

Neste trabalho, os objectivos e questões de investigação tiveram como fundamento as temáticas da assertividade, explanadas na secção 5.2, do capítulo 1, *i.e.*, **moderação da expressão emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de pedido, resposta a pergunta/pedido, elaboração de crítica e resposta a crítica.**

1. Objectivos e questões de investigação

1.1. Objectivos gerais

A presente investigação contém dois objectivos gerais, a saber:

(1) Caracterização dos processos comunicacionais com pacientes utilizados por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas, em várias situações problemáticas.

(2) Intervenção clínica e educacional visando a modificação da comunicação inadequada dos sujeitos.

O primeiro, mais abrangente e ambicioso, constitui o objectivo principal deste estudo. Efectivamente, a utilização de diferentes processos comunicacionais por parte dos profissionais de saúde tem consequências, por um lado, no modo como estes cuidadores interagem com os pacientes e, por outro, na própria adaptação do paciente à situação de doença ou incapacidade. Neste sentido, o presente estudo procura aprofundar o modo como estudantes e profissionais de saúde comunicam com pacientes, em diferentes situações problemáticas passíveis de acontecer no seu quotidiano. Pretende, ainda, e utilizar este conhecimento para a proposta de futuros treinamentos de competências comunicacionais, na educação pré e pós-graduada destes cuidadores.

A pertinência deste objectivo prende-se com a ausência de estudos que abordem os processos comunicacionais e que sejam realizados com profissionais de saúde portugueses. Para além disto, no que às competências comunicacionais diz respeito, a literatura além fronteiras caracteriza-se pelo domínio de estudos parcelares (Hulsman et al., 1999; Cegala & Broz, 2002; Schofield & Butow, 2004), que avaliam algumas competências comunicacionais através de questionários. A não especificação das competências comunicacionais é igualmente comum nestes estudos. Resulta, assim, evidente a necessidade de desenvolver investigações que permitam uma análise aprofundada e abrangente dos processos comunicacionais utilizados pelos profissionais de saúde (Salmon & Young, 2005; Roberts et al., 2003).

Finalmente, a investigação referente aos treinos de competências comunicacionais inclui, preferencialmente, estudantes de medicina ou médicos (Makoul, 2001a; Buyck & Lang, 2002; Fragstein et al., 2008; Haq et al., 2004; Makoul & Schofield, 1999; Makoul, 2003) e enfermeiros (Kruijver et al., 2000b). A relevância da comunicação para outros profissionais de saúde, particularmente para os fisioterapeutas (Parry, 2008), esteve na origem da escolha da população para este estudo.

A presente investigação ambiciona, precisamente, contribuir para o aumento do conhecimento relativo às competências comunicacionais utilizadas, por estudantes e profissionais de saúde, especificamente, por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas.

O segundo objectivo diz respeito à *intervenção clínica e educacional visando a modificação da comunicação inadequada dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas*.

Da análise dos treinos de competências comunicacionais, dirigidos a estudantes e profissionais de saúde, ressalta a enorme diversidade nas tipologias dos treinos propostos (Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Satterfield & Hughes, 2007; Schofield, 2004). Para além da duração e das metodologias de ensino e de avaliação, os treinos variam nas competências comunicacionais

que escolhem para ensinar. Não obstante esta diversidade, na sua maioria, os treinos são dirigidos a grupos e concebidos de forma estandardizada. Este tipo de treino desvaloriza as atitudes e comportamentos prévios dos estudantes e/ou profissionais e *impõe* um modo de resposta único, independentemente do nível inicial dos sujeitos.

Assim, o segundo objectivo decorre do primeiro justifica-se pela necessidade de propor programas individualizados que permitam responder de forma mais adequada às necessidades de treino (Rollnick, Kinniersley & Butler, 2002) na área da fisioterapia.

As questões de investigação são, em seguida, especificadas.

1.2. Questões de investigação

1.2.1. Questões de investigação relacionadas com a caracterização dos processos comunicacionais

Questão 1 – *Quais são as categorias utilizadas, por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas, na resposta às situações problemáticas?*

Para responder a esta questão foram identificadas e analisadas as categorias presentes nas respostas dos estudantes e fisioterapeutas às situações problemáticas nas seis temáticas em estudo.

Q1a) Descrição das categorias encontradas na análise das respostas às situações problemáticas.

Esta sub-questão pretende apresentar uma explanação detalhada de cada uma das categorias encontradas nas respostas dos participantes às situações problemáticas.

Q1b) Temáticas predominantes em cada categoria.

Nesta sub-questão, pretende-se perceber o nível de utilização de cada categoria em cada uma das seguintes temáticas: **facilitação da expressão emocional em défice, moderação da expressão emocional em excesso, elaborar pedido, responder a pergunta/pedido, elaborar crítica e responder a crítica.**

Q1c) Categorias predominantes em cada grupo da amostra, para as seis temáticas, no *baseline*.

O objectivo desta sub-questão é conhecer especificamente quais as categorias utilizadas na resposta a cada temática, pelos estudantes do 2º ano, estudantes do 4º ano e pelos profissionais de fisioterapia antes da realização do treino.

Q1d) Semelhanças e diferenças entre os três grupos amostrais, em relação às categorias utilizadas em cada temática, no *baseline*.

Pretende-se, com esta sub-questão, comparar as respostas às situações problemáticas, nas seis temáticas em estudo, entre os estudantes do 2º e 4º anos e fisioterapeutas, antes da realização do treino.

1.2.2. Questões de investigação relativas às medidas de auto-relato

Questão 2 – *Qual a percepção dos sujeitos em relação à sua resposta às situações problemáticas, em cada temática?*

Esta questão implica:

Q2a) – Identificação dos níveis de *percepção de ansiedade* e análise das diferenças nestes níveis, entre os estudantes do 2º e 4º anos de fisioterapia e fisioterapeutas, em cada temática.

Q2b) – Identificação dos níveis de *percepção de eficácia* e análise das diferenças nestes níveis, entre os estudantes do 2º e 4º anos de fisioterapia e fisioterapeutas, em cada temática.

Questão 3 – *Quais os níveis de percepção de competência nos três grupos amostrais?*

Esta questão implica:

Identificação dos níveis de *percepção de competência clínica e comunicacional* e análise das diferenças, nestes níveis, entre os estudantes do 2º e 4º anos de fisioterapia e fisioterapeutas.

Questão 4 – *De que forma os sujeitos dos três grupos amostrais conceitualizam a relação fisioterapeuta-paciente?*

Esta questão implica:

Q4a) – Identificação dos níveis de *centração no paciente* para os três grupos da amostra.

