

## As competências de comunicação dos fisioterapeutas na intervenção com idosos com afasia: estudo Delphi

### Physical therapists communication skills in intervention with elderly people with aphasia: Delphi Study

Sílvia Cristina Monteiro Queirós<sup>1</sup>  
Leonor Duarte Almeida Santos<sup>2</sup>  
Germano Rodrigues Couto<sup>3</sup>  
Rute Flávia Meneses Mondim  
Pereira d'Amaral<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidade Fernando Pessoa,  
Faculdade de Ciências da Saúde; Centro  
Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Serviço  
de Medicina Física e de Reabilitação.  
Porto, Portugal

<sup>2</sup> Universidade Fernando Pessoa,  
Faculdade de Ciências da Saúde (FCS).  
Instituto Politécnico do Porto (CP/ESS).  
Porto, Portugal

<sup>3</sup> Universidade Fernando Pessoa,  
Faculdade de Ciências da Saúde (FCS/  
ESS), Centro de Investigação em  
Tecnologias e Serviços de Saúde (Cintesis).  
Porto, Portugal

<sup>4</sup> Universidade Fernando Pessoa (UFP).  
Porto, Portugal

#### Autor correspondente:

Sílvia Cristina Monteiro Queirós  
E-mail: [37977@ufp.edu.pt](mailto:37977@ufp.edu.pt)

Recebido em 17/03/21  
Aprovado em 05/01/22

## RESUMO

**Introdução:** a comunicação do fisioterapeuta com idosos com afasia é bastante desafiante.

**Objetivo:** identificar as competências de comunicação mais importantes para serem desenvolvidas nos fisioterapeutas.

**Método:** foi utilizada metodologia Delphi de quatro rondas. É um processo interativo, em várias etapas, reunindo as opiniões dos especialistas participantes a fim de fornecer um consenso sobre a área em estudo. Após análise das respostas da 1ª ronda foram formuladas as questões da segunda ronda e assim sucessivamente até a obtenção de um consenso.

**Resultados:** na primeira ronda foram identificadas 29 competências das quais 28 obtiveram um consenso na ronda seguinte. Relativamente às 10 competências de comunicação mais importantes foi obtido o consenso na quarta ronda do estudo.

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

**Palavras-chave:** Comunicação em Saúde; Fisioterapeutas; Técnica Delphi; Idoso; Afasia.

## ABSTRACT

**Introduction:** physiotherapist communication with elderly people with aphasia is quite challenging.

**Aim:** identifying, the most important communication skills to be developed in physiotherapists.

**Method:** a four-round Delphi methodology was used. It is an iterative, multi-step process gathering the opinions of participating experts to provide consensus on the area under study. After analyzing the answers from the 1st round, the questions for the second round were formulated and so on until a consensus was reached.

**Results:** in the first round, 29 skills were identified, of which 28 achieved a consensus. Regarding the 10 most important communication skills, consensus was reached in the fourth round of the study.

**Conclusions:** this study allowed to identify the most important communication skills to be developed in physical therapists' interventions with elderly people with aphasia.

**Keywords:** Health Communication; Delphi Technique; Physical Therapists; Aged, Aphasia.

## INTRODUÇÃO

A comunicação clínica é definida como a comunicação que os profissionais de saúde estabelecem para avaliar uma situação, realizar uma intervenção, documentar os cuidados prestados, planejar os próximos contactos e partilhar experiências clínicas entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e utentes/família<sup>1</sup>.

Especificamente no caso da fisioterapia, Parry e Brown<sup>2</sup>, reforçam que a comunicação do fisioterapeuta afeta a forma como o cliente/utente se apercebe da sua situação, e investe na recuperação, afetando inevitavelmente os seus resultados. Para que a comunicação seja eficaz é importante que o fisioterapeuta desenvolva as suas competências de comunicação, de forma a que a comunicação seja utilizada como uma ferramenta para suportar a sua intervenção, tornando o paciente mais responsável e interventivo no seu processo de recuperação<sup>1</sup>.

As competências clínicas de comunicação podem e devem ser treinadas e aperfeiçoadas, sendo a sua prática considerada como uma componente essencial da clínica e da aprendizagem clínica<sup>3-4</sup>.

Relativamente ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, Queirós *et al.*<sup>5</sup>, numa revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar programas de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, na análise de 17 artigos que envolveram programas de treino de competências de comunicação para

diferentes profissionais de saúde, verificaram que relativamente ao treino de competências de comunicação para fisioterapeutas, as competências treinadas incidiam sobretudo no treino de suporte para a autonomia e da empatia, recorrendo a técnicas de tomada de decisão partilhada, estimulando sempre o envolvimento do paciente na sua doença e no seu processo de reabilitação.

