (transmissão de conhecimentos e informação contínua) e por último a definição de objetivos terapêuticos centrados nos objetivos do paciente. É importante perceber que formação está disponível para os profissionais de saúde, especificamente para fisioterapeutas, no sentido de melhorar o seu conhecimento acerca dos conceitos básicos e fundamentais da comunicação clínica/em saúde bem como para melhorar as suas competências de comunicação.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar quais as formações pós-graduadas ou profissionais em comunicação clínica ou treino de competências de comunicação

clínica/em saúde existentes em Portugal (atualmente ou no passado), destinados a fisioterapeutas, e fazer a respetiva análise comparativa documental, nomeadamente acerca da designação da formação, do seu regime, tipologia, destinatários, local de realização, data de realização, entidade formadora, habilitações do formador, carga horária, objetivos, conteúdos programáticos, tipo de avaliação, classificação e grau académico/profissional conferido (se aplicável).

### **Método:**

Foi efetuada pesquisa *online* no motor de busca *Google*, em sites de empresas de formação profissional para profissionais de saúde, nas páginas oficiais das diferentes instituições de ensino universitário e politécnico dos cursos das áreas da saúde, assim como nos departamentos de formação de diferentes instituições de saúde públicas e privadas, na Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica e na Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave “Comunicação clínica/em saúde”, “Formação”, “Treino de Competências de Comunicação” e “Formação em Comunicação em Saúde”, destinados a fisioterapeutas. A pesquisa foi efetuada entre os meses de Fevereiro e Março, e Setembro e Outubro de 2021, por pesquisa de divulgações e/ou publicações *online* sem especificação do período temporal para a realização da formação. Foram analisados dados acerca da designação da formação, do seu regime, tipologia, destinatários, local de realização, data de realização, entidade formadora, habilitações do formador, carga horária, objetivos, conteúdos programáticos, tipo de avaliação, classificação e grau académico/profissional conferido (se aplicável).

### **Resultados:**

Da pesquisa efetuada foram identificadas oito formações em competências de comunicação clínica/em saúde, das quais duas pós-graduações, um mestrado e cinco

curso de formação profissional. Todas as formações eram destinadas a profissionais de saúde de várias áreas, sendo duas delas em formato *online*, uma em modo síncrono e outra em modo assíncrono, somente com uma pequena componente síncrona, numa das aulas.

Todas as formações à exceção de uma foram organizadas por instituições portuguesas, que foi organizada por uma instituição brasileira. Relativamente à tipologia da instituição organizadora identificaram-se três instituições do ensino superior, uma instituição de formação profissional pública e uma empresa de formação profissional privada. Três das formações foram organizadas pela mesma instituição do ensino superior, nomeadamente a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Relativamente à tipologia da formação todas se organizaram em formato teórico-prático e de frequência obrigatória. A carga horária variou entre oito horas e 100 horas curriculares, acrescida de um ano letivo de investigação/dissertação. Somente três das oito ofertas formativas eram de formação pós-graduada, com detenção de grau curricular e créditos. Acrescenta-se ainda que duas das pós-graduações da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em primeira análise pareciam a mesma formação, contudo ao comparar os seus conteúdos programáticos, assim como o número de créditos atribuídos a cada uma delas (consultar tabela 1 e 2), foi possível observar diferenças.

Em relação aos conteúdos programáticos, dos oito cursos identificados somente dois não apresentaram a informação, contudo nos que apresentaram verifica-se alguma homogeneidade, apesar do nível de aprofundamento e descrição ser um pouco diferente. Estavam ainda de acordo com os objetivos definidos, nas situações em que essa informação se encontrava disponível. Por outro lado, relativamente à avaliação, esta estava prevista em todos os cursos que apresentaram a informação (à exceção de dois deles), todavia, a metodologia de avaliação nem sempre se encontrava bem explícita.

Para melhor visualização e análise dos resultados obtidos apresenta-se na Tabela 1 a síntese da informação recolhida.

**Tabela 1**

*Síntese da informação recolhida para análise comparativa documental*

Formação/Curso	Data	Local	Entidade Formadora	Habilitações formadas	Regime (PR, O, à distância)	Tipologia (T, P, T/P)	Carga horária	Destinatários	Objetivos	Metodologia de ensino	Tipo de avaliação	Classificação	Grau obtido
<b>Pós graduação em Competências de Comunicação Clínica (Curso de Especialização)</b>	Desde 2007-2008 até ao presente	Unidade de Psicologia Médica, HSJoão, piso 2	Departamento de Neurociências e Clínicas da Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	Psicólogos e docentes da FMUP	PR	T/P	1 ano letivo	Profissionais de saúde e de diversas áreas	Ensinar as competências e técnicas de comunicação necessárias para a construção de uma relação terapêutica simulada com utentes fictícios	Expositiva teórica; prática com visualização de vinhetas para as clínicas, exercícios de role-play e prática	Sumativa e formativa teórica e prática	0-20	Pós graduado, 30 créditos

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

<b>Mestrado em Comunicação Clínica</b>	Desde 2009-2010 até ao presente	FMUP	Área de Pós-graduação conferente de grau da FMUP	Psicólogo docentes da FMUP	PR curricular investigação À distância dissertação	T/P	e 2 anos	Profissionais de saúde de diversas áreas curriculares + 1 ano dissertação	Adquirir formação prática e investigação aplicada no campo de Comunicação Clínica e relação clínica com o doente, em três fases: básica, avançada e especializada	Expositiva teórica; prática e com visualização de vinhetas da clínicas, exercícios na role-play prática simulada em utentes fictícios	Avaliação sumativa, formativa e avaliação prática em cada módulo; apresentação e defesa da tese de mestrado	0-20	Mestre (120 créditos)
<b>Pós-graduação (Curso de Mestrado) em Comunicação Clínica</b>	Desde 2009-2010 até ao presente	FMUP	Departamento de Pós-graduação da FMUP	Psicólogo docentes da FMUP	PR	T/P	1 ano letivo 100 horas curriculares	Profissionais de saúde de diversas áreas	Adquirir competências de comunicação clínica e avançada de	Expositiva teórica; prática com visualização de vinhetas clínicas, e exercícios de role-play	Avaliação sumativa, formativa e avaliação de prática	0-20	1º ano de mestrado (60 créditos)

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

										investigação	prática				
											simulada	com			
											utentes				
											fictícios				
<hr/>															
			Serviços	Departam						Promover/de					
			e Saúde	ento de Sem	PR	T/P	14 horas	Profissionais	envolver	S/I	S/I	N/A	Formaçã		
<b>Curso</b>	<b>de</b>	Novembro	da	formação	informaç			s de saúde	conheciment				o		
<b>Comunicação</b>	<b>em</b>	de 2019 e	Região	dos	ão			de diversas	os em				profissio		
<b>Saúde</b>		2020	Autónom	SESARA				áreas	matéria de				nal		
			a da M					pertencente	comunicação						
			Madeira					s aos	em saúde						
			(SESAR					SESARAM							
			AM)												
<hr/>															
										Desenvolver	Expositiva				
			Escola	Centro de				Docentes	e adquirir	teórica; prática					
<b>Curso</b>	<b>de</b>	Março	de Superior	Simulaçõ	Psicóloga			área saúde	conheciment	com	Avaliação		Formaçã		
<b>Competências</b>	<b>de</b>	2021	de Saúde	es da	da FMUP	O	T/P	10 horas	os em	visualização de	formativa	N/A	o		
<b>Comunicação</b>			do	ESS, IPP	(Síncrono				profissionais	competências	vinhetas	prática	profissio		
<b>Clínica</b>			Instituto	e Cintesis	e				s de saúde	básicas de	clínicas	e	nal		
			Politécnic	/FMUP	Assíncro				de várias	comunicação	exercícios	de			
<hr/>															

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

	o do		no)				áreas	clínica	role-play			
	Porto											
<b>Curso de Gestão da Comunicação em Saúde</b>	2019	SESARA M	Departamento de formação dos SESARA M	S/I	PR	T/P	8 horas	Profissionais de saúde de diversas áreas, pertencente aos SESARAM	Adquirir conhecimentos acerca da gestão e divulgação da informação em saúde e comunicação com o exterior	S/I	N/A	Formação profissional
<b>Curso Intensivo de Comunicação em Saúde</b>	2018 e 2019	FMUM	Departamento de Psicologia e Saúde Mental da FMUM	Psicólogo e Psiquiatras da FMUM	PR	T/P	30 horas	Profissionais de saúde de diversas áreas	Dotar os participantes com as competências necessárias para uma prática centrada no doente	Expositiva e prática com doentes estandardizado através da OSCE (Exame objetivo de competência	N/A	Formação profissional

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

as de  
entrevista  
clínica)

Curso	de	A realizar	Organiza	Empresa	Médicos				Adquirir	Expositiva	S/I	N/A	Formaçã
<b>Comunicação</b>	em	do	no	de	e	O	T/P	30 horas	Profissionais	o acerca das	prática	com	o
<b>Clínica</b>	qualquer	Brasil,	a formação	profissionais	(assíncro	de no)		distribuíd	s de saúde	competências	visualização	de	nal
	momento	frequenta	<i>online</i>	saúde	de no)			as por 20	de diversas	de	vídeos	e	
		r em	ArtMed	saúde				aulas	áreas	comunicação	vinhetas		
	qualquer	360	especialis	tas na						básicas	e clínicas		
	local		tas na	área da						avançadas	e		
			comunica	ção						telemedicina,			
			clínica										

Lista de abreviaturas: PR – Presencial; O – Online; T – Teórico; P - Prático; T/P – Teórico/Prático; FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; SESARAM – Serviços de Saúde da Região Autónoma da Madeira; ESS – Escola Superior de Saúde; IPP – Instituto Politécnico do Porto; FMUM – Faculdade de Medicina da Universidade do Minho; S/I – Sem informação; N/A – Não aplicável

**Tabela 2**

*Conteúdos programáticos de cada formação identificada*

<b>Formação</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>
<b>Pós-graduação em Competências de Comunicação Clínica</b>	<b>Módulo 1</b> - Competências Clínicas de Comunicação: Introdução; <b>Módulo 2</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Doente; <b>Módulo 3</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Médico; <b>Módulo 4</b> - Comportamento Não Verbal; <b>Módulo 5</b> - Construção da Relação Clínica; <b>Módulo 6</b> - Lidar com Emoções: Tristeza, Medo, Ira; <b>Módulo 7</b> - Dar Más Notícias; <b>Módulo 8</b> - Entrevista Motivacional; <b>Módulo 9</b> - Lidar com situações específicas: Doente impossibilitado de falar; Doente ansioso; Doente depressivo; <b>Módulo 10</b> - Relação com a Família; <b>Módulo 11</b> - Relação Clínica com Crianças e Adolescentes; <b>Módulo 12</b> - Relação Clínica com Idosos; <b>Módulo 13</b> - Auto-conhecimento e Auto-ajuda
<b>Mestrado em Competências de Comunicação Clínica</b>	<b>Módulo 1</b> - Competências Clínicas de Comunicação: Introdução; <b>Módulo 2</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Doente; <b>Módulo 3</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Clínico; <b>Módulo 4</b> - Técnicas de Análise Qualitativa; <b>Módulo 5</b> - Comportamento Não Verbal; <b>Módulo 6</b> - Construção da Relação Clínica; <b>Módulo 7</b> - Lidar com Emoções Fortes: Tristeza, Medo, Ira; <b>Módulo 8</b> - Comunicar Más Notícias; <b>Módulo 9</b> - Entrevista Motivacional; <b>Módulo 10</b> - Lidar com situações Específicas: Doente Impossibilitado de Falar; <b>Módulo 11</b> - Lidar com Situações Específicas: Doente ansioso; <b>Módulo 12</b> - Lidar com Situações Específicas: Doente depressivo, <b>Módulo 13</b> - Relação com a Família; <b>Módulo 14</b> - Relação Clínica com Crianças e Adolescentes; <b>Módulo 15</b> - Relação Clínica com Idosos; <b>Módulo 16</b> - Auto-Conhecimento e Auto-Ajuda; <b>Módulo 17</b> - Metodologia de Investigação Científica; Dissertação de Mestrado
<b>Pós-graduação (Curso de Mestrado) em Competências de</b>	<b>Módulo 1</b> - Competências Clínicas de Comunicação: Introdução; <b>Módulo 2</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Doente; <b>Módulo 3</b> - Estruturação de uma Entrevista: Entrevista centrada no Clínico; <b>Módulo 4</b> - Técnicas de Análise Qualitativa; <b>Módulo 5</b> - Comportamento Não Verbal; <b>Módulo 6</b> - Construção da Relação Clínica; <b>Módulo 7</b> - Lidar com Emoções Fortes: Tristeza, Medo, Ira; <b>Módulo 8</b> - Comunicar Más Notícias; <b>Módulo 9</b> - Entrevista Motivacional; <b>Módulo 10</b> - Lidar com situações Específicas: Doente Impossibilitado de Falar; <b>Módulo 11</b> - Lidar com Situações Específicas:

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

**Comunicação Clínica** Doente ansioso; **Módulo 12** - Lidar com Situações Específicas: Doente depressivo, **Módulo 13** - Relação com a Família; **Módulo 14** - Relação Clínica com Crianças e Adolescentes; **Módulo 15** - Relação Clínica com Idosos; **Módulo 16** - Auto-Conhecimento e Auto-Ajuda; **Módulo 17** - Metodologia de Investigação Científica

---

**Curso** de Sem informação disponível *online*

**Comunicação** em  
**Saúde**

---

**Curso** de Competências básicas de comunicação; Modelos de entrevista cínica; Técnicas empáticas de comunicação

**Competências** de  
**Comunicação Clínica**

---

**Curso de Gestão da** Sem informação disponível *online*

**Comunicação** em  
**Saúde**

---

**Curso Intensivo** de Relação interpessoal e comunicação em contexto clínico - Comunicação não verbal

**Comunicação** em Técnicas de entrevista - Neurobiologia da comunicação - Situações específicas: más notícias, consentimento informado e sexualidade

**Saúde** em Situações específicas: adaptação à doença crónica, doente agressivo, doente impossibilitado de falar e entrevista com família - A comunicação com o público

Situações específicas: adaptação à doença crónica, doente agressivo, doente impossibilitado de falar e entrevista com família - A comunicação com o público

Oficinas práticas (10 horas)

---

**Curso** de **Aula 1** - Comunicação com pessoas com sintomas de difícil caracterização; **Aula 2** - Conceitos gerais e comunicação clínica efetiva - Comunicação não violenta; **Aula 3** - Habilidades e atitudes essenciais para a comunicação clínica efetiva – Profissionalismo; **Aula 4** - Abordagem centrada na pessoa; **Aula**

**Comunicação Clínica** **5** - Entrevista motivacional; **Aula 6** - Reações emocionais dos profissionais de saúde nos encontros clínicos; **Aula 7** - Introdução aos grupos Balint +

---

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

oferta de um grupo Balint (síncrono); **Aula 8** - Comunicação com emoções fortes: resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza no cuidado à saúde; **Aula 9** - Formação em competências de comunicação clínica e Medicina narrativa para o ensino da comunicação clínica; **Aula 10** - Vídeo e feedback; **Aula 11** - Comunicação com crianças e suas famílias antes da adolescência; **Aula 12** - Comunicação sobre sexualidade; **Aula 13** - Comunicação clínica e espiritualidade; **Aula 14** - Comunicação por meios virtuais; **Aula 15** - Comunicação de risco em saúde ; **Aula 16** - A consulta sagrada (de alto conteúdo emocional) e construção da relação; **Aula 17** - Comunicação de notícias difíceis; **Aula 18** - Comunicação no final da vida; **Aula 19** - Comunicação clínica transcultural; **Aula 20** - Comunicação em situações de violência.

---

## **Discussão:**

Perante a análise dos resultados obtidos é possível verificar que todas as formações identificadas são dirigidas aos profissionais de saúde na generalidade, não tendo sido encontrada nenhuma formação específica para determinada profissão de saúde ou contexto clínico. Este achado difere em parte do que é usualmente encontrado na literatura, cujo treino de competências de comunicação apesar de poder ser dirigido a um conjunto de diferentes profissionais de saúde frequentemente é dirigido para uma situação de saúde ou contexto específico, tal como identificado por exemplo nos estudos Miciak et al. (2018), que pretendeu avaliar os componentes da comunicação na área da reabilitação o ou no estudo e de van Rijssen (2021), que treinou os profissionais de saúde que cuidavam de utentes com afasia, ou ainda na revisão sistemática de Wijma et al. (2017), que analisou especificamente as competências de comunicação centrada no paciente dos fisioterapeutas. Através de uma pesquisa mais exaustiva é possível ainda verificar que o treino de competências de comunicação é mais frequentemente dirigido a médicos e enfermeiros, em grupos exclusivos, tal como verificado nos estudos de Tavakoly-Sany et al. (2020), de Nakagawa et al. (2019) e ainda de Tanzi et al. (2020), destinados especificamente a médicos e nos estudos de Keer et al. (2020), e de Banerjee et al. (2017) destinado a enfermeiros. Isto sucede provavelmente devido ao facto do treino de competências de comunicação ter sido integrado mais cedo na formação curricular dos médicos e enfermeiros do que nas restantes profissões de saúde (Banerjee et al., 2017; Kerr et al., 2020; Nakagawa et al., 2019; Tanzi et al., 2020; Tavakoly et al., 2021).

Em relação às áreas de intervenção cujos profissionais mais frequentemente desenvolvem as suas competências de comunicação, são a área da oncologia (Banerjee et al., 2017; Tanzi et al., 2020), trabalhando a comunicação de más notícias, as doenças cardiovasculares (Backman et al., 2020; Nakagawa et al., 2019), para aumentar a adesão

a comportamentos e hábitos de vida saudáveis, a prevenção e controlo da obesidade (Sease et al., 2021), para aumentar a motivação e a prática de atividade física (McCoy et al., 2017) e as doenças de saúde mental (Papageorgiou et al., 2017), para conseguir criar uma relação terapêutica de confiança.