Q4b) – Análise das diferenças, nos níveis de *centração no paciente*, entre os estudantes do 2º e 4º anos de fisioterapia e fisioterapeutas.

1.2.3. Questões de investigação relacionadas com o programa de treino de competências comunicacionais

Questão 5 – *Qual a eficácia do programa de treino de competências comunicacionais?*

Esta questão implica:

Q5a) Identificação das diferenças nas categorias utilizadas antes e depois do treino, pelos três grupos amostrais.

Q5b) Identificação dos níveis de *percepção de ansiedade e de eficácia* na resposta às situações problemáticas, em cada temática.

Q5c) Identificação, antes e depois do treino, dos níveis de *percepção de competência clínica e comunicacional*.

Q5d) Identificação dos níveis de *centração no paciente*, antes e depois do treino.

2. Tipo de estudo

2.1. Estudo qualitativo

A presente investigação define-se como um *estudo qualitativo* sobre os processos comunicacionais dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas em situações problemáticas. Este tipo de objectivos são de difícil concretização quando se recorre a abordagens mais quantitativas. Estas últimas, ao darem primazia a análises estandardizadas, desvalorizam as verbalizações dos sujeitos.

A ênfase nos processos individuais conduziu alguns autores da psicologia da saúde (Barros, 1992; Bramley & Eatough, 2005; Reis, 1992; Fradique, 1992; Grilo, 1999; Santos, 2003, 2007) a optar por metodologias qualitativas, sem, no entanto, deixarem de complementar esta abordagem com métodos quantitativos.

No âmbito da comunicação em saúde, e no que concerne às revistas científicas de referência nesta área, predominam as investigações quantitativas. Contudo, na última década, a *Patient Education and Counseling* e a *Medical Education*, as duas publicações mais citadas neste domínio, têm vindo a pautar-se por integrar artigos com abordagens qualitativas. Este tipo de análise permite aprofundar os conhecimentos sobre a diversidade e

complexidade dos processos comunicacionais entre o profissional de saúde e o paciente (Aita et al., 2005; Fossum & Arborelius, 2004; Hartog, 2009; Hatem, Mazor, Fischer, Philbin & Quirk, 2008; Holmström & Rosenqvist, 2001; Jacquemet et al., 1998; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009; Kennifer et al., 2009; Klitzman, 2007; Laidlaw et al., 2007; Norfolk, Birdi & Walsh, 2007; Pitkälä & Mäntyranta, 2004; Rees, Sheard & McPherson, 2004; Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002; Stein, Frankel & Krupat, 2005; Thorne, Harris, Mahoney, Con & McGuinness, 2004; Williams, Cantillon & Cochrane, 2001).

Neste domínio, os estudos qualitativos abordam temas tão diversos como: a centração no paciente (Aita et al., 2005; Fossum & Arborelius, 2004; Gillespie, Florin & Gillam, 2004; Hatem et al., 2008; Holmström & Rosenqvist, 2001; Stewart et al., 2006; Street, Krupat, Bell, Kravitz & Haidet, 2003; Thorne et al., 2004), a empatia (Jacobsen et al., 2006; Jacquemet et al., 1998; Norfolk, Birdi & Walsh, 2007), as características do profissional de saúde (Kennifer et al., 2009; Laidlaw et al., 2007) e o treino de competências comunicacionais (Burnard & Morrison, 2005; Cegala, 1997; Haq et al., 2004; Rees, Sheard & McPherson, 2004; Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002). Na área da fisioterapia, os estudos qualitativos integram a perspectiva do paciente (Cooper, Smith & Hancock, 2008; Ekerhold & Bergland, 2004; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Potter, Gordon & Hamer, 2003b) e do fisioterapeuta (Potter, Gordon & Hamer, 2003a), assim como a análise da interação fisioterapeuta-paciente (Dahlgren, Almquist & Krook, 2000; Parry, 2005; Talvitie, 2000; Talvitie & Reunanen, 2002).

A presente investigação assenta, a par com a grande maioria dos estudos qualitativos, em três pressupostos fundamentais, a saber: (1) raízes no paradigma fenomenológico (*i.e.*, crença de que o indivíduo não é um receptor passivo da realidade, mas sim que interage activa e permanente no seu contexto, procurando interpretá-lo de modo a dar-lhe sentido; Murray & Chamberlain, 1999; Smith & Eatough, 2006; Taylor, 1985); (2) abordagem holística do desenvolvimento, por oposição ao estudo das partes (Krahn & Eisert, 2000; Patton, 1990) e, por fim, (3) centração na própria pessoa (*i.e.*, asserção de que o conhecimento das reacções do indivíduo só é possível

através da exploração das suas experiências subjectivas e significações que atribui a essas experiências).

Krahn e Eisert (2000) defendem que os estudos qualitativos se caracterizam pela especificidade com que os objectivos são formulados, assim como pelo tipo de métodos, instrumentos de investigação e análise de dados. No que aos objectivos diz respeito procura-se que estes expressem, com clareza, o pressuposto de exploração e de persecução das significações pessoais sobre os fenómenos experienciados. Desta forma, os objectivos tendem a substituir as hipóteses, próprias de estudos quantitativos, e a funcionar como ponto de partida para as questões de investigação. Foi esta a abordagem seguida neste estudo. Assim, a partir de dois objectivos gerais, foram formuladas questões de investigação abertas, mas orientadas para um fenómeno muito específico.

No que concerne ao segundo aspecto, a escolha recai sobre metodologias que permitam o acesso às significações pessoais, de forma tão exaustiva e aprofundada quanto possível. Sem surpresa, a análise das verbalizações dos sujeitos, através de uma entrevista semi-estruturada, constitui a metodologia de eleição dos estudos qualitativos (Brocki & Wearden, 2006; Smith & Eatough, 2006). No entanto, na área da comunicação em saúde, a resposta a situações hipotéticas tem vindo a perspectivar-se como uma alternativa credível à entrevista semi-estruturada.

A identificação de semelhanças e diferenças entre as variáveis em estudo viabiliza a construção de sínteses que contribuem para o desenvolvimento, ou mesmo elaboração, de teorias explicativas dos resultados observados.

Assim, não obstante o carácter essencialmente qualitativo desta investigação, de forma a sistematizar os resultados apurados, a análise das verbalizações dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas é complementada por uma análise estatística descritiva.

2.2. Estudo transversal, exploratório/descritivo

A presente investigação define-se como um estudo *transversal, exploratório/descritivo*.