No que respeita à comunicação clínica, uma das situações mais difíceis e desafiantes para os fisioterapeutas é a intervenção com indivíduos com alterações de linguagem, pois a relação de comunicação estabelecida entre ambos é na maior parte das vezes bastante condicionada, influenciando negativamente o processo de reabilitação<sup>6</sup>.

As alterações de linguagem são denominadas por Afasia, sendo definidas como a perda total ou parcial da fala ou da compreensão da linguagem, resultante de uma lesão cerebral, podendo também incluir alterações da leitura e da escrita<sup>7</sup>. Consoante o tipo de alteração verificada podem ser classificadas como<sup>7</sup>:

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

- Afasia de nomeação, em que se verifica uma linguagem expressiva fluente, com normal articulação e estrutura, mas com uma dificuldade na evocação de palavras (anomia);
- Afasia motora transcortical, em que se verifica uma linguagem não fluente, lenta e breve. A descrição de imagens está alterada, no entanto a capacidade de repetição é melhor. A compreensão pode estar relativamente preservada. Também pode apresentar uma expressão escrita reduzida, no entanto a leitura oral encontra-se preservada, mas habitualmente não compreende o que lê;
- Afasia sensorial transcortical, verificando-se uma boa capacidade de repetição e um defeito na compreensão de palavras, isto é, o indivíduo não compreende o que repete. A expressão verbal é fluente, em forma de gíria e com predomínio da ecolália (repetição das palavras ouvidas). A compreensão oral está habitualmente muito afetada. A capacidade de leitura pode estar alterada em diferentes graus e a compreensão escrita habitualmente está gravemente alterada.
- Afasia transcortical mista em que se verifica a preservação da repetição e uma grave alteração da expressão e da compreensão. A expressão verbal fica reduzida a ecolálias e não existe capacidade para descrever imagens. Neste caso, o indivíduo não consegue expressar-se bem nem compreender, mas consegue repetir, recitar, completar palavras e frases. Tanto a leitura como a escrita e a compreensão da leitura se encontram bastante alteradas.

Haselback *et al.*<sup>6</sup> referem que a afasia influencia negativamente o processo de reabilitação na medida em que compromete toda a relação de comunicação estabelecida com o fisioterapeuta, devendo esta ser adaptada e reajustada conforme o tipo de afasia e a sua evolução. Desta forma é essencial que o fisioterapeuta desenvolva conhecimentos nesta área e competências específicas de comunicação com pacientes com afasia, minimizando assim as suas consequências.

Fried-Oken, Mooney & Peters<sup>8</sup>, referem que o treino de competências de comunicação para os parceiros comunicativos dos indivíduos com afasia se encontra devidamente fundamentado, com base em forte evidência científica e clínica, centrando-se no desenvolvimento de instruções formais e oportunidades para praticar diversas com-

petências de comunicação, numa variabilidade de contextos e ambientes.

No mesmo estudo Fried-Oken *et al.*<sup>8</sup>, disponibilizaram uma lista de 10 competências de comunicação importantes para os profissionais de saúde que trabalham com indivíduos com afasia terem em consideração, sobretudo as competências ligadas à tomada de decisão partilhada, nomeadamente: estabelecer a preferência do paciente quanto à quantidade e tipo de tratamento a implementar; estabelecer a preferência do paciente relativamente ao papel de cada interveniente na tomada de decisão; recolher informações sobre as preocupações e expectativas do paciente; compartilhar com o paciente informações médicas e clínicas, assim como a evidência científica adequada; reconhecer que decisão pode e deve ser tomada na situação específica; avaliar as informações apresentadas com o paciente; negociar decisões e resolver conflitos; verificar a compreensão de toda a informação; concordar sobre uma decisão e um plano de ação; autorizar e aceitar as escolhas finais; e por fim implementar a escolha acordada.

Adicionalmente, Morris *et al.*<sup>9</sup> referiram que as estratégias e competências de comunicação centradas no paciente são as mais adequadas e que permitem quer uma comunicação mais eficaz, quer mais satisfatória para o paciente, ao mesmo tempo que permite que a comunicação seja adaptada às condições e alterações específicas de cada indivíduo. Este fator é bastante importante, tendo em conta que a afasia é um fenómeno bastante diversificado, com diferentes manifestações clínicas. Apesar do treino das competências de comunicação dos profissionais de saúde ser cada vez mais estudado, quando se analisa o treino específico para comunicar com indivíduos com afasia verifica-se uma lacuna no treino de fisioterapeutas, somente se encontrando publicações referentes ao treino de médicos e enfermeiros<sup>9-10</sup>, sendo as mesmas pouco recentes.

