

*"Just as the molecular and chemistry oriented sciences were adopted as the 20<sup>th</sup> century medical paradigm, incorporation of the patient's perspective into a relationship-centered medical paradigm has been suggested as appropriate for the 21<sup>st</sup> century."*

Roter, 2000, p.5

Em 1999, Hulsman, um autor que se tem dedicado ao estudo dos processos de interacção do profissional de saúde com o paciente, afirmava que no século XXI o objectivo central da formação dos profissionais de saúde corresponderia a um melhor desenvolvimento e treino das suas competências comunicacionais (Hulsman, Ros, Winnisbust & Bensing, 1999).

Recorde-se que a centralidade dada à relação médico-paciente remonta a Hipócrates. No entanto, durante décadas o ensino das competências comunicacionais foi considerado pelas escolas de saúde como um assunto inconsequente e de baixa prioridade (Roter & Hall, 2006). Em 1904 (p. 17), Osler escrevia: "*Dêem-lhes (aos estudantes) bons métodos e um ponto de vista adequado, e tudo o resto virá por acréscimo, à medida que a experiência aumenta*". Recentemente, constatando algumas limitações e fragilidades do modelo biomédico (Hartog, 2009; Rotter & Hall, 2006; Reis, 1998; Salmon & Hall, 2003; Sumsion, 1997), os profissionais de saúde têm proposto modelos dirigidos a processos múltiplos e dinâmicos de adaptação (Deccache & Ballekom, 2010; Schofield, 2004; Taylor, 2009).

A investigação tem, pois, demonstrado que a sobreavaliação da dimensão orgânica da doença e a negligência dos aspectos subjectivos do paciente, duas das asserções fundamentais do modelo biomédico, contribuem para erros de diagnóstico e problemas de adesão e insatisfação do paciente (Rotter & Hall, 2006; Silverman, Kurtz & Draper, 2005). A este propósito, vários estudos revelam que uma parte considerável da insatisfação dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde se relaciona com o desempenho comunicacional dos cuidadores (Berry, 2007; Chant, Jenkinson, Randle & Russel, 2002a; Fallowfield & Jenkins, 1999; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Okamoto, 2007; Potter, Gordon & Hamer, 2003b; Teixeira, 2000). Mais do que a avaliação da competência biomédica do cuidador, os

pacientes tendem a avaliar a qualidade da relação e da comunicação estabelecidas com o cuidador (Gerteis, Edgman-Levitan & Daley, 1993). O que se reflecte, por exemplo, no facto da maioria das queixas dos pacientes anualmente reportadas pelo *British National Health Service Ombudsman* salientarem as falhas comunicacionais dos profissionais de saúde, e não questões de natureza biomédica (Reid, 1993).

Neste domínio, as mudanças sociais e em particular a modificação dos padrões de vivência das doenças crónicas (Bensing & Verhaak, 2004; Potter & McKinlay, 2005; Schofield, 2004) conduziram vários autores a enfatizar o **cuidar** em detrimento do **curar** (Gordon, 2003), a autonomia do paciente (Bensing et al., 2000; Schofield, 2004) e, através de um maior acesso à informação (Bensing & Verhaak, 2004; Corney, 2000; Potter & McKinlay, 2005; Stewart, Brown, Weston, McWhinney, Oates, McWilliam & Freeman, 2006; Taylor, 2009), a capacidade do paciente para interagir com os profissionais de saúde (Dieterich, 2007).

A última década do séc. XX caracterizou-se, assim, por importantes contributos que recolocam a importância da comunicação e salientam a necessidade do ensino de competências comunicacionais. A Organização Mundial de Saúde afirmou mesmo que: "*A interacção e comunicação efectiva médico-doente são centrais para a satisfação do médico e do doente, para a competência do médico e para a recuperação dos doentes.*". (WHO, 1993, p.1). Nesta linha, o *consensus* de Toronto (1996) e o de Kalamazoo visaram uniformizar o ensino e a avaliação das competências comunicacionais.

