

Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas

Ana Monteiro-Grilo

Resumo

É hoje largamente aceite que a promoção da relação profissional de saúde-paciente conduz ao incremento na qualidade dos cuidados de saúde. A investigação sobre os benefícios da comunicação eficaz levou mesmo alguns autores a considerar a comunicação como a ferramenta mais importante na prestação de saúde. Como consequência, desde o início dos anos 90, as escolas médicas, principalmente do mundo ocidental, têm aumentado o interesse no ensino de competências comunicacionais. Este trabalho partiu da pesquisa bibliografia realizada através da B-on. As palavras-chave utilizadas foram: comunicação profissional de saúde-doente, treino de competências comunicacionais, estudantes e saúde. A análise dos diversos programas de treino de competências comunicacionais, destinados a estudantes e profissionais de saúde permitiu constatar que existe uma enorme variabilidade e falta de consistência nos vários programas de treino atualmente disponíveis. A maioria dos estudos incluía informação insuficiente sobre as competências comunicacionais a ensinar aos participantes. Face à situação atual, são apontadas algumas diretrizes para o futuro do ensino destas competências ao nível do ensino pré e pós-graduado na área da saúde.

Palavras chave: comunicação, ensino, desenvolvimento de competências, programas de treino, estudantes, profissionais de saúde.

Ana Monteiro-Grilo

ana.grilo@estesl.ipl.pt

Doctorado en Psicología, con especialidad en Psicología de la Salud, por la Facultad de Psicología de la Universidad de Lisboa. Docente del Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, de la Escuela Superior de Tecnología de la Salud, del Instituto Politécnico de Lisboa. Temas de investigación: psicología de la salud, psicología de la dolencia, comunicación en salud, enseñanza de competencias comunicacionales.



Enseñanza de capacidades comunicacionales en estudiantes y profesionales de la salud: situación actual y perspectivas

Resumen

Actualmente es ampliamente aceptado que la promoción de la relación del profesional de la salud con su paciente conduce al incremento de la calidad de la atención. La investigación sobre los beneficios de la comunicación eficaz condujo a algunos autores a considerar a la comunicación como la herramienta más importante para la atención de la salud. Como consecuencia, desde comienzo de los años noventa, las escuelas médicas, principalmente del mundo occidental, han aumentado el interés en el desarrollo de las capacidades de comunicación. Este trabajo partió de la investigación bibliográfica realizada a través de la B-on. Las palabras clave utilizadas fueron: comunicación profesional de salud-enfermo, entrenamiento capacidades en comunicación, estudiantes y salud. El análisis de los diversos programas de capacitación en materia de capacidad de comunicación destinados a estudiantes y profesionales de la salud permitió constatar que existe una enorme variabilidad y falta de consistencia entre los diferentes programas de capacitación actualmente disponibles. La mayoría de los estudios incluía información insuficiente sobre las capacidades de comunicación que se enseñaría a los participantes. Pese a la situación actual, se señalan algunas directrices para el futuro de la enseñanza de estas capacidades a nivel de la enseñanza de pre y pos graduación en el área de la salud.

Palabras clave: comunicación, enseñanza, desarrollo de capacidades, programas de entrenamiento, estudiantes, profesionales de la salud.

Teaching of communication skills to health care students and professionals: current situation and perspectives

Abstract

Currently it is widely accepted that the promotion of the relationship of health care professionals with their patients improves the service quality. The research on the benefits of efficient communication led some authors to consider that communication is the most important tool in health services. Thus, since the beginning of the nineties, medical schools in the Western world have increased their interest in the development of communication skills. This work is based on the bibliographic research done via B-on. The used key words were: health care professional —patient communication, training in communication skills, students and health. The analysis of the different training programs in matters of communication training targeted at students and health care professionals allowed to verify that there is a great variability and lack of consistency between the different training programs that currently are available. Most of the studies included insufficient information on the communication skills that would be taught to the participants. In spite of the current situation some guidelines are set out for the future of teaching these skills in pre and post-graduate teaching in the health area.

Key words: communication, teaching, skills development, training program, students, health care professionals..

Recepción: 28/3/11. Aprobación: 21/11/11.



Introdução

A última década do século XX caracterizou-se por importantes contributos que vieram recolocar a importância da comunicação e salientar a necessidade do ensino de competências comunicacionais. Em termos genéricos, a comunicação em saúde está relacionada com a aplicação dos conceitos e teorias de comunicação às transações que ocorrem entre indivíduos em assuntos relacionados com a saúde (Northouse e Northouse, 1998). As competências integram três grandes tipos de aptidões necessárias na interação profissional de saúde-paciente (Silverman, Kurtz e Draper, 2005), a saber: competências relacionadas com o *conteúdo* que traduzem o que os profissionais de saúde comunicam (e.g., informação que recolhem, o tratamento que sugerem etc.); competências relacionadas com o *processo*, isto é, como comunicam os profissionais de saúde (e.g., como estabelecem a relação com o paciente, como organizam informação) e competências *perceptivas*, referentes àquilo que os profissionais de saúde pensam e sentem (e.g., processo de tomada de decisão, atitudes, percepção dos sentimentos e pensamentos do paciente).

A comunicação eficaz possibilita que os profissionais de saúde melhorem o seu desempenho clínico (Kurtz, Silverman e Draper, 2005; Mercer, Tanabe, Pang, Gisondi, Courtney, Engel, Donlan, Adams e Makoul, 2008; Shapiro, Lancee e Richards-Bentley, 2009), através da elaboração de diagnósticos mais precisos e completos e da detecção precoce de *distress* nos pacientes, produz melhorias significativas nos cuidados prestados ao paciente (Kurtz, Silverman e Draper, 2005; Price, Mercer e MacPherson, 2006; Sage, Sowden, Chorlton e Edeleanu, 2008). Os cuidadores que comunicam eficazmente conseguem ainda que os pacientes verbalizem as expectativas e emoções e revelem as suas necessidades de informação (Bensing e Verhaak, 2004). Como consequência, os pacientes apresentam índices mais

elevados de satisfação e adesão, e mais baixos de ansiedade (Berry, 2007).

De igual forma, quando a comunicação eficaz é concretizada, o próprio bem-estar dos profissionais de saúde melhora (McGilton, Irwin-Robinson, Boscart e Spanjevic, 2006) uma vez que a aquisição de competências comunicacionais diminui a vulnerabilidade dos cuidadores ao *stress* (Fallowfield, Saul e Gilligan, 2001). Não é, pois de admirar que em 1999, Hulsman, um dos autores que mais se tem dedicado ao estudo dos processos de interação profissional de saúde-paciente tenha afirmado que, no século XXI, o desafio central na formação dos profissionais de saúde seria as competências comunicacionais (Hulsman, Ros, Winnisbust e Bensing, 1999).

A partir dos anos 80, a proliferação de literatura que enfatizava o papel relevante da comunicação médico-paciente nos cuidados de saúde (Kurtz *et al.* 2005; Makoul, 2001; Roter e Hall, 2006; Silverman *et al.*, 2005), assim como o maior acesso à informação e participação do paciente no seu processo terapêutico (Brown, 2008), contribuíram, de forma indelével para a necessidade de ensinar competências comunicacionais à díade paciente-profissional de saúde. Os treinamentos de competências comunicacionais para pacientes (Cegala, 2003; Cegala, Marinelli e Post, 2000) revelaram-se bastante úteis, quer na melhoria do estado de saúde, quer no aumento da satisfação destes.

