

1. População e amostra

Na presente investigação, define-se como população o universo de estudantes de fisioterapia e de fisioterapeutas. Mais especificamente, os estudantes do curso superior de fisioterapia de uma escola superior de saúde da grande Lisboa e os fisioterapeutas que exercem a sua actividade profissional em Portugal continental.

A escolha desta escola prendeu-se com a facilidade de acesso da autora aos estudantes de fisioterapia deste estabelecimento e à disponibilidade da Direcção do mesmo, no sentido de facultar toda a logística necessária à recolha de dados.

1.1. Critérios de selecção e recolha da amostra

1.1.1. Opções e critérios de selecção da amostra de estudantes

No presente trabalho, recorreu-se a estudantes do 2º ano de fisioterapia e estudantes do 4º ano de fisioterapia. A escolha destes dois anos específicos reflecte o que tem vindo a ser realizado por outros autores na área da educação médica (Freeth & Nicol, 1998) e teve em consideração vários aspectos¹:

(1) No 3º ano, todos os estudantes realizam um estágio académico. Daqui decorre que no 4º ano possuem alguma prática no acompanhamento dos utentes (Mukohara et al., 2004).

¹ Actualmente, e na sequência da aprovação e implementação do Tratado de Bolonha, o plano de estudos em vigor não segue os critérios aqui apresentados.

(2) Os estudantes do 4º ano frequentam, no 2º semestre do 2º ano, uma unidade curricular de psicologia social onde é abordada a temática da comunicação com o utente em geral, e da assertividade em particular.

(3) Os estudantes do 2º ano possuem já algum conhecimento sobre as desordens, do movimento ou disfunções do sistema neuro-musculo-articular, mais comuns em fisioterapia. Estas informações são necessárias para responder às situações hipotéticas (*incidentes críticos*) que servem de base à recolha de dados.

(4) Apenas no decurso do 2º ano, os estudantes iniciam a observação de utentes, através da unidade curricular de prática clínica.

Foi assim possível o acesso a um grupo de estudantes (2º ano) que não possuía qualquer prática clínica (Hajek, Najberg & Cushing, 2000) e a outro grupo (4º ano), que tinha já alguma experiência na interacção com utentes de fisioterapia.

Desta forma, constituíram critérios de inclusão dos estudantes de fisioterapia:

- (1) Ser estudante do curso superior de fisioterapia do 2º ou 4º ano;
- (2) Ter consentido na participação, após esclarecimento dos objectivos da investigação.

Foram ainda definidos os seguintes critérios de exclusão, para os estudantes de 2º ano:

- (1) Não ter realizado o 1º ano no curso superior de fisioterapia (e.g., estudantes que fizeram o 1º ano noutro curso e pediram transferência para a licenciatura em fisioterapia);
- (2) Encontrar-se a repetir o 2º ano, tendo já realizado a unidade curricular de psicologia social.

E para os estudantes do 4º ano:

(1) Não ter efectuado estágio académico no ano imediatamente anterior à realização do presente estudo.

(2) Não ter frequentado a unidade curricular de psicologia social no 2º ano, 2º semestre (e.g., caso de estudantes transferidos de outro estabelecimento de ensino).

1.1.2. Opções e critérios de selecção da amostra dos profissionais

No que concerne aos profissionais de fisioterapia, os critérios de inclusão foram bastante mais latos, a saber:

(1) Possuir, pelo menos, o bacharelato em fisioterapia leccionado numa instituição pública ou privada de Portugal.

Como referido, actualmente o curso superior de fisioterapia corresponde a uma licenciatura de ciclo único, de quatro anos. Contudo, não existe nenhum impedimento legal que limite a prática profissional de fisioterapeutas que possuam apenas o grau de bacharel. Aliás, em Portugal existe ainda um número considerável de profissionais, com largos anos de experiência, que não realizaram o 4º ano da licenciatura.

A opção por integrar fisioterapeutas que realizaram o curso em Portugal pretendeu homogeneizar a formação dos mesmos, uma vez que esta varia muito de país para país. Por exemplo, em alguns países do norte da Europa, a fisioterapia é uma profissão autónoma, não existindo a dependência dos médicos para a prescrição dos tratamentos.

(2) Encontrar-se a exercer a profissão, em instituições públicas ou privadas, no momento em que decorreu a investigação.

Atendendo ao objectivo desta investigação e ao método de recolha de dados utilizado, considerou-se essencial que os participantes se encontrassem a trabalhar como fisioterapeutas, no momento em que participaram no estudo.