Por outro lado, analisando as publicações mais recentes encontradas, verifica-se que o treino de competências de comunicação é dirigido a grupos de diferentes profissionais de saúde<sup>11-12</sup>, o que parece sugerir que o treino de competências de comunicação pode ser transversal às diferentes profissões de saúde. Contudo não foi encontrada nenhuma publicação dirigida especificamente a fisioterapeutas, e tendo em conta que um grande número de indivíduos com afasia, apresenta também alterações motoras, necessitando de re-

abilitação<sup>13</sup>, é importante que estes profissionais consigam comunicar com os pacientes, para que o seu processo de reabilitação decorra de forma mais eficaz.

Acrescido às dificuldades de comunicação com indivíduos com alterações de linguagem apresentaram-se ainda as especificidades da comunicação com a população idosa, o que torna a comunicação ainda mais desafiante.

As principais dificuldades na comunicação com o idoso prendem-se quer com as diferentes alterações/patologias decorrentes do envelhecimento, tais como alterações fonatórias, hipoacúsia, declínio cognitivo e alterações neurológicas que conduzam à afasia, quer com a diminuição da interação social e a tendência ao isolamento<sup>14</sup>. Por outro lado, na comunicação com indivíduos idosos ocorre frequentemente uma comunicação estereotipada, com discurso lento, um tom de voz mais elevado, utilizando vocabulário bastante simples e frases curtas, o que pode condicionar a interação e resposta do idoso, podendo o mesmo sentir-se diminuído, inibindo-se de comunicar. Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde tenha atenção a estes aspetos para o estabelecimento de uma relação comunicativa de confiança e envolvimento com os idosos<sup>14</sup>.

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

## MÉTODOS

Foi utilizada a metodologia Delphi de quatro rondas. A metodologia Delphi tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, sobretudo para obter consenso sobre aspetos importantes da saúde e da formação dos profissionais de saúde, sobretudo em situações em que existe falta de evidência empírica<sup>15-16</sup>. É um processo interativo, em várias etapas, reunindo as opiniões dos participantes a fim de fornecer um consenso sobre a área em estudo<sup>15-17</sup>. Além disso, a sua natureza interativa permite que os participantes percebam como a sua avaliação das questões se alinha com a dos outros, permitindo a partilha de opiniões entre os peritos e evolução no conhecimento sobre a área em estudo<sup>15</sup>.

Para este efeito é essencial definir qual o grau de consenso a atingir antes de iniciar o estudo, assim como definir claramente os critérios de inclusão dos participantes e os conceitos a apresentar<sup>15</sup>.

Apresenta as seguintes vantagens para este estudo de investigação: mantém o anonimato entre os participantes, permite-lhes tempo para considerar as suas respostas, permite a integração dos participantes, com diferentes áreas de formação e a partir de diferentes localizações geográficas, recorrendo à utilização de formulários *online*, disponíveis através do acesso ao e-mail. Este estudo Delphi desenvolveu-se nas seguintes etapas:

1. Com base na revisão da literatura foram definidos os critérios de inclusão para a definição de perito em comunicação clínica, nomeadamente: 1) ser mestre, doutorando ou doutorado, preferencialmente em comunicação clínica<sup>10</sup>; 2) possuir mais de sete anos de experiência como formador em competências de comunicação para profissionais de saúde, em especial fisioterapeutas<sup>10</sup>; 3) desenvolver ou ter desenvolvido investigação recente em comunicação clínica (com artigos publicados nesta temática)<sup>10,11</sup>. Foi ainda determinado o grau de consenso entre os peritos, de acordo com a revisão da literatura, tendo sido definido como uma concordância de respostas de 80% ou superior<sup>18</sup>. Da mesma forma foi definido o conceito de comunicação clínica, de forma a ser apresentado aos peritos.
2. Após esta fase foram selecionados os peritos através da pesquisa de artigos recentes em comunicação clínica publicados em Portugal, da pesquisa de formações em comunicação clínica, da rede de contactos estabelecida com a Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica e por último através da referência de outros peritos, e posteriormente contactados por e-mail, num primeiro contacto a identificar e descrever o estudo, assim como a formular o convite para participar no mesmo, e num segundo contacto para enviar o formulário de participação.
3. Simultaneamente foi definida a pergunta de partida, para a primeira ronda, sendo a seguinte: 'Como perito em comunicação clínica, no que respeita ao exercício do fisioterapeuta, quais as competências de comunicação que este deve possuir?'
4. Em seguida foi criado o formulário *online* para resposta, onde constava uma breve descrição

do estudo, com a natureza, objetivos, definição de perito e de comunicação clínica, seguida da apresentação da pergunta da primeira ronda, com possibilidade de resposta livre.