O primeiro consenso resultou da apresentação no *International Conference on Teaching Communication in Medicine* de oito recomendações relativas ao desenvolvimento, à implementação e à avaliação dos programas de competências comunicacionais (Makoul & Schofiel, 1999). Estas propostas foram depois redefinidas dois anos mais tarde em Amesterdão na *Communication in Health Care Conference*. Em 1999, representantes de instituições de educação médica e organizações de profissionais de saúde voltaram a reunir-se no Michigan na *Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education* com o objectivo de identificarem

as tarefas essenciais da comunicação médico-paciente e as atitudes e competências para as objectivar: (1) estabelecer um consenso sobre o que caracteriza a comunicação efectiva; (2) identificar as respectivas competências a desenvolver nos profissionais de saúde pelas organizações de ensino e formação médica e, (3) assegurar-se que o produto final do acordo seria *baseado na evidência* e assim passível de avaliação.

Liderado por Makoul, o mesmo grupo apresentou depois um modelo sequencial de tarefas comunicacionais implicadas na educação médica, conhecido por *consensus* de Kalamazoo (Makoul, 2001a).

Por seu lado, em 2002 a *American Association of Medical Colleges* e a *American College of Graduate Medical Education* consideraram a comunicação interpessoal como umas das seis aptidões centrais a desenvolver nos médicos (Rotter & Hall, 2006).

Inicialmente encarado por vários investigadores e educadores como pouco relevante e de pouca cientificidade, o modelo de **centração no paciente** acabou por ocupar um lugar cimeiro nos cuidados de saúde (Stewart et al., 2006). A centração no paciente pode ser definida como "*o cuidado que é congruente com, e responsivo, às necessidades, desejos e preferências dos pacientes*" (Duggan, Geller, Cooper & Beach, 2006, p.271). No modelo, o profissional de saúde é levado a considerar a doença ou a disfunção não apenas da sua perspectiva mas também da do paciente (Aita, McIlvain, Backer, McVea & Crabtree, 2005; Bensing & Verhaak, 2004; Mead & Bower, 2000a; Michie, Miles & Weinman, 2003; Reynolds, 2005). O cuidador tem também de partilhar as suas decisões com o doente (Higgs & Titchen, 2001; Mead e Bower, 2000a; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Reynolds, 2005). Assume-se que embora na relação profissional de saúde-paciente, ambos os intervenientes sejam especialistas, os domínios em que exercem a sua especialização são distintos. O clínico é conhecedor dos processos de diagnóstico e tratamento; o paciente é detentor da sua vivência, envolvendo experiências de doença, estilos de vida, valores e intuições (Rotter & Hall, 2006).

A relação entre centração no paciente e comunicação resulta evidente: "A *medicina centrada no paciente constitui um objectivo relevante nos cuidados de saúde; a comunicação é a ferramenta para atingir esse objectivo.*" (Bensing, Verhaak, Dulmen, & Visser, 2000, p.1). Ao se centrarem no doente, os profissionais de saúde melhoram o seu desempenho clínico, não apenas com diagnósticos mais precisos e completos, mas também pela detecção precoce do sofrimento psicológico do paciente (Kurtz, Silverman & Draper, 2005, Stewart et. al., 2006). Os cuidadores que comunicam eficazmente conseguem que os pacientes revelem as suas expectativas, emoções e necessidades de informação (Bensing & Verhaak, 2004) e, desta forma, apresentem índices mais elevados de satisfação e adesão (Berry, 2007; Mallinger, Griggs & Schields, 2005), assim como uma menor ansiedade (Berry, 2007). A comunicação permite avaliar as necessidades do paciente e alcançar os objectivos terapêuticos (Bensing & Verhaak, 2004; Reynolds, 2005; Rotter & Hall, 2006). O próprio bem-estar dos profissionais é melhorado quando a comunicação centrada no paciente é conseguida (Maguire & Pitceathly, 2002; McGilton, Irwin-Robinson, Boscart & Spanjevic, 2006).