(3) Possuir, pelo menos, um ano completo de experiência profissional.

No essencial, a distinção entre este grupo amostral e os estudantes do 4º ano prende-se com a experiência profissional. Assim, considerou-se que um ano seria o mínimo de prática necessária para potenciar esta diferença.

(4) Ter consentido na participação, após esclarecimento dos objectivos da investigação.

Em relação a estes critérios de inclusão, resulta evidente a sua larga abrangência. A opção por uma delimitação maior, por exemplo, em termos etários ou de números de anos de experiência profissional, teria permitido homogeneizar o grupo dos profissionais. No entanto, a exigência do processo de recolha de dados para o grupo experimental limitou, desde logo, os critérios de selecção da amostra. Tais critérios poderiam impedir o planeamento de cinco encontros individuais com trinta fisioterapeutas.

Constituiu critério de exclusão:

(1) Não ter experiência de trabalho com utentes adultos.

Por opção prévia, esta investigação limitou-se à abordagem da comunicação com o utente adulto, deixando de lado o acompanhamento de crianças. O treino comunicacional com estas implicaria uma abordagem desenvolvimentista (Barros, 1999) que ultrapassa os objectivos deste trabalho. Assim, considerando que todas as situações hipotéticas apresentadas remetem para a comunicação com o utente adulto, foram excluídos os fisioterapeutas que exerciam a sua actividade exclusivamente na área da pediatria.

Á semelhança do trabalho desenvolvido por Sheldon e colaboradores (2009), na escolha dos estudantes e dos fisioterapeutas não foram considerados

critérios de género. Na verdade, a maioria dos estudos sobre comunicação em saúde aponta para a existência de diferenças entre homens e mulheres (Aspergren, 1999; Gude et al., 2009; Haidet et al., 2002; Kilkus, 1993; Krupat, Rosenkranz, Yager, Barnard, Putnam & Inuit, 2000; Laidlaw et al., 2006; Nobel, Kubacki, Martin & Lloyd, 2007; Ribeiro, 2006; Ribeiro, Krupat & Amaral, 2007; Tsimsiou, Zerasidou, Efstathiou & Papaharitou, 2007; Wiskin, Allan & Shelton, 2004). Contudo, em Portugal, a distribuição por género, dos estudantes e profissionais, apresenta um claro domínio do sexo feminino (ESTeSL, 2009). Este critério não pode, assim, ser ponderado.

1.2. Caracterização dos grupos constituintes da amostra

A amostra total do grupo experimental é constituída por 30 estudantes a frequentar o 2º semestre do 2º ano do curso superior de fisioterapia, 30 estudantes do 1º semestre do 4º ano e 30 fisioterapeutas. Para os estudantes este número correspondeu ao número de estudantes das turmas que, respondendo aos critérios de inclusão, estavam a realizar o 2º ou 4º ano, aquando do presente estudo. No caso dos profissionais, três fisioterapeutas desistiram na primeira sessão de recolha de dados, por dificuldades de tempo para a realização das sessões de treino. Com um fisioterapeuta, foi realizada a primeira sessão de treino; porém, por dificuldades da sua vida pessoal não foi possível concluir o processo.

No que concerne ao grupo controlo, ambas as turmas de 2º e 4º anos que serviram para a constituição destes grupos possuíam um número superior a 30 estudantes. Todavia, aqueles que aceitaram participar no estudo e que correspondiam aos critérios de inclusão permitiram atingir este número para cada um dos grupos em apreço. No caso dos profissionais, a amostra foi igualmente constituída por 30 elementos. Neste grupo, apenas uma fisioterapeuta desistiu do processo por motivos de saúde.

A amostra total é assim constituída por 180 sujeitos, 60 estudantes do 2º ano, 60 estudantes finalistas e 60 profissionais de fisioterapia.

De seguida, apresenta-se a caracterização dos grupos de estudantes e de fisioterapeutas que participaram neste estudo.