A caracterização do estudo como *transversal* advém do facto deste ocorrer apenas num determinado momento, e nas dimensões definidas para esse momento. A designação de *exploratório/descritivo* justifica-se por se tratar de um estudo que parte para a classificação, o mais detalhada possível, dos processos de comunicação dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas sem ter, *à priori*, quaisquer limites para essa exploração, nem categorias de resposta pré-definidas.

3. Contexto profissional da fisioterapia

Atendendo aos objectivos desta investigação, centrados no estudo dos processos comunicacionais de estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas, cabe aqui apresentar uma breve contextualização deste grupo profissional.

3.1. Breve história da fisioterapia e do seu ensino em Portugal

O termo *physiotherapy* surgiu, pela primeira vez, no Reino Unido, em 1905, a propósito do I^o Congresso Internacional de Fisioterapia (Williams, 1986). As raízes desta profissão podem ser encontradas na massagem. Com efeito, a fisioterapia foi criada por um grupo de enfermeiras que praticava esta técnica. Ainda hoje, é a utilização terapêutica das massagens, assim como de outras técnicas manuais, como o toque (Roger, Darfour, Dham, Hickman, Shaubach & Shepard, 2002), que distingue a fisioterapia doutras áreas da saúde (Porter, 2005).

Em 1917, nos Estados Unidos da América, o Major General, cirurgião, William Gorjas definiu *fisioterapia* de forma organizada. Para este autor esta disciplina caracterizava-se pelo recurso a medidas físicas que incluíam hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, exercícios activos, jogos e massagens (Williams, 1986, cit. por Lopes, 1994).

Em Portugal, os termos *fisioterapia* e *fisioterapeutas* surgiram, pela primeira vez, em 1957, no contexto dos *cursos de reabilitação* criados pela Santa Casa da Misericórdia e destinados profissionais de saúde não médicos. Destes cursos, com duração de três anos, resultaram os primeiros profissionais denominados *agentes técnicos de fisioterapia* (Rebelo, 2008).

O processo de profissionalização teve início na década de 60 do século passado. Para tal, contribuiu, em 1960, a criação da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas e, mais tarde, o Centro de Medicina de Reabilitação, em Alcoitão, primeira instituição a formar técnicos de saúde com a designação específica de fisioterapeutas.

Em 1982, foram criadas as Escolas Técnicas de Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto. Estas escolas tinham como objectivo formar técnicos auxiliares dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica. O profissional de fisioterapia constituía um dos ramos possíveis destes cursos (Rebelo, 2008).

A carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica surgiu apenas em 1985, sendo o fisioterapeuta um dos profissionais abrangidos por esta. No ano seguinte, foram aprovadas as definições de conteúdo funcional da profissão, que ainda hoje se mantêm em vigor (D.L nº 569/99, de 21 de Dezembro):

O Fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão. Colabora no diagnóstico mediante a avaliação de deficiências, identificando as áreas lesadas; elabora programas adequados de tratamento com o fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas, tais como terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular. Ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, conforme o seu estado. Trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopédica,

respiratória e cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo. Elabora relatórios de resultados obtidos.

No nosso país o fisioterapeuta possui autonomia técnica. No entanto, actua em conformidade com o pré-diagnóstico, o diagnóstico e a prescrição terapêutica efectuados pelo médico ou técnico superior da equipa de saúde onde está enquadrado. Através da utilização de métodos ou técnicas específicas da profissão, o fisioterapeuta colabora na recuperação, no aumento ou manutenção da capacidade funcional do indivíduo, assim como na prevenção da incapacidade. Especificamente, este profissional de saúde contribui para o diagnóstico, mediante a avaliação das áreas lesadas, elabora programas de tratamento adequados, executa-os de modo a tratar pacientes com patologias distintas e, finalmente, procede ao registo em relatório de resultados (Rebelo, 2008).

Em 1999, com o Decreto-Lei que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, o curso de fisioterapia ministrado nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, passou a licenciatura bi-etápica. Foi assim possível o aumento do grau académico para o nível da licenciatura. Desde 2003, e reforçando o facto de ser uma actividade de cariz predominantemente prático, a formação em fisioterapia encontra-se integrada no Ensino Superior Politécnico (*idem*).

Actualmente, e na sequência, em 2008, da aprovação dos planos de estudo de acordo com o tratado de Bolonha, o curso de fisioterapia ministrado nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, contemplam quadro anos de licenciatura de ciclo único. Esta opção veio colocar a formação de profissionais de fisioterapia portugueses, ao nível do que já acontece na maioria dos países da União Europeia (Fernandes, 2003; Lopes, 2004).

3.2. Funções e características do tratamento de fisioterapia

"Physiotherapists are experts in developing and maintaining peoples ability to move and function throughout their lives. With an advanced understanding of how the body moves and what keeps it moving well, they promote wellness, mobility and independence. Physiotherapists treat and prevent many problems caused by pain illness, disability, and disease, sport and work related injuries, ageing and long periods of inactivity."

(World Confederation for Physical Therapy, 2008)

Actualmente, a fisioterapia é definida como um corpo de conhecimentos e aplicações clínicas direccionadas para a eliminação ou resolução de desordens do movimento ou disfunções do sistema neuro-musculo-articular (Langendoen, 2004; Rothstein, 1994). O papel do fisioterapeuta é, assim, minimizar a diferença entre a capacidade actual do indivíduo para realizar as suas tarefas da vida diária e a sua capacidade desejável (Porter, 2005).

Neste contexto, os serviços de fisioterapia podem ser procurados por pessoas que não apresentam qualquer lesão, mas desejam melhorar o desempenho físico em geral, ou prevenir o risco de doença ou lesão. Não obstante esta possibilidade, os serviços de fisioterapia são frequentados, fundamentalmente, por pacientes com comprometimentos físicos associados a lesão, doença ou distúrbios que provocam incapacidade¹ (Kisner & Colby, 2005).

Para que um tratamento de fisioterapia ocorra, é necessário que o profissional conheça o processo de incapacitação do paciente. Este conhecimento proporciona a base teórica necessária para a compreensão da relação entre a patologia e a função. Existem vários modelos explicativos do processo de incapacidade. Apesar das distinções existentes, todos eles abordam as relações entre quatro componentes fundamentais, a saber: patologia aguda ou crónica, comprometimentos, limitações funcionais e incapacidades (figura 3).

¹ Impacto e consequências funcionais de condições agudas ou crónicas (e.g., doença, lesão, atraso desenvolvimento) que compromete a capacidade do indivíduo para desempenhar papéis necessários e habituais, esperados e desejados pela sociedade (Verbrugge & Jetle, 1994).