Em relação aos profissionais de saúde, o ensino de competências comunicacionais nas escolas médicas encerrava um duplo desafio. Por um lado, a tarefa *per se*, claramente distinta do ensino de competências técnicas; por outro, a necessidade de mudança de alguns dos princípios que sustentaram, durante décadas, a docência nas escolas de saúde (Haq, Steele, Marchand, Seibert e Brody, 2004) e que conduziram à prevalência, quase exclusiva, dos aspetos biomédicos (Rousseau e Blackburn, 2008) (quadro 1).



Quadro 1. Ensino das competências comunicacionais até 1990

Princípios subjacentes ao ensino das competências comunicacionais até aos anos 90

1. As competências comunicacionais são desvalorizadas e não consideradas como ensináveis.
2. Professores e estudantes assumem que as competências melhoram automaticamente com a experiência.
3. As expectativas, acerca dos métodos de ensino e da respectiva avaliação, são vagas ou inconsistentes entre as várias faculdades e os diversos cursos.
4. As competências introduzidas no ensino pré-graduado não são aplicáveis ou avaliadas no ensino pós-graduado.
5. Os recursos e o tempo são insuficientes, quer para o ensino, quer para a avaliação de competências comunicacionais.
6. Poucos docentes de ensino superior recebem treino formal no ensino e avaliação de competências comunicacionais.
7. O *feedback* inconsistente dos docentes resulta em confusão e desvalorização das competências comunicacionais por parte dos estudantes.

(Haq et al., 2004, adaptado).

Este desafio ficou bem expresso num estudo realizado por Langille e colaboradores em 2001, com docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Dalhousie, Canadá. Os autores verificaram que os docentes possuíam atitudes muito positivas em relação à comunicação médico-paciente, mas falhavam no ensino e avaliação das competências comunicacionais dos seus estudantes (Langille, Kaufman, Laidaw, Sargeant e MacLeod, 2001). Corroborando estes resultados, no Reino Unido, até ao final dos anos 80, o treino de competências comunicacionais representava menos de 5% do *curriculum* total das licenciaturas em Medicina (Frederikson e Bull, 1992). A exclusão das aptidões comunicacionais do *curriculum* médico justificava-se não apenas pelo fato destas serem consideradas um assunto menor (*idem*), mas também porque se acreditava que estas se desenvolviam com a experiência, no decurso da vida profissional do cuidador (Haq et al., 2004; Kurtz, Silverman e Draper, 2005). De forma inversa a investigação tem demonstrado (Kurtz et al., 2005;

Roter e Hall, 2006; Sage et al., 2008; Yudkowsky, Downing e Ommert, 2006) que, por um lado, as competências comunicacionais não melhoram com o tempo e por outro, a experiência profissional contribui pouco para a sua aprendizagem.

Os profissionais de saúde tendem a adotar o mesmo estilo comunicacional com todos os pacientes, independentemente das idiossincrasias destes. Estes estilos mantêm-se ao longo de toda a sua carreira. Na opinião de Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), à medida que os profissionais de saúde adquirem experiência, ganham confiança, pois a ansiedade, habitualmente associada ao desempenho de novas tarefas, dissipa-se. Infelizmente, os cuidadores parecem interpretar este aumento de confiança como uma evidência da eficácia do seu desempenho, pelo que não sentem necessidade de modificar a forma de comunicar com os pacientes. Assim, ao contrário do que se verifica em relação aos aspetos técnicos do diagnóstico e do tratamento, onde a experiência do profissional funciona como um excelente aliado,



sem treino específico em competências comunicacionais, a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde não sofre qualquer incremento, chegando mesmo a deteriorar-se.

Como resposta ao reconhecimento de que as competências comunicacionais podem ser treinadas e aprendidas, e que estas aptidões permanecem ao longo do tempo (Roter e Hall, 2006), várias escolas médicas alteraram os seus *currícula*, e integraram de forma consistente o treino de competências comunicacionais na educação pré e pós-graduada dos médicos (Hulsman *et al.*, 1999; Roter e Hall, 2006). A revisão de literatura permite identificar dois grandes marcos que pretenderam uniformizar o ensino e avaliação das competências comunicacionais: O *consensus* de Toronto e o *consensus* de Kalamazoo. O primeiro resultou da apresentação, no *International Conference on Teaching Communication in Medicine*, realizado em 1996, de oito recomendações relativas ao desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de competências comunicacionais (Makoul e Schofield, 1999). Estes oito pontos, relevantes para estudantes pré e pós-graduados, foram depois redefinidos na *Communication in Health Care Conference*, que decorreu dois anos mais tarde em Amesterdão.

- *O ensino e avaliação devem ser baseados numa visão abrangente da comunicação em medicina.* Para além do desenvolvimento de competências relevantes, o ensino da comunicação médico-paciente deve incluir a compreensão da natureza, contexto e aspetos éticos que constituem o relacionamento entre médico e paciente.
- *O ensino das competências comunicacionais e das competências clínicas deve ser consistente e complementar.* É fundamental que sejam criadas situações de ensino de competências comunicacionais com relevância no contexto clínico.
- *O ensino deve ajudar aos estudantes a implementar*

a utilização do modelo de centração no paciente. O ensino de competências comunicacionais deve centrar-se na capacidade dos médicos de conhecer a perspetiva do paciente sobre a sua doença. A realização de treinos para aprendizagem do modelo centrado no paciente também promove um repertório de estratégias e competências que permitem ao estudante responder de uma forma mais flexível.

- *O ensino e avaliação da comunicação deve promover o crescimento pessoal e profissional.* O trabalho dos profissionais de saúde é exigente e, não raras vezes gerador de *stress* (Cohen, Rollnick, Small, Kinnersley, Houston e Edwards, 2005; Fallowfield, Lipkin e Hall, 1998; Fallowfield *et al.*, 2001). Neste sentido, os estudantes necessitam de oportunidades para aprender como abordar determinados assuntos, desenvolver o autoconhecimento e selecionar estratégias de confronto adequadas.
- *O ensino de competências comunicacionais deve obedecer a um plano coerente.* Cada escola de saúde necessita de um *curriculum* coerente que estabeleça objetivos claros sobre os conhecimentos, competências e atitudes que os estudantes devem adquirir. A descrição do modo como estas aprendizagens se relacionam com as necessidades e experiências do estudante deve igualmente ser contemplada.
- *A aquisição de competências comunicacionais por parte dos estudantes deve ser avaliada de forma direta.* A capacidade de comunicação dos estudantes é muitas vezes avaliada de forma indireta, através da informação que estes obtiveram do paciente. Porém, como qualquer outra competência clínica, a comunicação deve ser avaliada de forma direta (Humphris, 2002).
- *Os programas de competências comunicacionais devem ser avaliados.* Cada escola deve realizar avaliações contínuas dos programas de



treino implementados. A avaliação criteriosa é essencial para a compreensão dos efeitos dos diferentes programas.

- *A formação dos docentes deve ser apoiada.* O ensino de competências comunicacionais envolve não apenas conhecimentos, mas também a implementação de metodologias (e.g., gestão de *role-playing*, fornecimento de *feedback* individual ou através de vídeos e supervisão de pacientes simulados) com as quais os docentes nem sempre estão familiarizados (Lewis e Wissow, 2004). São assim, necessários tempo e recursos que facilitem a preparação adequada dos docentes. A preparação ocasional tem-se revelado claramente insuficiente (*idem*).

Em maio de 1999 os líderes e representantes de escolas médicas e organizações profissionais voltaram a reunir-se numa conferência em Kalamazoo, Michigan. O objetivo era agora identificar as tarefas essenciais na comunicação médico-paciente e também, os conhecimentos, atitudes e competências relevantes para cada tarefa. O grupo, liderado por Makoul, apresentou em 2001, um modelo sequencial, constituído por seis elementos considerados essenciais para a construção da relação médico-doente. Este modelo é hoje conhecido por *consensus* de Kalamazoo (Makoul, 2001) (quadro 2).