Relativamente à formação em competências de comunicação para fisioterapeutas verifica-se que habitualmente está organizada juntamente com outros grupos profissionais (Denniston et al., 2017; vanRijsen et al., 2021), tal como verificado nesta análise comparativa documental, não tendo normalmente um âmbito de intervenção específico. Este achado sugere que devido ao facto da intervenção terapêutica ser mais eficaz em equipa multidisciplinar (Ellis & Sevdalis, 2019), as competências de comunicação a desenvolver são abrangentes e devem idealmente envolver toda a equipa pois os objetivos terapêuticos são tão mais facilmente atingidos quanto maior for a multidisciplinariedade da intervenção (Abaraogu et al., 2019; Ellis & Sevdalis, 2019).

O facto de ter sido observada alguma homogeneidade dos conteúdos programáticos, essencialmente dirigidos às competências básicas e avançadas de comunicação deve-se provavelmente ao facto dos cursos identificados não serem específicos a nenhuma patologia ou condição específica, mas sim dirigidos para a comunicação em saúde na generalidade, abordando os temas básicos inerentes à comunicação clínica.

Contudo a especificidade técnica da intervenção do fisioterapeuta, com uma enorme abrangência e variedade de áreas de intervenção e especialização sugere que o treino de competências de comunicação deveria apresentar uma componente específica para a fisioterapia, atendendo que a relação terapêutica criada com os utentes é bastante estreita e de confiança, sendo essencial os componentes da motivação, reforço positivo, suporte para a autonomia e até tomada de decisão partilhada para aumentar os níveis de confiança e motivação dos utentes (Norris et al., 2019; Wloszczak-Szuba & Jarosz,

2013), representando a comunicação centrada no paciente um papel importante (Wijma et al., 2017), aumentando assim a sua colaboração e envolvimento no processo de reabilitação, componentes sem as quais os resultados obtidos se encontram fortemente comprometidos (Wijma et al., 2017; Wloszczak-Szuba & Jarosz, 2013).

Ora isto não se verificou nos conteúdos programáticos dos cursos identificados na presente análise comparativa documental, à exceção da Entrevista Motivacional, que foi abordada em metade das ofertas formativas identificadas, talvez porque o treino de competências de comunicação ainda não é consistentemente implementado na formação profissional dos fisioterapeutas, logo a formação inicial dos mesmos passa muito pelo ensino dos conceitos e competências de comunicação básicas de entrevista do paciente e uma pequena abordagem acerca das competências de comunicação avançadas, mas na sua generalidade. Este facto acaba por ser uma contradição quando no perfil de competências do fisioterapeuta, assim como nos objetivos formativos do fisioterapeuta a nível mundial a formação em comunicação é tida como essencial e deve ser realizada ao longo de toda a carreira (World Physiotherapy, 2021).

Sendo assim, identificou-se uma necessidade formativa de incluir o treino da tomada de decisão partilhada, do suporte para a autonomia e até a entrevista motivacional para os fisioterapeutas poderem estimular o envolvimento, a motivação e a autonomia dos seus utentes (Akhbari et al., 2019; Miciak et al., 2018; Norris et al., 2019; Wijma et al., 2017). O facto de não ter sido encontrada uma grande oferta formativa relativa à comunicação clínica ou ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas e outros profissionais de saúde vai ao encontro dos estudos encontrados que sugerem que o treino de competências de comunicação é mais frequente nas profissões médicas e de enfermagem, do que nas restantes profissões de saúde (Ajawi & Higgs, 2012; Doyle et al., 2013; Keer et al., 2020; Tanzi et al., 2020).

Relativamente à metodologia do treino a informação encontrada não é muito descritiva, todavia verifica-se que todos os cursos têm uma abordagem teórico-prática, contudo dois dos cursos (de formação profissional, não organizados por entidades de ensino superior) não fazem referência à metodologia de ensino. Nos cursos que a referem a parte teórica é expositiva e a parte prática inclui a visualização de vídeos, realização de *role-play* e, num dos cursos, a simulação de casos com pacientes estandardizados. Este achado pode sugerir uma melhor qualidade formativa nos cursos organizados em ensino pós-graduado ou superior, o que é facilmente entendido pelo facto de serem cursos mais completos, com maior carga horária e com conteúdos programáticos mais específicos e documentados. Esta evidência também se justifica pelo facto das instituições do ensino superior terem que descrever e disponibilizar no *site* da instituição a descrição e os conteúdos programáticos de toda a sua oferta formativa, motivo pelo qual a informação está mais acessível e detalhada.

### **Conclusão:**

O presente estudo revelou-se fundamental para efetuar um levantamento das necessidades formativas disponíveis para os fisioterapeutas, no âmbito da comunicação clínica/em saúde.

Verificou-se escassa a oferta formativa em comunicação clínica e/ou treino de competências de comunicação, destinada a fisioterapeutas, contudo foi possível perceber quais os objetivos, metodologias de ensino utilizadas, e conteúdos programáticos. Conclui-se que apesar de apresentarem carga horária diferente, nas situações em que a informação se encontrava disponível, os conteúdos programáticos eram similares e adequados aos objetivos definidos.

Foi também possível identificar a metodologia de ensino predominante, de carácter teórico expositivo e prático com a visualização de vinhetas clínicas e realização

de atividades de *role-play* e entrevista a doentes fictícios, contudo a metodologia de avaliação das mesmas foi pouco explícita, não se encontrando claramente descrita.

Apesar de ter fornecido dados com claras implicações práticas, a presente análise comparativa documental não é isenta de limitações. Uma das suas limitações é o da pesquisa ter sido efetuada *online*, somente tendo acesso à informação disponibilizada no *site*/divulgação da formação, havendo muito pouca informação acerca da descrição da metodologia de avaliação do curso, informação que seria importante comparar para perceber se os diferentes cursos seguem metodologias de avaliação semelhantes. É de refletir se esta limitação, na prática, é, de facto, uma limitação, já que é de supor que seja apenas com base no tipo de informações como as acedidas que os profissionais de saúde (fisioterapeutas e outros) decidem inscrever-se nas formações existentes. Assim, defende-se uma maior padronização no tipo e qualidade de informações que as entidades formadoras deveriam disponibilizar aos potenciais formandos nas suas iniciativas iniciais de divulgação.

### **Referências:**

- Abaraogu, U. O., Aguji, K. R., Duru, D. O., Okafor, U. C., Ezeukwu, A. O., & Igwe, S. E. (2019). Physiotherapist-patient communication in entry-level physiotherapy education: A national survey in Nigeria. *Hong Kong physiotherapy journal : official publication of the Hong Kong Physiotherapy Association Limited* = *Wu li chih liao*, 39(1), 77–87. <https://doi.org/10.1142/S1013702519500070>
- Akhbari Ziegler, S., Dirks, T., & Hadders-Algra, M. (2019). Coaching in early physical therapy intervention: the COPCA program as an example of translation of theory into practice. *Disability and rehabilitation*, 41(15), 1846–1854. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1448468>

Ajjawi, R., & Higgs, J. (2012). Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 17(1), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>

American Physical Therapy Association. (2015). *Physical Therapist Practice and the Human Movement System*. <https://www.apta.org/patient-care/interventions/movement-system-management/movement-system-white-paper>

American Physical Therapy Association (2013). *Minimum required skills of physical therapist graduates at entry-level*. American Physical Therapy Association [minimum required skills of physical therapists at entry-level \(missouristate.edu\)](http://www.apta.org/minimum-required-skills-of-physical-therapists-at-entry-level)

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2020). *O perfil de competências do fisioterapeuta*. APFisio\_Perfil\_Compert\_Fisio\_rev2020.pdf

Backman, W. D., Levine, S. A., Wenger, N. K., & Harold, J. G. (2020). Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Clinical cardiology*, 43(2), 196–204. <https://doi.org/10.1002/clc.23267>

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>

Chartered Society of Physiotherapy. (2013). *Physiotherapy Framework: putting physiotherapy behaviours, values, knowledge & skills into practice*.

[https://www.appn.org.uk/cms/wpcontent/uploads/2015/09/physiotherapy\\_framework\\_condensed\\_u](https://www.appn.org.uk/cms/wpcontent/uploads/2015/09/physiotherapy_framework_condensed_u)

- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ open*, 7(4), e014570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014570>
- Doyle, F., Doherty, S., Morgan, K., McBride, O., & Hickey, A. (2013). Understanding communication of health information: a lesson in health literacy for junior medical and physiotherapy students. *Journal of health psychology*, 18(4), 497–506. <https://doi.org/10.1177/1359105312446771>
- Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and ageing*, 48(4), 498–505. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
- European Commission. (2013). *European Skills, Competences, Qualifications and Occupations (ESCO)*. [https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15721&langId=en&](https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15721&langId=en)
- Health and Care Professions Council. (2013). *Standards of proficiency: Physiotherapists*. <https://www.hcpcuk.org/globalassets/resources/standards/standards-of-proficiency---physiotherapists.pdf>
- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse education today*, 89, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>

- McCoy, P., Leggett, S., Bhuiyan, A., Brown, D., Frye, P., & Williams, B. (2017). Text messaging: an intervention to increase physical activity among african american participants in a faith-based, competitive weight loss program. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 326. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040326>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8, 3. <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>
- Nakagawa, S., Fischkoff, K., Berlin, A., Arnell, T. D., & Blinderman, C. D. (2019). Communication skills training for general surgery residents. *Journal of surgical education*, 76(5), 1223–1230. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.04.001>
- Norris, M., Eva, G., Fortune, J., Frater, T., & Breckon, J. (2019). Educating undergraduate occupational therapy and physiotherapy students in motivational interviewing: the student perspective. *BMC medical education*, 19(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1560-8>
- Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD010006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010006.pub2>
- Sease, K. K., Rolke, L. J., Forrester, J. E., & Griffin, S. F. (2021). Feedback following a family- focused pediatric weight management intervention: experiences from the new impact program. *Journal of patient experience*, 8, 23743735211008309. <https://doi.org/10.1177/23743735211008309>

- Tanzi, S., De Panfilis, L., Costantini, M., Artioli, G., Alquati, S., & Di Leo, S. (2020). Development and preliminary evaluation of a communication skills training programme for hospital physicians by a specialized palliative care service: the 'Teach to Talk' programme. *BMC medical education*, 20(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02275-2>
- 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>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
- Włoszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. J. (2013). Professional communication competences of physiotherapists -- practice and educational perspectives. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 20(1), 189–194
- World Physiotherapy. (2021). *Physiotherapist education framework*. World Physiotherapy. Physiotherapist-education-framework-FINAL.pdf (world.physio)

**PARTE III**

**ESTUDO *PROOF OF CONCEPT***

## Capítulo VII

### **Artigo 7: *PhysioComm Training Program*: programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas no contexto da afasia.**

#### **Estudo *Proof of concept***

Submetido, a aguardar decisão editorial

#### **Resumo**

**Introdução:** Os indivíduos com afasia apresentam menor acessibilidade comunicativa, encontrando-se bastante limitados relativamente à capacidade de decisão das questões relacionadas com a sua saúde. Paralelamente verifica-se uma diminuição dos cuidados centrados no paciente, por parte do profissional de saúde, sobretudo devido à sua incapacidade em comunicar de forma eficaz nesta situação em particular, assim como um menor envolvimento do paciente. Neste sentido torna-se fundamental preparar os fisioterapeutas para comunicar de forma mais eficaz com estes pacientes. Assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas (*PhysioComm Training Program*) melhorarem as suas competências para comunicar de forma mais eficaz com indivíduos idosos com afasia.

**Material e Métodos:** Foi desenvolvido um estudo do tipo *Proof of Concept*, de intervenção, com dois grupos de fisioterapeutas (intervenção  $n=7$ ; comparação  $n=5$ ),

tendo sido avaliadas as competências de empatia e dos cuidados centrados ao paciente (*Sharing* e *Caring*), através das escalas IRI e PPOS, em três momentos: pré intervenção, imediatamente após a intervenção e *follow-up* após um mês.

**Resultados:** Verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa na escala IRI e na subescala *Sharing* da PPOS, no grupo de intervenção, entre os dois primeiros momentos de avaliação. Contrariamente, no grupo de comparação ocorreu uma descida estatisticamente significativa na escala IRI entre o primeiro e o segundo momento de avaliação. Por outro lado, quando analisados os resultados do *follow-up* verifica-se que se mantêm os ganhos a nível do domínio *Sharing*, contudo na empatia, somente se verifica subida de uma das subescalas avaliadas.

**Discussão:** Os resultados encontrados revelam que o *PhysioComm Training Program* se revelou eficaz para a melhoria das competências de empatia, assim como do domínio do *Sharing* nos cuidados centrados ao paciente, contudo sugere que poderá ocorrer uma diminuição dos ganhos ao longo do tempo. Apesar do reduzido tamanho amostral estes resultados revelaram-se bastante promissores.

**Conclusão:** O programa de treino desenvolvido demonstrou ser eficaz na melhoria das competências de comunicação dos fisioterapeutas, para melhorar a comunicação com os utentes com afasia, sendo um contributo importante para o desenvolvimento de uma área em que a evidência científica e a oferta formativa são escassas. Seria importante determinar a manutenção dos ganhos observados ao longo do tempo.

**Palavras-chave:** Afasia, fisioterapeutas, idosos, treino de competências de comunicação, cuidado centrado no paciente, empatia, tomada de decisão partilhada, comunicação em saúde.

**MESH:** Health communication, physical therapy, clinical competence, patient-centered care, empathy, shared decision making, clinical competence, patient-centered care, empathy.

### **Introdução:**

A comunicação clínica pode definir-se como a “comunicação que os profissionais de saúde estabelecem para avaliarem uma situação, realizarem uma intervenção, documentarem os cuidados prestados, planearem os próximos contactos e partilharem experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa de saúde.”

(Sequeira, 2016, p.6). Já as competências de comunicação podem definir-se como o

conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras (Sequeira, 2016, p. 52).

A inclusão da formação em comunicação clínica/em saúde em contexto formal, começou na formação da carreira médica e de seguida na carreira de enfermagem, só mais tarde sendo introduzida nas restantes profissões de saúde, com a criação em 2008, do Comité de Ensino da EACH (tEACH), com o objetivo de desenvolver formação em comunicação clínica para todas as profissões de saúde (Loureiro et al., 2016). No decorrer das atividades científicas desenvolvidas pelo tEACH, em 2015, Loureiro et al., desenvolveram um estudo E-Delphi com o objetivo de alcançar um consenso por parte de um painel de peritos relativamente à criação de um currículo nuclear para o ensino-aprendizagem formal das competências de comunicação, nos cursos da área da saúde.

Tal é essencial, uma vez que está já devidamente documentada a importância do treino de competências de comunicação dos profissionais de saúde para a melhoria da relação comunicativa entre os profissionais em equipa multidisciplinar e entre os profissionais de saúde e os utentes (Banerjee et al, 2017; Milton et al., 2018; Santos &

Grilo, 2010). Adicionalmente a comunicação eficaz entre o profissional de saúde e o paciente promove maior adesão terapêutica, maior satisfação do utente, assim como uma maior segurança na prestação dos cuidados de saúde (Santos et al., 2010).

Paralelamente, quando um indivíduo se depara com uma barreira à comunicação, que dificulta a transmissão ou receção de uma mensagem ocorre uma tendência para o isolamento social e para evitar a comunicação, se o mesmo não for capaz de contornar essa barreira ou resolver a dificuldade (Brigh et al. 2018; Hilari et al., 2012). Nas situações em que ocorre uma patologia ou alteração decorrente do processo de envelhecimento é normal começarem a surgir algumas dificuldades ou barreiras à comunicação interpessoal eficaz (Cohen et al., 2017; Kagan et al. 2017), cabendo ao profissional de saúde conseguir, para além de antecipar essas dificuldades, identificá-las e promover as ferramentas e estratégias necessárias para as ultrapassar ou minimizar (Kagan et al., 2017; Stans et al., 2018).

Daí ser tão importante formar os profissionais de saúde para comunicar de forma mais eficaz perante as dificuldades decorrentes do envelhecimento e das patologias associadas que vão surgindo (Bright et al., 2018, Hilari et al., 2012; Kagan et al. 2017), como as doenças neurológicas, com uma manifestação bastante comum que é a afasia (Haselback et al., 2014), perturbação adquirida da linguagem resultante de uma lesão cerebral, geralmente localizada no hemisfério esquerdo (Menegotto & Konkiewitz, 2010). Como consequência desta patologia, surgem dificuldades de comunicação que afetam a integridade biopsicossocial do indivíduo refletindo-se ao nível da participação em atividades de vida diária, no trabalho, no seu estado de humor e na sua família/grupos sociais (Hilari et al., 2012). Mais importante do que classificar o tipo de afasia é importante ter em conta quais as alterações que o indivíduo apresenta, de forma a seleccionar quais as estratégias a utilizar (Hilari et al., 2012; Kagan et al., 2020).

Especificamente em relação ao estudo do treino de competências de

comunicação dos profissionais de saúde que lidam com utentes com afasia, Simmons-Mackie et al. (2007), desenvolveram uma investigação que pretendeu treinar os profissionais de saúde que lidam com os utentes com afasia, de forma a melhorar o acesso à informação e a uma tomada de decisão partilhada a estes utentes. Os autores concluíram que quer o acesso à informação quer a tomada de decisão se encontram bastante condicionados, na medida em que o acesso à informação, o esclarecimento de dúvidas e a literacia em saúde se encontram bastante comprometidos, devido às alterações de linguagem e de comunicação que os utentes com afasia apresentam. Neste sentido promoveram o treino dos profissionais mais especificamente para as competências da transmissão da informação e da educação para a saúde destes utentes, tendo apresentado resultados bastante promissores, com melhoria destas competências, identificação das barreiras à comunicação e das respetivas estratégias de resolução/minimização das mesmas, com a continuidade da prática ao longo da intervenção e num *follow-up* aos quatro meses, o que se demonstrou ser fundamental para a melhoria contínua da prestação dos cuidados de saúde.