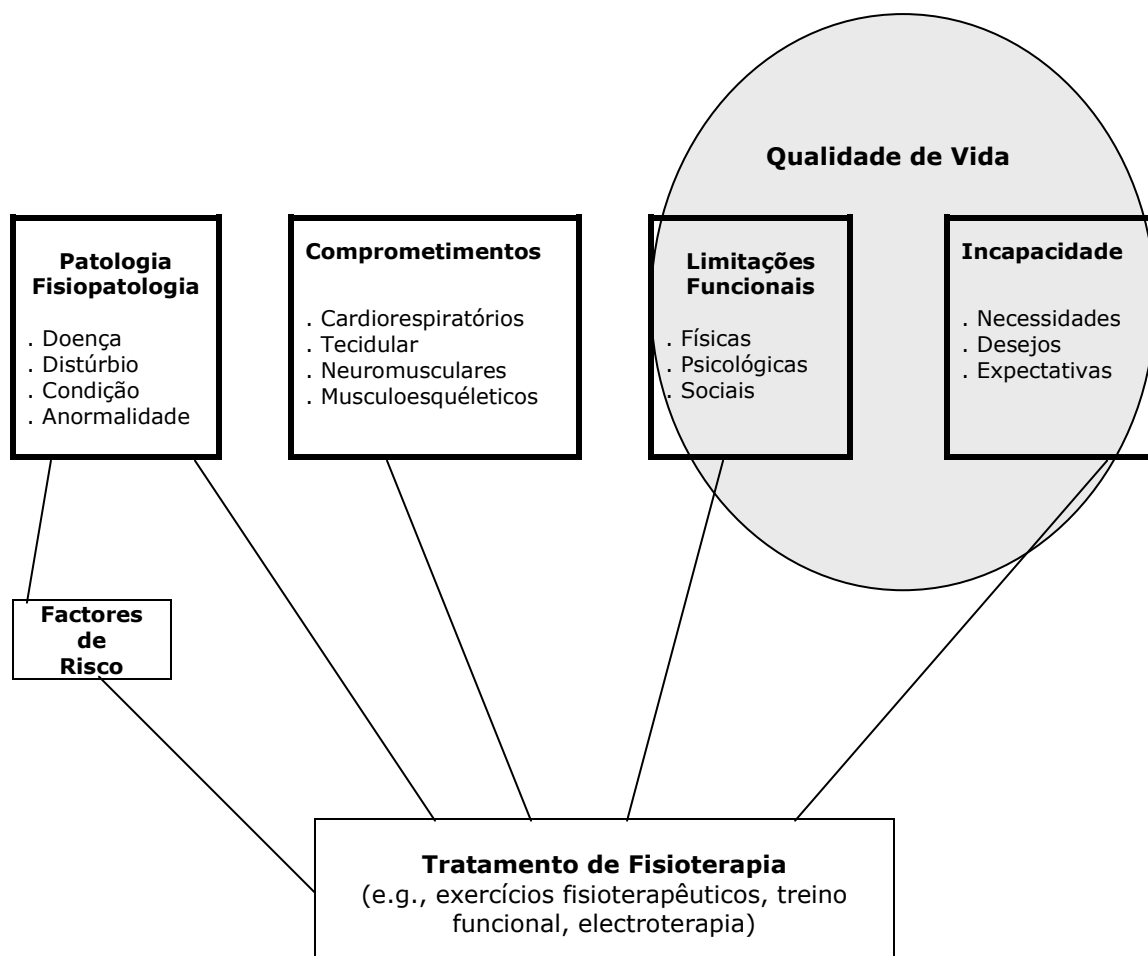


Figura 3. Impacto do tratamento de fisioterapia no processo de incapacitação (Kisner & Colby, 2005, adaptado).

Artrite reumatóide, carcinoma da mama ou acidente vascular cerebral são exemplos da grande variedade de *patologias* com que os fisioterapeutas lidam regularmente. Estas últimas apresentam sinais e sintomas que reflectem *comprometimentos* de um ou vários dos seguintes sistemas: musculoesquelético, neuromuscular, cardiorespiratório e tecidual. Na sua maioria, os comprometimentos destes sistemas corporais são resultado de alterações na função fisiológica ou na estrutura orgânica (quadro 8). A fisiopatologia constitui, assim, informação de base essencial para o fisioterapeuta, mas não determina o tratamento a realizar. Em fisioterapia, importa apenas considerar os comprometimentos funcionalmente relevantes, *i.e.*, aqueles que estão directamente ligados às *limitações funcionais*.

Quadro 8. Exemplos de comprometimentos físicos comuns tratados em fisioterapia (Kisner & Allen, 2005, adaptado).

<p style="text-align: center;">Musculoesqueléticos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dor . Fraqueza muscular . Limitações na amplitude de movimento . Hipermobilidade articular . Alterações posturais . Desequilíbrios musculares 	<p style="text-align: center;">Neuromusculares</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dor . Equilíbrio comprometido . Descoordenação motora . Atraso no desenvolvimento motor . Tônus normal . Estratégias de movimento funcional ineficazes ou ineficientes.
<p style="text-align: center;">Cardiorespiratórios</p> <ul style="list-style-type: none"> . Capacidade aeróbia diminuída . Circulação comprometida . Dor durante actividade física assistida 	<p style="text-align: center;">Tecidulares</p> <ul style="list-style-type: none"> . Hipomobilidade da pele (e.g., cicatriz imóvel)

No que ao domínio físico diz respeito, as limitações funcionais referem-se a movimentos globais do corpo que estão implicados nas actividades básicas da vida diária (e.g., tomar banho, vestir-se, alimentar-se), ou na realização de tarefas mais complexas, como a manutenção da casa ou mobilidade na rua. Assim, limitações no desempenho de tarefas sensório-motoras, como levantar-se e sentar-se, alcançar e segurar objectos, ou ficar de pé, são exemplos de limitações funcionais comuns relacionadas com tarefas físicas.

Quando os comprometimentos e as limitações funcionais são, de tal forma, severos, ou de longa duração, que tornam inviável a recuperação do indivíduo num grau aceitável, surge a percepção de *incapacidade*. Por exemplo, a limitação funcional de se levantar do chão ou de um assento mais baixo, devido a um comprometimento na diminuição da força nos quadríceps, pode provocar incapacidade em várias áreas da vida diária (e.g., impossibilidade de entrar e sair de uma viatura sem ajuda).

