

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

Leonor Santos<sup>□1,2</sup>, Sílvia Queirós<sup>1,3</sup>, Rute Meneses<sup>4</sup>, & Germano Couto<sup>1,5</sup>

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

<sup>2</sup>Clínica Pedagógica/ESS - Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal, [leonordasantos@gmail.com](mailto:leonordasantos@gmail.com)

<sup>3</sup>SMFR - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal, [silviacqueiros@gmail.com](mailto:silviacqueiros@gmail.com)

<sup>4</sup>Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/CTEC/OLD/CICSC - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, [rmeneses@ufp.edu.pt](mailto:rmeneses@ufp.edu.pt)

<sup>5</sup>CINTESIS, Porto, Portugal, [gcouto@ufp.edu.pt](mailto:gcouto@ufp.edu.pt)

---

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

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

---

## CHARACTERISATION OF COMMUNICATION SKILLS TRAINING PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW

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

## PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

Analyses (PRISMA). Thirteen articles out of 329 identified were included in the qualitative synthesis, after applying the eligibility criteria. It was verified variability in the procedures and that the information is not always enough to characterize each program in detail. The great majority of the programs were directed to professionals, with group sessions, in-person and theoretical-practical; as training methods, practical exercises with and without role-play, audiovisual means, critical discussion and supply of support material were commonly used. Most studies revealed effective programs, particularly those that included students. The results suggest that the structure of the program may be more relevant than its duration, the communication skills trained, or the techniques and methods used. The small number of studies identified within physiotherapy is suggestive of the relevance of further studies in this area, particularly with students.

*Keywords:* Health communication, clinical competence, health professional

---

Recebido em 26 de janeiro de 2021/ Aceite em 23 de maio de 2021

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

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

Assim, considerando a elevada importância da comunicação em saúde, com um papel primordial na relação profissional/utente/cuidadores informais e entre profissionais de saúde, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, partindo da questão de pesquisa, segundo a estratégia PICO (Participantes, Intervenção, Comparação e *Outcome*): “Quais os programas de treino de competências de comunicação utilizados actualmente para melhorar as competências de comunicação dos profissionais de saúde?”; com o objectivo de identificar e caracterizar programas de treino de competências de comunicação desenvolvidos especificamente para profissionais e/ou estudantes de saúde, nomeadamente fisioterapeutas.

## MÉTODO

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

Assim, realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed, em outubro de 2018, conduzida segundo os PRISMA (Moher et al., 2009) com as palavras-chave *communication AND health AND (physical therap\* OR physiotherap\*)*. Como critérios de inclusão definiu-se: artigos completos gratuitos, publicados entre 30.09.2011 e 30.09.2018, em português e inglês, com intervenção em competências de comunicação clínica. Como critérios de exclusão definiu-se: revisões sistemáticas da literatura, meta-análises, artigos de opinião.

A pesquisa foi efetuada por dois revisores independentes (LS e SQ), nas mesmas datas, utilizando as mesmas palavras-chave e os mesmos critérios de inclusão e exclusão. A extração de dados dos artigos foi, igualmente, realizada pelos mesmos revisores independentes.