5. Foram enviados os *links* do formulário da primeira ronda, por e-mail a todos os peritos, que aceitaram participar, ficando disponível pelo período de duas semanas.
6. Após o término da primeira ronda foram analisadas as respostas, e de acordo com a sua análise foram formuladas as perguntas da segunda ronda e elaborado o respetivo formulário *online*, que ficou disponível também pelo período de duas semanas. As perguntas do formulário foram as seguintes: 'Classificar as competências de comunicação apresentadas consoante a sua importância no âmbito da intervenção do fisioterapeuta com idosos com alterações de linguagem, através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos' e 'Da lista de 29 competências identificadas, seleccione as 10 que entende serem mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, também na intervenção específica com idosos com alterações de linguagem.' O formulário foi enviado para os peritos que responderam à primeira ronda do estudo, e ficou disponível pelo período de duas semanas.
7. Foram analisados os resultados e em virtude de se ter obtido um empate em cinco das competências listadas foi necessária uma terceira ronda, com vista a proceder ao desempate. Foi novamente criado o formulário *online* da terceira ronda com a seguinte pergunta: 'Das competências de comunicação apresentadas indique as duas que considera mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem.' O formulário foi enviado aos peritos que participaram na segunda ronda e esteve disponível pelo período de um mês, tendo em conta que coincidiu com o período de férias escolares.
8. No final da terceira ronda continuou a haver um empate entre duas das competências de comunicação listadas, pelo que houve necessidade de uma quarta ronda, com a seguinte pergunta: 'Das competências de comunicação apresentadas indique a que considera mais importante desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem', para proceder ao desempate. O formulário *online* foi criado e enviado novamente aos peritos que participaram na terceira ronda,

e esteve disponível pelo período de uma semana. Após esta quarta ronda obteve-se um consenso pelo que se deu por terminado o estudo Delphi, com a análise dos resultados e sua respetiva discussão.

**Participantes:** Foram identificados, selecionados e contactados por correio eletrónico 21 peritos em comunicação clínica, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos. 20 peritos aceitaram participar no estudo, dos quais 19 responderam à primeira ronda e passaram à ronda seguinte (taxa de participação de 95%). À segunda ronda responderam 18 peritos (taxa de participação de 95%), tendo os mesmos transitado para as rondas seguintes e terminado o estudo (taxa de participação na terceira e quarta rondas de 100%).

## RESULTADOS

Relativamente aos participantes do estudo, 78,9% eram do sexo feminino e 21,1% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 32 e os 64 anos, com uma média de idades de 47,8 anos; relativamente às suas habilitações académicas, 84,2% eram doutorados, 10,5% com o doutoramento em curso e 5,3 % com o mestrado.

No que respeita à sua formação base, sete dos participantes são fisioterapeutas (37%), quatro psicólogos (21%), três médicos (16%), três enfermeiros (16%), um farmacêutico (5%) e 1 da área do direito (5%), todos especializados em comunicação. O número de anos de experiência como formador em competências de comunicação varia entre seis e 31 anos, com uma média de 15,6 anos.

O número de artigos publicados no âmbito da comunicação clínica varia entre um e sessenta publicações, com uma média de 12,3 publicações por perito. Da análise de conteúdo efetuada às respostas da primeira ronda, resultou uma listagem de 29 competências de comunicação, apresentadas no Quadro 1.

Após identificadas e listadas as competências de comunicação procedeu-se à realização da segunda ronda, da qual constaram duas questões. Na primeira foi solicitado que os peritos identificassem, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, o grau de importância de cada competência de comunicação para a intervenção do fisioterapeuta com os idosos com alterações de linguagem. Os resultados da primeira ronda encontram-se apresentados na tabela 1.