Os *consensus* de Toronto e de Kalamazoo foram incorporados nos princípios estabelecidos para o ensino de competências comunicacionais por

Quadro 2. Consensus de Kalamazoo (Makoul, 2001)

Elementos essenciais na construção da relação médico-doente

1. Abertura da discussão
 - Permitir que o paciente verbalize, sem interrupções a sua queixa inicial
 - Elicitar todas as preocupações do paciente
 - Estabelecer/manter conexão pessoal
2. Recolha de informação
 - Utilizar de forma apropriada questões abertas e fechadas
 - Estruturar, clarificar e sumarizar a informação
 - Utilização de escuta activa como forma de encorajar o paciente a falar
3. Compreensão da perspectiva do paciente
 - Explorar factores contextuais (e.g., família, cultura, estatuto sócio-económico)
 - Explorar crenças, preocupações e expectativas acerca da saúde e doença
 - Reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do paciente
4. Partilha de informação
 - Utilizar terminologia compreensível pelo paciente
 - Verificar o entendimento do paciente
 - Encorajar questões
5. Encontrar acordo em relação aos problemas e planos de acção
 - Encorajar o paciente a participar nas decisões
 - Avaliar a motivação e capacidade do paciente para seguir o plano estabelecido
 - Identificar e listar recursos e formas de suporte
6. Encerramento do encontro
 - Averiguar se o paciente tem outras preocupações
 - Sumarizar e reafirmar o acordo em relação ao plano de acção estabelecido
 - Discussão relativa ao follow-up (e.g., próxima visita, plano para resultados inesperados)

(Makoul, 2001).



diversas escolas médicas (Lewis, 2005). São, ainda hoje, referenciados como um importante marco no desenvolvimento do ensino das competências comunicacionais para estudantes de medicina e para médicos (Buyck e Lang, 2002). Aliás, o ensino de competências comunicacionais passou a ser encarado como uma responsabilidade das escolas médicas e as competências interpessoais tornaram-se um critério-chave não apenas para a acreditação dos cursos de medicina, mas também dos programas de internato médico (Makoul, 2003).

Metodologia de revisão de literatura

Os artigos incluídos na revisão de literatura foram retirados através da pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca de conhecimento on-line (B-on). Trata-se de um serviço de pesquisa que possibilita acesso a um conjunto de recursos; EBSCO, PUBMED, SpringerLink, Elsevier, entre outros. As palavras-chave utilizadas foram para artigos em língua inglesa, publicados entre 1995 e 2009. Dos 120 artigos encontrados foram selecionados apenas os que apresentavam programas de treino de competências comunicacionais dirigidos a estudantes ou profissionais de saúde. Assim, foram analisados 35 artigos com programas de treino realizados no continente europeu (principalmente no Reino Unido e países nórdicos) e nos Estados Unidos da América e cinco artigos com meta-análises referentes aos programas de treino de competências comunicacionais em saúde.

Modalidades de treino de competências comunicacionais

O ensino de competências comunicacionais é complexo e envolve conteúdos e metodologias distintas daqueles que habitualmente são utilizados na aprendizagem de outras competências clínicas (Kurtz *et al.*, 2005). Além disto, e apesar do vasto leque de especialistas que elaboraram os já referidos *consensus* de Toronto e de Kalamazoo,

a sua concretização está longe de ser pacífica. Como mencionamos anteriormente, estes *consensus* postularam o que deve ser considerado no ensino das competências comunicacionais; porém, pouco estabeleceram sobre a duração, quantidade e qualidade do ensino dessas competências (Makoul, 2003). Como consequência, e sem surpresa, os docentes que ensinam competências comunicacionais apresentam grandes diferenças nos conteúdos que escolhem lecionar. Buyck e Lang (2002) pediram a um grupo de docentes da Faculdade de Medicina para, através de um vídeo que apresentava uma situação de interação entre clínico e paciente, identificarem os momentos que representavam oportunidades para o ensino de competências comunicacionais. Os autores constataram que existia uma grande variedade de respostas entre os docentes.

Em consonância com estes resultados, a análise dos programas de treino de competências comunicacionais permite afirmar que, apesar de na sua maioria estes remeterem para a abordagem centrada no utente, são muito distintos entre si (Roter e Hall, 2006). Estes programas divergiam em aspetos concretos, tais como: destinatários, formadores, duração, metodologias de ensino, conteúdos, competências e avaliação dos resultados.

Destinatários

A maioria dos treinos de competências comunicacionais destina-se a estudantes de medicina (Jacobsen, Baerheim, Lepp e Schei, 2006; Shapiro, Lancee e Richards-Bentley, 2009), médicos (Bonvicini, Perlin, Bylund, Carrol, Rouse e Goldstein, 2009; Mjælland e Finset, 2009; Rodriguez, Anastario, Frankel, Odigie, Rogers, Glahn e Safran, 2008; Spagnoletti, Bui, Fischer, Gonzaga, Rubio e Arnold, 2009) e enfermeiros (Ançel, 2006; Arranz, Ulla, Ramos, Rincón e López-Fando, 2005); McGilton *et al.*, 2006). Para além destes, alguns autores têm desenvolvido programas de treino que envolvem vários



profissionais de saúde (Sheldon, Ellington, Barrett, Dudley, Clayton e Rinaldi, 2009; Thomas e Cohn, 2006; Trummer, Mueller, Nowak, Stidl, e Pelikan, 2006). Por exemplo, Trummer *et al.* (2006) realizaram um programa para médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que exerciam as suas funções num serviço de cirurgia cardíaca num hospital na Austrália. De uma forma geral, os treinos que se destinam as profissionais de saúde pós-graduados partem da experiência profissional dos participantes. Aliás, como defenderam Rollnick, Kinnersley e Butler (2002) é importante que estes treinos providenciem experiências de aprendizagem relacionadas, de perto, com a experiência profissional dos cuidadores.

Mais recentemente, surgiram programas específicos para estudantes e médicos previamente sinalizados por apresentarem problemas de comunicação com os pacientes (Cohen, *et al.*, 2005; Rodriguez *et al.*, 2008).

A escolha dos destinatários dos programas de treinos parece ser uma questão em aberto, a pergunta é, se estes se devem dirigir a estudantes ou a profissionais já com experiência. Alguns autores (Chant, Jenkinson, Randle, Russel, e Webb, 2002; Hulsman *et al.*, 1999) defendem que os treinos que se destinam a estudantes produzem efeitos. Por seu lado, os treinos destinados a profissionais que já possuem o seu próprio estilo comunicacional não aportam benefícios, pois estes apresentam dificuldades no que respeita à aquisição de novas competências comunicacionais e à aplicação, na rotina diária, das novas competências aprendidas. Contrariando este fato, Roter, Hall, Kern, Barker, Cole, e Roca, (1995) proporcionaram treino de competências comunicacionais, ao nível da gestão das emoções e resolução de problemas a 69 médicos de família. Os resultados permitiram afirmar que os médicos que realizaram o treino conseguiam identificar emoções

e reconhecer que os pacientes estavam em *distress* mais facilmente do que os profissionais do grupo controlam (*idem*).