A abordagem do paciente de fisioterapia envolve uma série de etapas inter-relacionadas (figura 4) que possibilitam a realização de um tratamento eficaz para as necessidades do paciente (O` Sullivan & Schmitz, 1993). Estas etapas incluem: (1) avaliação dos níveis actuais de função e disfunção do paciente; (2) organização, análise e interpretação dos dados da avaliação; (3)

estabelecimento de objectivos a curto e longo prazo; (4) desenvolvimento de um plano de tratamento apropriado para os objectivos estabelecidos; (5) tratamento efectivo do paciente e, por fim (6) reavaliação do paciente e dos resultados do tratamento.

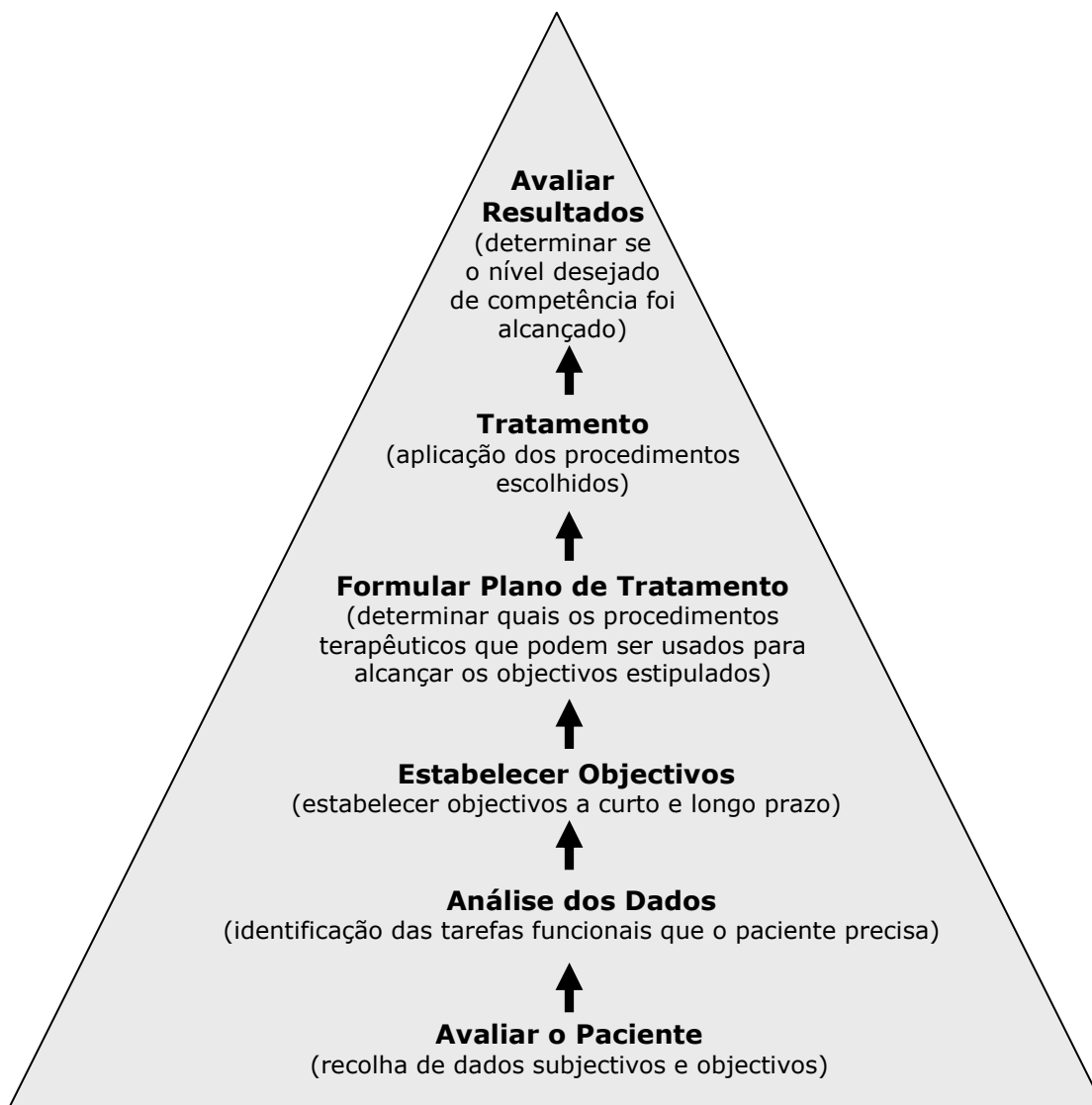


Figura 4. Etapas da abordagem do fisioterapeuta (O` Sullivan & Schmitz, 1993, adaptado)

A primeira etapa refere-se à *avaliação do paciente* (1) e inclui a recolha de dados objectivos e subjectivos. Para tal, o fisioterapeuta pode consultar o registo médico, realizar uma entrevista ou proceder à avaliação da incapacidade por meio de exames de triagem (e.g., teste de amplitude do movimento) (O` Sullivan & Schmitz, 1993).

A segunda fase diz respeito à *análise dos dados* (2) que foram recolhidos. Os dados da avaliação devem ser organizados e analisados de forma a classificar a desordem funcional² no contexto da vida diária do paciente e, de seguida, identificar as dificuldades que possam estar relacionadas com o problema (Langendoen, 2004). O conhecimento do processo de incapacitação proporciona uma estrutura teórica que permite determinar o tratamento (Kisner & Colby, 2005), assim como as prioridades em termos de intervenção (O` Sullivan & Schmitz, 1993).

Depois de avaliada a capacidade funcional do paciente, o fisioterapeuta pode *estabelecer os objectivos* (3). Os objectivos a longo prazo traduzem o nível de desempenho esperado para o paciente no final da reabilitação. Vulgarmente estes objectivos definem as capacidades do indivíduo no que concerne às suas actividades da vida diária (e.g., o paciente será independente em todas actividades de higiene). Os objectivos a curto prazo incluem algumas das capacidades necessárias para alcançar os objectivos finais da reabilitação. O paciente e a sua família, membros activos da equipa de saúde, devem ser envolvidos neste processo (O` Sullivan & Schmitz, 1993).

Com a definição dos objectivos, o fisioterapeuta encontra-se apto a formular um *plano de tratamento* (4), ou seja, escolher quais os procedimentos terapêuticos mais adequados para atingir as metas estipuladas (O` Sullivan & Schmitz, 1993). Cabe ao profissional, depois de efectuar uma avaliação detalhada das necessidades específicas do paciente, oferecer as melhores opções de tratamento (Kisner & Colby, 2005; Porter, 2005).