Da mesma forma Miciak et al. (2018, 2019), desenvolveram estudos no sentido de perceber de que forma os fisioterapeutas estabelecem a relação terapêutica com os seus utentes, tendo sido identificados três elementos fundamentais: o conhecimento do indivíduo, o dar-se a conhecer e a utilização do corpo como elo de ligação. Assim este processo determina a importância da comunicação verbal sobretudo nos primeiros dois aspetos, enquanto que o toque e a comunicação não verbal estão essencialmente relacionados com o corpo como elemento de criação da relação terapêutica.

Por sua vez, analisando especificamente os conteúdos e destinatários do treino de competências de comunicação é possível verificar que a investigação nesta temática não se encontra muito desenvolvida, e está mais dirigida aos parceiros de comunicação em geral (Finch et al., 2017), e aos cuidadores em particular (Mooney et al., 2018), não

sendo tão frequentes os estudos desenvolvidos especificamente para treinar os profissionais de saúde para comunicar melhor com os indivíduos com afasia (Bright et al., 2018; Simmons-Mackie et al., 2007, Simmons-Mackie et al., 2016).

Relativamente às principais dificuldades sentidas pelos utentes com afasia e pelos profissionais de saúde na acessibilidade comunicativa, verifica-se que os indivíduos com afasia não conseguem frequentemente participar em conversações com os seus pares, não têm a possibilidade de fazer escolhas acerca da sua saúde e tratamento, ou ainda de obter informações acerca do seu estado de saúde, o que condiciona bastante a sua participação nas atividades diárias e de tratamento, assim como a sua qualidade de vida (Simmons-Mackie et al. 2007).

Importa ainda perceber qual o impacto que as alterações de comunicação representam no potencial de recuperação e na melhoria das capacidades motoras e cognitivas dos indivíduos, sendo que de acordo com Haselback et al. (2014), os doentes com afasia apresentam pior prognóstico de reabilitação motora e cognitiva, pelo facto da sua interação com o fisioterapeuta/profissional de saúde se encontrar diminuída como consequência das suas dificuldades de comunicação. Da mesma forma, Finch et al., (2017), num estudo que pretendeu avaliar as experiências dos indivíduos com afasia na participação de um programa de treino de competências de comunicação para alunos das áreas da saúde referiram que a interação entre os profissionais de saúde e os paciente está dependente da acessibilidade comunicativa e que, no caso dos indivíduos com afasia, como esta se encontra comprometida, os seus resultados em saúde e o seu potencial de recuperação encontra-se fortemente comprometido.

Para além das dificuldades de comunicação decorrentes da afasia, no processo de envelhecimento surgem também outras alterações que podem comprometer a comunicação, nomeadamente a hipoacúsia, as alterações visuais, as alterações cognitivas e ainda as alterações de atenção e memória, que se revelam também bastante

limitadoras do processo de comunicação (Agaronnik et al., 2019; Cohen et al., 2017; Daba-Buzoianu et al., 2018). Outro dos fatores bastante relevante na atualidade, que se revela uma barreira enorme à comunicação e que é importante referir é a utilização das máscaras que condiciona a audição e impossibilita a leitura labial, constituindo uma barreira adicional ao processo comunicativo. É importante que os profissionais de saúde tenham este aspeto em consideração de forma a utilizar estratégias que minimizem estas limitações (Ann Jarvis & Smith, 2021; Knollman-Porter & Burshnic, 2020; Schlögl & Jones, 2020).

Neste contexto, no que concerna à formação dos fisioterapeutas, especificamente no contexto *e-learning* ou à distância, Maçznik et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática que pretendeu rever de forma crítica a efetividade e a perceção dos utilizadores acerca das estratégias online de ensino-aprendizagem dos fisioterapeutas. Foram assim identificadas as estratégias de ensino mais utilizadas, sendo elas a partilha de informação em *websites* e a criação de painéis de apresentação e discussão *online*, de casos entre os profissionais/alunos. No primeiro caso verificaram a elevada frequência e efetividade de utilização, com baixos custos associados, contudo não promovendo o desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão. Já no caso dos painéis de discussão, apesar de não serem tão frequentemente utilizados, estimulam bastante a aprendizagem, partilha de conhecimentos assim como o raciocínio clínico e a tomada de decisão. No geral, tanto a procura de informação em *websites* como os painéis de apresentação e discussão de casos online apresentaram resultados positivos em termos de eficácia na aquisição de conhecimentos, de competências técnicas e profissionais. Já relativamente à tomada de decisão e partilha de conhecimentos os painéis de apresentação e discussão de casos revelaram-se mais eficazes.

É também de referir o estudo de Hurley et al. (2019), que pretendeu avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para

fisioterapeutas, no contexto da gestão e tratamento da dor lombar, tendo adaptado um programa já existente de forma presencial, para o formato *e-learning*. No geral os participantes ficaram muito satisfeitos com a intervenção, e quando comparados os seus resultados deste estudo com os resultados do mesmo treino em formato presencial os investigadores não encontraram diferenças, sendo o treino em formato *e-learning* tão eficaz como o treino em formato presencial.

Especificamente no contexto do treino de competências de comunicação dos fisioterapeutas foi analisado um estudo E-Delphi, desenvolvido por Queirós et al., (2021), com o objetivo de determinar através de consenso de um painel de peritos, quais as competências de comunicação mais eficazes a treinar nos fisioterapeutas no contexto da comunicação com idosos com afasia, tendo concluído que a empatia e as competências de comunicação focadas nos cuidados centrados no paciente e na tomada de decisão partilhada são as competências mais importantes a desenvolver.

Paralelamente, quanto à formação *online* para profissionais de saúde, Camargo et al., (2020), numa revisão sistemática que pretendeu analisar quais as plataformas de ensino *online* mais utilizadas, qual o modo de ensino mais utilizado, a carga horária diária, assim como as atitudes dos alunos e dos professores, no contexto do ensino à distância durante a pandemia, identificaram a plataforma *Zoom* como a mais utilizada para o ensino à distância, em formato síncrono, seguida da plataforma *Moodle* para o formato assíncrono, sendo ambas as metodologias igualmente utilizadas e eficazes. Relativamente à carga horária e às atitudes dos alunos e dos professores não foi possível retirar conclusões. Relativamente à metodologia de treino, em formato presencial ou *e-learning*, e tendo em conta as diretrizes para o ensino-aprendizagem das competências de comunicação da SP3CS, verifica-se que a metodologia de exposição audiovisual de conteúdos, associada à visualização de vídeos, à discussão de casos clínicos e à realização de atividades de *role-play*, se revelam bastante eficazes para o ensino das

competências de comunicação (SP3CS, 2021; Grilo, 2012), desde que os respetivos conteúdos e atividades estejam adaptadas aos objetivos da intervenção e às competências a desenvolver.

Neste contexto foi desenvolvido e implementado um estudo do tipo *proof of concept*, com um *follow-up* de um mês, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas na melhoria das competências de comunicação de empatia e cuidados centrados no paciente, de forma a melhorarem a comunicação com os indivíduos idosos com afasia.

### **Participantes:**

O presente estudo é dirigido especificamente para fisioterapeutas. Demonstraram interesse em participar, após a sua divulgação, 26 participantes, contudo somente 19 enviaram o formulário de consentimento informado assinado. Após o preenchimento e envio do questionário de caracterização sociodemográfica e verificação do cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão do estudo somente puderam ser incluídos no estudo 13 participantes, porque os restantes dispunham já de formação prévia em comunicação clínica, pelo que foram excluídos. Dos 13 participantes, sete foram incluídos no grupo de intervenção e seis no grupo de comparação. Foram analisados 12 casos, porque um dos participantes do grupo de comparação abandonou o estudo no segundo momento de avaliação.

Os dados de caracterização da amostra encontram-se descritos na tabela 1

### **Tabela 1**

*Descrição da amostra por grupo (intervenção e comparação)*

---

**Grupo**

---

Descrição da amostra:	Comparação	Intervenção
	n=5	n=7
Sexo <i>n</i> (%)		
Feminino	4 (80)	6 (86)
Masculino	1 (20)	1 (14)
Idade <i>mediana (min-máx)</i>	32 (25-39)	46 (24-68)
Grau académico <i>n</i> (%)		
licenciatura	4 (80)	6 (86)
mestrado	1 (20)	1 (14)
Anos de experiência <i>mediana (min-máx)</i>	7 (2-17)	25 (3-46)
Local de trabalho <i>n</i>		
Centro Hospitalar de Gaia	3	2
Centro Residencial para Idosos	1	0
CMR Alcoitão	0	2
Fisiológica	1	0
Hospital de Portalegre	0	1
Saúdis	0	1
Universidade Fernando Pessoa	0	1

Os participantes apresentam uma mediana de idades de 32 anos no grupo de comparação e de 46 anos no grupo de intervenção, assim como uma mediana de 7 anos de experiência profissional no grupo de comparação e de 25 anos no grupo de intervenção, contudo como é possível verificar na tabela estas diferenças não são estatisticamente significativas.

### **Material:**

Foi utilizado, também com o objetivo de verificar o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão no estudo, um questionário de caracterização sócio-demográfica, elaborado para o efeito, composto por seis questões de resposta curta, que incluem sexo, idade, habilitações académicas, anos de experiência profissional, local de trabalho, se na prática profissional intervém com indivíduos com afasia e se já frequentou alguma formação/curso/*workshop* acerca de comunicação clínica ou treino de competências de comunicação.

Quanto à escolha dos instrumentos de avaliação da eficácia da intervenção, esta teve por base os resultados do estudo de Queirós et al. (2021), que pretendeu identificar, através de um consenso de um painel de peritos em comunicação clínica, quais as

competências de comunicação mais importantes a desenvolver no contexto da intervenção com idosos com afasia. Das competências apresentadas, a empatia obteve um consenso de 100%, enquanto que todas as outras obtiveram um consenso igual ou superior a 80%. Verificou-se que todas as competências enunciadas pelos peritos estão diretamente relacionadas com os cuidados centrados no paciente e a empatia, pelo que se escolheu para avaliação das competências de comunicação a treinar um instrumento de avaliação específica da empatia e outro de avaliação específica dos cuidados centrados no paciente.

Assim, um dos instrumentos utilizados para a avaliação da eficácia do programa foi o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)<sup>1</sup> desenvolvido por Davis (1983) e adaptado e validado para a população portuguesa por Limpo et al. (2010), com o objetivo de avaliar a empatia dos indivíduos.

Encontra-se dividido em quatro subescalas: Tomada de Perspetiva, que reflete a tendência para adotar os pontos de vista do outro; Preocupação Empática, que mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro; Desconforto Pessoal, que avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em situações de tensão interpessoal; e Fantasia, que avalia a propensão da pessoa para se colocar em situações fictícias (Limpo et al., 2010). Das quatro subescalas, a primeira avalia a dimensão da Empatia Cognitiva e as últimas três agrupam-se e avaliam a dimensão da Empatia Afetiva.

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento pelos participantes, que têm que classificar como se descrevem em cada uma das afirmações recorrendo a uma escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (0 - Não me descreve bem a 4 – Descreve-me muito bem). É constituído por 24 afirmações referentes a pensamentos e afirmações em diversas situações - seis correspondentes a cada uma das subescalas. A cotação de

---

<sup>1</sup>IRI (anexo 12)

cada subescala é efetuada através da média aritmética da pontuação de cada item, e a cotação total é relativa à média aritmética da pontuação de cada subescala, sendo que quanto mais elevada a cotação, maior é a empatia.

A versão portuguesa apresenta boas características psicométricas, nomeadamente boa consistência interna, tendo-se, na sua adaptação/validação replicado o padrão de correlações entre subescalas verificado tanto na escala original como nas suas adaptações a outras línguas (Limpo et al., 2010).

Foi também utilizada a *Patient Practitioner Orientation Scale* - PPOS<sub>2</sub>, desenvolvida por Krupat et al. (2010) e adaptada e validada para a população portuguesa por Grilo et al. (2014). Esta escala pretende avaliar os cuidados centrados no paciente e pode ser utilizada para avaliar profissionais de saúde de diferentes áreas, assim como pacientes (Grilo et al., 2014). Tem uma escala de resposta tipo *Likert* de seis pontos (1- Concordo completamente a 6 – Discordo completamente), sendo composta por 18 afirmações, de autopreenchimento pelos participantes. Encontra-se dividida em duas subescalas, *Caring* e *Sharing*, com nove afirmações correspondentes a cada uma delas. O *Caring* pretende avaliar se o respondente considera que as expectativas, sentimentos e preferências dos doentes devem ser tidos como determinantes na relação profissional de saúde-utente e no tratamento. Já o domínio *Sharing* pretende avaliar até que ponto o respondente acredita que a informação deve ser partilhada entre o profissional de saúde e o paciente, assim como o poder e o controlo da intervenção/tratamento (Grilo et al., 2014).

Quanto maior o valor obtido, maior é o cuidado centrado no paciente, tendo o autor da escala (Krupat et al., 2000, citado por Grilo et al., 2014) classificado o seu resultado em três grupos: alto:  $score \geq 5,00$ , correspondendo a uma orientação centrada no paciente;

---

<sup>2</sup>IRI (anexo 12)

<sup>2</sup>PPOS (anexo 16)

médio:  $4,57 < score < 5,00$ ; e baixo:  $score \leq 4,57$ , correspondendo a uma orientação mais centrada no profissional de saúde ou na doença.

As propriedades psicométricas da versão portuguesa são muito semelhantes, até um pouco superiores, às encontradas 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., 2014).

No final da intervenção foi também avaliada a satisfação dos participantes com a intervenção, através de um questionário de satisfação<sup>3</sup> elaborado para o efeito, cotado segundo uma escala numérica de 10 pontos (1 – Muito insatisfeito e 10 – Muito satisfeito), de auto-preenchimento pelos participantes do grupo de intervenção, composto por cinco afirmações que avaliam a estrutura, metodologia, conteúdos programáticos, ambiente de aprendizagem e o atingimento dos objetivos propostos.

### **Procedimentos:**

Após a obtenção das devidas autorizações (para utilização dos instrumentos de avaliação (anexos 17 e 18), Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (anexo 19)), procedeu-se à divulgação do estudo *online*, através das redes sociais, grupos profissionais de fisioterapeutas, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, grupo de interesse em condições neurológicas da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, divulgação por *e-mail* para os coordenadores dos serviços de Medicina Física e de Reabilitação da Rede de Unidades de Cuidados Continuados Integrados e da rede de hospitais públicos e privados, que acederam à disponibilização do contacto de e-mail e ainda através da rede de contactos pessoais e profissionais da primeira autora.

---

<sup>3</sup>Questionário de satisfação com a intervenção (anexo 13)

O pedido de informações e a formalização do interesse de inscrição foi executado através do *e-mail* da primeira autora, sendo enviado como resposta um e-mail com uma apresentação do estudo e da intervenção, com o contacto para esclarecimento de questões e o formulário de consentimento informado.

Após a receção do Consentimento Informado<sup>4</sup>, foi disponibilizado o questionário de caracterização sócio-demográfica<sup>5</sup> a todos os interessados. Definiu-se como critério de inclusão a necessidade de se encontrar a reabilitar no momento do treino pacientes com afasia, no sentido de possibilitar a aplicabilidade prática da intervenção. De igual forma definiu-se como critério de exclusão a existência de formação prévia em comunicação clínica/em saúde ou treino de competências de comunicação, de forma a assegurar que os efeitos verificados se devem ao treino e não à formação prévia dos participantes. Depois da verificação dos critérios de inclusão e exclusão, os participantes que cumpriam os critérios para participar no estudo foram contactados e distribuídos, segundo a ordem de inscrição por *e-mail*, alternadamente nos grupos de intervenção e comparação. Após a distribuição pelos grupos foi marcada uma sessão de esclarecimento para cada grupo, *online*, através da plataforma *Zoom* para dar início ao estudo. Nessa sessão foram abordados temas gerais da intervenção, realizada uma pequena introdução acerca da importância da comunicação clínica/em saúde e afasia e efetuado um breve esclarecimento de questões acerca dos instrumentos de avaliação.

Após a sessão de esclarecimento, foram enviados os instrumentos de avaliação da intervenção, assim como uma declaração de compromisso de honra<sup>6</sup>, em que os participantes se comprometiam a não gravar, nem divulgar, a informação constante do programa de treino, sob prejuízo de comprometer os resultados do estudo. Aos

---

<sup>4</sup>Declaração de consentimento informado (anexo 14)

<sup>5</sup>Questionário de caracterização sócio-demográfica (anexo 15)

<sup>6</sup>Declaração de compromisso de honra (anexo 20)

participantes do grupo de comparação foi ainda informado que somente se encontravam em lista de espera para participar na intervenção, ao que todos acederam.

O programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia (*PhysioComm Training Program - PCTP*) teve formato *e-learning*, em modalidade síncrona e assíncrona, com uma carga horária total de 12 horas, distribuídas por quatro módulos, cada um com a duração de três horas, das quais fazem parte uma sessão síncrona, com a duração de uma hora, e uma atividade prática assíncrona, com a duração de duas horas.

Para a realização da intervenção foram utilizadas as plataformas de ensino à distância *Moodle*, para disponibilização da informação e bibliografia de suporte e das atividades práticas assíncronas, e a plataforma de reuniões *online Zoom*, para as sessões síncronas. Os módulos foram lecionados com o intervalo de uma semana, começando sempre pela sessão teórica síncrona.

Na Tabela 2 apresentam-se os objetivos e conteúdos programáticos de cada módulo.