Formadores

Não existe consenso no que concerne a quem deve ensinar competências comunicacionais; singularmente, este parece ser um assunto ao qual não tem sido dado grande relevo. A formação inicial dos facilitadores não é especificada na grande maioria dos programas de treino. Nos treinos destinados a estudantes pré-graduados (Rodriguez *et al.*, 2008) é prática comum que a docência fique a cargo dos profissionais de saúde (técnicos ou psicólogos) que lecionam nas escolas de saúde onde os referidos treinos têm lugar. Noutros programas (Ammentorp, Sabroe, Kofoed e Mainz, 2007) os formadores são profissionais de saúde, não docentes. Por exemplo, Freeth e Nicol (1998) organizaram um programa dirigido a médicos finalistas e enfermeiros recém-formados, cujos formadores eram médicos e enfermeiros, com larga experiência na prática clínica. Em alguns treinos, os formadores são exclusivamente da área das ciências sociais e humanas, nomeadamente, psicólogos (Fallowfield *et al.*, 1998; Hart, Drotar, Gori, e Lewin, 2006; Pieterse, Dulmen, Beemer, Ausems e Bensing, 2006). Foi este o caso do programa organizado por Thomas e Cohn (2006), para profissionais de saúde que trabalhavam com pacientes com drepanocitose.¹

Nesta perspetiva, (Deveugele, Derese, Maesschalck, Willems, Driel e Maeseneer, 2005) defendem que o ensino de competências comunicacionais na formação geral das escolas médicas, deve ser realizado por uma equipa constituída por psicólogos, especialistas em comunicação, e com interesses pela prática da saúde e médicos de clínica geral com interesse pela comunicação.

¹ Doença das células falciformes.



A inclusão de médicos especialistas justifica-se no ensino pós-graduado, onde são abordados conteúdos mais específicos (*idem*).

Baseados nos resultados de uma análise de regressão, (Van Dalen *et al.*, 2001) defenderam que o conteúdo do programa de treino era o fator chave para a aprendizagem dos participantes. Curiosamente, o desempenho do docente era a variável que menos contribuía para a aprendizagem dos mesmos (*idem*).

Duração

Existe uma grande variabilidade na duração e periodicidade dos treinos. Os programas duram de uma hora e meia (Hart *et al.*, 2006) a 96 horas (Smith, Lyles, Mettler, Stoffelmayr, Van Egeren e Marshall, 1998). Por seu lado, os períodos de treino variam de meio-dia (Wong, Saber, Ma e Roberts, 2009) a 27 meses (Kramer, Düsman, Tan, Jansen, Grol e Vleuten, 2004). Os treinos com maior número de horas podem decorrer em dias consecutivos (Ançel, 2006; Arranz *et al.*, 2005) ou em períodos de tempo espaçados entre si. Por exemplo, a realização de uma sessão por semana (Thomas e Cohn, 2006), possibilita que os participantes reflitam sobre as competências aprendidas em cada encontro.

Habitualmente, os treinos que se prolongam no tempo decorrem durante a formação académica dos participantes. Foi este o caso do treino realizado por Kramer *et al.*, (2004) e integrado nos três anos de pós-graduação para médicos de clínica geral.

Como facilmente se compreende, os treinos mais longos encerram objetivos mais ambiciosos (Bragard, Razavi, Marchal, Merckaert, Delvaux, Libert, Reynaert, Boniver, Klastersky, Scalliet, e Etienne, 2006) realizaram um treino com 40 horas. Além do ensino de competências comunicacionais para lidar com pacientes com cancro e os seus familiares, este treino pretendia ainda promover a aprendizagem de estratégias de confronto do *stress*.

Metodologias de ensino

Hulsman *et al.* (1999) realizaram uma meta-análise, com quinze treinos de competências comunicacionais dirigidos a médicos com vários anos de experiência profissional. Os resultados apontam para a utilização nos vários programas de treino, de cinco metodologias: instruções, modelagem, prática de competências, *feedback* e discussão.

A *instrução* inclui conferências para grupos e manuais ou vídeos com instruções acerca da comunicação profissional de saúde-paciente. Esta parece ser uma metodologia eficaz quando é seguida da utilização de outras metodologias (Laidlaw, Kaufman, Sargean, MacLeod, Brake e Simpson, 2007).

A *modelagem* fornece exemplos claros aos participantes dos treinos quer positivos, quer negativos, da utilização das competências comunicacionais. Os modelos podem ser apresentados em vídeo ou áudio. A maioria dos exemplos utilizados na modelagem advém da prática diária dos profissionais (Hulsman *et al.*, 1999). Outra modalidade consiste na elaboração de vídeos que exemplificam situações em que a comunicação com o paciente é eficaz e ineficaz (Hulsman, Rós, Janssen e Winnubst, 1997; Hulsman, Ros, Winnubst, e Bensing, 2002). Por fim, o recurso do cinema pode desempenhar uma função pedagógica na educação dos profissionais de saúde, funcionando como instrumento facilitador para a reflexão da temática da comunicação com o paciente (Tapajós, 2005). Neste sentido, qualquer sequência filmica que retrate um profissional de saúde a comunicar com um paciente poderá ser usada em atividades de ensino-aprendizagem (Tapajós, 2007).

No que concerne à prática de competências, o *role-playing* tem sido a metodologia mais referenciada. Esta pode ser desenvolvida com pacientes simulados, por actores profissionais (Jacobsen *et al.*, 2006; Thomas e Cohn, 2006) ou entre os participantes do programa de treino (Ançel, 2006;



Bragard *et al.*, 2006; Rodriguez *et al.*, 2008; Van Dalen *et al.*, 2001). O *role-playing* permite a prática das competências comunicacionais num ambiente seguro. Desta forma, ajuda os participantes a lidar com problemas difíceis (e.g., fornecimento de más notícias) sem o risco de consequências nefastas para os pacientes.

Maguire e Pitceathly (2002) defendem que o *role-playing* com pacientes simulados leva à aquisição de competências e ao abandono de comportamentos de bloqueio. Contudo, os autores verificaram que os profissionais de saúde não transferem estas competências para a prática clínica.

O *feedback*, em situações reais, parece ser a metodologia mais eficaz para a transferência destas competências (Milan, Parish e Reichgott, 2006). No *feedback*, o formador observa o participante e oferece informações sobre os aspetos positivos e negativos do desempenho deste último. Esta tarefa pode ser realizada apenas pelo formador, em sessões individuais, ou por todos os participantes em sessões de grupo. O *feedback* direto é providenciado imediatamente a seguir à interação com o paciente simulado ou real. Outra possibilidade consiste no recurso a gravações em áudio ou vídeo que possuam interações dos participantes com pacientes reais ou simulados. Estas interações podem ser discutidas em grupo (Lane e Rollnick, 2007) ou individualmente (Pieterse *et al.*, 2006; Roter, Larson, Shinitzky, Chernoff, Serwint, Adamo e Wissow, 2004). Em ambos os casos é dada a possibilidade do protagonista refletir sobre o seu desempenho.

Os profissionais de saúde parecem valorizar as oportunidades de receber *feedback* construtivo, *feedback* que, além de apontar as suas fraquezas, reforce os aspetos em que o seu estilo comunicacional é eficaz (Fallowfield *et al.*, 1998).

A *discussão*, última metodologia encontrada por Hulsman *et al.* (1999), permite que os participantes dos programas de treino integrem os conhecimentos teóricos adquiridos com a sua experiência

prática. Tal como o *feedback*, esta metodologia também pode ser realizada individualmente com o formador, ou em grupo.

No que concerne às preferências dos participantes, as metodologias mais experimentais são as mais valorizadas pelos estudantes e profissionais de saúde que participam em programas de treino de competências comunicacionais. Os estudos com estudantes de medicina indicam que estes preferem declaradamente metodologias como o *role-playing* (Nestel e Tierney, 2007) e comunicação com pacientes reais. Os estudantes atribuem ainda particular relevo às metodologias que lhes permitem avaliar o seu desempenho, são exemplo, as gravações em vídeo de *role-playing* com pacientes simulados (Zick, Granieri e Makoul, 2007).

Os treinos avaliados como mais eficazes, isto é, cujos resultados apontam para o incremento de competências comunicacionais, conhecimentos e atitudes, são aqueles que combinam didáticas teóricas e estratégias de aplicação prática (Lane e Rollnick, 2007).