## RESULTADOS

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

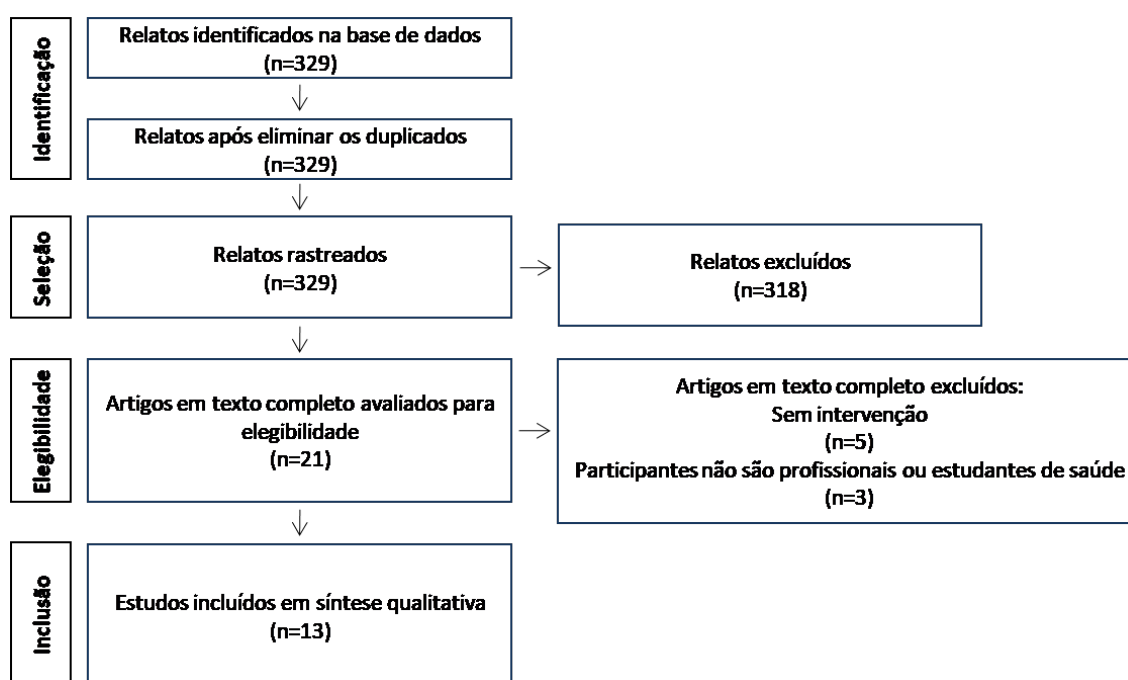


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2009 descrevendo o processo de inclusão dos artigos

## PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

### *Caraterísticas dos estudos*

Os quadros 1 e 2 sintetizam os dados extraídos dos estudos analisados: 1- autores, ano de publicação, país do estudo, participantes, objetivos da intervenção, resultados/conclusões; 2- procedimentos da intervenção (duração/frequência, tipo de sessão, formadores, etapas).

Dos 13 artigos selecionados, o ano com maior número de publicações foi o de 2016; sete dos estudos foram desenvolvidos na Europa, cinco na América do Norte e um na Oceânia. O número total de participantes das áreas de saúde é de 771: 590 profissionais e 181 estudantes ( $n=93$  pré-graduação;  $n=88$  pós-graduação).

Os programas são dirigidos a diversos profissionais de saúde, mas na maioria (nove) a médicos, sete exclusivamente a médicos/especialistas, um a médicos/especialistas e internos estudantes da especialidade e um outro a alunos do 3º ano de medicina; com quatro programas surgem os enfermeiros, todos destinados a profissionais, assim como os fisioterapeutas em que um inclui alunos em pós-graduação; três programas são dirigidos a terapeutas ocupacionais, um para alunos em pré-graduação; com dois os nutricionistas e com apenas um surgem profissionais de saúde mental.

Quanto aos objetivos da intervenção, todos se propõem a desenvolver/melhorar competências de comunicação nos profissionais/estudantes de saúde, seja centrado no paciente, no que respeita à adesão ao tratamento, mudanças de comportamento, suporte para autonomia, informação, educação, facilitar e aumentar o número de conversas e a qualidade da comunicação, ou quando o foco é nos profissionais de saúde, no que diz respeito à sua própria mudança de comportamentos, promovendo a negociação contínua e a prática colaborativa em equipas multidisciplinares.