**Tabela 2**

*Descrição do programa de treino PCTP*

<b>Módulo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Descrição da metodologia</b>
<b>Módulo 1:</b> Comunicação Humana e Comunicação Clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir comunicação</li> <li>2. Definir comunicação clínica</li> <li>3. Perceber como se estabelece a relação de comunicação entre os profissionais de saúde e os seus utentes e qual a sua importância na relação terapêutica</li> <li>4. Perceber a importância da comunicação em equipa multidisciplinar na prestação dos cuidados de saúde</li> <li>5. Identificar as barreiras e os fatores que favorecem a comunicação</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A comunicação humana: conceitos teóricos</li> <li>- Tipos de comunicação</li> <li>- Comunicação verbal e não verbal</li> <li>- Comunicação clínica: perspetiva histórica</li> <li>- Conceitos e princípios</li> <li>- Relação de comunicação entre profissional de saúde-paciente</li> <li>- Comunicação interprofissional e interdisciplinar</li> <li>- Barreiras à comunicação</li> <li>- Fatores que favorecem a comunicação</li> </ul>	<p><b>Parte teórica expositiva</b> Apresentação em <i>Powerpoint</i> (investigador responsável) + bibliografia de suporte</p> <p><b>Atividade prática:</b> criação de um caso clínico de comunicação com utente afásico</p>
<b>Módulo 2:</b> Competências de Comunicação Básicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer e definir as competências de comunicação básicas</li> <li>2. Identificar as diferentes competências de comunicação básicas de entrevista clínica</li> <li>3. Definir e descrever o conceito de Empatia</li> <li>4. Conhecer, definir e identificar as</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competências de comunicação básicas: iniciar a sessão, entrevista, recolha de informação, fornecimento de informação, terminar a sessão</li> <li>- Empatia e competências/técnicas de comunicação empática</li> <li>- Comunicação Centrada no Paciente</li> </ul>	<p><b>Parte teórica expositiva</b> Apresentação em <i>Powerpoint</i> (investigador responsável) + bibliografia de suporte</p> <p>Apresentação do caso clínico e esclarecimento de questões</p> <p><b>Atividade prática:</b> Visualização de vídeo</p>

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

diferentes competências e técnicas de comunicação empática  
 5. Definir a comunicação centrada no paciente e identificar as respetivas competências de comunicação

de uma entrevista clínica e identificação das competências de comunicação básicas utilizadas durante a entrevista

---

**Módulo 3:**

Competências de Comunicação Avançadas

1. Saber identificar situações avançadas de comunicação - Estratégias de comunicação com doentes agressivos/em crise
2. Aprender a comunicar com doentes em situação de crise/agressividade - Estratégias de comunicação com doentes impossibilitados de falar
3. Aprender a comunicar com indivíduos impossibilitados de falar - Estratégias de comunicação com indivíduos com demência e alterações cognitivas
4. Aprender a comunicar com indivíduos com demência/alterações cognitivas - Estratégias para comunicação de más notícias
5. Aprender a comunicar más notícias
6. Adquirir e aprofundar conhecimentos em Modelos e Teorias avançadas de comunicação: Suporte para a autonomia; Entrevista Motivacional; Modelo dos 5 A's; Tomada de Decisão Partilhada - Definição e conceitos de Suporte para a Autonomia  
 - Definição e conceitos de Entrevista Motivacional e *Coaching*  
 - Definição e conceitos do Modelo dos 5 A's  
 - Definição e conceitos da Tomada de Decisão Partilhada

**Parte teórica expositiva** Apresentação em *Powerpoint* (investigador responsável) + bibliografia de suporte

**Atividade prática:** Visualização de vídeo com “erros” de comunicação com os pacientes e identificação dos erros e as competências de comunicação adequadas em cada situação

---

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

<b>Módulo 4:</b> Como comunicar com o indivíduo idoso Como comunicar com o indivíduo com afasia	1. Identificar e definir afasia 2. Conhecer os princípios e competências de comunicação com idosos 3. Conhecer os princípios básicos da comunicação com indivíduos com afasia 4. Desenvolver as competências e estratégias de comunicação mais importantes para a comunicação com indivíduos com afasia.	- Definição e conceitos acerca da afasia - Conceitos e competências básicas da comunicação com idosos - Conceitos básicos da comunicação com indivíduos com afasia - Competências e estratégias de comunicação com o indivíduo com afasia (Empatia, Aliança, Dar tempo para responder, Adequação ao sujeito/contexto,	<b>Parte teórica expositiva</b> Apresentação em <i>Powerpoint</i> (investigador responsável e terapeuta da fala) + bibliografia de suporte Discussão do caso clínico com fornecimento de estratégias facilitadoras da comunicação <b>Atividade prática:</b> Atividade de <i>role-play</i> Recolha de informação, Escuta Ativa, com doente simulado, utilizando o caso clínico criado na primeira atividade prática Encorajar/apoiar, Linguagem positiva, Suporte para a autonomia
---	---	--	---

---

Relativamente aos formadores, os primeiros três módulos foram lecionados pela primeira autora, fisioterapeuta, com experiência na reabilitação de pacientes neurológicos, muitos deles com afasia, e que tem dedicado a sua formação e estudo especificamente à área da comunicação clínica/em saúde e especificamente no âmbito das alterações de comunicação e linguagem, com artigos e publicações nesta temática. O último módulo, que abordou a afasia e as estratégias de comunicação com o indivíduo afásico, foi lecionado por um terapeuta da fala com vasta experiência na intervenção e tratamento de indivíduos com afasia e pela primeira autora.

Após o término da intervenção, foram enviados novamente o IRI e PPOS aos participantes dos dois grupos, com prazo de preenchimento e envio de cinco dias. Um mês após o término da intervenção foram enviados novamente o IRI e PPOS aos participantes dos dois grupos, para a avaliação de follow-up.

A análise estatística foi realizada utilizando o *software* Microsoft Excel 14.0 (Office 2010) para Windows® e IBM SPSS Statistics 27.0.1®. Dado o reduzido tamanho da amostra, as pontuações obtidas foram descritas com mediana e usados testes não paramétricos. De facto, com uma amostra tão reduzida não faria sentido testar a normalidade das distribuições. As características dos sujeitos dos dois grupos (comparação e intervenção) foram comparadas com testes de Qui-quadrado e Mann-Whitney no caso da idade e anos de experiência. Foi usado o teste não paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks test* para a comparação dos vários *scores* entre a primeira e segunda avaliação.

Para a comparação dos scores entre os três momentos foi utilizado o teste não paramétrico Friedman. Quando foram encontradas diferenças significativas entre os três momentos em algum dos grupos essas diferenças foram descritas graficamente com boxplots. Foi usado um nível de significância de 5% em toda a análise.

**Resultados:**

Os resultados da comparação entre a primeira e a segunda avaliação apresentam-se na tabela 3.

**Tabela 3**

*Mediana e âmbito interquartil dos scores obtidos na primeira e segunda avaliação*

Escala				1º momento	2º momento	p
				<i>mediana</i>	<i>mediana</i>	
<b>Grupo de comparação</b>						
IRI				2,4	2,2	<b>0,043</b>
IRI	Subescala	Tomada	de	2,6	2,5	0,581
		Perspetiva				
IRI	Subescala	Preocupação		3,2	2,8	0,104
		Empática				
IRI	Subescala	Desconforto	Pessoal	1,5	1,3	0,343
IRI	Subescala	Fantasia		2,7	2,2	0,414
Empatia	Cognitiva			2,6	2,5	0,581
Empatia	Afetiva			2,4	2,1	<b>0,043</b>
PPOS				4,4	4,2	0,345
	PPOS	Subescala	Sharing	4,0	3,8	0,465
	PPOS	Subescala	Caring	4,8	4,6	0,893
<b>Grupo de intervenção</b>						
IRI				2,8	2,9	<b>0,018</b>
IRI	Subescala	Tomada	de	3,2	3,2	0,271
		Perspetiva				
IRI	Subescala	Preocupação		3,5	3,7	0,288
		Empática				
IRI	Subescala	Desconforto	Pessoal	1,3	1,0	0,684
IRI	Subescala	Fantasia		2,5	2,3	0,892
Empatia	Cognitiva			3,2	3,2	0,271
Empatia	Afetiva			2,5	2,5	0,865
PPOS				4,2	4,4	0,058
	PPOS	Subescala	Sharing	3,0	4,0	<b>0,034</b>
	PPOS	Subescala	Caring	4,9	4,8	0,52

Quanto aos resultados da avaliação pré-intervenção, relativamente ao IRI, é possível verificar que todos os *scores* da empatia rondam os valores médios em cada grupo.

Por outro lado, relativamente aos cuidados centrados no paciente, verifica-se que em ambos os grupos os cuidados eram mais orientados para os profissionais de saúde ou para a doença, representando um nível baixo de cuidados centrados no paciente.

Comparando os resultados nos dois momentos de avaliação, verifica-se que no grupo de controlo há uma diminuição estatisticamente significativa no IRI. Por outro lado, no grupo de intervenção, dá-se um aumento estatisticamente significativo no IRI.

Por outro lado, se se analisar individualmente cada sub-escala do IRI, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos, assim como na empatia cognitiva. Contudo, na empatia afetiva verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, com uma diminuição no grupo de comparação. Por outro lado, no grupo de intervenção mantém-se praticamente igual.

Analisando os *scores* relativos à PPOS, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala *Sharing*. No grupo de controlo há uma diminuição não estatisticamente significativa na mediana da PPOS *Sharing*, mas no grupo de intervenção há um aumento estatisticamente significativo. Contudo, no grupo de intervenção o *score* total da PPOS quase que apresenta uma diferença estatisticamente significativa, com um nível de significância de  $p=0,058$ .

Por outro lado, analisando a Tabela 4, onde se apresentam as diferenças observadas entre cada grupo quando comparados os três momentos de avaliação, verifica-se que continua a haver diferenças estatisticamente significativas na empatia,

contudo, desta vez não no *score* total, mas sim no da subescala tomada de perspectiva e, por conseguinte, na empatia cognitiva, assim como se continuam a verificar diferenças estatisticamente significativas na subescala *Sharing*, no grupo de intervenção.

Relativamente ao *score* total do IRI, verifica-se que o aumento verificado da primeira para a segunda avaliação não se manteve na terceira.

No grupo de comparação, da segunda para a terceira avaliação já não se verifica a diminuição estatisticamente significativa no *score* do IRI e da empatia afetiva, contudo, continua a verificar-se uma diminuição, embora não estatisticamente significativa, na subescala *Sharing*.

**Tabela 4:**

*Mediana e âmbito interquartil dos scores obtidos nos três momentos de avaliação*

	1º momento <i>mediana</i>	2º momento <i>mediana</i>	3º momento <i>mediana</i>	<i>p</i>
<b>Grupo de comparação</b>				
IRI	2,4	2,2	2,6	0,074
IRI Subescala Tomada de Perspetiva	2,5	2,5	2,5	0,939
IRI Subescala Preocupação Empática	3,2	2,8	3,2	0,204
IRI Subescala Desconforto Pessoal	1,5	1,3	1,5	0,196
IRI Subescala Fantasia	2,7	2,2	2,3	0,143
Empatia Cognitiva	2,5	2,5	2,5	0,939
Empatia Afetiva	2,4	2,1	2,4	0,091
PPOS	4,5	4,2	3,9	0,165
PPOS Subescala Sharing	4,0	3,8	3,3	0,311
PPOS Subescala Caring	4,7	4,6	4,5	0,846
<b>Grupo de intervenção</b>				
IRI	2,8	2,9	2,8	0,097
IRI Subescala Tomada de Perspetiva	3,2	3,2	3,7	<b>0,040</b>
IRI Subescala Preocupação Empática	3,5	3,7	3,7	0,229
IRI Subescala Desconforto Pessoal	1,3	1,0	1,0	0,846
IRI Subescala Fantasia	2,5	2,3	2,2	0,119
Empatia Cognitiva	3,2	3,2	3,7	<b>0,040</b>
Empatia Afetiva	2,5	2,5	2,5	0,772
PPOS	4,2	4,4	4,3	0,163
PPOS Subescala Sharing	3,0	4,0	4,0	<b>0,026</b>
PPOS Subescala Caring	4,9	4,8	4,9	0,618

Como se pode observar pela análise da tabela acima os efeitos do treino na subescala IRI tomada de perspectiva, que corresponde à empatia cognitiva, no grupo de intervenção, vão aumentando ao longo do tempo. Por outro lado, no grupo de comparação, do primeiro para o segundo momento a empatia cognitiva diminui e depois volta a aumentar no terceiro momento, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Relativamente à subescala *Sharing*, no grupo de intervenção há um efeito significativo de subida entre o primeiro e o segundo momento e que se mantém no terceiro, com diferenças estatisticamente significativas, enquanto que no grupo de comparação há até um ligeiro efeito de descida nesta subescala, embora não significativo.

Por último, foi ainda avaliada a satisfação dos participantes da intervenção com o *PCTP*, tendo-se verificado que 85% dos participantes do grupo de intervenção classificaram como “muito satisfeito” todos os itens avaliados. Somente um dos elementos referiu estar “satisfeito” com os conteúdos programáticos, com o formato *online*, e com a adequação da formação aos objetivos pretendidos.

### **Discussão:**

Os resultados obtidos sugerem que o treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, na intervenção com idosos com afasia se revelou eficaz para a melhoria das competências de empatia e de cuidados centrados ao doente na subescala *Sharing*, contudo nesta última, apesar de se terem encontrado diferenças entre os dois momentos de avaliação, as mesmas não traduziram o aumento das competências para níveis médios ou altos, não tendo ocorrido um incremento de nível na escala PPOS, como seria desejável.

O facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas no domínio do *Caring*, poderá também ter contribuído para que não ocorresse o incremento de nível no *score* total da PPOS no grupo de intervenção. De acordo com Grilo et al., (2014), o domínio do *Caring* é mais complexo e subjetivo, encontrando-se também mais dependente das diferenças culturais dos respondentes, motivo pelo qual poderão não se ter observado diferenças estatisticamente significativas.

Contudo, o facto de se ter verificado uma melhoria estatisticamente significativa nos valores totais da escala IRI e na subescala *Sharing* da PPOS, e tendo em conta que as diferenças no valor total da PPOS no grupo de intervenção entre os dois primeiros momentos de avaliação tem um valor de significância muito próximo dos 0,05, atendendo ao reduzido tamanho amostral, consideram-se os resultados bastante positivos.

Estes resultados são bastante animadores e trazem um acrescento importante à necessidade de melhorar os cuidados centrados no paciente, facilitando assim a decisão partilhada, que tal como demonstrado ao longo do presente artigo se encontram bastante comprometidos nos indivíduos com afasia (Agaronnik et al. 2019, Finch et al., 2017; Kagan et al., 2020; Simmons-Mackie et al., 2007).

Da mesma forma os resultados deste estudo apresentam resultados semelhantes ao verificado no estudo de Queirós et al., (2019a), uma *overview* de revisões sistemáticas com o objetivo de determinar a eficácia de diferentes programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, que verificaram que os treinos se revelaram mais eficazes para a melhoria da empatia, talvez porque se considera que a empatia é das competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos profissionais de saúde em geral, e nos fisioterapeutas em particular, tal como referido por Queirós et al., (2021b).

Por outro lado, o facto de se ter verificado uma diminuição estatisticamente significativa dos valores da IRI no grupo de comparação, quando comparados os dois primeiros momentos de avaliação, também vem reforçar a eficácia do programa de treino, sugerindo que pelo facto dos participantes terem assistido a uma sessão de esclarecimento inicial, onde se apresentaram de forma muito geral a introdução à comunicação clínica e à afasia, os participantes do grupo de comparação, no primeiro momento de avaliação poderiam estar mais sensíveis e alerta para as questões da comunicação com o paciente, contudo como não participaram no treino, com o tempo foram esquecendo essas questões, daí na avaliação seguinte se terem verificado piores resultados. O contrário aconteceu no grupo de intervenção, que viu as suas competências de comunicação melhorarem ao longo do tempo.

Contudo ao analisar os resultados do *follow-up* é possível verificar que apesar dos efeitos do treino se manterem ao longo do tempo no domínio do *Sharing* dos cuidados centrados ao paciente, tendo até melhorado ao nível da subescala tomada de perspectiva e empatia cognitiva, no grupo de intervenção, foi diminuindo no *score* total da IRI, apesar de não com uma diferença estatisticamente significativa.

Já no grupo de comparação a descida estatisticamente significativa observada no *score* total da IRI e na empatia afetiva do primeiro para o segundo momento, não se verificou no terceiro momento de avaliação, tendo até ocorrido uma ligeira subida, mas não estatisticamente significativa, que provavelmente terá alguma correlação com a subjetividade inerente ao autopreenchimento/perceção dos participantes, em parte dependente do estado de ânimo dos respondentes. O facto da IRI apresentar uma grande correlação com a personalidade dos indivíduos, tal como referem Guilera et al. (2019), reforça este aspeto.

Estes achados sugerem que apesar do treino se demonstrar eficaz ao longo do tempo, parece ser necessário alguma continuidade da intervenção, não sendo contudo

possível avaliar qual a periodicidade dessa intervenção, tendo em conta que só ocorreu uma avaliação de *follow-up*, um mês após terminar a intervenção. Para isso seria importante dar continuidade à avaliação das competências ao longo do tempo, tal como sugerem Moore et al. (2018), que reforçam a importância da monitorização dos efeitos do treino ao longo do tempo, com avaliações de *follow-up* mais prolongadas, pois verificaram uma tendência para a diminuição da eficácia seis meses após a intervenção. Também Hurley et al. (2019) reforçam a importância das avaliações de *follow-up* no sentido de determinar a aplicabilidade prática da intervenção.

Tendo em conta que a intervenção decorreu ao longo de quatro semanas, permitindo que nas sessões síncronas os participantes tivessem a oportunidade de partilhar as suas experiências com os utentes durante a semana, de colocar questões, resolver problemas que identificaram, tornou o treino muito mais rico, com a possibilidade de aprendizagem prática em contexto real, tal como evidenciado por Moore et al. (2018), que referem que o treino de competências de comunicação é mais eficaz em contexto real do que em contexto simulado.