O exercício fisioterapêutico ocupa o lugar central nos programas de tratamento. Esta metodologia consiste no treino sistemático e planeado de movimentos corporais, posturas ou actividades físicas com a intenção de tratar ou prevenir lesões; melhorar, restaurar ou aumentar a função física; evitar ou reduzir factores de risco e otimizar o estado de saúde geral (Kisner & Colby,

² Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (2004). Conceito específico de qualidade de vida que está dependente das doenças que a pessoa tem, e analisa a contribuição dessa doença e do seu tratamento para a qualidade de vida do indivíduo (Ribeiro, 1994).

2005). Usualmente, os programas de exercícios fisioterapêuticos são individualizados. Aliás não existe o mesmo procedimento para dois pacientes (Porter, 2005).

Depois de escolhido o perfil geral do tratamento, deve ser feita uma estimativa da duração total do mesmo, assim como da frequência, duração e intensidade de cada sessão (O` Sullivan & Schmitz, 1993).

A fase de *tratamento* (5) consiste num processo dinâmico de interacção constante entre o fisioterapeuta e o paciente (O` Sullivan & Schmitz, 1993). O terapeuta deve votar especial atenção ao modo como orienta o paciente para a execução dos exercícios terapêuticos (Kerssens et al., 1999). A explicação do modo de realização dos exercícios, assim como o fornecimento de informações básicas sobre o objectivo específico dos mesmos (Kisner & Colby, 2005; O` Sullivan & Schmitz, 1993), são essenciais neste processo. As instruções devem ainda ser personalizadas de acordo com as características e necessidades do paciente (Kerssens et al., 1999).

A abordagem mais comum em fisioterapia consiste em organizar e orientar os exercícios terapêuticos, combinando a instrução verbal e explicação com a demonstração visual ou assistência manual (Talvitie, 2000; Talvitie & Reunanen, 2002). As instruções podem também ser relativas ao programa de exercícios que o paciente deverá realizar no domicílio (Kisner & Colby, 2005). Após a execução de um movimento ou tarefa, é essencial que o fisioterapeuta forneça *feedback* ao paciente (Kisner & Colby, 2005; Parry, 2005; Talvitie, 2000). Esta metodologia envolve não apenas conhecimento técnico, mas também competências comunicacionais da parte do fisioterapeuta (Parry, 2005). Sempre que possível, os exercícios propostos devem incluir movimentos que se assemelhem às actividades da vida diária que o paciente pretende realizar (*idem*). Em cada sessão, é ainda importante que o profissional inclua tarefas que tenham sucesso garantido, pois estas constituem uma forma de estimular o paciente (O` Sullivan & Schmitz, 1993).

A última etapa é progressiva e pressupõe a reavaliação contínua do paciente, assim como da eficácia do tratamento. Assim, a *avaliação dos resultados do*

tratamento (6) consiste em determinar se o paciente alcançou o nível de competência desejado, para cada capacidade proposta no plano terapêutico (O`Sullivan & Schmitz, 1993). Autores como Kisner e Colby (2005) têm defendido que a qualidade de vida relacionada com a saúde e a satisfação do paciente com o tratamento devem fazer parte integrante da avaliação da intervenção em fisioterapia.

3.3. Importância da comunicação fisioterapeuta-paciente

Grande parte do trabalho do fisioterapeuta está directamente relacionado com pacientes que apresentam traumatismos ou doenças incapacitantes. Estas situações envolvem um processo de reabilitação moroso, em que o fisioterapeuta se posiciona com o profissional na linha da frente. Mais do que com qualquer outro profissional de saúde, é com o fisioterapeuta que o paciente passa mais tempo e estabelece uma relação de maior proximidade (Kabler-Moffet & Richardson, 1997; O`Sullivan & Schmitz, 1993; Payton, Nelson & Hobbs, 1998).

A frequência e duração das sessões funcionam como um catalisador da relação. Habitualmente, as sessões de tratamento têm a duração aproximada de 30 minutos e decorrem várias vezes por semana, durante um período relativamente longo de tempo (Kabler-Moffet & Richardson, 1997). Não é, pois, de estranhar que a relação entre paciente e fisioterapeuta seja apontada por diversos autores (Cooper, Smith & Hancock, 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; Greenfield, 2006; Gyllensten et al., 1999; May, 2001; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Szybek, Gard & Lindén, 2000) como um elemento central do tratamento. Nos estudos realizados com pacientes de fisioterapia, a comunicação tem sido igualmente apontada com um factor primordial no processo de reabilitação (Cooper, Smith & Hancock, 2008; Ekerholt & Bergland, 2004; May, 2001; Payton, Nelson & Hobbs, 1998). Mesmo em situações críticas, como é o caso dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos (Daber & Jackson, 1987).

Como explanado anteriormente (secção 3.2), a abordagem mais actual da fisioterapia pressupõe que, ao procurar compreender o processo de incapacidade específico de cada indivíduo, o fisioterapeuta abandone o tratamento estrito de uma doença ou lesão para passar a abordar o *impacto* que a lesão, doença ou distúrbio exerce na qualidade de vida do paciente (Kisner & Colby, 2005). Esta perspectiva coloca o indivíduo no centro de todo o processo fisioterapêutico e pressupõe que o profissional possua um entendimento global do paciente, e não apenas da lesão ou disfunção (French, 2008; O`Sullivan & Schmitz, 1993; Parry, 2005). Esta abordagem requer, da parte do fisioterapeuta, competências que ultrapassam, em muito, o simples domínio das técnicas específicas da profissão.

Neste contexto, o *European Physiotherapy Benchmark Statement* destaca dois grandes tipos de competências necessárias ao fisioterapeuta: competências específicas da profissão e competências de habilitação genérica. As primeiras incluem os exercícios terapêuticos, a terapia manual e as modalidades de electroterapia. As competências mais genéricas referem-se à avaliação e planeamento do tratamento e ao desenvolvimento pessoal e profissional do fisioterapeuta, bem como à comunicação e informação (World Confederation for Physical Therapy, 2008).

A comunicação com o utente deu, igualmente, origem a uma norma específica³ no *Core Standards of Physiotherapy Practice*⁴ (CSP, 2005). Esta norma estabelece que cabe ao fisioterapeuta comunicar de forma eficaz com o paciente e/ou familiares/cuidadores e contém vários critérios que devem ser utilizados pelo fisioterapeuta ao interagir com paciente. Entre esses critérios, destacamos: (1) utilização da escuta activa; (2) necessidade de comunicar com o paciente de forma aberta e honesta; (3) utilização da comunicação oral ou escrita clara, não ambígua e de fácil compreensão; (4) necessidade de avaliar a compreensão do paciente acerca da informação que lhe foi facultada e, finalmente, (5) cuidado, no sentido de que a comunicação, dos assuntos mais sensíveis, decorra num ambiente privado (CSP, 2005).