**Quadro 1.** Síntese dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor(es)/ Ano/País	Participantes	Objetivo(s) da intervenção	Resultados/Conclusões
Suman et al. 2017 Holanda	N=128 PS: n=53 MD, n=46 FT, n=29 TO GAQT-96 GAQL-21	Melhorar a comunicação e colaboração multidisciplinar	A intervenção, contribuiu para o conhecimento do papel dos diferentes PS, melhorando a colaboração e comunicação multidisciplinar
Doorenbos et al. 2016 EUA	N=32 MD N=80 pacientes com IC GE-41; GC-39	Ajudar/Incentivar médicos e seus pacientes a aumentar conversas sobre OdC; melhorar a qualidade da comunicação, aumentar as referências para cuidados paliativos	O número de conversas OdC é superior no GE vs. GC (73% vs 2,6%); aumento da qualidade de comunicação paciente/médico; permitiu dar apoio adicional ao paciente
Lieshout et al. 2016 Holanda	N=34 MD GE-19; GC-15 N=34 ENF GE-20; GC-14	Melhorar o desempenho profissional dos ENF, no aconselhamento personalizado e educação de doentes de RCV para melhorar a autogestão no controlo dos FRCV	Sem diferença estatisticamente significativa no GE no <i>outcome</i> primário - aconselhamento de pacientes CV. O programa de implementação sob medida não foi eficaz
Asselin et al. 2016 Canadá	N=29 PS da RCP: n=7 PSM, n=7 NT, n=15 ENF	Promover mudança de comportamento dos PS da equipa interdisciplinar e aumentar o conhecimento e confiança na gestão do peso do paciente	Relatada uma colaboração interdisciplinar mais forte. Estratégias deliberadas de comunicação e negociação precederam a prática colaborativa nos cuidados interdisciplinares
Quinn et al. 2016 Reino Unido	N=17 n=3 FT, n=2 TO, n=10 ENF, n=2 IAF	Desenvolver competências dos profissionais na TAD, para que promovam sentimentos de autonomia, competência e proximidade ao paciente com DH	Intervenção bem implementada, segundo os valores da avaliação da fidelidade para as interações dos participantes com os pacientes, feita pelo investigador
Weiland et al. 2015 Holanda	N=123 MD: n=49 Especialistas GE-26; GC-23, n=74 Estudantes de especialidade; GE-36; GC-38	Melhorar as capacidades de comunicação (entrevista, fornecimento de informação, planeamento), em pacientes com SFIC	Melhores competências de entrevista e fornecimento de informação no GE, mas não no planeamento. O programa revelou-se fidedigno, eficaz e útil
Resnicow et al. 2015 EUA	N=42 PS: n=27 MD pediatras n=15 NT GC-11MD; GE1-16MD; GE2-16MD+15NT	Desenvolver competências dos PS para utilizarem os modelos de EM, centrado no paciente e terapia comportamental	A implementação da EM revelou-se eficaz, quando “em altas doses”, seja por pediatras ou nutricionistas; os GE apresentaram resultados positivos
Manze et al. 2015 EUA	N=58 MD GE-31; GC-27	Melhorar competências de comunicação dos MD, no que respeita à adesão à medicação para a HTA	Sem diferenças significativas no comportamento de aconselhamento médico. O programa foi ineficaz

## PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

Hoffmann et al. 2014 Austrália	N=107 Alunos: n=93 graduação (MD-76, TO-17) n=14 pós-graduação (FT-14) GE-54: 37MD, 9TO, 8FT; GC-53: 39MD, 8TO, 6FT	Desenvolver competências para facilitar a tomada de decisão partilhada	Diferença estatisticamente significativa entre GE e GC; Intervenção eficaz na melhoria da capacidade, atitude e confiança na facilitação da tomada de decisão partilhada
Bravender et al. 2013 EUA	N=46 MD GE-22; GC-24	Melhorar as capacidades EM e de comunicação dos MD com adolescentes com excesso de peso/obesidade	O <i>website</i> demonstrou ser moderadamente ou muito útil na aprendizagem do uso de perguntas abertas e em utilizar reflexões
Tinsel et al. 2012 Alemanha	N=40 MD clínica geral GE-20, GC-20	Melhorar as capacidades dos MD para utilizar o modelo de decisão partilhadas nas consultas	Protocolo de estudo pelo que não apresenta resultados
Lonsdale et al. 2012 Irlanda	N=12 CFA GE-6; GC-6 n=60 FT	Melhorar as competências dos FT em comunicação de suporte para autonomia dos pacientes	Protocolo de estudo pelo que não apresenta resultados
Phillips et al. 2012 Reino Unido	N=23 OS (MD e ENF) GHA-11 GCT-12	Melhorar as competências de EM nos PS, para a mudança dos comportamentos de risco	Os PS apresentaram menor competência a antecipar e discutir barreiras na mudança de dieta do que na cessação tabágica