**Quadro 1****Competências de comunicação listadas pelos peritos.**

Competência de Comunicação	
1. Empatia	16. Linguagem positiva
2. Interpretação	17. Assertividade
3. Partilha/fornecimento de informação	18. Dar tempo para responder
4. Recolha de informação	19. Imparcialidade
5. Adequação ao sujeito/contexto	20. Reformulação
6. Negociação	21. Sumarização/Síntese
7. Relação/Aliança	22. Focalização
8. Escuta Ativa	23. Paralinguagem
9. Suporte para a autonomia	24. Práticas reflexivas
10. Explicitação/Clarificação	25. Observação
11. Toque	26. Linguagem acessível/compreensível
12. Linguagem Corporal	27. Validação
13. Encorajar/Apoiar	28. Feedback
14. Permitir o silêncio	29. Exploração
15. Competências sociais	

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

Na segunda questão da segunda ronda foi solicitado aos peritos que escolhessem as 10 competências de comunicação que entendessem ser mais importantes desenvolver no contexto da intervenção com idosos com alterações de linguagem. Os resultados encontram-se descritos na tabela 2.

Nos resultados da segunda ronda, no que respeita à listagem das 10 competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, e atendendo que na primeira pergunta desta ronda se obteve consenso em relação a todas as competências listadas, à exceção da imparcialida-

de, foram identificadas as 10 competências de comunicação que obtiveram maior percentagem de respostas, verificando-se um empate em cinco das competências de comunicação, para dois lugares restantes pelo que se procedeu a uma terceira ronda, com a seguinte questão: 'Das competências de comunicação apresentadas indique as duas que considera mais importantes desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem: suporte para a autonomia, linguagem positiva, toque, permitir o silêncio, sumarização/síntese.'

Nesta ronda os peritos escolheram a linguagem positiva com 55,6%, o toque e o suporte para a autonomia, ambos com 44,4%.

Como ocorreu de novo um empate, desenvolveu-se uma quarta ronda para a escolha da última competência de comunicação a treinar, com a seguinte pergunta: 'Das competências de comunicação apresentadas indique a que considera mais importante desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com alterações de linguagem: toque, suporte para a autonomia, tendo sido escolhido o suporte para a autonomia, com 55,6%'.

**Tabela 1****Grau de importância das competências de comunicação para os fisioterapeutas, na intervenção com idosos com afasia.**

(n /%) Competências de Comunicação	Grau de importância				
	Pouco Importante (PI)	Moderadamente importante (MDI)	Importante (I)	Muito Importante (MI)	Somatório (I+MI)
1.Empatia			1 (5,6%)	17 (94,4%)	100%
2.Interpretação		1(5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
3.Partilha/Fornecimento de informação	1(5,6%)	1(5,6%)	7 (38,9%)	9 (50,0%)	88,9%
4.Recolhadainformação	1(5,6%)		6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
5.Adequação ao sujeito/ contexto		1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
6.Negociação	1 (5,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	88,8%
7.Relação/Aliança			3 (16,7%)	15 (83,3%)	100%
8. Escuta Ativa			2 (11,1%)	16 (88,9%)	100%
9.Suporte para a autonomia		2 (11,1%)	2 (11,1%)	14 (77,8%)	88,9%
10.Explicitação/Clarificação		1 (5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4
11.Toque	1(5,6%)	1 (5,6%)	10(55,5%)	6 (33,3%)	88,8%
12.Linguagemcorporal		1 (5,6%)	6 (33,3%)	11(61,1%)	94,4%
13.Encorajar/Apoiar		1 (5,6%)	5(27,8%)	12 (66,6%)	94,4%
14. Permitir o silêncio		1 (5,6%)	7 (38,9%)	10 (55,5%)	94,4%
15. Sociais	1 (5,6%)	1 (5,6%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%
16.Linguagem positiva		1 (5,6%)	8 (44,4%)	9 (50,0%)	94,4%
17. Assertividade	1(5,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	88,8%
18.Dar tempo para responder		1 (5,6%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)	94,4%
19. Imparcialidade	1 (5,6%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)	10 (55,5%)	77,7%
20. Reformulação	1 (5,6%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	12 (66,6%)	83,3%
21.Sumarização/síntese		1 (5,6%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	94,4%
22. Focalização		1 (5,6%)	10(55,5%)	7 (38,9%)	94,4%
23. Práticas Reflexivas		3(16,7%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)	83,3%
24. Paralinguagem		3 (16,7%)	6 (33,3%)	9 (50,0%)	83,3%
25. Observação		2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%
26.Linguagem acessível/ compreensível			5 (27,8%)	13 (72,2%)	100%
27. Validação		1 (5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4%
28. Feedback		1(5,6%)	5 (27,8%)	12 (66,6%)	94,4%
29.Exploração		2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,5%)	88,8%