Quadro 9. Caracterização da variável idade relativa aos estudantes dos 2º e 4º anos e profissionais de fisioterapia.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
2º ano	Grupo Experimental	20.45	19.00	4.36	42	19
	Grupo Controlo	19.17	19.00	0.75	21	18
	Total	19.82	19.00	3.19	42	18
4º ano	Grupo Experimental	21.57	21.00	1.30	25	20
	Grupo Controlo	21.33	21.00	0.92	24	20
	Total	21.45	21.00	1.13	25	20
Profissionais	Grupo Experimental	32.30	29.00	9.06	54	23
	Grupo Controlo	37.10	35.50	9.95	57	24
	Total	34.70	31.50	9.74	57	23

Como se observa no quadro 9, a média de idades dos estudantes do 2º ano encontra-se entre os 19 e os 20 anos. Os valores médios são ligeiramente mais elevados para o grupo experimental, o que é explicado pela existência de um estudante com 42 anos neste grupo. Em relação à média etária dos estudantes do 4º ano, verificamos que esta se aproxima dos 21,5 anos quer para o grupo experimental, quer para o grupo controlo. No que diz respeito aos profissionais de fisioterapia, a média etária total é de 34,7 anos, sendo de 32,3 para o grupo experimental e de 37,1 para o grupo controlo. Como seria de esperar, a diferença entre o valor etário mínimo e máximo é bastante mais elevada neste grupo de sujeitos.

Quadro 10. Caracterização da variável género dos estudantes dos 2º e 4º anos e profissionais de fisioterapia.

Grupos		Género		
		Feminino	Masculino	Total
2º ano	Grupo Experimental	22 (71.00%)	9 (29.00%)	31 (100%)
	Grupo Controlo	17 (56.70%)	13 (43.30%)	30 (100%)
	Total	39 (63.90%)	22 (36.10%)	61 (100%)
4º ano	Grupo Experimental	23 (76.70%)	7 (23.30%)	30 (100%)
	Grupo Controlo	23 (76.70%)	7 (23.30%)	30 (100%)
	Total	46 (76.70%)	14 (23.30%)	60 (100%)
Profissionais	Grupo Experimental	25 (83.30%)	5 (16.70%)	30 (100%)
	Grupo Controlo	20 (66.70%)	10 (33.30%)	30 (100%)
	Total	45 (75.00%)	15 (25.00%)	60 (100%)

O quadro 10 permite observar que dois terços dos profissionais de fisioterapia são do sexo feminino. O mesmo acontece com a grande maioria dos estudantes (63,9% para o 2º ano e 76,7% para o 4º ano). Como referido, é esta a realidade do ensino superior em Portugal e dos estudantes de fisioterapia em particular (ESTeSL, 2009).

De salientar que, de acordo com os dados recentes das escolas superiores de saúde portuguesas, no curso de fisioterapia o número de estudantes do sexo masculino tem vindo a aumentar. Justificam-se, desta forma, as diferenças de género entre o 2º e o 4º ano da amostra (*idem*).

Quadro 11. Caracterização da variável experiência profissional do grupo dos fisioterapeutas.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
Profissionais	Grupo Experimental	10.17	6.50	9.56	30	1
	Grupo Controlo	13.62	11.00	10.30	36	1
	Total	11.89	8.00	10.01	36	0

Relativamente à variável experiência profissional, a média de anos de experiência é superior no grupo controlo (10,2 anos para o grupo experimental e de 13,6 para o grupo controlo). Destaque ainda para o valor máximo, através do qual se pode constatar que, nos dois grupos amostrais, participaram fisioterapeutas com 30 ou mais anos de experiência. Por outro lado, ambos os grupos integraram fisioterapeutas com apenas um ano de experiência. Esta diversidade de valores justifica os níveis elevados de desvio-padrão.

Conclui-se, assim, que se trata de uma amostra maioritariamente feminina. Em termos etários, os dois grupos de estudantes do 2º e 4º ano são mais homogéneos que o grupo dos profissionais de fisioterapia. Neste último, verificam-se algumas diferenças expressivas entre o grupo experimental e o grupo controlo, particularmente, na variável experiência profissional.

2. Opções metodológicas

2.1. Instrumentos de recolha de dados

O pendor qualitativo desta investigação reflecte-se, de forma explícita, na selecção dos instrumentos de investigação. Dos três métodos de recolha de

dados utilizados o destaque recai na análise exaustiva das verbalizações dos sujeitos. Esta constituiu, indubitavelmente, o elemento central deste trabalho. As escalas subjectivas e a escala estandardizada, *Patient-Practitioner Orientation Scale*, foram usadas como forma de complementar os resultados da análise das verbalizações.

2.1.1. Resposta aos incidentes críticos

Para elicitar as respostas dos participantes a um conjunto de temáticas da comunicação assertiva que se pretendiam estudar (e.g., **resposta a crítica, elaboração de pedido**), foram construídos incidentes críticos com situações características do grupo profissional estudado.