Competências comunicacionais

Os autores que mais se têm dedicado ao estudo das competências comunicacionais em saúde atribuem particular relevo a algumas competências; nomeadamente, elaborar questões (Berry, 2007; Roter e Hall, 2006), expressar empatia (Ançel, 2006; Bonvicini *et al.*, 2009; Berry, 2007; Roter e Hall, 2006), resistir ao *feedback* imediato (Roter e Hall, 2006) e fornecer e explicar a informação (Berry, 2007). Estranhamente, nem mesmo estas competências são abordadas em todos os treinos (Kurtz *et al.*; 2005; Satterfield e Hughes, 2007). Os programas de treino são, em larga escala, orientados para pacotes de competências genéricos (Rollnick, Kinnersley e Butler, 2002) e pouco claros (Salmon e Young, 2005). Neste sentido, em 2002, Cegala e Broz analisaram 26 investigações que incluíam treinos comunicacionais, e encontraram muito pouca



consistência em relação às competências comunicacionais compreendidas nos mesmos.

Nos trabalhos em que as competências comunicacionais a promover são especificadas, destacam-se dois grandes tipos de treino: as que incidem apenas sobre um número reduzido de competências (Bonvicini *et al.*, 2009; Edwards, Peterson e Davies, 2006) e, as mais abrangentes (Kramer *et al.*, 2004; Mjaaland e Finset, 2009; Roter *et al.*, 2004). Este último inclui um leque considerável de competências a desenvolver pelos estudantes e profissionais de saúde.

Do primeiro grupo, fazem parte estudos como aquele que foi levado a cabo por Hart *et al.*, (2006) com um grupo de pediatras. O programa teve como principal objetivo a promoção de três competências comunicacionais; empatia, afeto positivo e suporte. Também Edwards, Peterson e Davies (2006) pretenderam promover, desta feita num grupo de enfermeiros, três grandes competências: escuta ativa, tomada de iniciativa (focalização nos problemas) e assertividade.

Dentro do conjunto reduzido de estudos que abordam um número maior de competências comunicacionais, o programa, desenvolvido por Hulsman *et al.*, em 2002, merece especial destaque. Tratou-se de um programa, destinado a médicos especialistas em oncologia, em que os autores procuraram promover a utilização de um vasto leque de competências comunicacionais. O treino foi disponibilizado por computador,² permitindo, desta forma, que os participantes controlassem o seu processo de aprendizagem e pudessem aceder, ao mesmo, em qualquer lugar. O programa envolveu quatro módulos: 1) comportamento verbal e não-verbal, 2) más notícias, 3) fornecimento de informação 4) lidar com as emoções dos pacientes. Na apresentação de cada um dos módulos, foram

utilizados vídeos com exemplos de competências comunicacionais adequadas e inadequadas. As competências comunicacionais estudadas foram divididas em sete grandes grupos, sendo que, cada uma destas incluía várias categorias, num total de 23 (quadro 3). Para além da descrição de cada uma destas categorias, foram ainda incluídas sugestões para a sua utilização na prática.

Também no programa realizado por Roter *et al.* (2004), para um grupo de 28 médicos que se encontravam no primeiro ano do internato em pediatria, as competências comunicacionais assumem particular relevo. O treino, com a duração total de quatro horas, distribuídas ao longo de quatro semanas, incluía os seguintes objetivos: ouvir mais e falar menos, recolha de informação, responder às emoções dos pais e construção de uma relação de parceria. Estes objetivos foram concretizados a partir de instruções diretas, *feedback* e realização de entrevistas com pacientes simulados, a partir de cenários standardizados que retratavam a situação de uma criança que tinha sido hospitalizada com uma crise de asma, diabetes ou drepanocitose. Para a análise das verbalizações dos participantes, os autores recorreram à versão mais atualizada do RIAS.³ Este método de codificação das interações médico-paciente parte de quatro categorias principais: recolha de informação, educação e aconselhamento do paciente, resposta às emoções e construção da relação (Roter e Hall, 2006). Cada categoria inclui variáveis específicas (quadro 4), definidas por Roter (2006), de forma a permitir a codificação das interações em vídeo, sem ser necessário recorrer à sua transcrição.

Existem outros programas de treino (Caris-Verhallen *et al.*, 2000; Pieterse *et al.*, 2006; Roter *et al.*, 1998) que recorrem, igualmente ao RIAS, ou a adaptações deste sistema para a análise das

² Computer-assisted instruction.

³ Roter *Method of Interaction Process Analysis* (Roter, 2006).



Quadro 3. Categorias de observação no sistema de codificação da comunicação médico-paciente, propostas por Hulsman *et al.* (2002)

Questões	Comportamentos receptivos
<ul style="list-style-type: none">• Questões abertas• Questões fechadas• Pedido de clarificação	<ul style="list-style-type: none">• Silêncio• Estimular participação do paciente• Atender ao mundo do paciente• Parafraseamento
Informação	Sentimentos
<ul style="list-style-type: none">• Informação e conselhos• Perguntas explícitas• Perguntas implícitas	<ul style="list-style-type: none">• Reflexão de sentimentos• Discussão dos sentimentos
Aumentar eficácia da informação	Comportamentos negativos
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar conhecimento pré-existente• Verificar compreensão• Repetir informação• Sumarização	<ul style="list-style-type: none">• Suavizar más notícias• Adiar más notícias• Jargões• Interrupções• Continuidade incoerente
Comportamento não verbal	
<ul style="list-style-type: none">• Postura• Contacto visual	

interações médico-doente. Todavia, nestes programas as competências comunicacionais são menos valorizadas. Neste sentido, para além do número de competências comunicacionais abordadas, o cuidado na sua operacionalização⁴ distingue-se, em nossa opinião, o trabalho de Hulsman *et al.* (2002) e de Roter *et al.* (2004) de muitos outros treinos publicados. Com surpresa, a não operacionalização das competências parece ser prática comum nos programas comunicacionais. A subjetividade inerente às várias competências comunicacionais é assim negligenciada por muitos autores. Por exemplo, Quirk e colaboradores (2008) verificaram que o termo *caring* inclui uma série de

comportamentos (e.g., escutar, fornecer informação, expressar empatia, oferecer esperança realista) e que estes não são identificados da mesma forma, quer por pacientes, quer por profissionais de saúde (Quirk, Mazor, Haley, Philbin, Fischer, Sullivan e Hatem, 2008). Do mesmo modo, vários dos treinos propostos (Arranz *et al.*, 2005; Hart *et al.*, 2006) têm como objetivo o desenvolvimento da empatia com o paciente. Contudo, e ao contrário do que tem vindo a ser recomendado por diversos autores (Norfolk, Birdi e Walsh, 2007; Satterfield e Hughes, 2007) estes programas não operacionalizam quais as competências específicas implícitas neste conceito.

⁴ O objetivo da operacionalização das competências comunicacionais é torná-las claras e compreensivas, a fim de não deixar margem de erro na programação do seu treino, assim como no momento de avaliação das mesmas (Lakatos y Marconi, 1985).