Este fator contribuiu em parte para determinar a aplicabilidade prática, de forma subjetiva, contudo seria importante ter avaliado objetivamente a aplicabilidade no treino na prática clínica dos fisioterapeutas, p.e através da avaliação dos resultados dos pacientes, conferindo assim maior poder e evidência aos resultados, considerando-se portanto uma das limitações do presente estudo.

Outro aspeto que contribuiu de forma importante para a avaliação da eficácia do programa foi a definição como critério de exclusão a formação prévia em comunicação clínica/treino de competências de comunicação, sob o prejuízo de reduzir ainda mais o tamanho amostral, contudo foi importante para assegurar que as melhorias observadas se devem ao treino propriamente dito e não ao conhecimento prévio dos participantes.

Os instrumentos escolhidos para a avaliação da eficácia do programa revelaram-se bastante eficazes, tendo permitido cumprir com os objetivos propostos, pois atendendo ao reduzido tamanho amostral foram sensíveis às mudanças existentes, sendo possível observar diferenças estatisticamente significativas mesmo com um tamanho amostral tão reduzido. Estes dados sugerem que os instrumentos selecionados estavam de acordo com os objetivos da intervenção, e são corroborados pela opinião dos peritos em comunicação clínica como demonstrado no estudo de Queirós et al., (2021b), que referem que as competências de comunicação mais importantes a treinar nos fisioterapeutas para a intervenção com idosos com afasia são a empatia, com um consenso de 100% e as competências relacionadas com os cuidados centrados no paciente, competências essas que foram avaliadas especificamente no presente estudo.

Ora, de acordo com o descrito no estudo de Queirós et al. (2019a), a avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação deve compreender a avaliação da melhoria dos resultados dos pacientes, a avaliação da auto-eficácia pelos participantes, a avaliação das competências por parte dos investigadores/avaliadores externos, a avaliação da satisfação dos utentes com a comunicação e ainda avaliação da satisfação dos profissionais com a intervenção. No presente estudo optou-se por avaliar a eficácia do programa somente através de escalas de auto-preenchimento pelos participantes (IRI e PPOS) e associar a avaliação da satisfação dos mesmos com a intervenção. Apesar desta metodologia de avaliação não ser considerada a mais eficaz para a avaliação da eficácia dos programas de treino de competências de comunicação (Banerjee et al., 2017), optou-se pela sua utilização atendendo ao facto de que não se obteve parecer positivo parte das instituições solicitadas, como consequência das medidas vigentes de saúde pública no âmbito da pandemia de COVID-19. Contudo as alterações efetuadas tiveram sempre em conta os objetivos da intervenção e a dificuldade acrescida da avaliação da satisfação com a comunicação nos doentes afásicos, tal como referem (Finch et al. 2017, Kegan et al. 2020).

De acordo com a revisão integrativa realizada por Queirós et al. (2019b) as vantagens da metodologia de avaliação utilizada, exclusivamente com base no autopreenchimento dos participantes, são os baixos custos associados e o facto de estimular a reflexão e um maior envolvimento na comunicação com o paciente, contudo apresenta uma elevada subjetividade e está bastante dependente das experiências prévias dos sujeitos, o que dificulta a correlação entre o treino e a melhoria das competências, daí a importância da avaliação prévia das competências de comunicação, tal como realizado no presente estudo. O facto de terem sido utilizados os mesmos instrumentos de avaliação em todos os momentos, nos dois grupos e da comparação ter sido efetuada em todos os momentos também fornece maior consistência ao estudo. Queirós et al. (2019b), referiram ainda que o recurso à avaliação através de escalas de auto-preenchimento por parte dos participantes, apesar de uma avaliação um pouco subjetiva e dependente das experiências dos sujeitos, são um contributo importante na medida em descrevem o modo de agir e pensar dos participantes o que vai refletir o seu comportamento.

Outro aspeto que pode ter contribuído para os resultados positivos do estudo é o facto de ter sido definido como critério de inclusão a necessidade de estar no momento da intervenção a tratar utentes com afasia, no sentido de possibilitar a aplicação na prática dos conteúdos e das competências treinadas. As sessões síncronas, de curta duração, permitiram envolver os participantes e motivá-los, facilitando a partilha de experiências e o rápido e fácil esclarecimento de questões diretamente com o formador. As atividades práticas diversificadas, com a visualização de vinhetas clínicas diferentes e incluindo uma atividade de *role-play* foram essenciais para permitir a aplicação na prática dos conteúdos teóricos apresentados, consolidando assim os conhecimentos e permitindo a sua prática sempre que os formandos o entendessem, tal como verificado por Grilo et al., (2012) e de acordo com as orientações da Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS, 2021). Estas vantagens permitem tornar o treino mais motivador e interativo, daí provavelmente o grau de satisfação dos

participantes com o treino ter sido tão elevado. No geral os participantes consideraram que o treino foi de acordo com os objetivos individuais, que o ambiente das sessões síncronas foi agradável, que a carga horária foi adequada e de acordo com os objetivos e conteúdos programáticos e ficaram bastante satisfeitos com o formato *e-learning*. Estes achados reforçam a utilidade e aplicabilidade deste programa para a melhoria das competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia.

Assim, o programa de treino desenvolvido fornece um contributo importante para o desenvolvimento das competências de comunicação dos fisioterapeutas, em particular, mas de todos os profissionais de saúde em geral, que lidam na sua prática clínica com indivíduos idosos com afasia.

Em especial para o percurso formativo dos fisioterapeutas revelou-se uma mais-valia atendendo a que o treino de competências de comunicação para fisioterapeutas é ainda pouco frequente (Queirós et al., 2019a, 2020), sendo, no âmbito específico da afasia praticamente inexistente (Queirós et al., 2021a).

Uma das principais limitações do presente estudo é o reduzido tamanho amostral, não sendo por isso considerado um estudo experimental, tal como previsto inicialmente, sendo considerado um estudo do tipo *proof of concept* (Miola & Miot, 2021). Um dos fatores que possivelmente contribuiu, em parte, para esta situação poderá ter sido a eventual exaustão dos profissionais de saúde, neste contexto de pandemia, que decorre há quase dois anos, o que faz com os profissionais de saúde, em geral, estejam desgastados e extremamente cansados (Carmassi et al., 2020; Gomez-Salgado et al., 2021; Trumello et al., 2020), motivo pelo qual poderão estar menos motivados e menos disponíveis para investir na sua formação, agravado ainda pelo facto da presente formação decorrer em horário pós-laboral e distribuída por quatro semanas, condicionando durante um tempo considerável as rotinas dos participantes em contexto

pós-laboral. Para isso seria necessário mais tempo para divulgação e marcação das sessões, com maior flexibilidade de tempo e horários, assim como, se possível com apresentação do curso de forma presencial, realizado por exemplo durante o horário laboral dos participantes e que envolvesse também a avaliação dos pacientes e da avaliação da comunicação com os mesmos, em contexto real, através da avaliação por avaliadores externos.

A opção por *online* podendo, por um lado comprometer o poder da avaliação e os resultados, revelou-se essencial na medida em que permitiu o desenvolvimento de um programa de treino em formato *e-learning*, que tal como verificado na análise comparativa documental realizada por Queirós et al., (2021a), é bastante menos frequente, sendo uma mais-valia pois é acessível a todos os fisioterapeutas portugueses, independentemente da sua localização geográfica, com baixos custos associados, na medida em que não são necessárias deslocações, e com um sistema de aprendizagem mais flexível, com o desenvolvimento das atividades práticas geridas pelos participantes (Camargo et al., 2020).

Considera-se então que o presente estudo foi fundamental como ponto de partida para o desenvolvimento de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas no âmbito da comunicação com indivíduos afásicos, permitindo perceber quais as competências mais importantes a desenvolver e de que forma as desenvolver, através da identificação das limitações e fragilidades do estudo, assim como dos pontos fortes e favoráveis, nomeadamente a satisfação dos participantes com a intervenção, a aplicabilidade prática dos instrumentos, contudo com algum grau de subjetividade, e a adequação dos conteúdos programáticos e metodologia de treino aos objetivos da intervenção, tal como enunciado por todos os participantes da intervenção.

## **Conclusão:**

O programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, especificamente na intervenção com indivíduos idosos com afasia revelou-se eficaz na melhoria das competências de empatia e da subescala *Sharing*, dos cuidados centrados ao paciente, sendo resultados bastante promissores tendo em conta o reduzido tamanho amostral. Todos os participantes ficaram no geral bastante satisfeitos com a intervenção.

Considera-se que umas das principais limitações do estudo residem no seu reduzido tamanho amostral e na avaliação da eficácia somente através da auto-perceção dos participantes, sem incluir p.e a avaliação dos resultados dos pacientes, que poderia maior evidência à intervenção. Relativamente à avaliação de *follow-up*, seria recomendável a utilização de um instrumento que permitisse avaliar objetivamente a aplicabilidade prática das competências de comunicação treinadas, assim como seria recomendável uma avaliação de *follow-up* mais prolongada, de forma a determinar a eventual necessidade de reforço da intervenção ao longo do tempo e qual a sua periodicidade.

Sugere-se no futuro o desenvolvimento de estudos especificamente para avaliar a aplicabilidade prática das competências treinadas nos programas de treino, na prática clínica.

No contexto específico da afasia seria também importante adaptar e validar um instrumento que facilitasse a avaliação da satisfação com a comunicação ou da acessibilidade comunicativa para indivíduos com afasia, p.e o CAMS (*Communicative Access Measures for Stroke*) (Kagan et al., 2017), para a população portuguesa, de forma a ser possível determinar se o treino dos profissionais de saúde se traduz na melhoria dos *outcomes* dos indivíduos com afasia.

Sugerem-se ainda estudos que determinem as metodologias de avaliação mais adequadas e de normalização/protocolos de avaliação, de forma a sistematizar a avaliação da eficácia dos programas, especificamente para fisioterapeutas, com uma intervenção de caráter sobretudo prático, como já acontece na classe médica, p.e. com o instrumento OSCE.

### **Referências:**

- Abaraogu, U. O., Aguji, K. R., Duru, D. O., Okafor, U. C., Ezeukwu, A. O., & Igwe, S. E. (2019). Physiotherapist-patient communication in entry-level physiotherapy education: A national survey in Nigeria. *Hong Kong physiotherapy journal : official publication of the Hong Kong Physiotherapy Association Limited* = *Wu li chih liao*, 39(1), 77–87. <https://doi.org/10.1142/S1013702519500070>
- 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>
- Ann Jarvis, M., & Smith, L. (2021). Distanced behind the mask: The use of non-verbal communication when counselling the elderly during the COVID-19 pandemic. *Health SA = SA Gesondheid*, 26, 1665. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1665>
- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>
- Barcellos, G.B. (2019). *Comunicação entre os profissionais de saúde e segurança do paciente*. 2ª edição. Segurança do paciente: criando organizações seguras, 144-163. Editora Fiocruz

- 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>
- 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*, 75, e2286. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2286>
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- 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>
- 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/rjcpr.2018.1.252>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44, 113-126.

- Finch, E., Cameron, A., Fleming, J., Lethlean, J., Hudson, K., & McPhail, S. (2017). *Does communication partner training improve the conversation skills of speech-language pathology students when interacting with people with aphasia?*. *Journal of communication disorders*, 68, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.05.004>
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V., & Ruiz-Frutos, C. (2021). Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 29(5), 1016–1025. <https://doi.org/10.1111/jonm.13239>
- Grilo, A. M. (2012) . Ensino de Competência Comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de educación superior*, 3(7): 93–112. <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101>
- 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. (2014). 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>
- Guilera, T., Batalla, I., Forné, C., & Soler-González, J. (2019). Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 19(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1485-2>

Haselbach D, Renggli A, Carda S, Croquelois A. (2014). Determinants of neurological functional recovery potential after stroke in young adults. *Cerebrovascular disease extra*, 4(1):77–83. <https://doi.org/10.1159/000360218>.

Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(1 Suppl), S86–S95. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.028>

Hurley, D. A., Keogh, A., McArdle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinsky, T., & Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: Pre-post study. *Journal of medical internet research*, 21(3), e11123. <http://doi.org/10.2196/11123>

Kagan, A., Shumway, E., & MacDonald, S. (2020). Assumptions about decision-making capacity and aphasia: ethical implications and impact. *Seminars in speech and language*, 41(3), 221–231. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712115>

Kagan A, Simmons-Mackie N, Victor JC, Chan M (2017). Communicative access measures for stroke: development and evaluation of a quality improvement tool. *Archives of physical medicine rehabilitation*, 8(11):2228-2236.e5. doi: 10.1016/j.apmr.2017.04.017. Epub 2017 May 20. PMID: 28535978.

Knollman-Porter, K., & Burshnic, V. L. (2020). Optimizing effective communication while wearing a mask during the COVID-19 pandemic. *Journal of gerontological nursing*, 46(11), 7–11. <https://doi.org/10.3928/00989134-20201012-02>

- Krupat, E., Carter M. 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>
- Loureiro, E. Cavaco, A., & 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Menegotto E, Konkiewitz E. (2010). Neurobiologia da Linguagem e Afasias. In: *Tópicos em Neurociência Clínica* [e-book].  
<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/2656>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an

interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8, 3.  
<https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>

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>

Miola, A. C. & Miot, H. A. (2021). P-value and effect-size in clinical and experimental studies. *Jornal vascular brasileiro*, 20:e20210038. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210038>

Mooney, A., Beale, N., & Fried-Oken, M. (2018). Group Communication Treatment for Individuals with PPA and Their Partners. *Seminars in speech and language*, 39(3), 257–269. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1660784>

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>

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

Queirós, S., Meneses, R.F., Couto, G., Santos, L. (2019a, 4-6 setembro). *O treino de competências de comunicação é eficaz? Livro de atas do XV Congresso Internacional de Psicopedagogía, disponível em <https://congresso-xvvp.asocip.com/index.php/es/programacion/actas-del-congreso> (a)*

- Queirós, S., Meneses, R.F., Couto, G., Santos, L. (2019b). Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde. *Revista AL PSI, Revista de investigação em psicologia do algarve*, 2(1), 201-214. ISSN – 2184-3708
- Queirós, S., Santos, L. A., Meneses, R. F., Couto, G. (2020). Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas. *Revista comunicação pública* 15(29). <http://journals.openedition.org/cp/11357>
- Queirós, S., Meneses, R.F., Couto, G. (2021a, novembro 5-6). *Formar fisioterapeutas para comunicar: estudo de análise comparativa documental*. [Poster]. XI Congresso Nacional de Fisioterapeutas (online), Lisboa, Portugal. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15308.49286>
- Queirós, S., Santos, L. A., Couto, G., Meneses, R. F. (2021b, 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://doi.org/10.13140/RG.2.2.32767.28326>
- Santos, MC; Grilo, A., Andrade, G.; Guimarães, T.; Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol Tem(10):* 47-57
- Schlögl, M., & A Jones, C. (2020). Maintaining our humanity through the mask: mindful communication during COVID-19. *Journal of the american geriatrics society*, 68(5), E12– E13. <https://doi.org/10.1111/jgs.16488>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel Edições Técnicas.

Simmons-Mackie, N.N.; Kagan, A.; Christie, C.O; Huijbregts, M. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*. 21(1): 39- 66. <https://doi.org/10.1080/02687030600798287>

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

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/>

Stans, S., Dalemans, R., Roentgen, U. R., Smeets, H., & Beurskens, A. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(5), 848–857. <https://doi.org/10.1111/hex.12679>

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and Non-Frontline Professionals. *International journal of environmental research and*

*public health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

Turner, D. A., Fleming, G. M., Winkler, M., Lee, K. J., Hamilton, M. F., Hornik, C. P., Petrillo-Albarano, T., Mason, K., Mink, R., & Education in Pediatric Intensive Care Investigators (2015). Professionalism and communication education in pediatric critical care medicine: The learner perspective. *Academic pediatrics*, 15(4), 380–385

## CONCLUSÃO

O presente projeto de doutoramento permitiu atingir os objetivos inicialmente propostos, tendo permitido desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, no sentido de melhorar a sua comunicação com indivíduos idosos com afasia.

Neste sentido a primeira parte do projeto permitiu identificar os programas de treino existentes destinados a fisioterapeutas, em que contexto, quais as metodologias de treino, as metodologias de avaliação da eficácia e as competências treinadas.

Assim identificou-se como metodologia mais frequente a de carácter teórico expositivo e prático com a visualização de vinhetas clínicas, realização de *role-play* e ainda entrevistas com casos reais e/ou simulados. A maioria dos programas identificados são em formato presencial.

Relativamente às competências mais frequentemente treinadas encontram-se a empatia, as questões abertas, o encorajamento e suporte/apoio.

As metodologias de avaliação da eficácia dos programas são muito diversificadas, porém o que importa é estarem de acordo com os objetivos da intervenção e serem avaliadas especificamente as competências a treinar.

A segunda parte do projeto permitiu identificar quais as competências mais importantes a treinar, sendo elas a empatia, a relação/aliança, dar tempo para responder,

adequação ao sujeito/contexto, recolha de informação, escuta ativa, partilha/fornecimento de informação, encorajar/apoiar, linguagem positiva e suporte para a autonomia, competências estas fundamentais para os cuidados centrados ao paciente e na tomada de decisão partilhada.

De igual forma foi possível identificar a oferta formativa disponível em Portugal para fisioterapeutas e quais os objetivos e conteúdos programáticos, somente se tendo identificado 8 formações (pós-graduadas e profissionais) atualmente ou previamente existentes em Portugal e disponíveis através de divulgação *online*.

Por último na terceira parte implementou-se o projeto, num estudo do tipo *Proof of Concept* para perceber a sua aplicabilidade na prática e a sua eficácia. Foi possível concluir que o programa foi, no geral, eficaz na melhoria das competências de empatia e cuidados centrados ao paciente, tendo os participantes ficado muito satisfeitos com o programa, tendo-se observado diferenças estatisticamente significativas após a intervenção e num *follow-up* de um mês na empatia, sobretudo afetiva, e no domínio do *Sharing*, nos cuidados centrados ao paciente, no grupo de intervenção, o que não se verificou no grupo de comparação.