A técnica dos incidentes críticos foi descrita, em 1954, por Flannagan. Psicólogo de aviação da força aérea Norte Americana, Flannagan pediu aos veteranos da 2ª Guerra Mundial para reportarem incidentes que consideravam adequados e inadequados no desenrolar de uma determinada missão de bombardeamento. Posteriormente, analisou os incidentes descritos e produziu uma lista de comportamentos críticos para o desempenho da tarefa. Depois da guerra, Flannagan fez uma descrição exaustiva de todos os passos, num total de cinco, necessários para construção e análise da técnica dos incidentes críticos² e aplicou-a a uma grande variedade de grupos. Consolidou, assim, uma metodologia flexível que tem como objectivo a recolha de dados do comportamento humano, de modo a facilitar a sua utilização na resolução de problemas (*idem*). O rigor colocado na descrição desta técnica não impediu o autor de a considerar como passível de ser adaptada a diversas áreas e circunstâncias (e.g., selecção e classificação de pessoal, psicoterapia e aconselhamento, motivação e liderança).

² De acordo com Flannagan (1954), incidente diz respeito a "*qualquer actividade humana observável que é suficientemente completa para permitir que sejam feitas inferências e previsões acerca do desempenho da pessoa*". Para ser crítico, Flannagan defende que "*o incidente tem que ocorrer numa situação em que o propósito ou intenção do acto seja suficientemente claro para o observador e, onde as consequências sejam suficientemente definidas de modo a deixar poucas dúvidas acerca das mesmas.*" (Flannagan, 1954, p.327)

Durante um longo período, a utilização da técnica dos incidentes críticos esteve ligada, quase exclusivamente, à educação. Em 1984, Benner introduziu a noção de incidente crítico na enfermagem e sugeriu que esta técnica poderia ser útil no desenvolvimento da prática destes profissionais. Seguiram-se mais alguns trabalhos na área da enfermagem (Burnard, 1995; Minghella & Benson, 1995; Norman, Redfern, Tomalin & Oliver, 1992; Zani & Nogueira, 2006) e no contexto específico da comunicação dos enfermeiros com os pacientes (Parker, Webb & D`Souza, 1995). Actualmente, e desde o início deste século, os incidentes críticos³ integram o leque de instrumentos de avaliação e/ou treino utilizados em investigações na área da educação clínica em geral (Baerheim & Alraek, 2005; Brenner, Head, Helms, Williams & Williams, 2003; Dacre et al., 2004; Edwards et al., 2006; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Freeth & Nicol, 1998; Hart et al., 2006; Hatem et al., 2008; Humphris & Kaney, 2001; Lane et al., 2008; McConville & Lane, 2006; McIntyre, Jeffrey & McIntyre, 1984; Silber, Novielli, Paskin, Brigham, Kairys, Kane & Veloski, 2006; Razavi, Delaux, Marchal, Clock, Farvacques & Slachmuylder, 2000; Thomas & Cohn, 2006) e da fisioterapia em particular (Gard et al., 2000; Gard, 2004). Trata-se de uma metodologia que se tem revelado adequada em estudos que partem de situações da vida real dos profissionais de saúde e pretendem explorar/treinar as respostas destes últimos a tais situações. Neste sentido, Hatem e colaboradores (2008) construíram incidentes críticos que retratavam três situações difíceis do quotidiano de médicos de medicina interna ou medicina familiar, a saber: fornecimento de más notícias, abordagem da inclusão do doente em cuidados paliativos e comunicação de um erro médico. A fim de treinar a melhor forma de lidar com estas situações, os médicos que participaram no estudo realizavam *role-playing* com pacientes simulados.

McConville e Lane (2006) utilizaram seis incidentes críticos (e.g., comunicar com paciente agressivo) com 145 estudantes do primeiro ano de enfermagem. A metodologia escolhida não funcionava apenas como ponto de partida para as respostas dos sujeitos. Os próprios incidentes, apresentados em vídeo,

³ Alguns autores (e.g., Baerheim & Alraek, 2005; Edwards et al., 2006; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Freeth & Nicol, 1998; McConville & Lane, 2006; McIntyre, Jeffrey & McIntyre, 1984) optam pela designação de *cenários realistas*.

incluíam diferentes respostas permitindo que os estudantes apreendessem a forma mais adequada de lidar com cada situação contemplada.