Quadro 4. Categorias do sistema de análise de interação médico-paciente de Roter (Roter *et al.*, 2004; Roter, 2006)

Categorias	Variáveis específicas
Recolha de informação	<ul style="list-style-type: none">• Questões abertas sobre aspectos médicos (condição clínica, regime terapêutico)• Questões abertas relativas aos aspectos psicossociais (estilo de vida, social, psicológico)• Questões fechadas sobre aspectos médicos (condição clínica, regime terapêutico)• Questões fechadas relativas aos aspectos psicossociais (estilo de vida, social, psicológico)
Educação e aconselhamento do paciente	<ul style="list-style-type: none">• Fornecimento de informação biomédica (condição clínica, regime terapêutico)• Fornecimento de informação relativo ao estilo de vida e aspectos psicossociais (sentimentos e emoções, estilo de vida)• Aconselhamento biomédico (afirmações persuasivas que visam a gestão dos aspectos médicos e do regime terapêutico)• Aconselhamento psicossocial (afirmações persuasivas relativas ao estilo de vida e aspectos sociais e psicológicos)
Responder a emoções	<ul style="list-style-type: none">• Conversa social (assuntos não médicos)• Conversa positiva (concordância, gracejo, aprovação, riso)• Conversa negativa (desacordo, crítica, mostrar tensão)• Conversa emocional (mostra preocupação, tranquilizar, legitimar, mostrar empatia, oferecer suporte)
Construção da relação	<ul style="list-style-type: none">• Facilitadores da participação (perguntar a opinião do paciente, avaliar compreensão, parafrasear, pedir sugestões, incentivar o paciente a continuar a falar)• Conversa processual (orientação, mudança de assunto)

Um exemplo claro desta ausência de operacionalização diz respeito à utilização do *SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills*, o instrumento mais usado, nas universidades dos Estados Unidos da América, para avaliar competências. O *SEGUE* centra-se apenas em aspetos genéricos (e.g., manter tom respeitoso, escutar, explorar fatores emocionais) e não providencia, como sublinhou Makoul (2001), uma avaliação detalhada das aptidões comunicacionais.

Mesmo em alguns documentos oficiais, como é o caso do *Consensus Group of Teachers of Medical Ethics and Law*, da Escola Médica do Reino Unido (Schofield, 2004), produzido em 1998, as competências comunicacionais são identificadas, mas não operacionalizadas. No referido documento, foram elencadas doze competências comunicacionais (p.e., partilhar o processo de decisão e demonstração de empatia), sem que seja fornecida qualquer definição das mesmas.



Na opinião de Kurtz, Silverman e Draper (2005), é essencial algum nível de detalhe, a fim de identificar as competências específicas que são determinantes para a comunicação em saúde e evitar a designação de competências comunicacionais como um todo genérico. Os mesmos autores advogam ainda que a escolha das competências comunicacionais a integrar nos programas de treino, deve ser baseada em teorias sólidas e resultados da investigação nesta área. Neste sentido, Laidlaw *et al.* (2007) procuraram saber o que realmente caracteriza um cuidador e bom comunicador. Através de um estudo, realizado com médicos de cuidados de saúde primários que trabalhavam com adolescentes, concluíram que a empatia e o suporte (com ausência de julgamento) são as duas competências que distinguem o comunicador eficaz de outro que comunica de forma inadequada.

São assim necessários mais estudos que permitam elencar as competências comunicacionais centrais para a comunicação eficaz profissional de saúde-paciente. Para Hulsman *et al.* (2004), os estudantes e os profissionais de saúde devem conhecer, de forma aprofundada, as diferentes competências comunicacionais. Só desta forma se encontram capacitados para selecionar as competências mais eficazes para contextos e situações distintas, assim como antecipar as consequências da sua utilização (Hulsman, Mollema, Hoos, Haes e Donnison-Speijer, 2004).

Desafios atuais para o ensino de competências comunicacionais

O reconhecimento da complexidade e da dificuldade inerente à comunicação com o paciente (Schofield e Butow, 2004) conduziu à publicação de um volume bastante considerável de trabalhos que apresentam programas de treinos de competências comunicacionais, quer com estudantes, quer com profissionais da área da saúde. Contudo, da análise destes programas, resulta claro que

existe ainda muito trabalho a realizar, no que ao ensino das competências comunicacionais diz respeito.

Estes autores chegaram mesmo a caracterizar a literatura existente como caótica e incompleta, em qualquer dos tópicos abordados. Efetivamente, os autores variam muito nos elementos que identificam e escolhem para ensinar, (Buyck e Lang, 2002) pelo que a diversidade nas tipologias dos treinos propostos é, como ficou anteriormente demonstrado, muito considerável (Kurtz *et al.*; Satterfield e Hughes, 2007). Neste sentido, atualmente, os programas de treino de competências comunicacionais funcionam como um rótulo onde parece mesmo caber tudo.

Para além da variabilidade e falta de consistência dos programas de treino em geral, existem ainda outras dificuldades que gostaríamos de referir.

1. Muitas das recomendações sobre os programas de treino são efetuadas para estudantes de medicina e médicos (Haq *et al.*, 2004; Makoul, 2003) e mais raramente para enfermeiros (Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, e Wiel, 2000). Ficam assim, de lado, outros profissionais de saúde (e.g., terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) (Newes-Adeyi, Helitzer, Roter e Caulfield, 2004), para os quais a comunicação funciona, igualmente, como uma ferramenta fundamental (Parry, 2008). A melhoria dos treinos de competências comunicacionais com estes profissionais depende diretamente da investigação realizada (*idem*).
2. Não é menos importante o fato de que existem ainda grandes disparidades, entre o que é ensinado nas escolas e o que é praticado nos serviços de saúde (Beckman e Frankel 2003; Egnew e Wilson, 2009). Em alguns países, a divulgação generalizada, ao nível do ensino pré-graduado, de programas de treino de



competências comunicacionais gerou um desfasamento entre a forma de comunicar ensinada e treinada nos estabelecimentos de ensino e aquilo que tende a ser a prática corrente nos serviços de saúde. Assim, os estudantes que aprendem os fundamentos da comunicação eficaz e não observam estas competências nos monitores e profissionais de saúde seniores podem ser levados a concluir que as mesmas não são relevantes para o acompanhamento dos pacientes (Haq *et al.*, 2004).

3. A maioria dos programas de treino são orientados para pacotes genéricos de competências comunicacionais. Este facto dificulta bastante a sua aplicação na prática clínica, pois os profissionais de saúde são chamados a escolher, em cada situação, a competência mais apropriada (Rollnick, Kinnersley e Butler, 2002). Ora, é precisamente o contexto de aplicação das diversas competências comunicacionais que falha em vários dos programas de treino. Como consequência, por vezes, os cuidadores possuem determinadas competências comunicacionais no seu repertório; contudo, não as utilizam nas situações de interação com os pacientes em que estas são requeridas (Hulsman *et al.*, 1999; Salmon e Young, 2005).
4. Não obstante as críticas realizadas há cerca de uma década, por Hulsman *et al.* (1999) e Cegala e Broz (2002), referentes à falta de atenção dedicada aos aspetos específicos das competências comunicacionais, os artigos mais recentes ainda não oferecem informação detalhada sobre as competências comunicacionais que pretendem promover. O progresso no ensino e avaliação dos treinos de competências comunicacionais depende em grande medida, da operacionalização das competências comunicacionais específicas (Salmon e Young 2005). (Roberts, Wass,

Jones, Sarangi e Gillett, 2003) defendem mesmo a elaboração de uma taxonomia com os componentes da comunicação eficaz (e também ineficaz). Esta taxonomia permitiria aos estudantes refinar as suas respostas na interação com os pacientes (Grilo, 2010).

5. Finalmente, parece importante que os programas pré-graduados comecem por abordar as competências comunicacionais centrais, que permitem lidar com os desafios habituais da comunicação e só depois destas estarem bem consolidadas, avançar para competências mais específicas. Nesta linha, Reynolds (2005) defende que os treinos que incluem competências mais específicas são particularmente recomendados para profissionais que trabalhem em contextos de maior impacto emocional (e.g., lesões na coluna, traumatismo craniano).