³ Norma nº 12.

⁴ Estas normas provêm da *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP) que, desde 1895, estabelece as normas de conduta profissional para os fisioterapeutas.

A par da existência de uma norma específica para a comunicação com os utentes, as vinte e uma normas que a *Chartered Society of Physiotherapy* actualmente propõe ressaltam a preocupação com uma abordagem centrada no paciente (Porter, 2005). A título de exemplo, as três primeiras normas referem-se a aspectos da relação com o paciente e, apelam, ainda que de forma indirecta, à utilização de uma comunicação eficaz. Estas normas reconhecem a necessidade do fisioterapeuta encarar o paciente como um indivíduo com o seu estilo de vida, cultura e crenças próprias. Para além disto, salientam a importância do utente receber informação apropriada e individualizada acerca dos objectivos da fisioterapia e de participar, de forma activa, na tomada de decisões sobre as opções de tratamento (CSP, 2005).

As decisões centradas no paciente e o fornecimento de informação requerem uma parceria entre paciente e fisioterapeuta. Neste sentido a investigação, que tem vindo a ser realizada com fisioterapeutas, demonstra que também estes profissionais valorizam o papel da comunicação na interacção com o paciente. Potter, Gordon e Hamer (2003a) verificaram que as competências comunicacionais eram identificadas pelos fisioterapeutas que lidam com pacientes difíceis, como uma das áreas mais importantes e que estes mais gostariam de aprofundar.

O modelo mais completo (figura 5), que aborda a interacção entre fisioterapeuta e paciente, tem por base entrevistas realizadas a fisioterapeutas com mais de treze anos de experiência. Foi apresentado, em 1999, por Gyllensten e colaboradores. Os **pré-requisitos** e a **interacção** constituem as duas dimensões principais deste modelo. Antes da interacção com o paciente, existem *pré-requisitos internos* e *externos* importantes para a promoção desta. Os primeiros, mais valorizados pelos fisioterapeutas, incluem a prática profissional com oportunidade de reflexão, a experiência com os pacientes, a educação e formação teórica, assim como aspectos mais idiossincráticos, relacionados com a experiência de vida, valores e características pessoais do fisioterapeuta. Os *pré-requisitos externos* dizem respeito ao trabalho em equipa e à organização e ambiente de trabalho.

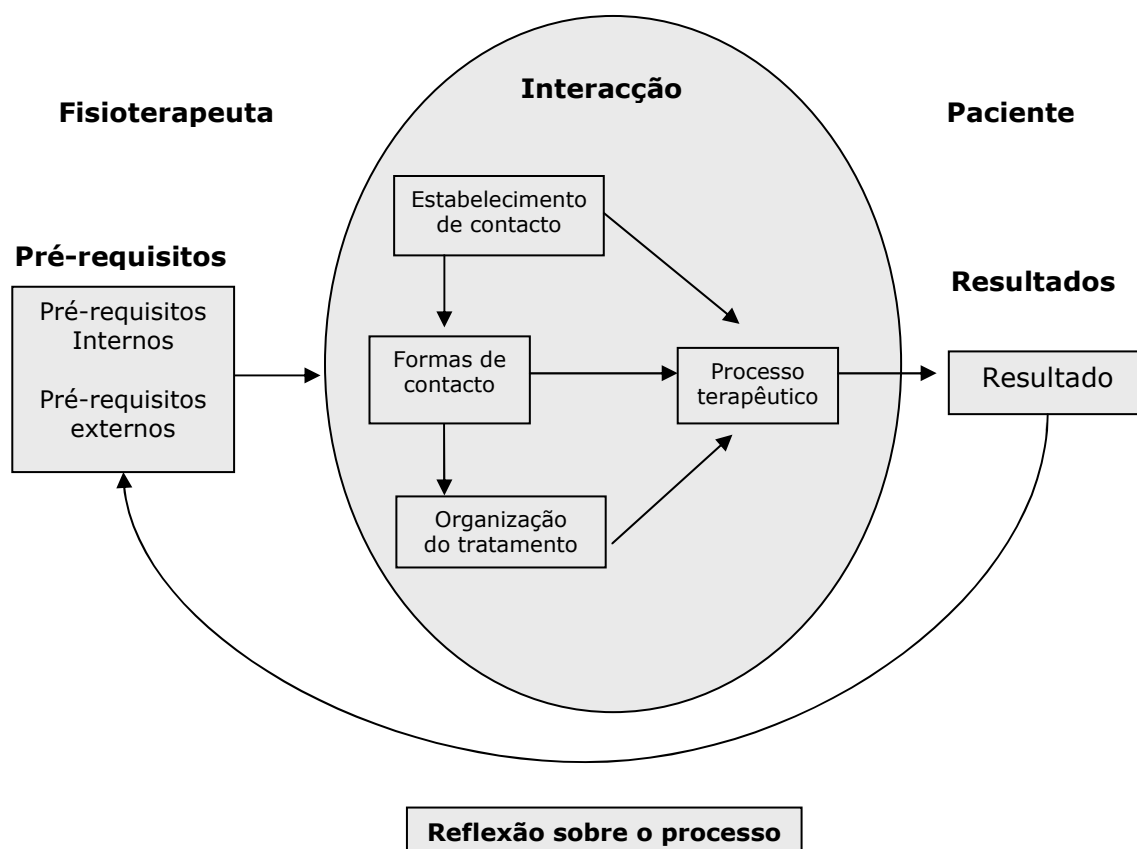


Figura 5. Factores implicados no processo de interacção com o paciente de fisioterapia (Gyllensten et al., 1999).

Os temas *estabelecimento do contacto*, *formas de contacto*, *organização do tratamento* e *processo terapêutico* contribuem para a dimensão de **interacção**. Os fisioterapeutas colocam uma grande ênfase no modo como decorre a interacção com o paciente. Neste processo, importa, desde logo, a confiança estabelecida no contacto inicial e o modo como decorre o primeiro encontro. Ekerholt e Bergland (2004) interessaram-se pela percepção dos pacientes em relação ao primeiro encontro com o fisioterapeuta. No seu estudo qualitativo, com pacientes que tinham obtido bons resultados no tratamento de fisioterapia, verificaram que o que acontece no primeiro encontro estabelece a base para o relacionamento futuro. A avaliação de factores específicos, como o tempo dispendido pelo fisioterapeuta, a empatia deste e o reconhecimento e aceitação do ponto de vista do paciente permitem que este último estabeleça, ou não, uma relação de confiança com o cuidador. Os autores demonstraram ainda que, mesmo no exame físico, que frequentemente decorre na primeira sessão, é a conversa que tem lugar

durante essa observação que os pacientes mais recordam. O diálogo, relacionado com os sintomas corporais e com as implicações destes nas actividades da vida diária, contribui para que o paciente considere o fisioterapeuta como um profissional que se interessa realmente por ele.