**Tabela 2**

**As 10 competências de comunicação que entendessem ser mais importantes desenvolver no contexto da intervenção com idosos com alterações de linguagem.**

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

**Quadro 2**

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

Competência de comunicação
1. Empatia
2. Relação/Aliança
3. Dar tempo para responder
4. Adequação ao sujeito/contexto
5. Recolha de informação
6. Escuta Ativa
7. Partilha/Fornecimento de informação
8. Encorajar/Apoiar
9. Linguagem positiva
10. Suporte para a autonomia

No final das quatro rondas foi possível identificar as 10 competências de comunicação mais importantes a desenvolver nos fisioterapeutas, especificamente na intervenção com idosos com afasia, estando as mesmas descritas no quadro 2.

## DISCUSSÃO

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

A análise de conteúdo realizada permitiu perceber que existe alguma controvérsia relativamente ao conceito de competências de comunicação em saúde, dado este nem sempre se encontrar perfeitamente definido na literatura. Segundo Sequeira *et al.*<sup>1</sup> (p.52), competências de comunicação em saúde definem-se como *um conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão a um tratamento, entre outras*. Ora analisando esta definição é possível perceber que dentro das competências enunciadas pelos peritos todas se enquadram, existindo, contudo, alguns conceitos que podem ser também enquadrados em estratégias de comunicação. Sendo assim é fundamental que não ocorra confusão entre o que são competências de comunicação, que são possíveis de ser treinadas, com estratégias de comunicação, que se definem por ações realizadas pelos interlocutores para facilitar o processo de comunicação<sup>2</sup>.

Esta dualidade de conceitos é transversal a vários estudos, e até a vários programas de treino de competências de comunicação, tal como observado por Brown & Bylund<sup>19</sup>, num estudo realizado com o objetivo de descrever um novo modelo conceptual de treino de competências de comunicação. Verificou-se uma falta de clareza e homogeneidade na avaliação da eficácia dos programas de treino, referindo que possivelmente seja devido à falta de clareza e homogeneidade também encontrada na definição e descrição das competências

de comunicação a treinar. Este fator pode funcionar como uma limitação do treino assim como da sua eficácia. Daí ser tão importante proceder a esta definição, para se poder identificar especificamente quais as competências a treinar e avaliar, de forma a sistematizar o treino especificamente para essas competências.

Este estudo, atendendo a que recorreu a peritos experientes em comunicação clínica, com largos anos de experiência quer de investigação na área, quer de lecionação de treino de competências de comunicação, fornece um grande contributo neste sentido, na medida em que permitiu listar e identificar um grupo de competências de comunicação bem definidas e enquadradas na definição de competências de comunicação em saúde.

No que respeita à análise do grau de importância das competências de comunicação listadas verificou-se a obtenção de um elevado grau de consenso em todas as competências, à exceção da imparcialidade. É importante ter em conta que se considerou o somatório das respostas importante e muito importante para cada competência listada, sendo que todas as competências obtiveram um consenso entre 100% e 83,3%, à exceção da imparcialidade que obteve 77,7%, daí ter sido eliminada como importante<sup>18</sup>.

Analisando por sua vez as respostas às duas perguntas da segunda ronda, ao associar os seus resultados é possível verificar que as competências listadas dentro das 10 mais importantes são as competências que obtiveram maior grau de consenso, à exceção da linguagem acessível e compreensível, que obteve um consenso de 100%, contudo não foi escolhida dentro da lista das 10 competências mais importantes. Este facto pode ser devido a se ter limitado a lista a 10 competências a treinar, o que pode ser uma limitação do estudo, atendendo a que várias competências apresentam o mesmo grau de importância, o que dificulta depois a sua escolha numa lista mais restrita. Outro motivo pode prender-se com o facto de se referir a intervenção com indivíduos com afasia, podendo apresentar alterações da compreensão, daí a utilização da linguagem verbal (acessível/compreensível) não ser tão preponderante<sup>20</sup>.