Conclusão

A investigação atual demonstra que, tanto os estudantes como os profissionais de saúde, necessitam da melhora das suas competências comunicacionais. Torna-se, assim imperioso que, como refere Silverman (2009), as competências comunicacionais deixem de ser encaradas como um elemento periférico da educação clínica e que, em definitivo, sejam criados programas de treino. Estes devem ser integrados no *curricula* pré-graduado, de forma a proporcionar aos estudantes oportunidades de desenvolverem, aplicarem e refinarem as suas competências comunicacionais (Haq *et al.*, 2004). Como defendem Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), ao contrário da experiência profissional, o treino com situações estandardizadas nas escolas médicas tem um forte impacto no desempenho dos futuros profissionais de saúde, pois sensibiliza os estudantes para as competências comunicacionais mais eficazes. Neste sentido, a elaboração de programas longitudinais (Van Dalen *et al.*, 2001;



Haq *et al.*, 2004, Humphris e Kaney, 2001; Oslon *et al.*, 2002) permite assegurar que os estudantes possam adquirir as competências comunicacionais necessárias para a prática profissional.

Os futuros treinos de competências comunicacionais devem incluir várias situações problemáticas, passíveis de acontecer no quotidiano dos profissionais de saúde. O recurso ao computador

para introduzir situações hipotéticas constitui uma opção de primeira ordem, no que toca à apresentação de situações impulsionadoras da promoção de competências. A crescente digitalização de informação e conteúdos, assim como a proliferação tecnológica (suportes e canais, como por exemplo, a banda larga) reforçam as perspectivas existentes neste domínio. ■

Referencias

- Ammentorp, J., S. Sabroe, P. Kofoed e J. Mainz (2007), "The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial", en *Patient Education and Counseling*, núm. 66, pp. 270-277.
- Ançel, G. (2006), "Developing empathy in nurses: an inservice training program", en *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 6, núm. 20, pp. 249-257.
- Arranz, P., S. Ulla, J. Ramos, C. Rincón e T. López-Fando (2005), "Evaluation of counseling training program for nursing staff", en *Patient Education and Counseling*, núm. 56, pp. 233-239.
- Beckman, H. e R. Frankel (2003), "Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts", en *Patient Education and Counseling*, núm. 50, pp. 85-89.
- Berry, Dianne (2007), *Health Communication. Theory and practice*, Londres, Open University Editores.
- Bonvicini, K., M. Perlin, C. Bylund, G. Carrol, R. Rouse e M. Golstein (2009), "Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters", en *Patient Education and Counseling*, núm. 75, pp. 3-10.
- Bragard, I., D. Razavi, S. Marchal, I. Merckaert, N. Delvaux, Y. Libert, C. Reynaert, J. Boniver, J. Klustersky e P. Scalliet (2006), "Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian interuniversity curriculum", en *Support Care Cancer*, núm. 14, pp. 454-461.
- Brown, J. (2008), "How clinical communication has become a core part of medical education in the UK", en *Medical Education*, núm. 42, pp. 271-278.
- Buyck, D. e F. Lang (2002), "Teaching Medical Communication Skills: A Call for Greater Uniformity", en *Family Medicine*, vol. 5, núm. 34, pp. 337-343.
- Cegala, D. (2003), "Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients", en *Patient Education and Counseling*, núm. 50, pp. 91-94.
- Cegala, D. e S. Broz (2002), "Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills", en *Medical Education*, núm. 36, pp. 1004-1016.
- Cegala, D., T. Marinelli e D. Post (2000), "The effect of patient communication skills training on treatment compliance in primary care", en *Archives of Family Medicine*, núm. 9, pp. 57-64.
- Chant, S. T. Jenkinson, J. Randle, G. Russel e C. Webb (2002), "Communication skills training in healthcare: a review of the literature", en *Nurse Education Today*, núm. 22, pp. 189-202.
- Cohen, D., S. Rollnick, S. Small, P. Kinnersley, H. Houston e K. Edwards (2005), "Communication, stress and distress: evolution of an individual support programme for medical students and doctors", en *Medical Education*, núm. 39, pp. 476-481.



- Deveugele, M., A. Derese, S. Maeschalck, S. Willems, M. Driel e J. Maeseneer (2005), "Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum?", en *Patient Education and Counseling*, núm. 58, pp. 265-270.
- Edwards, N., W. Peterson e B. Davies (2006), "Evaluation of multiple component intervention to support the implementation of a therapeutic relationships best practice guideline on nurses' communication skills", en *Patient Education and Counseling*, núm. 63, pp. 3-11.
- Egnew, T. e H. Wilson (2009), "Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship", en *Patient Education and Counseling*, vol. 79, núm. 2, pp.199-206.
- Fallowfield, L., J. Saul e B. Gilligan (2001), "Teaching Senior Nurses how to teach communication skills in oncology", en *Cancer Nursing*, vol. 3, núm. 24, pp.185-191.
- Fallowfield, L., M. Lipkin e A. Hall (1998), "Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom", en *Journal of Clinical Oncology*, vol. 5, núm. 16, pp. 1961-1968.
- Frederikson, L. e P. Bull (1992), "An appraisal of the current status of communication skills training in british medical schools", en *Social Science and Medicine*, núm. 34, pp. 515-522.
- Freeth, D. e M. Nicol (1998), "Learning clinical skills: an interprofessional approach", en *Nurse Education Today*, núm. 18, pp. 455-461.
- Grilo, A. (2010), "Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências", Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Haq, C., D. Steele, L. Marchand, C. Seibert e D. Brody (2004), "Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills", en *Family Medicine*, núm. 36 (January suppl., S43-S50).
- Hart, C., D. Drotar, A. Gori e L. Lewin (2006), "Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice", en *Patient Education and Counseling*, núm. 63, pp. 38-46.
- Hulsman, R., E. Mollema, A. Hoos, J. Haes e J. Donnison-Speijer (2004), "Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences", en *Medical Education*, núm. 38, pp. 813-824.
- Hulsman, R., W. Ros, J. Winnusbst e J. Bensing (2002), "The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology", en *Medical Education*, núm. 36, pp. 125-134.
- Hulsman, R., W. Ros, J. Winnusbst e J. Bensing (1999), "Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies", en *Medical Education*, núm. 33, pp. 655-668.
- Hulsman, R., W. Ros, M. Janssen e J. Winnubst (1997), "INTERACT-CANCER. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in oncology", en *Patient Education and Counseling*, núm. 30, pp. 129-141.
- Humphris, G. (2002), "Communication skills knowledge, understanding and OSCE performance in medical trainees: a multivariate prospective study using structural equation modelling", en *Medical Education*, núm. 36, pp. 842-852.
- Jacobsen, T., A. Baerheim, M. Lepp e E. Schei (2006), "Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall", en Revista electrónica *BMC Medical Education*, vol. 6, núm. 51, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1621062/> [consulta: fevereiro de 2012].
- Kramer, A., H. Düsman, L. Tan, J. Jansen, R. Grol e C. Vleuten (2004), "Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice", en *Medical Education*, núm. 38, pp. 158-167.
- Kruijver, I., A. Kerkstra, A. Francke, J. Bensing e H. Wiel (2000), "Evaluation of communication