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

**Quadro 2.** Síntese da caracterização dos programas de treino

Procedimentos da intervenção			
Duração/ Frequência	Tipo	Formador(es)	Etapas
2h30'/sessão  2 a 3-sessões, consoante o tamanho do grupo	Presencial  Teórico-Prático  Grupo	Investigador (autor)  Profissional Saúde	-Introdução ao estudo; -Visualização de vídeo; -Exercício prático; -Discussão, registo de barreiras e formulação de estratégias; - <i>Role-play</i> ; -Discussão; -Material de apoio; “Pós-Intervenção”
Tempo indefinido  2-momentos: 1º-pacientes; 2º-médicos	Pacientes: Telefone;  Médicos: Presencial  Teórico-Prático  Individual	Enfermeira	Pacientes: -Identificar barreiras e facilitadores Objetivos-de-Cuidados; -Terapias disponíveis em Insuficiência Cardíaca; -Identificar preferências para comunicação sobre cuidados em fim de vida; -Preenchimento do formulário de directrizes finais “ <i>Five Wishes</i> ”; -Estratégias e facilitadores; - <i>Role-play</i> de desbloqueadores; -Auto-avaliação da confiança, desejo em iniciar conversa Objetivos-de-Cuidados e participar na tomada de decisão; Médicos: -Fornecimento da informação recolhida, específica de cada paciente; -Facilitar um diálogo Objetivos-de-Cuidados e documentar no processo clínico informático
Omisso	Presencial+ <i>e-learning</i>  Teórico Individual	Formadores (Entrevista Motivacional)	- <i>Feedback</i> estruturado (treino de atualização em Entrevista Motivacional); -Programa educacional <i>on-line</i> ; -Orientação escrita sobre as opções relevantes <i>e-health</i> ; -Fluxograma para lidar com sintomas depressivos; -Recomendação da <i>guideline</i> de gestão de risco cardiovascular; -Solicitação de registo do aconselhamento personalizado, ensino e encaminhamento dado

PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

24-horas 12-sessões 2h/sessão Bissemanal +Sessão de Partida	Presencial  Teórico-Prático  Grupo	Especialistas (tópicos das sessões)	-Metodologia 5As ( <i>Ask-Assess-Advise-Agree-Assist</i> ); -Apresentação interactiva do tópico da sessão; -Trabalho em grupo; -Esclarecimento de dúvidas pelo especialista da sessão; -Partilha de experiências e conhecimento, com discussão de desafios e barreiras
7-horas30' 2-sessões: 6h/Grupo+ 1h30'/Individual	Presencial Teórico Grupo+ Individual	Investigador (autor) Coordenador da intervenção (Fisioterapeutas)	-Pequenos grupos, seguidos de sessão individual; -Revisão do manual (descrição do guia das sessões); -Desafios específicos com pacientes com Doença-Huntington; -Bases teóricas da intervenção: Modelo Teoria da Auto-Determinação; “Pós-Intervenção”
14-horas  4-sessões (intervalos de 4 a 6 semanas): 4h+4h+4h+2h	Presencial  Teórico-Prático  Grupo+ Individual	Especialista Assistente (educação pós graduada; competências de comunicação específicas em Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente)	-Pequenos grupos; -Última sessão individual; -Terapia Cognitivo-Comportamental, estratégias específicas em Sintomas Físicos Inexplicáveis Clinicamente; -“Trabalho de casa” entre sessões (aplicar competências aprendidas nas consultas); - <i>Feedback</i> de vídeos (consultas pré-intervenção); -Leitura de suporte
2-dias sucessivos	Presencial  Teórico-Prático	Psicólogo (autor)  Nutricionista  (peritos em Entrevista Motivacional)	-Técnicas de escuta reflexiva, suporte para autonomia, tomada de decisão partilhada, diálogo orientado para a mudança; -Terapia comportamental; -Sessão prática com <i>feedback</i> (paciente padrão); -Material de apoio: DVD; “Pós-intervenção”
2-horas  2-sessões: 1h+1h	Presencial  Teórico-Prático  Grupo	Médicos (especialistas em aconselhamento centrado no paciente)	-Aconselhamento centrado no paciente: -Identificar barreiras e potenciais estratégias; -Modelo 5As ( <i>Ask-Assess-Advise-Agree-Assist</i> ). -Modelo exploratório (perspectiva do paciente, da sua condição): -Exercícios de <i>role-play</i> ; -Prática de questões abertas (crenças, barreiras, opiniões). “Pós-intervenção”