No que respeita às 10 competências de comunicação mais importantes, na intervenção com indivíduos com afasia verifica-se que todas elas são transversais a qualquer relação comunicativa entre terapeuta/utente, contudo algumas devem ter especial enfoque nesta situação em particular, tais como a

empatia, o dar tempo para responder, a recolha de informação, o encorajar/apoiar e a linguagem positiva. Estas competências vão de encontro com o descrito na literatura, tal como referem Fried-Oken *et al.*<sup>8</sup>. Relativamente ao suporte para a autonomia, é das competências mais treinadas nos fisioterapeutas<sup>5</sup>, no sentido de possibilitar ferramentas ao paciente para ser mais autónomo e interventivo no seu processo de reabilitação, o que no caso específico das afasias é uma tarefa muito mais exigente. É fundamental perceber que alteração da comunicação o indivíduo apresenta, se de expressão ou de compreensão e adquirir competências para facilitar essas lacunas e possibilitar a transmissão da informação de forma adequada e consistente<sup>9</sup>.

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

São encontrados estudos<sup>19,20</sup> realizados acerca das estratégias de comunicação utilizadas com indivíduos com afasia, contudo quando se realiza uma pesquisa acerca das competências de comunicação a desenvolver para a comunicação com indivíduos com afasia, a bibliografia é bastante escassa, o que fundamenta ainda mais a importância do presente estudo.

Verifica-se também que maioritariamente os estudos encontrados preparam e treinam os familiares/cuidadores<sup>20</sup>, sendo poucos estudos dirigidos aos profissionais de saúde mas quando se verifica quase sempre são dirigidos a terapeutas da fala, não tendo sido encontrado nenhum estudo relativo a fisioterapeutas.

Atendendo ao facto de que, de acordo com Strasnyk *et al.*<sup>13</sup>, a afasia diminui bastante o potencial de reabilitação motora dos indivíduos, pela dificuldade de comunicação entre o fisioterapeuta e o utente, condicionando a colaboração do utente durante o processo de reabilitação, assim como diminui a sua qualidade de vida<sup>20</sup>, torna-se fundamental que a comunicação entre o fisioterapeuta e o doente afásico seja eficaz, sendo o treino das competências de comunicação dos fisioterapeutas essencial.

Assim considera-se que este estudo contribui de forma significativa para o desenvolvimento de um

programa de treino específico e adequado para melhorar as competências de comunicação dos fisioterapeutas, especificamente no contexto da afasia, visto na literatura não se encontrar nenhum programa específico para este efeito.

Um motivo para este facto, e analisando a listagem de competências de comunicação mais importantes a treinar, verifica-se que todas elas são a base da comunicação clínica, fazendo parte da lista de competências de comunicação básicas para qualquer entrevista clínica centrada no paciente, o que justifica o treino nesta fase ser transversal a todas as profissões de saúde.

Este resultado, vai de encontro ao enunciado por Morris *et al.*<sup>9</sup>, que referiram que nos casos dos indivíduos com afasia, a relação de comunicação com os médicos que os acompanham pode ser melhorada, se o médico dirigir a sua entrevista exclusivamente centrada no paciente, e especificamente de acordo com as alterações de linguagem que o indivíduo apresenta, adaptando as suas estratégias e competências à situação específica.

Este factor, acrescido ao facto de que, da exaustiva pesquisa realizada, se verificar que as publicações existentes são escassas e pouco recentes, e atendendo à crescente importância da comunicação clínica como indicador da qualidade da prestação dos serviços de saúde<sup>11</sup>, se verifica ser importante desenvolver investigação nesta área de intervenção tão específica, representando o presente estudo um contributo essencial neste contexto.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu perceber quais as competências de comunicação a desenvolver nos fisioterapeutas que trabalham com idosos com afasia, com um consenso entre 83,3% a 100% consoante as diferentes competências listadas, assim como a definição das 10 competências mais importantes a treinar, de forma a possibilitar a organização e implementação de um programa de treino de competências de comunicação para fisioterapeutas.

Os resultados vão de encontro com o descrito na literatura em termos gerais, contudo não se encontrou literatura que abordasse especificamente o treino de competências de comunicação para fisioterapeutas na intervenção com indivíduos com afasia, sendo este estudo bastante importante por permitir dar um contributo importante neste con-

texto tão específico e cada vez mais prevalente. Os resultados são apresentados de forma clara e objetiva, com um elevado grau de consenso.

É importante referir que do total de 29 competências listadas pelos peritos, somente uma, a imparcialidade, foi excluída por não reunir consenso. Os dados obtidos permitiram fundamentar e perceber a importância acrescida da comu-

nicação centrada no paciente especificamente nos casos de indivíduos com afasia, o que vai de encontro à literatura encontrada, representando este estudo um contributo recente para o tema.

Sugere-se a realização de um estudo específico acerca das competências de comunicação a treinar consoante o tipo de afasia existente, tendo em conta as suas especificidades.