- training programs in nursing care: a review of the literature”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 39, pp. 129-145.
- Kurtz, Susan, Jonathan Silverman e Juliet Draper (2005), *Teaching and learning communication skills in medicine*, Oxford, Radcliffe Editores.
- Laidlaw, T., D. Kaufman, J. Sargean, H. MacLeod, K. Blake e D. Simpson (2007), “What makes a physician an exemplary communicator with patients?” en *Patient Education and Counseling*, núm. 68, pp. 153-160.
- Lakatos, E. e M. Marconi (1985), *Fundamentos de Metodologia Científica*, São Paulo, Atlas Editores.
- Lane, C. e S. Rollnick (2007), “The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 67, pp. 13-20.
- Langille, D., D Kaufman, T. Laidaw, J. Sargeant e H. MacLeod (2001), “Faculty attitudes towards medical communication and their perceptions of students’ communication skills training at Dalhousie University”, en *Medical Education*, núm. 35, pp. 548-554.
- Lewis, B. (2005), “Commentary on enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 58, pp. 1-3.
- Lewis, B. e L. Wissow (2004), “Who will train the trainers?” en *Patient Education and Counseling*, núm. 54, pp. 131-132.
- Maguire, P. e C. Pitceathly (2002), “Key communication skills and how to acquire them”, en *British Medical Journal*, núm. 325, pp. 697-700.
- Makoul, G. (2003), “The interplay between education and research about patient-provider communication”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 50, pp. 79-84.
- Makoul, G. (2001), “Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement”, en *Academic Medicine*, vol. 4, núm. 76, pp. 390-393.
- Makoul, G. e T. Schofield (1999), “Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 137, pp. 191-195.
- McGilton, K., H. Irwin-Robinson, V. Boscart e L. Spanjevic (2006), “Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility”, en *Journal of Advanced Nursing*, vol. 1, núm. 54, pp. 35-44.
- Mercer, L., P. Tanabe, P. Pang, M. Gisondi, M. Courtney, K. Engel, S. Donlan, J. Adams e G. Makoul (2008), “Patient perspectives on communication with the medical team: pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T)”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 73, pp. 220-223.
- Milan, F., S. Parish e M. Reichgott (2006), “A model for educational feedback based on clinical communication skills strategies: beyond the ‘feedback sandwich’ ”, en *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 1, núm. 18, pp. 42-47.
- Mjaaland, T. e A. Finset (2009), “Communication skills training for general practitioners to promote patient coping: The GRIP approach”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 76, pp. 84-90.
- Nestel, D. e T. Tierney (2007), “Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximizing benefits”, en *Revista electrónica BMC Medical Education*, vol. 7, núm. 3, <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/3> [consulta: fevereiro de 2012].
- Newes-Adeyi, G., D. Helitzer, D. Roter e L. Caulfield (2004), “Improving client-provider communication: evaluation of a training program for women, infants and children (WIC) professionals in New York state”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 55, pp. 210-217.
- Northouse, L. e P. Northouse (1998), *Health Communication. Strategies for Health Professionals*, Connecticut, Appleton & Lange Editores.
- Parry, R. (2008), “Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be



- delivered? Direct and indirect evidence”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 73, pp. 186-195.
- Pieterse, A., A. Dulmen, F. Beemer, M. Ausems e J. Bensing (2006), “Tailoring communication in cancer genetic counselling through individual video-supported feedback: a controlled pretest-posttest design”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 60, pp. 326-335.
- Quirk, M., K. Mazor, H. Heather-lyn, M. Philbin, M. Fischer, K. Sullivan e D. Hatem (2008), “How patients perceive a doctor’s caring attitude”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 72, pp. 359-366.
- Roberts, C., V. Wass, R. Jones, S. Sarangi e A. Gillett (2003), “A discourse analysis study of “good” and “poor” communication in an OSCE: a proposed new framework for teaching students”, en *Medical Education*, núm. 37, pp. 192-201.
- Rodriguez, H., M. Anastario, R. Frankel, E. Odigie, W. Rogers, T. Glahn e D. Safran (2008), “Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention”, en Revista Electrónica de *BMC Medical Education*, vol. 8, núm. 3, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2245937/> [consulta: fevereiro de 2012].
- Rollnick, S., P. Kinnersley e C. Butler (2002), “Context-bound communication skills training: development of a new method”, en *Medical Education*, núm. 36, pp. 377-383.
- Roter, D. e J. Hall (2006), *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*, Westport CT, Praeger Editores.
- Roter, D., S. Larson, H. Shinitzky, R. Chernoff, J. Serwint, G. Adamo e L. Wissow (2004), “Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training”, en *Medical Education*, núm. 38, pp. 145-157.
- Roter D., J. Hall, D. Kern, L. Barker, K. Cole e R. Roca (1995), “Improving physicians’ interviewing skills and reducing patients’ emotional distress: a randomized clinical trial”, en *Archives of Internal Medicine*, núm. 155, pp. 1877-1884.
- Rousseau, P. e G. Blackburn (2008), “The touch of empathy”, en *Journal of Palliative Care Medicine*, vol. 10, núm. 11, pp. 1299-300.
- Sage, N., M. Sowden, E. Chorlton e A. Edeleanu (2008), *CBT for chronic illness and palliative care*, West Sussex, John Wiley & Sons, Editores.
- Salmon, P. e B. Young (2005), “Core assumptions and research opportunities in clinical communication”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 58, pp. 225-234.
- Satterfield, J. e E. Hughes (2007), “Emotion skills training for medical students: a systematic review”, en *Medical Education*, núm. 41, pp. 935-941.
- Schofield, P. e P. Butow (2004), “Towards better communication in cancer care: a framework for development evidence-based interventions”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 55, pp. 32-39.
- Schofield, T. (2004). “Introduction”, en E. Macdonald, *Difficult conversation in medicine*, Reino Unido, Oxford University Editores.
- Shapiro, S., W. Lancee e C. Richards-Bentley (2009), “Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto”, en Revista Electrónica *BMC Medical Education*, vol. 9, núm. 11, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654445/> [consulta: fevereiro de 2012].
- Sheldon, L., L. Ellington, R. Barrett, W. Dudley, M. Clayton e K. Rinaldi (2009), “Nurse responsiveness to cancer patient expressions of emotion”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 76, pp. 63-76.
- Silverman, J., S. Kurtz e J. Draper (2005), *Skills for communication with patients*, Oxford, Radcliffe Publishing, Editores.
- Smith, R., J. Lyles, J. Mettler, B. Stoffelmayr, L. Van-Egeren e A. Marshall (1998), “The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study”, en *Annals of Internal Medicine*, núm. 128, pp. 118-126.
- Spagnoletti, C., T. Bui, G. Fischer, A. Gonzaga, D. Rubio e R. Arnold (2009), “Implementation and evaluation of a web-based communication skills



- learning tool for training internal medicine interns in patient-doctor communication”, en *Journal of Communication in Healthcare*, vol. 2, núm. 2, pp. 159-172.
- Tapajós, R. (2007), “A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica”, en *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 11, num. 21, Botucatu Jan./Apr.
- Tapajós, R. (2005), “O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme and the band played on e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica”, Tese de Doutorado, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Trummer, U., U. Mueller, P. Nowak, T. Stidl e J. Pelikan (2006), “Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome?”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 61, pp. 299-306.
- Van Dalen, J., E. Bartholomeus, R. Kerkhofs, J. Lulofs, J. Thiel, J. Rethans, A. Scherpbier e C. Vleuten (2001), “Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years”, en *Medical Teacher*, vol. 3, núm. 23, pp. 245-251.
- Wong, R., S. Saber, I. Ma e M. Roberts (2009), “Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency”, en *Revista electrónica BMC Medical Education*, vol. 9, núm. 9, <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/9/9> [consulta: fevereiro 2012].
- Yudkowsky, R., S. Downing e D. Ommert (2006), “Prior experiences associates with residents’ scores on a communication and interpersonal skill OSCE”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 62, pp. 368-373.
- Zick, A., M. Granieri e G. Makoul (2007), “First-year medical students’ assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach”, en *Patient Education and Counseling*, núm. 68, pp. 161-166.

Cómo citar este artículo:

Monteiro-Grilo, Ana (2012), “Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas”, en *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, UNAM-IISUE/Universia, Vol. III, núm. 7, pp. 93-112, <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101> [consulta: fecha de última consulta].