Em relação às *formas de contacto*, os fisioterapeutas valorizam a construção de um diálogo com o paciente em que demonstrem empatia, atenção, respeito, sensibilidade, honestidade e capacidade de escuta. Neste âmbito, a investigação tem vindo a realçar o papel das emoções (Gard et al., 2004; Stephenson & Royce, 1999). Por exemplo, Gard (2004) verificou que os fisioterapeutas consideram que, para uma boa interacção com os pacientes, é essencial ajudá-los a identificar e expressar as suas emoções. A necessidade de atender à linguagem não-verbal e de compreender o paciente como um todo é igualmente considerada como elemento essencial no contacto com o paciente. Os estudos realizados com pacientes (Cooper, Smith & Hancock, 2008, 2009; Ekerholt & Bergland, 2004; May, 2001; Payton, Nelson & Hobbs, 1998) têm também demonstrado que estes atribuem um elevado valor à interacção com o fisioterapeuta. Cooper, Smith e Hancock (2009) constataram que, mesmo seis meses após a conclusão do seu tratamento para lombalgias, os pacientes consideravam que tinham construído uma boa relação com o fisioterapeuta que os tinha acompanhado. Estes pacientes indicavam ainda que, se a sua situação física o justificasse, gostariam de recorrer de novo a este profissional. Num outro estudo, realizado também com pacientes com lombalgias, May (2001) verificou que os níveis de satisfação destes aumentavam nas situações em que o fisioterapeuta expressava empatia, fornecia informação suficiente e apresentava o tratamento como processo consultivo e não prescritivo.

Na *organização do tratamento*, os fisioterapeutas apontam para a necessidade de facultar tempo aos pacientes e de realizar, com a participação activa dos mesmos, um contrato oral que contenha os objectivos e o plano de tratamento.

A identificação dos recursos do paciente é a categoria mais valorizada pelos fisioterapeutas no tema do *processo terapêutico*. De acordo com Stenmar e

Nordholm (1994) os fisioterapeutas acreditam que a relação fisioterapeuta-paciente, e os recursos deste último, contribuem mais para o sucesso do tratamento do que as técnicas utilizadas. Aumentar o conhecimento e a compreensão do paciente através do fornecimento de informação constitui outra categoria relevante incluída no processo terapêutico. Por fim, dentro deste tema, os fisioterapeutas referem a necessidade de motivar e estimular o paciente, permitindo que este encare a sua situação de modo mais optimista e realista e, desta forma, alcance melhores resultados. Também Kabler-Moffet e Richardson (1997) consideram o encorajamento/promoção do sentido de controlo do paciente acerca do seu problema, um vector essencial no trabalho do fisioterapeuta. Este processo pressupõe a utilização de uma comunicação eficaz que explore as percepções do paciente acerca da sua situação, avalie as estratégias de confronto utilizadas e forneça informação apropriada. Neste sentido, ao considerarem aspectos como a quantidade de informação a fornecer a cada paciente e o grau de envolvimento no decurso do tratamento, os fisioterapeutas devem atender às preferências dos doentes (French, 2008; Payton, Nelson & Hobbs, 1998).

Por fim, os autores deste modelo destacam a *reflexão* sobre a experiência clínica como forma relevante de aprender mais sobre o processo de interacção. O conhecimento adquirido pode, posteriormente, ser usado com outros pacientes e aumentar as possibilidades de recuperação destes.

Importa referir que alguns dos temas do modelo proposto por Gyllensten e colaboradores (1999) foram igualmente identificados por pacientes submetidos a tratamentos de fisioterapia. Cooper, Smith e Hancock (2008) realizaram um estudo qualitativo com pacientes que apresentavam lombalgias crónicas. A comunicação foi mencionada por todos os pacientes e apontada como a dimensão mais importante na relação com o paciente. O fornecimento de informação sem restrições de tempo, o uso adequado de terminologia, a escuta, a compreensão da perspectiva do paciente e o encorajamento da participação foram os factores apontados pelos pacientes como essenciais para uma comunicação eficaz e, conseqüentemente, para que estes se sentissem envolvidos no seu processo fisioterapêutico.

Recorrendo também a uma metodologia qualitativa, Potter, Gordon e Hamer (2003b) verificaram que as competências comunicacionais, a qualidade do serviço fornecido (e.g., controlo da dor, estratégias de auto-ajuda), bem como outros atributos dos fisioterapeutas (e.g., capacidade de organização, comportamento profissional) eram as qualidades que os pacientes mais valorizavam num *bom fisioterapeuta*. As competências comunicacionais, nomeadamente, a escuta, a demonstração de empatia, a aceitação e o fornecimento de explicações claras acerca do problema e do tratamento, foram destacadas pela pluralidade dos pacientes. Aliás, as experiências salubres num serviço de fisioterapia foram imputadas, em grande medida, à eficácia da comunicação com o fisioterapeuta. De forma inversa, as experiências negativas relacionavam-se com críticas ao serviço prestado pelo fisioterapeuta e ineficiência da comunicação por parte deste. Baseados nestes resultados, os autores apontam para a necessidade destes profissionais realizarem treinos de competências comunicacionais, a fim de otimizar a relação fisioterapeuta-paciente.

Potter, Gordon e Hamer (2003b) defendem ainda que a abordagem centrada no paciente está mais próxima daquilo que os pacientes defendem como *bom fisioterapeuta*. Por seu lado, Langendoen (2004) considera que, atendendo às características particulares da actividade do fisioterapeuta, uma abordagem centrada no paciente pressupõe: (1) exploração empática do principal problema do paciente e das suas necessidades de informação; (2) planeamento do exame físico; (3) avaliação multidimensional da incapacidade; (4) estabelecimento, com acordo entre a díade, dos objectivos de tratamento (5) educação do paciente no sentido da auto-responsabilização e independência; (6) adaptação dos objectivos e respectivo tratamento às possíveis alterações de circunstâncias; (7) individualização da aplicação das técnicas terapêuticas escolhidas e dos conselhos facultados e (8) utilização adequada do tempo e dos recursos disponíveis.

No capítulo seguinte, serão descritas a população e opções metodológicas desta investigação.