Uma das principais condicionantes ocorridas durante o decorrer do projeto foi a redução do tempo destinado para a fase empírica, provocada pela necessidade, como consequência das restrições decorrentes da pandemia, de alterar o projeto inicialmente autorizado pela Comissão de Ética (CE), que previa o desenvolvimento de um programa de treino em formato presencial, onde eventualmente seria possível proceder à avaliação das competências de comunicação por avaliadores externos e através dos resultados dos pacientes. Apesar de na submissão inicial do projeto à CE, a metodologia de avaliação ainda não se encontrar definida, dado não se encontrarem ainda definidas as competências a treinar, era uma hipótese bastante provável, de acordo com as evidências encontradas no processo de revisão da literatura. Contudo, com o surgimento

da pandemia essas ideias foram abandonadas, como consequência das restrições a longo prazo que se foram verificando.

Por esta razão, tendo-se optado por alterar a metodologia da intervenção, assim como a metodologia de avaliação da mesma, mesmo estando cientes do risco que acarretou a decisão, foi necessário proceder às alterações ao projeto, re-submeter à CE e aguardar pelo parecer, logo o tempo inicialmente previsto e destinado à fase empírica do projeto foi reduzido em um ano. Esta ocorrência comprometeu bastante a fase de divulgação da intervenção e recrutamento dos participantes, fator que contribuiu em grande parte para o reduzido tamanho amostral, assim como limitou a possibilidade de realizar uma avaliação de *follow-up* mais prolongada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaraogu, U. O., Aguji, K. R., Duru, D. O., Okafor, U. C., Ezeukwu, A. O., & Igwe, S. E. (2019). Physiotherapist-patient communication in entry-level physiotherapy education: A national survey in Nigeria. *Hong Kong physiotherapy journal: official publication of the Hong Kong Physiotherapy Association Limited = Wu li chih liao*, 39(1), 77–87. <https://doi.org/10.1142/S1013702519500070>
- 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. (2012). Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 17(1), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>
- Akhbari Ziegler, S., Dirks, T., & Hadders-Algra, M. (2019). Coaching in early physical therapy intervention: the COPCA program as an example of translation of theory into practice. *Disability and rehabilitation*, 41(15), 1846–1854. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1448468>

- Alves, A. I. A. (2011). *Competências Interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade com o utente e em equipa multidisciplinar* [Tese de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. <http://hdl.handle.net/10362/9585>
- American Physical Therapy Association. (2013). *Minimum Required Skills of Physical Therapist Graduates at Entry-Level*. American Physical Therapy Association minimum required skills of physical therapists at entry-level (missouristate.edu)
- American Physical Therapy Association. (2015). Physical Therapist Practice and the Human Movement System. <https://www.apta.org/patient-care/interventions/movement-system-management/movement-system-white-paper>
- Ann Jarvis, M., & Smith, L. (2021). Distanced behind the mask: The use of non-verbal communication when counselling the elderly during the COVID-19 pandemic. *Health SA = SA Gesondheid*, 26, 1665. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1665>
- 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, (Rev.). (2020, setembro 8). *O Perfil de Competências do Fisioterapeuta*. Disponível em: APFisio\_Perfil\_Compert\_Fisio\_rev2020.pdf
- Backman, W. D., Levine, S. A., Wenger, N. K., & Harold, J. G. (2020). Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Clinical cardiology*, 43(2), 196–204. <https://doi.org/10.1002/clc.23267>

- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational behavioral medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>
- 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](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](https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0130)
- Berkhoff, M., Rijssen, H.J., Schellart, A.J.M., Anema, J.R., & Beek, A.J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*, 84(2), 152-162. doi:10.1016/j.pec.2010.06.010
- 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>
- 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>

Brighton, L. J., Koffman, J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Higginson, I. J., & Selman, L. E. (2017). A Systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 417–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.008>

Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic medicine*, 83(1), 37–44. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>

Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Martin H. N., Tattersall, M. H. N., & the CUES Team. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: Evaluation of a communication skills training program. *Psycho-oncology*, 17, 209–218. <http://doi.org/10.1002/pon.1217>

Button, D., Harrington, A., & Belan, I. (2014). E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse education today*, 34(10), 1311–1323. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.002>

Bylund, C. A., Brown, R. F., Ciccone, B. L., Levin, T. T., Gueguen, J. A., Hill, C., & Kissane, D. W. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: Development and evaluation of a workshop. *Patient education and counseling*, 70, 430–436. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.024>

- 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>
- Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Manna, R., Levin, T. T., Parker, P. A., Schofield, E., Li, Y., Bartell, A., Chou, A., Hichenberg, S. A., Dickler, M., & Kissane, D. W. (2018). A rigorous evaluation of an institutionally-based communication skills program for post-graduate oncology trainees. *Patient education and counseling*, *101*(11), 1924–1933. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.026>
- Caplan R. (2019). Epilepsy, language, and social skills. *Brain and language*, *193*, 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2017.08.007>
- 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*, *75*, e2286. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2286>
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, *292*, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Chartered Society of Physiotherapy. (2013). *Physiotherapy Framework: putting physiotherapy behaviours, values, knowledge & skills into practice* [https://www.appn.org.uk/cms/wpcontent/uploads/2015/09/physiotherapy\\_framework\\_condensed\\_](https://www.appn.org.uk/cms/wpcontent/uploads/2015/09/physiotherapy_framework_condensed_)

- Chater, N., & Christiansen, M. H. (2010). Language acquisition meets language evolution. *Cognitive science*, *34*(7), 1131–1157. <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2009.01049.x>
- Christiansen, M. H., & Chater, N. (2008). Language as shaped by the brain. *The Behavioral and brain sciences*, *31*(5), 489–558. <https://doi.org/10.1017/S0140525X08004998>
- Christiansen, M. H., & Kirby, S. (2003). Language evolution: consensus and controversies. *Trends in cognitive sciences*, *7*(7), 300–307. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(03\)00136-0](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(03)00136-0)
- Critical Appraisal Skills Programme (2019). CASP Checklists for Randomized Controlled Trials, Qualitative studies and Cohort studies. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chung, H. O., Oczkowski, S. J., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J. J. (2016). Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, *16*, 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0653-x>
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Lidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A. L., Arnold, R. M., Tulsky, J. A., & Tattersall, M. H. N. (2012). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative medicine*, *27*(3), 236–243. <http://doi.org/10.1177/0269216312449683>
- 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>
- Cömert, M., Zill, J. M., Christalle, E., Dirmaier, J., Härter, M., & Scholl, I. (2016). Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (OSCE)--A systematic review of rating scales. *PloS one*, 11(3), e0152717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152717>
- Conway E.R. & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE communication strategies in dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: a controlled pretest–post-test study. *Journal of clinical Nursing*, 25, 1145–1155. doi: 10.1111/jocn.13134
- 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>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44, 113–126.
- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: a systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ open*, 7(4), e014570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014570>

- Direção Geral de Saúde. (2015). *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R. & Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 51(7), 675–692. doi: 10.1177/0004867417707820
- 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>
- Doyle, F., Doherty, S., Morgan, K., McBride, O., & Hickey, A. (2013). Understanding communication of health information: a lesson in health literacy for junior medical and physiotherapy students. *Journal of health psychology*, 18(4), 497–506. <https://doi.org/10.1177/1359105312446771>
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole-Kelly, K. & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the kalamazoo II report. *Academic medicine*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and ageing*, 48(4), 498–505. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>

European Association for Communication in Healthcare (EACH). *About EACH*.

03.01.2022, About EACH | EACH, European Association for Communication in Healthcare

European Commission. (2013). *European Skills, Competences, Qualifications and Occupations* (ESCO).

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15721&langId=en&>

Fay, N., & Ellison, T. M. (2013). The cultural evolution of human communication systems in different sized populations: usability trumps learnability. *PloS one*, 8(8), e71781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071781>

Fedzechkina, M., Jaeger, T. F., & Newport, E. L. (2012). Language learners restructure their input to facilitate efficient communication. *Proceedings of the national academy of sciences of the united states of america*, 109(44), 17897–17902. <https://doi.org/10.1073/pnas.1215776109>

Finch, E., Cameron, A., Fleming, J., Lethlean, J., Hudson, K., & McPhail, S. (2017). Does communication partner training improve the conversation skills of speech-language pathology students when interacting with people with aphasia?. *Journal of communication disorders*, 68, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.05.004>

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>

- Freimuth, V. S., & Quinn, S. C. (2004). The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American journal of public health, 94(12)*, 2053–2055. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.12.2053>
- Gandomkar, R. (2018). Comparing Kirkpatrick's original and new model with CIPP evaluation model. *Journal of advances in medical education & professionalism, 6(2)*, 94-95.
- García-Rudolph, A., García-Molina, A., Cegarra, B., Opisso, E., Saurí, J., Tormos, J. M., & Bernabeu, M. (2021). Subacute ischemic stroke rehabilitation outcomes in working-age adults: The role of aphasia in cognitive functional independence. *Topics in stroke rehabilitation, 28(5)*, 378–389. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1818479>
- Gasparian, 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>
- Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P. (2018). Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatology international, 38(5)*, 763–775. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4016-2>
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Brandi N., Frisby B. N., & Platt, C., S. (2015). The entry-level physical therapist: A case for COMFORT communication training. *Health communication, 30(8)*, 737–745. <http://doi.org/10.1080/10410236.2014.898014>
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V., & Ruiz-Frutos, C. (2021). Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management, 29(5)*, 1016–1025. <https://doi.org/10.1111/jonm.13239>

- Grilo, A. M. (2012) . Ensino de Competência Comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de educación superior*, 3(7): 93–112. <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101>
- 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], Universidade de Lisboa. <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>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The ochsner journal*, 10(1), 38–43.
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J., George, E., & Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse—patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & lung*, 43(2), 89–98. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>
- 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>
- Haselbach D, Renggli A, Carda S, Croquelois A. (2014). Determinants of neurological functional recovery potential after stroke in young adults. *Cerebrovascular disease extra*, 4(1):77–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000360218>.

- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(1 Suppl), S86–S95. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.028>
- Health and Care Professions Council. (2013). *Standards of proficiency: Physiotherapists*. <https://www.hcpuk.org/globalassets/resources/standards/standards-of-proficiency---physiotherapists.pdf>
- 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>
- Hulsman, R.L., Mollema, E.D., Hoos, A.M, Haes, C.J.M. & Donnison-Speijer, J.D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences. *Medical education*, 38, 813–824.
- Hurley, D. A., Keogh, A., McArdle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinsky, T., & Matthews, J. (2019). Evaluation of an e-learning training program to support implementation of a group-based, theory-driven, self-management intervention for osteoarthritis and low-back pain: Pre-post study. *Journal of medical internet research*, 21(3), e11123. <http://doi.org/10.2196/11123>
- Jaffray, M., Matheson, C., Bond, C. M., Lee, A. J., McLernon, D. J., Johnstone, A., Skea, L., & Davidson, B. (2014). Does training in motivational interviewing for community pharmacists improve outcomes for methadone patients? A

cluster randomised controlled trial. *International journal of pharmacy practice*, 22(1), 4-12. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12049>

Jesus, T. S., & Silva, I. L. (2016). Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: linking communication elements to better rehabilitation outcomes. *Clinical rehabilitation*, 30(4), 315–328. <https://doi.org/10.1177/0269215515585133>

Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Victor, J. C., & Chan, M. T. (2017). Communicative access measures for stroke: development and evaluation of a quality improvement tool. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(11), 2228–2236.e5. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.04.017>

Kagan, A., Shumway, E., & MacDonald, S. (2020). Assumptions about decision-making capacity and aphasia: ethical implications and impact. *Seminars in speech and language*, 41(3), 221–231. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712115>

Kasper, J., Liethmann, K., Heesen, C., Reissmann, D. R., & Geiger, F. (2017). Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions- Preliminary testing of a newly developed module. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(6), 1254–1263. doi:10.1111/hex.12565

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. <http://doi.org/10.1093/ptj/pzx105>

- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse education today*, 89, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>
- Kidd, J., Patel, V., Peile, E., & Carter, Y. (2005). Clinical and communication skills. *Biomedical Journal (Clinical research ed.)*, 330(7488), 374–375. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7488.374>
- Knollman-Porter, K., & Burshnic, V. L. (2020). Optimizing effective communication while wearing a mask during the COVID-19 pandemic. *Journal of gerontological nursing*, 46(11), 7–11. <https://doi.org/10.3928/00989134-20201012-02>
- Konopasek, L., Kelly, K. V., Bylund, C. L., Wenderoth, S., & Storey-Johnson, C. (2014). The group objective structured clinical experience: Building communication skills in the clinical reasoning context. *Patient education and counseling*, 96(1), 79-85. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.003>
- Kreps, G. L. (2014). History of health communication. In T. L. Thompson (Ed.), *Encyclopedia of health communication*, 1, 568–572
- Kreps, G. L., & Maibach, E. W. (2008). Transdisciplinary science: The nexus between communication and public health. *Journal of Communication*, 58, 732–748. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2008.00411.x>
- Kristinsson, S., & Halldorsdottir, T. H. (2021). Translation, adaptation and psychometric properties of the Icelandic stroke and aphasia quality of life scale-39g. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(1), 244–251. <https://doi.org/10.1111/scs.12840>
- Kruijff, P. E., Huisman-Ebskamp, M. W., de Vos, M. L., Jansen, N. E., & Slappendel, R. (2016). Video-Based E-Learning in Communication Skills for Physicians

- Provides Higher Agreement to Tissue Donation. *Transplantation proceedings*, 48(6), 1867–1874.  
<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.04.021>
- Krupat, E., Carter M. 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>
- Lau, Y., & Wang, W. (2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, 33, 1617-1623. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02>
- Leonard. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. *Support care cancer*, 25, (Suppl 1): S7–S9.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-0173635-6>
- Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the advanced nursing process quality, on nurse’s knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing open*, 6, 1269–1280.  
<http://doi.org/10.1002/nop2.299>
- Levinson, W., Lesser, C.S., & Epstein, R.M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*, 29(7), 1310–1318. doi:10.1377/hlthaff.2009.045
- 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>
- 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>

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 Rehabilitation*, 98(9), 1732-1743. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>

Loughland, C., Kelly, B., Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Vamos, M., Outram, S., Levin, T., & on behalf of the ComPsych Investigators. (2015). Improving clinician competency in communication about schizophrenia: A pilot educational program for psychiatry trainees. *Academic psychiatry*, 39(2), 160-164. <http://doi.org/10.1007/s40596-014-0195-7>

Loureiro, E. Cavaco, A., & 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>

Lucot, C.; Koleck, M.; Laurent, K. Darrigrand, B.; Bordes, J. Joseph, P.A.; Dehail, P.J., Mazaux, J.M. La qualité de la vie des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 56, e42–e46; <https://doi.org/XXXX>

- MacDonald-Wicks, L., & Levett-Jones, T. (2012). Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic review. *JBI library of systematic reviews*, 10(28 Suppl), 1–12. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-327>
- Maclean, S., Kelly, M., Geddes, F. & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*, 48, 90-98. doi: 10.1016/j.nedt.2016.09.018
- 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>
- 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>
- Matias, J. I. S. (2017). *Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: Um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve* (Tese de mestrado) Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve e Escola Superior de Tecnologias de saúde de Lisboa

- McCoy, P., Leggett, S., Bhuiyan, A., Brown, D., Frye, P., & Williams, B. (2017). Text Messaging: An Intervention to Increase Physical Activity among African American Participants in a Faith-Based, Competitive Weight Loss Program. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 326. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040326>
- Menegotto E, Konkiewitz E. (2010). Neurobiologia da Linguagem e Afasias. In: Tópicos em *Neurociência Clínica*, Editora UFGD. <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/2656>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8, 3. <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>
- 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>
- Milton, A., Mullan, B., MacCann, C., & Hunt, C. (2018). An evaluation of communication barriers and facilitators at the time of mental health diagnosis: A survey of health professional practices. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(4), 357-368. doi: 10.1017/S2045796016001153
- Mohaupt, J., van Soeren, M., Andrusyszyn, M. A., Macmillan, K., Devlin-Cop, S., & Reeves, S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of interprofessional care*, 26(5), 370–375. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.673512>

- 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), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mooney, A., Beale, N., & Fried-Oken, M. (2018). Group Communication Treatment for Individuals with PPA and Their Partners. *Seminars in speech and language*, 39(3), 257–269. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1660784>
- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Moore, P.M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M. & Lawrie, T.A. (2016). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1–102. [doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3)
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- 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>

- Mota-Cardoso, R.(Coord.). (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. FMUP, Edições Afrontamento, Lda.
- Murray, A. M., 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>
- Nakagawa, S., Fischkoff, K., Berlin, A., Arnell, T. D., & Blinderman, C. D. (2019). communication skills training for general surgery residents. *Journal of surgical education*, 76(5), 1223–1230. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.04.001>
- Norris, M., Eva, G., Fortune, J., Frater, T., & Breckon, J. (2019). Educating undergraduate occupational therapy and physiotherapy students in motivational interviewing: the student perspective. *BMC medical education*, 19(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1560-8>
- 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>
- Pangh, B., Jouybari, L., Vakili, M. A., Sanagoo, A., & Aysheh Torik, A. (2019). The effect of reflection on nurse-patient communication skills in emergency medical centers. *Journal of caring sciences*, 8(2), 75-81. <http://doi.org/10.15171/jcs.2019.011>

- Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD010006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010006.pub2>
- 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>
- Pereira, D.V & Cavaco A.M. (2014). Exploring computer simulation to assess counseling skills amongst pharmacy undergraduates. *Indian journal of pharmaceutical education and research*. 48(1), 17-26. <https://doi.org/10.5530/ijper.48.1.4>
- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shena, J. M., Hammonds, S., Coyle, N., Krueger, C. A., Maloney, E., Zaidera, T., & Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient education and counseling*, 99(4), 610–616. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021>
- 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>

Porto Editora. (2013). *Infopédia - Dicionário online*, disponível em [infopedia.pt](http://infopedia.pt)

Prieur, J., Barbu, S., Blois-Heulin, C., & Lemasson, A. (2020). The origins of gestures and language: history, current advances and proposed theories. *Biological reviews of the Cambridge philosophical society*, 95(3), 531–554. <https://doi.org/10.1111/brv.12576>

Queirós, S., Meneses, R.F., Couto, G., Santos, L. (2019a). Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde. *Revista AL PSI, revista de investigação em psicologia do Algarve*, 2(1), 201-214. ISSN - 2184-3708

Queirós, S., Meneses, R.F., Couto, G., Santos, L. (2019b, 4-6 setembro). *O treino de competências de comunicação é eficaz? Livro de Atas do XV Congresso Internacional de Psicopedagogia*, disponível em <https://congreso-xvgrp.asocip.com/index.php/es/programacion/actas-del-congreso>

Queirós, S., Santos, L. A., Meneses, R. F., Couto, G. (2020). Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas. *Revista Comunicação pública* 15(29), disponível em <http://journals.openedition.org/cp/11357>

Queirós, S., Meneses, R. F., Couto, G. (2021a, novembro 5-6). *Formar fisioterapeutas para comunicar: estudo de análise comparativa documental*. [Poster]. XI Congresso Nacional de Fisioterapeutas (online), Lisboa, Portugal. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15308.49286>

Queirós, S., Santos, L. A., Couto, G., Meneses, R. F. (2021b, 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://doi.org/10.13140/RG.2.2.32767.28326>

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.000000000000119>

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.

Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British journal of general practice : the journal of the royal college of general practitioners*, *59*(561), e116–e133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>

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>

Ross, E. F., & Haidet, P. (2011). Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient*

*education and counseling*, 85(3), 529-532.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.034>

Rouby, P., Hollebecque, A., Bahleda, R., Deutsch, E., Gomez-Rocca, C., Angevin, E., Rouge, T. M., Soria, J. C., & Dauchy, S. (2015). Communication en oncologie dans le cadre d'essais thérapeutiques de phase I: Mise en œuvre et évaluation d'un programme de formation. *Bulletin du cancer*, 102(2), 174-181.  
<http://doi.org/10.1016/j.bulcan.2014.12.013>

Sá-Couto, C., Patrão, L., Maio-Matos, F., & Pêgo, J. (2016). Biomedical Simulation: Evolution, Concepts, Challenges and Future Trends. *Acta médica portuguesa*, 29(12), 860-868. doi: 10.20344/amp.8403

Salmon, C. T., & Poorisat, T. (2020). The Rise and Development of Public Health Communication. *Health communication*, 35(13), 1666–1677.  
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1654180>

Sanders, A., Bensing, J., Magnée, T., Verhaak, P., & de Wit, N. (2018). The effectiveness of shared decision making followed by positive reinforcement on physical disability in the long-term follow-up of patients with nonspecific low back pain in primary care: a clustered randomised controlled trial. *BMC family practice*, 19(102). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0776-8>

Sanson-Fisher, R., Hobden, B., Waller, A., Natalie Dodd, N., & Boyd, L. (2018). Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students: A mapping review. *BMC Medical Education*, 18, 151-158.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-018-1265-4>

Santos, L. A., Queirós, M. S., 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. Disponível em: <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. Disponível em: <https://www.cnft.pt/pt/eposters/181--edelphi-painel-de-peritos-na-identificacao-das-competencias-centrais-de-comunicacao-clinica-em-fisioterapia>

Santos, M.C.C & Grilo, A. M. (2019). Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégias. *Segurança do Paciente: Criando Organizações Seguras*, 164-194. Editora Fiocruz

Santos, M. C.; Grilo, A., Andrade, G.; Guimarães, T.; Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública, Vol Tem(10): 47–57*

Sarkany, D., DeBenedictis, C.M., & Brown, S. D. (2018). A review of resources and methodologies available for teaching and assessing patient-relates communication skills in radiology. *Academic radiology, 25(7), 955-961*.doi:10.1016/j.acra.2017.11.018

- Schlögl, M., & A Jones, C. (2020). Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. *Journal of the american geriatrics society*, 68(5), E12– E13. <https://doi.org/10.1111/jgs.16488>
- Sease, K. K., Rolke, L. J., Forrester, J. E., & Griffin, S. F. (2021). Feedback following a family-focused pediatric weight management intervention: experiences from the new impact program. *Journal of patient experience*, 8, 23743735211008309. <https://doi.org/10.1177/23743735211008309>
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Ramsenthaler, C., Higginson, I. J., & Koffman, J. (2017). The Effect of Communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 404–416.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel Edições Técnicas.
- Shaw, W. S., Woiszwilllo, 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.032>
- Schoenthaler, A., Kalet, A., Nicholson, J., & Lipkin, M., Jr (2014). Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients

with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient education and counseling*, 96(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.006>

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.

Simmons-Mackie, N.N.; Kagan, A.; Christie, C.O; Huijbregts, M. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21(1): 39-66; <https://doi.org/10.1080/02687030600798287>

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12), 1814–1837. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.026>

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

Sinclair, P., Kable, A., & Levett-Jones, T. (2015). The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 52-64. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1919

Sinclair, P. M., Kable, A., Levett-Jones, T., & Booth, D. (2016). The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A

systematic review. *International journal of nursing studies*, 57, 70–81.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.011>

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/>

Stans, S., Dalemans, R., Roentgen, U. R., Smeets, H., & Beurskens, A. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(5), 848–857.  
<https://doi.org/10.1111/hex.12679>

Stiefel, F., Favre, N. &, Despland, J.N. (2006). Communication skills training in oncology: it works! Recent results. *Cancer research*, 168, 113–119.

Stefanelli, M. C. & Carvalho, E. C. (2005). A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Manole.

Subtil, M., Goes, D., Gomes, T., & Souza, M. (2011). O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*, 24(4), 745-753.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>

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>

- Tanzi, S., De Panfilis, L., Costantini, M., Artioli, G., Alquati, S., & Di Leo, S. (2020). Development and preliminary evaluation of a communication skills training programme for hospital physicians by a specialized palliative care service: the 'Teach to Talk' programme. *BMC medical education*, 20(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02275-2>
- 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.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>
- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115- 1145. doi:10.1016/S0025-7125(03)00066-X
- 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>
- Trickey, A.W., Newcomb, A. B., Porrey, M., Wright, J., Bayless, J., Piscitani, F., Graling, P., & Dort, J. (2016). Assessment of surgery residents' interpersonal communication skills: validation evidence for the communication assessment tool in a simulation

environment. *Journal of surgical education*, 73(6), e19–e27. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.04.016>

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

Turner, D. A., Fleming, G. M., Winkler, M., Lee, K. J., Hamilton, M. F., Hornik, C. P., Petrillo-Albarano, T., Mason, K., Mink, R., & Education in Pediatric Intensive Care Investigators. (2015). Professionalism and communication education in pediatric critical care medicine: The learner perspective. *Academic pediatrics*, 15(4), 380–385.

van 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>

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>
- Vora, S., Lineberry, M., & Dobiesz, V. A. (2018). Standardized patients to assess resident interpersonal communication skills and professional values milestones. *The western journal of emergency medicine*, 19(6), 1019–1023. <https://doi.org/doi:10.5811/westjem.2018.8.37204>
- Ward, H., Card, S. E., Chipperfield, D., Sheppard, S. M., Bulk, F., & Giesbrecht, W. (2016). Interprofessional skills learning guide: a multimedia e-book for small-Group or individual learning. *MedEdPORTAL : the journal of teaching and learning resources*, 12, 10425. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10425](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10425)
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Buller, H. (2018). COMFORTTM SM communication for oncology nurses: Program overview and preliminary evaluation of a nationwide train-the trainer course. *Patient education and counseling*, 101(3), 467–474. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.012>
- Włoszczak-Szubzda, A., & Mirosław, J. (2013). Professional communication competences of physiotherapists: practice and educational perspectives. *Annals of agricultural*

*environmental medicine*, 20(1), 189-194.

<https://www.researchgate.net/publication/236091606>.

World Physiotherapy. (2021). *Physiotherapist education framework*

Physiotherapist- [education-framework-FINAL.pdf \(world.physio\)](#)

Zuscak, S. J., Peisah, C., & Ferguson, A. (2016). A collaborative approach to supporting communication in the assessment of decision-making capacity. *Disability and rehabilitation*, 38(11), 1107-1114.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1092176>

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Primeira página do Artigo 1

03/01/22, 19:22

Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas



# Comunicação Pública

Vol.15 nº 29 | 2020

Número com dossiê temático

DOSSIÊ TEMÁTICO: Comunicar a saúde - fundamentos e práticas para uma melhor saúde

---

## Avaliação de programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas

*Physiotherapists' communication skills programs assessment*

SÍLVIA CRISTINA MONTEIRO QUEIRÓS\*, LEONOR DUARTE ALMEIDA SANTOS\*\*, RUTE F. MENESES\*\*\* E GERMANO COUTO\*\*\*\*

<https://doi.org/10.4000/cp.11357>

## Anexo 2 – Primeira página do Artigo 2



### **XV CONGRESO INTERNACIONAL GALLEGO-PORTUGUÉS DE PSICOPEDAGOGÍA**

4, 5 y 6 de septiembre de 2019, A Coruña, España  
Asociación Científica Internacional de Psicopedagogía (ACIP)  
Universidade da Coruña, Universidade do Minho

O treino de competências de comunicação para profissionais de saúde é eficaz?

Is communication skills training for healthcare professionals effective?

Sílvia Queirós, (<https://orcid.org/0000-0002-2341-8210>)\*, Leonor Santos  
(<https://orcid.org/0000-0002-5695-3666>)\*\*, Rute F. Meneses (<https://orcid.org/0000-0002-7189-3139>)\*\*\*, Germano Couto (<https://orcid.org/0000-0002-5423-7375>)\*\*\*\*

\*FCS-Universidade Fernando Pessoa/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

\*\*FCS/HE-Universidade Fernando Pessoa

\*\*\*FCHS/CTEC/OLD/FP-B2S/HE-Universidade Fernando Pessoa

\*\*\*\*FCS-Universidade Fernando Pessoa, Cintesis

Nota dos autores

Contacto do autor:

Sílvia Queirós

FCS-Universidade Fernando Pessoa/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

e-mail:[silviacqueiros@gmail.com](mailto:silviacqueiros@gmail.com)

## **Anexo 3 – Primeira página Artigo 3**

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

### **MODELOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE**

Sílvia Queirós<sup>1</sup> (✉ silviaqueiros@gmail.com), Leonor Santos<sup>2</sup>, Rute F. Meneses<sup>3</sup>, &  
Germano Couto<sup>4</sup>

<sup>1</sup>FCS, Universidade Fernando Pessoa/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,  
Portugal

<sup>2</sup>FCS/HE, Universidade Fernando Pessoa, Portugal

<sup>3</sup>FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Portugal

<sup>4</sup>FCS/ESS, Universidade Fernando Pessoa, Cintesis, Portugal

**Anexo 4 – Primeira página Artigo 4**



AL PSI, Revista de Investigação em Psicologia do Algarve, 2019, 2(1), 201-214.  
ISSN - 2184-3708

**Metodologias de avaliação das competências de comunicação em saúde**

*Health communication skills assessment methodologies*

*Sílvia Queirós<sup>1</sup>, Leonor Santos<sup>2</sup>, Rute F. Meneses<sup>3</sup> & Germano Couto<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>FCS-Universidade Fernando Pessoa/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, <sup>2</sup>FCS/HE-Universidade Fernando Pessoa,

<sup>3</sup>FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S-Universidade Fernando Pessoa,

<sup>4</sup>FCS/ESS-Universidade Fernando Pessoa, Cintesis

## **Anexo 5 – Primeira página Artigo 5**

**As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia:**

### **Estudo Delphi**

Physical therapists communication skills in intervention with elderly people with aphasia:

Delphi Study

Sílvia Cristina Monteiro Queirós<sup>1</sup>

Leonor Duarte Almeida Santos<sup>2</sup>

Germano Rodrigues Couto<sup>3</sup>

Rute Flávia Meneses Mondim Pereira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Porto, Portugal

<sup>2</sup> Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde( FCS). Instituto Politécnico do Porto (CP/ESS). Porto, Portugal

<sup>3</sup> Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde (FCS/ESS), Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (Cintesis). Porto, Portugal

<sup>4</sup> Universidade Fernando Pessoa (UFP). Porto, Portugal

## Anexo 6 – Formulário online 1ª ronda E-Delphi

# As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem

No âmbito do projeto de doutoramento intitulado: "As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem" pretende-se desenvolver um Estudo Delphi (painel de peritos), com o objetivo de perceber quais as competências de comunicação que os fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem devem possuir e desenvolver. O estudo será desenvolvido em várias etapas, sendo lançada a pergunta da primeira ronda, e de acordo com as respostas obtidas, serão formuladas as questões para as rondas seguintes. O número de rondas está dependente da obtenção do consenso pelo painel de peritos.

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).

---

\*Obrigatório

1. Declaro que fui devidamente informado da natureza, objetivos e da metodologia \* do estudo, aceitando de livre e espontânea vontade participar no mesmo

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

2. Idade \*

---

3. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

4. Habilitações académicas \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mestrado

Doutoramento em curso

Doutoramento

5. Profissão \*

\_\_\_\_\_

6. Anos de experiência profissional como formador em comunicação clínica/em \*  
saúde

\_\_\_\_\_

7. Número de artigos publicados no âmbito da comunicação clínica/em saúde nos \*  
últimos 5 anos

\_\_\_\_\_

**1ª Ronda:  
pergunta de  
partida**

Nesta fase é importante que a resposta seja o mais  
detalhada e informativa possível

8. Como perito em comunicação clínica, no âmbito do exercício profissional dos fisioterapeutas, quais as competências de comunicação que estes devem possuir?

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## Anexo 7

# As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem-2ª ronda

Este questionário corresponde à segunda ronda do Estudo Delphi "As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem." Tem como objetivo melhorar o grau de convergência de opiniões entre os membros do painel de peritos que participaram na primeira ronda deste Estudo Delphi, que apresentou uma taxa de participação de 90% (19 em 21), sendo possível, após a análise de conteúdo das respostas, identificar 29 competências de comunicação, sem que fosse possível chegar a um consenso.

Tendo participado como perito na primeira ronda do estudo convido-o agora a participar nesta ronda pelo que, caso aceite participar, agradeço a resposta a este questionário, que estará disponível por um período máximo de 2 semanas. Após o término desta fase, serão analisadas as respostas e formulada(s) a(s) pergunta(s) da terceira ronda, se necessário, e assim sucessivamente até à obtenção de um consenso.

A sua participação é voluntária, tendo o direito de recusar em qualquer momento, sem prejuízo pessoal. As respostas serão confidenciais e guardadas em local seguro durante a pesquisa e destruídas após a sua conclusão, apresentações e publicações científicas, e utilizadas única e exclusivamente para o estudo em causa.

Importa ainda informar que a solicitação do seu email tem como única finalidade, saber que peritos responderam à segunda ronda e seguem para a seguinte, se necessário.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir, antes, durante ou após a conclusão do estudo, através do email:

[silviacqueiros@gmail.com](mailto:silviacqueiros@gmail.com).

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Queirós

---

\*Obrigatório

1. Email \*

---

Instruções de preenchimento

Deste questionário fazem parte duas questões, sendo que com a primeira pretende-se classificar as competências de comunicação apresentadas consoante a sua importância no âmbito da intervenção do fisioterapeuta com idosos com alterações de linguagem, através de uma escala tipo Likert de 5 pontos. Na segunda questão pretende-se que, da lista de 29 competências identificadas, selecione as 10 que entende serem mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, também na intervenção específica com idosos com alterações de linguagem.

A importância das competências de comunicação no exercício profissional do fisioterapeuta, com idosos com alterações de linguagem

As competências de comunicação apresentadas foram identificadas através da análise de conteúdos das respostas da primeira ronda.

2. Classifique qual a importância de cada competência de comunicação apresentada no \*  
exercício profissional do fisioterapeuta, com idosos com alterações de linguagem

Marcar apenas uma oval por linha.