A análise dos conteúdos de duas publicações relevantes na área dos cuidados como a *Patient Education and Counseling* e a *Medical Education* permite concluir que a natureza, as dinâmicas, os contextos e as consequências do diálogo profissional de saúde-paciente constituem uma temática central. Lamentavelmente, a quantidade nem sempre se traduz em coerência e qualidade (Hulsman et al., 1999; Cegala & Broz, 2002; Schofield & Butow, 2004), a ponto de Schofield e Butow (2004) terem classificado a literatura de caótica. O que talvez se deva à complexidade da comunicação do profissional de saúde com o paciente (Salmon & Young, 2009). Neste sentido, a resposta à questão: *quais os programas de treino de competências comunicacionais mais eficazes?* tem sido dificultada pela diversidade dos programas propostos. Nomeadamente no que concerne às competências comunicacionais a promover, às metodologias de ensino utilizadas e aos instrumentos de avaliação (Cegala & Broz, 2002; Gysels, Richardson & Higginson, 2005).

Por outro lado, sabendo que as competências comunicacionais podem ser treinadas e que permanecem ao longo do tempo (Laidlaw, Kaufman, MacLeod, Zanten, Simpson & Wrixon, 2006; Rotter & Hall, 2006), várias escolas médicas alteraram os seus *curricula*, de modo a integrar o treino de competências comunicacionais na educação pré e pós-graduada (Haq, Steele, Marchand, Seibert & Brody, 2004; Hulsman et al., 1999; Lurie, Moovey, Nofziger, Meldrum & Epstein, 2008; Rotter & Hall, 2006). Contudo, as várias instituições de ensino diferem muito nas competências que leccionam e na forma como o fazem (Buyck & Lang, 2002).

Resulta, assim, evidente a necessidade de estudos para uma análise aprofundada e abrangente dos processos comunicacionais dos profissionais de saúde (Samon & Young, 2005; Roberts, Wass, Jones, Sarangi e Gillett, 2003), bem como para desenvolver programas de treino mais adequados. A Psicologia em geral e a Psicologia da Saúde em particular oferecem aos profissionais de saúde um enquadramento adequado a esses estudos.

Assim, esta investigação inserida no âmbito da Psicologia da Saúde tem como objectivos gerais:

- (1) *A caracterização de processos comunicacionais de estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas com pacientes em contextos problemáticos.*
- (2) *Uma intervenção clínica e educacional, visando a modificação da comunicação inadequada desses cuidadores.*

O primeiro objectivo resulta da ausência de estudos que abordem de uma forma abrangente e operacional os processos comunicacionais dos cuidadores. Não sendo realisticamente viável investigar todos os grupos de profissionais de saúde num único estudo deste tipo, a opção pelos fisioterapeutas não implica uma equiparação da sua prestação técnica às dos outros grupos, mas um enquadramento modelar de situações comunicacionais problemáticas. Parte-se, pois, do princípio que os processos de comunicação dos fisioterapeutas serão semelhantes aos de outros profissionais, mas também que este modelo de caracterização terá de ser estudado ou replicado com esses grupos para se proceder às devidas modificações.

Saliente-se que a grande maioria dos estudos relativos à comunicação profissional de saúde-paciente tem envolvido estudantes de medicina e médicos (Makoul, 2001b; Buyck & Lang, 2002; Fragstein, Silverman, Cushing, Quilligan & Salisbury, 2008; Haq et al., 2004; Makoul & Schofiel, 1999; Makoul, 2003), deixando de lado outros cuidadores (Newes-Adeyi, Helitzer, Roter & Caulfield, 2004)<sup>1</sup>.

Acrescente-se ainda que a relação entre paciente e fisioterapeuta tem vindo a ser apontada por diversos autores (Cooper, Smith & Hancock, 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Parry, 2008) como um elemento central do tratamento de fisioterapia. Desta forma, ao reconhecer o papel dos fisioterapeutas como técnicos biomédicos especializados, mas também como cuidadores que, em última análise, permitem um aumento da qualidade de vida do paciente, o estudo aprofundado dos processos comunicacionais pode ser considerado primordial e estruturante para o ensino pré e pós-graduado de fisioterapia.