1-hora 1-sessão	Presencial Teórico-Prático Grupo (18 alunos/grupo)	Terapeuta Ocupacional (autor)	-Modelo de 5 etapas, para a tomada de decisão partilhada; -Estratégias a implementar em cada etapa; -Visualização de vídeo de <i>role-play</i> modelo; -Discussão crítica; -Material teórico de apoio
“Janela” de 3 semanas;  Tempo médio: 54’ (31’-115’);  Visitas ao <i>site</i> : 1 a 4	<i>On-line+ e-learning</i>  Teórico-Prático  Individual (Treino interativo)	Investigador (autor) (Programa <i>on-line</i> desenvolvido por especialistas em: comunicação médico-paciente, educação multimédia, promoção da saúde, saúde na adolescência)	“Pré-intervenção”: Sessão para introdução ao <i>Teen-CHAT</i> . - Modelo de intervenção: Teoria Sócio-Cognitiva; - Módulos Educacionais: Porquê aconselhar; Entrevista Motivacional; Modelo 5 As; Comunicação com adolescentes; -Exercícios interactivos; -Vídeos exemplificativos; - <i>Feedback</i> individual (gravações áudio pré-intervenção); “Pós-intervenção”
9-horas  3-sessões 3h+3h+3h	Presencial  Teórico-Prático  Grupo	Omisso	-Princípios da comunicação do risco e médico-paciente; -Conceitos do programa de treino de decisão partilhada; -Integração da Entrevista Motivacional na mudança de comportamentos; -Introdução de tabela de decisão de opções (objetivos); - <i>Role-play</i> (simulação de consultas); -Material de apoio: literatura de suporte
8-horas  2-sessões/4h	Presencial  Teórico-Prático  Individual	Doutorado em Psicologia do desporto /exercício (autor)	“Pré-intervenção”-atualização na patologia (1h). -Teoria da Auto-Determinação; -Modelo 5As ( <i>Ask-Assess-Advise-Assist-Arrange</i> ); -Vídeos exemplificativos; - <i>Role-play</i> e discussão; -Material de apoio: guias/livros/literatura de suporte; -Final de cada sessão: fisioterapeuta e formador determinam estratégias a implementar. “Pós-intervenção”: 2 <i>e-mails</i> de suporte (4ª e 10ª semana)
2-sessões + programa <i>e-learning</i>	Presencial+ <i>on-line</i>  Teórico-Prático	Facilitador treinado em <i>Behaviour Change Counselling</i>	-Definição e conteúdos da Entrevista Motivacional; -Programa <i>e-learning</i> (auto-dirigido); -Competências e estratégias na prática; - <i>Feedback</i> de gravação áudio de consulta simulada

## PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

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

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

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

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

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

É evidente o aconselhamento centrado no paciente e para a mudança de comportamentos, tendo-se identificado diferentes métodos, modelos, técnicas e teorias na sua implementação: Modelo 5As (Asselin et al., 2016; Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; Manze et al., 2015), Entrevista Motivacional (Bravender et al., 2013; Lieshout et al., 2016; Phillips et al., 2012; Resnicow et al., 2015; Tinsel et al., 2012), Decisão Partilhada (Doorenbos et al., 2016; Hoffmann et al., 2014; Resnicow et al., 2015; Tinsel et al., 2012), Comunicação Médico-Paciente (Bravender et al., 2013; Tinsel et al., 2012), Comunicação Interdisciplinar e Colaborativa Multidisciplinar (Suman et al., 2017), Identificar Barreiras e Facilitadores (Doorenbos et al., 2016; Manze et al., 2015; Suman et al., 2017), Teoria Cognitivo-Comportamental (Resnicow et al., 2015; Weiland et al., 2015), Teoria da Auto-Determinação (Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016), Teoria Sócio-Cognitiva (Bravender et al., 2013), Suporte para Autonomia (Bravender et al., 2013; Lonsdale et al., 2012; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015), Questões Abertas (Bravender et al., 2013; Manze et al., 2015), Escuta Reflexiva (Bravender et al., 2013; Resnicow et al., 2015).