	1-Nada importante	2- Pouco importante	3- Moderadamente importante	4- Importante	5- Muito important
<b>Empatia (capacidade individual de inferir um estado a partir de outro. Perceber o estado do outro, fornecendo resposta e/ou reagindo adequadamente à situação)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Interpretação (dar ou acrescentar sentido a algo que foi expresso. Perceber o conteúdo da mensagem transmitida/recebida)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Partilha/ Fornecimento de informação (expôr 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)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Recolha de informação (recolher informação de forma articulada com sequência lógica. Obter informações precisas e amplas que permitam orientar para um diagnóstico ou</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

caracterizar um problema)					
<b>Adequação ao sujeito/contexto</b> (ajustar e adaptar ações, pensamentos, comportamentos, discurso e metodologias de tratamento à situação específica do utente e do contexto, por ex.: idade, cultura, situações adversas como o luto, agressividade, internamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Negociação</b> (estabelecer acordos e consensos com utente, familiares e outros profissionais de saúde. Tentar chegar a resultados positivos para ambas as partes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Relação/Aliança (</b> 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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Escuta Ativa</b> (ouvir, escutar, prestar atenção, atribuir significado e dar retorno demonstrando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

interesse e disponibilidade)					
<b>Suporte para a autonomia</b> (incentivar, apoiar e motivar os utentes a se envolverem no seu processo de recuperação/tratamento, tornando a sua intervenção o mais autónoma possível)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Explicitação/ Clarificação</b> (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...")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Toque</b> (estímulo táctil produzido pelo contacto pessoal, p. ex.: para recolher informação, realizar uma intervenção, testemunhar compreensão, demonstrar que está a escutar, cumprimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Linguagem corporal</b> (adequar os componentes da linguagem não verbal de forma a transmitir a informação desejada, em coerência com a verbal, por ex.: distância, posicionamento,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

olhar, expressões faciais, gesticulação)					
<b>Encorajar/Apoiar</b> (dirigir o discurso de forma a motivar o utente, fazer com que se sinta sempre apoiado, independentemente da sua decisão/comportamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Permitir o silêncio</b> (pausa na comunicação. Tempo de reflexão, de escuta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sociais</b> (facilitar a socialização e boa convivência, como por ex.: cumprimentar, chamar pelo nome, deixar o utente confortável)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Linguagem positiva</b> (utilizar termos linguísticos de associação positiva de forma a motivar e levar a transmissão das ideias de forma positiva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Assertividade</b> (expressar/defender determinada ideia, de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios do outro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Dar tempo para responder</b> (saber aguardar e dar tempo ao utente para que organize o discurso e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

se expresse . Não pressionar o utente a responder, não interromper nem antecipar ou se sobrepor à sua resposta)

**Imparcialidade**  
(manter-se neutro, não tirar partido de uma parte relativamente a outra)

**Reformulação** (dizer de outra maneira o que se acabou de ouvir, de forma mais clara e objetiva, para esclarecer e facilitar a compreensão)

**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)

**Focalização**  
(destacar a ideia principal e manter o fluxo da comunicação dirigido para um objetivo específico)

**Práticas reflexivas**  
(auto-reflexão acerca dos próprios pensamentos e comportamentos no sentido de avaliar as suas práticas e melhorá-las)

**Paralinguagem**  
(capacidade de modular características do

significante, por ex.:  
cadência, pronúncia,  
tom, volume, ritmo da  
fala)

**Observação**  
(observar  
atentamente o meio,  
atitudes e  
comportamentos do  
utente e outros  
interlocutores de  
forma a retirar  
informação adicional)

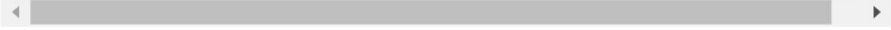
**Linguagem  
acessível/  
compreensível**  
(utilizar vocabulário  
com um significado  
comum, para a  
mensagem ser  
apreendida e  
compreendida pelo  
utente)

**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))

**Feedback** (processo  
verbal e não-verbal  
pelo qual se informa  
o outro acerca das  
suas perceções,  
pensamentos,  
sentimentos,  
necessidades e  
desejos)

**Exploração** (recolha  
de mais informação  
sobre determinada  
situação/problema,

investigar áreas da vida do utente como por ex.: comportamentos, pensamentos, emoções)



3. Da lista abaixo apresentada seleccione as 10 competências de comunicação que \* entende serem mais importantes desenvolver para o exercício profissional do fisioterapeuta que trabalha com idosos com alterações de linguagem.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Empatia
- Interpretação
- Partilha/Fornecimento de informação
- Recolha de informação
- Adequação ao sujeito/contexto
- Negociação
- Relação/Aliança
- Escuta Ativa
- Suporte para a autonomia
- Explicitação/Clarificação
- Toque
- Linguagem corporal
- Encorajar/Apoiar
- Permitir o silêncio
- Sociais
- Linguagem positiva
- Assertividade
- Dar tempo para responder
- Imparcialidade
- Reformulação
- Sumarização/Síntese
- Focalização
- Práticas reflexivas
- Paralinguagem
- Observação
- Linguagem acessível/compreensível
- Validação
- Feedback
- Exploração

Referências

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

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## Anexo 8

# As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem - 3ª ronda

Após a análise das respostas à segunda ronda do Estudo Delphi, e tendo obtido um empate relativamente à listagem das 10 competências mais importantes, será necessária uma terceira ronda, com o objetivo de melhorar o grau de convergência entre as respostas dos peritos.

Tendo participado como perito na segunda ronda do estudo convido-o agora a participar nesta ronda pelo que, caso aceite participar, agradeço a resposta a este questionário, que estará disponível pelo período de 1 semana. Após o término desta fase, serão analisadas as respostas e formulada(s) a(s) pergunta(s) da quarta ronda, se necessário, e assim sucessivamente até à obtenção de um consenso.

A sua participação é voluntária, tendo o direito de recusar em qualquer momento, sem prejuízo pessoal.

Importa ainda informar que a solicitação do seu email tem como única finalidade saber que peritos responderam à terceira ronda e seguem para a seguinte, se necessário.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir, antes, durante ou após a conclusão do estudo, através do email: [silviacqueiros@gmail.com](mailto:silviacqueiros@gmail.com).

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Queirós

---

\*Obrigatório

1. Email \*

---

2. Das competências de comunicação apresentadas indique as duas que considera mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Toque
- Suporte para a autonomia
- Permitir o silêncio
- Linguagem positiva
- Sumarização/síntese

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## Anexo 9

# As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem - 4ª ronda

Após a análise das respostas à terceira ronda do Estudo Delphi, e tendo obtido um empate em duas das competências de comunicação listadas, será necessária uma quarta ronda, com o objetivo de proceder a um desempate.

Tendo participado como perito na terceira ronda do estudo convido-o agora a participar nesta ronda pelo que, caso aceite participar, agradeço a resposta a este questionário, que estará disponível pelo período de 1 semana. Após o término desta fase, serão analisadas as respostas e formulada(s) a(s) pergunta(s) da quinta ronda, se necessário, e assim sucessivamente até à obtenção de um consenso.

A sua participação é voluntária, tendo o direito de recusar em qualquer momento, sem prejuízo pessoal.

Importa ainda informar que a solicitação do seu email tem como única finalidade saber que peritos responderam à quarta ronda e seguem para a seguinte, se necessário.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir, antes, durante ou após a conclusão do estudo, através do email:

[silviacqueiros@gmail.com](mailto:silviacqueiros@gmail.com).

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Queirós

---

\*Obrigatório

1. Email \*

---

2. Das competências de comunicação apresentadas indique a que considera mais \* importante desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem

*Marcar apenas uma oval.*



Toque

Suporte para a autonomia

## Anexo 10

The screenshot displays a user interface for managing submissions. At the top, there is a 'Submissions' header. Below it, two tabs are visible: 'My Queue' with a notification badge showing '1', and 'Archives'. The main content area is titled 'My Assigned' and includes a search bar with a magnifying glass icon and the text 'Search'. Below the search bar, a submission entry is listed with the ID '27275' and the name 'Queirós'. The title of the submission is 'Training to Communicate Effectively : Documentary Comparative Analysis of the Portuguese Training Offer'. To the right of the title, there is a 'Review' button with a yellow circle icon. At the bottom right of the entry, there is a user icon and the text '1/6'.

## Anexo 11

Action 	Title 
Action Links	PhysioComm Training Program: communication skills training program for physical therapists in the context of aphasia.

## Anexo 12

### IRI – Índice de Reactividade Interpessoal

Mark Davis, 1983<sup>1</sup>

Adaptação portuguesa de Teresa Limpo, Rui A. Alves e São Luís Castro, 2010<sup>2</sup>

Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Idade: __ anos
---

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. Obrigado.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Não me descreve bem				Descreve-me muito bem

- \_\_\_\_\_ 1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu.
- \_\_\_\_\_ 2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros.
- \_\_\_\_\_ 3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas.
- \_\_\_\_\_ 4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.
- \_\_\_\_\_ 5. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva.
- \_\_\_\_\_ 6. Habitualmente mantenho a objectividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo.
- \_\_\_\_\_ 7. Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.
- \_\_\_\_\_ 8. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.
- \_\_\_\_\_ 9. Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas.

<sup>1</sup>Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

<sup>2</sup>Laboratório de Fala, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto ([www.fpce.up.pt/labfala](http://www.fpce.up.pt/labfala) | [labfala@fpce.up.pt](mailto:labfala@fpce.up.pt))

- \_\_\_\_\_ 10. É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme.
- \_\_\_\_\_ 11. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma.
- \_\_\_\_\_ 12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito.
- \_\_\_\_\_ 13. Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens.
- \_\_\_\_\_ 14. Estar numa situação emocional tensa assusta-me.
- \_\_\_\_\_ 15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.
- \_\_\_\_\_ 16. Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer.
- \_\_\_\_\_ 17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.
- \_\_\_\_\_ 18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole.
- \_\_\_\_\_ 19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.
- \_\_\_\_\_ 20. Tendo a perder o controlo em situações de emergência.
- \_\_\_\_\_ 21. Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento.
- \_\_\_\_\_ 22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo.
- \_\_\_\_\_ 23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido/perdida.
- \_\_\_\_\_ 24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.

## Anexo 13

Treino de competências de comunicação para fisioterapeutas: especificidades do indivíduo com afasia

### Questionário de satisfação com a intervenção

**Este questionário tem como objetivo avaliar a satisfação dos participantes com o curso, permitindo uma melhoria contínua de acordo com a opinião dos formandos. Desta forma a sua participação é anónima e bastante importante.**

**Responda, por favor, às seguintes questões, graduando numa escala de 0 a 10 conforme o grau de satisfação que atribui.**

1. A estrutura do curso foi adequada aos objetivos propostos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muito insatisfeito           Muito satisfeito

---

2. Os conteúdos programáticos estavam de acordo com os objetivos do formando

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muito insatisfeito           Muito satisfeito

---

3. O formato online permitiu uma maior facilidade de aprendizagem

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muito insatisfeito           Muito satisfeito

---

4. As sessões síncronas promoveram um ambiente agradável e motivador

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muito insatisfeito           Muito satisfeito

---

5. O curso permitiu atingir os objetivos propostos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muito insatisfeito           Muito satisfeito

---

## Anexo 14

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### *Designação do Estudo:*

### **As Competências de Comunicação dos Fisioterapeutas que Trabalham com Idosos com Alterações de Linguagem**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----**

.....  
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, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos 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 (sonoro e de imagem) 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, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

**Assinatura do participante no projeto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Sílvia Cristina Monteiro Queirós

**Assinatura:** 

## **Anexo 15**

Treino de competências de comunicação para fisioterapeutas: como comunicar com o indivíduo idoso com afasia

### **Questionário de caracterização sócio-demográfica**

**Sexo:**

**Idade:**

**Habilitações académicas:**

**Anos de experiência profissional:**

**Local de trabalho:**

**Na sua prática profissional intervém com indivíduos com afasia?**

**Já frequentou alguma formação/cursos/workshop acerca de comunicação clínica ou treino de competências de comunicação?**

## Anexo 16

**PPOS** (Krupat et al., 2000; Grilo, Santos, Rita & Gomes, 2014, adaptação)

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.

	1 - C o n c o r d o C o m p l e t a m e n t e	2 - C o n c o r d o	3 - C o n c o r d o l i g e i r a m e n t e	4 - D i s c o r d o L i g e i r a m e n t e	5 D i s c o r d o	6 - D i s c o r d o C o m p l e t a m e n t e
<b>PPOS</b>						
1. É o fisioterapeuta que deve decidir o que é conversado durante a sessão de fisioterapia.	1	2	3	4	5	6
2. 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.	1	2	3	4	5	6
3. A parte mais importante de uma sessão de fisioterapia comum é o tratamento físico.	1	2	3	4	5	6
4. Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição médica.	1	2	3	4	5	6
5. Os pacientes deveriam confiar no saber do seu fisioterapeuta e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado.	1	2	3	4	5	6
6. Quando os fisioterapeutas fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.	1	2	3	4	5	6
7. Se os fisioterapeutas forem realmente tecnicamente bons, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.	1	2	3	4	5	6
8. Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.	1	2	3	4	5	6
9. Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos fisioterapeutas, com igualdade de poder e estatuto.	1	2	3	4	5	6
10. Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.	1	2	3	4	5	6
11. Se as principais ferramentas do fisioterapeuta forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.	1	2	3	4	5	6
12. Quando os pacientes discordam do fisioterapeuta, isso é um sinal de que este último não possui o respeito e a confiança do paciente.	1	2	3	4	5	6

As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia

	1 - C o n c o r d o C o m p l e t a m e n t e	2 - C o n c o r d o	3 - C o n c o r d o l i g e i r a m e n t e	4 - D i s c o r d o L i g e i r a m e n t e	5 D i s c o r d o	6 - D i s c o r d o C o m p l e m e n t e
<b>PPOS</b>						
13. Um plano de tratamento de fisioterapia não pode ser bem-sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.	1	2	3	4	5	6
14. A maior parte dos pacientes quer entrar e sair do ginásio de fisioterapia o mais depressa possível.	1	2	3	4	5	6
15. O paciente tem que ter sempre presente que é o fisioterapeuta que lidera.	1	2	3	4	5	6
16. Não é muito importante conhecer as características culturais e psicossociais do paciente para tratar a doença de uma pessoa.	1	2	3	4	5	6
17. O humor é um dos principais ingredientes a ser utilizado pelo fisioterapeuta no tratamento do paciente.	1	2	3	4	5	6
18. Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajudar.	1	2	3	4	5	6

## Anexo 17

31/01/22, 05:38

Gmail - Pedido de autorização de utilização da escala IRI em projeto de doutoramento



Silvia Queiros <silviacqueiros@gmail.com>

### Pedido de autorização de utilização da escala IRI em projeto de doutoramento



Bom dia Silvia,

Peço imensa desculpa, ando com uns problemas no email e percebi agora que o email ficou retido. Em todo o caso, claro que sim, anexo docs que poderão ser relevantes.

Boa sorte nos seus estudos,


[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

---

#### 2 anexos

 IRI\_vPT.docx  
95K

 LimpoAlves&Castro10-LabPsi.pdf  
102K

## Anexo 18

31/01/22, 05:37

Gmail - Fwd: Pedido de autorização para utilização da escala PPOS



Silvia Queiros <silviacqueiros@gmail.com>

---

### Fwd: Pedido de autorização para utilização da escala PPOS

9 de abril de 2021 às 07:04

[Redacted]  
Cara Silvia

Fico muito contente por o seu projeto estar a avançar.  
Espero que a PPOS possa ajudar nesta fase.  
Envio a versão da escala adaptada para fisioterapeutas.

Qualquer duvida, por favor disponha.  
Bom trabalho

[Redacted]

Espero que se encontre bem.

Na sequência da terceira e última fase do meu projeto de doutoramento intitulado "As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem", pretendo solicitar a sua autorização, e dos restantes autores, para a disponibilização e utilização da Patient Practice Orientation Scale (PPOS), como um dos instrumentos de avaliação dos participantes no meu estudo. Trata-se de um estudo experimental, longitudinal, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas especificamente na intervenção com idosos com afasia, em que irão ser avaliadas as competências de comunicação dos fisioterapeutas antes da intervenção, imediatamente após a mesma e às 4 semanas de follow-up.

[Citação oculta]

---

PPOS\_FT.docx  
28K

## Anexo 19



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Sandra Gavinha  
Directora da FCS

Nº	Data
FCS/PLS – 17/20-3	22 de Junho de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reanalisar as alterações introduzidas no projeto de Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, intitulado "As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem", resubmetido pela aluna Sílvia Cristina Monteiro Queirós considera o seguinte: o estudo é pertinente. Tem como objetivos determinar quais as competências de comunicação que o fisioterapeuta que trabalha com idosos com alterações de linguagem deve possuir e desenvolver; perceber que formação em competências de comunicação/comunicação clínica destinada a fisioterapeutas se encontra divulgada online ou em grupos associativos de fisioterapeutas; desenvolver e implementar e avaliar um programa de treino de competências de comunicação em saúde para fisioterapeutas que desenvolvem a sua atividade com idosos com alterações de linguagem.

A Comissão de Ética **não tem nada a opor à realização do estudo**, uma vez que as alterações solicitadas foram feitas, nomeadamente, no que diz respeito ao acesso aos participantes, às escalas e questionários, bem como ao conteúdo do plano de intervenção.

Recorda-se, contudo, que, dado que serão utilizados questionários, e não entrevistas, em lugar de um consentimento informado, os questionários deverão ter um cabeçalho que inclui um assentimento (os consentimentos informados são documentos que têm de ser assinados, o que poria em causa o anonimato). O procedimento de obtenção do assentimento informado para os questionários assegura o anonimato dos participantes, dado que não terão de assinar, limitando-se a um clicar num botão. Sugere-se o seguinte texto: "Aceito participar de livre vontade neste estudo intitulado de "As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem", pelo que compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados. Foram explicitados os objetivos e métodos, pelo que consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento de que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima, e que o acesso aos dados recolhidos só é possível pelos investigadores envolvidos".

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*De cumprimentos*  
*J. G. S.*  
*22-6-21*

*T. Toldy*  
Teresa Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIF: 502 057 632 • Reg. Comercial: 226 Conservatório do Registo Comercial de Porto

UNIVERSIDADE FERNAO PESSOA: FACULDADE DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS, FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS,  
Praça 9 do Alameda, 249 - 4149-014 Porto Portugal - T +351 22 507 1500 - www.ufp.pt - e-mail: fundacao@fernandopessoa.pt  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: Rua Taner de Azevedo, 276 - 4160-750 Porto Portugal - T +351 22 507 4630

ESCALA SUPERIOR DE SAÚDE FERNAO PESSOA  
Rua Poitim Mota, 234 - 4200-252 Porto Portugal  
T +351 22 505 6437 - get@eess.fernandopessoa.pt

## Anexo 20

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA

**Eu, abaixo-assinado,** \_\_\_\_\_ portador(a) do documento de identificação número: \_\_\_\_\_, declaro sob o compromisso de honra que não irei divulgar, copiar ou gravar os conteúdos (na totalidade ou em partes) da formação em que irei participar, no âmbito do estudo de investigação intitulado “As competências de comunicação dos fisioterapeutas que trabalham com idosos com alterações de linguagem”.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2021

**Assinatura:** \_\_\_\_\_