Ao objectivar os processos comunicacionais de fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia em diferentes situações problemáticas (passíveis de acontecer no seu quotidiano) e que correspondem aos seis processos - adiante referidos como **temáticas** - mais estudados e treinados da comunicação assertiva (*i.e.*, **facilitação da expressão emocional em défice, moderação da expressão emocional em excesso, elaborar pedido, responder a pergunta/pedido, elaborar crítica e responder a crítica**) (Blackwell & Gutmann, 1986; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Post, Cegala & Miser, 2002), o presente trabalho pretende, assim, contribuir para caracterizar de forma mais operacional estes processos, de forma a poder oferecer aos fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia, e virtualmente a outros cuidadores, um conjunto de estratégias adequadas a cada paciente e, deste modo, levando a uma intervenção mais eficaz.

---

<sup>1</sup> Apesar de existirem grandes similitudes entre as interações dos médicos com pacientes e as de outros profissionais de saúde com os respectivos pacientes, têm sido também observadas algumas diferenças, como uma maior facilidade dos pacientes para fazerem perguntas e revelarem informação sobre a doença, sentimentos e preocupações aos profissionais de saúde, por perceberem estes como mais *acessíveis* do que os médicos (Berry, 2007; Heaven, 2004).

Ao incluir na população visada, os estudantes de dois anos distintos (2º e 4º) do curso superior de fisioterapia e um grupo de profissionais, este trabalho visa igualmente investigar as eventuais diferenças entre estes grupos no que diz respeito às estratégias utilizadas, para adequar melhor o seu treino às condições de formação.

O primeiro objectivo conduz, por conseguinte, ao segundo de orientação prescritiva e interventiva. Pretende-se ultrapassar a estandardização dos treinos existentes (Chant, Jenkinson, Randle, Russel & Webb, 2002b), abrindo o treino individual de competências comunicacionais a processos de descentração e flexibilidade (Joyce-Moniz & Barros, 2005), e possibilitando a construção pelo cuidador de soluções alternativas (Dahlgren, Almquist & Krook, 2000).

A primeira parte deste trabalho é constituída por dois capítulos e traduz a sua fundamentação. O **primeiro capítulo** é iniciado por uma exposição alargada do domínio da *assertividade*. São depois abordados os aspectos conceptuais do treino assertivo, assim como a fundamentação e caracterização das seis temáticas da comunicação assertiva.

O **segundo capítulo** inclui a revisão da literatura referente aos processos comunicacionais dos profissionais de saúde. Numa primeira parte, são abordadas as principais falhas de comunicação dos cuidadores, seguindo-se a exposição das várias modalidades de treinos de competências comunicacionais nestes contextos profissionais. Por fim, são analisadas as fragilidades teóricas e metodológicas dos diferentes modelos de treino comunicacional.

No **capítulo três**, que inicia a segunda parte deste trabalho, enunciam-se os objectivos e as questões de investigação, e descreve-se o contexto da prática e ensino da fisioterapia em Portugal.

No **capítulo quarto** descreve-se a população visada e justificam-se as opções metodológicas. São, pois, definidos os dispositivos e os procedimentos de recolha de dados sobre estratégias comunicacionais e de intervenção para modificação ou sistematização desses processos, assim como as metodologias de análise qualitativa e quantitativa de resultados.

No **quinto capítulo**, os resultados são analisados e discutidos, tendo como enquadramento a revisão de literatura dos capítulos iniciais, assim como os objectivos e as questões de investigação.

O **capítulo seis** é consagrado às considerações finais emergentes do exame dos resultados. Tratando-se de um estudo *exploratório* com uma proposta inédita de classificação dos processos e competências comunicacionais e de estratégias para os treinar, apresentam-se algumas sugestões para alargar ou estender este estudo a outros processos e populações, e apontam-se algumas insuficiências da investigação para poder ser replicada noutros contextos e condições.