## DISCUSSÃO

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

Da sua análise, foi possível verificar alguma diversidade de profissionais de saúde incluídos nos programas de treino, identificando-se cinco que envolveram profissionais de diferentes áreas (Asselin et al., 2016; Phillips et al., 2012; Quinn et al., 2016; Resnicow et al., 2015; Suman et al., 2017), contudo o número entre grupos profissionais é ainda discrepante. Muito se tem escrito sobre a importância das competências de comunicação no currículo médico, (Kießling et al., 2010; Loureiro et al., 2015; von Fragstein et al., 2008) mas, tal como constatado na presente revisão, estudos sobre o treino destas competências para outros grupos profissionais continuam escassos (Loureiro et al., 2015), sendo os médicos a classe profissional predominante. Ao contrário do que a literatura sugere, em relação a capacitar os estudantes em pré-graduação, garantindo-lhes momentos de treino das competências de comunicação, já que este terá impacto no seu desempenho futuro (Haq et al., 2004; Yudkowsky et al., 2006), os programas de treino destinados a estudantes são significativamente menos; apenas dois (Hoffmann et al., 2014; Weiland et al., 2015) incluem estudantes em pré e pós-graduação, apesar da necessidade clara e urgente de se iniciar o seu ensino/treino na formação base e continuar em pós-graduação (Parry & Brown, 2009; Simpson et al., 1991).

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

Os programas apresentaram uma variabilidade no número de horas e de sessões, sendo extrapolação estabelecer uma relação direta entre estas variáveis e os resultados, já que estudos que

apresentaram diferenças estatisticamente significativas, variavam entre uma sessão de uma hora (Hoffmann et al., 2014) e quatro sessões num total de 14 horas (Weiland et al., 2015).

A maioria dos programas optou por sessões em grupo, presenciais e teórico-práticas, com sub-grupos ou pequenos grupos, ajuste do número de sessões ao tamanho do grupo, indo ao encontro do declarado no Consenso de Toronto (Simpson et al., 1991) que sublinha a importância de um baixo rácio estudante/professor, criando oportunidades para a prática. Contudo os resultados e conclusões dos que optaram por esta tríade não são homogêneos, tornando difícil criar uma relação entre eles, deixando em aberto outras hipóteses.

Quanto aos formadores, autor ou não, era um profissional de saúde ou perito na competência específica a treinar, verificando-se uma variabilidade das profissões e experiência prévia dos formadores, tal como Grilo (2012) havia constatado “não existe consenso no que concerne a quem deve ensinar competências comunicacionais” (p. 100).

Os métodos usados, como: exercícios com e sem *role-play*, meios audiovisuais, *feedback*, discussão crítica, material de apoio, são considerados eficazes no ensino/treino das competências de comunicação (Gazbare & Rathi, 2017; Grilo, 2012). A heterogeneidade das metodologias, modelos, técnicas e teorias de base à implementação dos programas, não traz clareza de quais as competências de comunicação específicas treinadas, tal como já havia sido observado por Grilo (2012).

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

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

A escassez de investigação em treino de competências de comunicação dirigida a profissionais de saúde não médico e estudantes, sugere um vasto campo de estudo, em particular com estudantes.

O número de estudos identificados com programas de treino para fisioterapeutas/estudantes de fisioterapia demonstra a relevância de se realizarem mais estudos neste âmbito, dada a exígua investigação encontrada, particularmente de autores portugueses.

## REFERÊNCIAS

- Asselin, J., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: Lessons learned from the 5As team study. *Clinical Obesity*, 6(2), 124–132. <https://doi.org/10.1111/cob.12133>
- Bravender, T., 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>

- Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
- Dong, T., LaRoche, J. S., Durning, S. J., Saguil, A., Swygert, K., & Artino, A. R., Jr (2015). Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Military Medicine*, 180(4 Suppl), 24–30. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00565>
- Doorenbos, A. Z., Levy, W. C., Curtis, J. R., & Dougherty, C. M. (2016). An intervention to enhance Goals-of-Care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495–507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Falagas, M. E., Pitsouni, E. I., Malietzis, G. A., & Pappas, G. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *FASEB Journal: Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 22(2), 338–342. <https://doi.org/10.1096/fj.07-9492LSF>
- Gasparyan, A. Y., Ayzvazyan, L., & Kitas, G. D. (2013). Multidisciplinary bibliographic databases. *Journal of Korean Medical Science*, 28(9), 1270–1275. <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.9.1270>
- Gazbare, P., & Rathi, M. (2017). Effectiveness of audio-video clips on practical skill performance in physiotherapy students. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 8(1), (B)30-34. <https://doi.org/10.22376/ijpbs.2017.8.1.b30-34>
- Halladay, C. W., Trikalinos, T. A., Schmid, I. T., Schmid, C. H., & Dahabreh, I. J. (2015). Using data sources beyond PubMed has a modest impact on the results of systematic reviews of therapeutic interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(9), 1076–1084. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.017>
- Haq, C., Steele, D. J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: Innovations in teaching medical communication skills. *Family Medicine*, 36 Suppl, S43–S50.
- Grilo, A. M. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: Situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, III(7), 93–112. Retirado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v3n7/v3n7a6.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>
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Hölzer, H., Langewitz, W., Mühlhous, I., Pruskil, S., Scheffer, S., Schubert, S., Committee Communication and Social Competencies of the Association for Medical Education Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, & Basel Workshop Participants (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 259–266. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.017>
- Lieshout, J., Huntink, E., Koetsenruijter, J., & Wensing, M. (2016). Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial. *Implementation Science : IS*, 11, 115. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0460-0>

## PROGRAMAS DE TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-104>
- Loureiro, E., Cavaco, A.M., & Ferreira, M.A. (2015). Competências de comunicação clínica: Objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *39*(4), 491-495. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- Loureiro, E., Ferreira, M. A., Fresta, M., Ismail, M., Rehman, S. U., & Broome, M. (2017). Teaching and assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of portuguese angolan and mozambican medical education. *Porto Biomedical Journal*, *2*(2), 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.005>
- Manze, M. G., Orner, M. B., Glickman, M., Pbert, L., Berlowitz, D., & Kressin, N. R. (2015). Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Education and Counseling*, *98*(2), 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.014>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7), Article e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Parry, R. H., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, *95*(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Phillips, K., Wood, F., Spanou, C., Kinnersley, P., Simpson, S. A., Butler, C. C., & PRE-EMPT Team (2012). Counselling patients about behaviour change: The challenge of talking about diet. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *62*(594), e13–e21. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X616328>
- Quinn, L., Trubey, R., Gobat, N., Dawes, H., Edwards, R. T., Jones, C., Townson, J., Drew, C., Kelson, M., Poile, V., Rosser, A., Hood, K., & Busse, M. (2016). Development and delivery of a physical activity intervention for people with Huntington disease: Facilitating translation to clinical practice. *Journal of Neurologic Physical Therapy: JNPT*, *40*(2), 71–80. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000119>
- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., Schwartz, R., Myers, E., Gotlieb, J., Foster, J., Hollinger, D., Smith, K., Woolford, S., Mueller, D., & Wasserman, R. C. (2015). Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*, *135*(4), 649–657. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ (Clinical Research ed.)*, *303*(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Suman, A., Schaafsma, F. G., Buchbinder, R., van Tulder, M. W., & Anema, J. R. (2017). Implementation of a multidisciplinary guideline for low back pain: Process-evaluation among health care professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *27*(3), 422–433. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9673-y>
- Taveira-Gomes, I., Mota-Cardoso, R., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, *1*(5), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, *22*(3), 615-620. Retirado de

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&tlng=pt).

- Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Loh, A., Buchholz, A., Niebling, W., & Fischer, K. G. (2012). Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-73>
- von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., Wiskin, C., & UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x>
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Jacobs, M. E., Abels, D. C., Köse, N., Van Dulmen, S., Vernhout, R. M., & Arends, L. R. (2015). Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. *PloS one*, 10(9), e0138342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138342>
- World Confederation for Physical Therapy. (2011a). WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. Retirado de: [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline\\_PTEducation\\_complete.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf)
- World Confederation for Physical Therapy. (2011b). WCPT guideline for the clinical education component of physical therapist professional entry level education. Retirado de: [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline\\_clinical\\_education\\_complete1.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_clinical_education_complete1.pdf)
- Yudkowsky, R., Downing, S. M., & Ommert, D. (2006). Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.03.004>