## REFERÊNCIAS

1. Sequeira CAC, Sampaio FMC, Coelho T, Luch-Canut T. Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: LIDEL Editora; 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>.
2. Parry RH, Brown K. Teaching and Learning Communication Skills in Physiotherapy: What is Done and How Should it be Done? *Physiotherapy*. 2009 Dec; 95(4):294-301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
3. Cardoso, RM. Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2019. ISBN 9789899795303.
4. Loureiro E, Cavaco AM, Ferreira MA. Competências de Comunicação Clínica: Objetivos de Ensino-Aprendizagem para um Currículo Nuclear nas Áreas da Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015 Aug;39(4):491-5. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>.
5. Queirós SCM, Santos LDA, Meneses RF, Couto GR. “Avaliação de Programas de Treino de Competências de Comunicação para Fisioterapeutas. *Rev. Comunic. Pub.* 2020 Dez [online];15(29), Dossier Temático: Comunicar a saúde – fundamentos e práticas para uma melhor saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/cp.11357>.
6. Haselbach D, Renggli A, Carda S, Croquelois A. Determinants of neurological functional recovery potential after stroke in young adults. *Cerebrovasc. Dis. Extra.* 2014 Apr;4(1):77-83. Available from: <https://doi.org/10.1159/000360218>.
7. Menegotto E, Konkiewitz E. Neurobiologia da Linguagem e Afasias. In: Konkiewitz E. Tópicos em Neurociência Clínica [Internet]. Brasil. Editora UFGD. 2010. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/2656>
8. Fried-Oken M, Aimee Mooney A, Peters B. Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehab.* 2015;37(1):69-87. Available from: <https://doi.org/10.3233/NRE-15121>
9. Morris MA, Clayman ML, Peters KJ, Leppin AL, LeBlanc A. Patient-Centered Communication Strategies for Patients with Aphasia: Discrepancies Between What Patients Want and What Physicians Do. *Disab. Health J.* 2015 Apr;8(2):208-15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.03.001>
10. Souza R, Arcuri E. Estratégias de comunicação da equipa de enfermagem na afasia decorrente do acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(2): 292-298. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200014>
11. Heard R, O'Halloran R, McKinley K. Communication partner training for health care professionals in an inpatient rehabilitation setting: a parallel randomised trial. *Int J Speech Lang Pathol.* 2017. Jun; 19(3):277-286. Available from: <http://doi.org/10.1080/17549507.2017.1290137>. Epub 2017 Mar 7.

12. Cameron A, Hudson K, Finch E, Fleming J, Lethlean J, McPhail S. I've got to get something out of it. And so do they: experiences of people with aphasia and university students participating in a communication partner training programme for healthcare professionals. *Int J Lang Commun. Disord.* 2018. Sep; 53(5):919-928. Available from: <http://doi.org/10.1111/1460-6984.12402>. Epub 2018 Jun 5.
13. Stransky M, Jensen K, Morris M. Adults with communication disability experience poorer health and healthcare outcomes compared to persons without communication disabilities. *J Gen Intern Med.* 2018. Dec; 33(12):2147-2155. Available from: <http://doi.org/10.1007/s11606-018-4625-1>. Epub 2018 Aug 24.
14. Santos P, Heidermman I, Marçal C, Arakawa-Belaunde A. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Aud Commun. Resear.* 2019; 24(0): 3-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>
15. McMahan S, Cusack T, O'Donoghue G. Barriers and Facilitators to Providing Undergraduate Physiotherapy Clinical Education in the Primary Care Setting: a three-round Delphi Study. *Physiotherapy* 2014 Mar;100(1):14-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.04.006>.
16. Sole G, Skinner M, Hale L, Golding C. Developing a Framework for Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Physiotherapy Students: A Delphi Study. *NZJP* 2019 Mar;47(1):49-58. Available from: <https://doi.org/10.15619/NZJP/47.1.06>.
17. Persky AM, Robinson JD. Moving from Novice to Expertise and Its Implications for Instruction. *Am. J. Pharm. Educ.* 2017 Nov;81(9):72-80. Available from: <https://doi.org/10.5688/ajpe6065>.
18. Marques J, Freitas D. Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Rev Propos.* 2018 Aug; 29(2): 389-415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
19. Brown R F, Bylund CL. Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model. *Acad. Med.* 2008 Jan;83(1):37-44. Available from: <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>.
20. Bullier B, Cassoudealle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, Gabory I, Dehail P, Joseph P, Sibon I, Glize B. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Ann Phys Rehab Med.* 2020. Jan; 63(1): 33-37. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>