Por último, Baerheim e Alraek (2005) usaram os incidentes críticos (e.g., fornecimento de más notícias) no âmbito de uma unidade curricular no 6º ano de medicina. Os autores pretendiam que, a partir da resposta ao incidente crítico, cada estudante se consciencializasse do seu estilo comunicacional e, posteriormente, reflectisse sobre o mesmo, de modo a modificar a sua forma de comunicar.

Na presente investigação, os incidentes críticos foram elaborados a partir das seis temáticas da assertividade descritas no capítulo 1 (secção 5.2), *i.e.*, **moderação da expressão emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de pedido, resposta a pergunta ou pedido, elaboração de crítica e resposta a crítica**. De modo a garantir o carácter realista e relevante para o quotidiano dos fisioterapeutas e, uma vez que se tratam de incidentes que remetem para situações interpessoais (Minglella & Benson, 1995), a construção destes foi efectuada com recurso a seis fisioterapeutas, com mais de dez anos de experiência profissional. Efectivamente, são estes que dominam o contexto específico da profissão (Nuland, Thijs, Royen, Noortgate & Goedhuys, 2010) e, conseqüentemente, se encontram em melhor posição para fazerem as observações e avaliações necessárias para as temáticas da comunicação que se pretendem estudar. Partindo do pressuposto defendido por Ghaye e Lillyman (2006), segundo o qual, na área da saúde, os incidentes críticos mais relevantes são aqueles que derivam de descrições de experiências passadas que ocorreram no contexto da prática clínica do profissional de saúde, foi pedido a cada fisioterapeuta que descrevesse seis situações que tivessem ocorrido no seu serviço. Cada uma destas situações correspondia a uma temática da assertividade. Assim, e tal como sugerido por Burnard (1989), foram utilizados incidentes críticos com temáticas pré-determinadas pela autora.

Descreva uma situação que tenha ocorrido no serviço onde trabalha (pode ser uma situação que tenha ocorrido directamente consigo ou em que tenha sido mero espectador), em que um paciente **criticou**, de forma injusta, o fisioterapeuta ou algum aspecto do funcionamento do serviço.

Por favor, descreva o local onde decorreu a situação, as pessoas presentes, assim como a actividade que estava a ser realizada.

Para garantir a descrição exaustiva de cada situação, optou-se por gravar as respostas dos fisioterapeutas, e não recorrer à descrição escrita. Considerou-se que a extensão de algumas situações poderia condicionar a resposta dos profissionais.

A partir das descrições dos seis fisioterapeutas, a autora criou cinco **casos clínicos hipotéticos** distintos⁴ passíveis de ser acompanhados em tratamento de fisioterapia, tendo cada um deles seis incidentes críticos associados. Tratou-se assim de uma adaptação da técnica dos incidentes críticos. Neste trabalho, os incidentes funcionaram como ponto de partida (Ghaye & Lillyman, 2006) para elicitare as respostas dos sujeitos e não, como previsto por Flannagan, como facilitador da resolução de problemas do meio.

À semelhança dos casos hipotéticos desenvolvidos para médicos de clínica geral, por Hobma e colaboradores (Hobma, Ram, Muijtjens, Grol & Vleuten, 2004) e, de modo a proporcionar aos sujeitos um entendimento adequado da situação, os casos clínicos utilizados continham toda a informação relevante no que concerne aos aspectos médicos, psicológicos e sociais do paciente hipotético (McCartan & Hargie, 2004b). Desta forma, cada caso começava com a descrição das características gerais do paciente (e.g., idade e situação familiar/profissional), seguida da apresentação da patologia clínica e do contexto de encaminhamento para o tratamento de fisioterapia. Deliberadamente, a apresentação de cada caso hipotético foi realizada de forma sucinta. Impediu-se assim que os sujeitos se perdessem em detalhes irrelevantes para o objectivo da investigação. De igual forma, procurou-se assegurar que o conteúdo dos casos hipotéticos era adequado para todos os participantes, particularmente, para os estudantes do 2º ano, que possuem menos conhecimentos técnicos (Dacre et al., 2004).

⁴ Por ordem de apresentação: caso Sofia, caso João, caso Sr. Luís, caso Madalena e caso D. Alice.

Tal como Fallowfield, Lipkin e Hall (1998), McConville e Lane (2006) e Thomas e Cohn (2006), optou-se por recorrer ao vídeo como forma de apresentação dos casos hipotéticos e dos incidentes críticos. No treino assertivo (Brenner et al., 2003), os vídeos têm sido utilizados como forma de apresentação de dramatizações que facilitam a aquisição de competências necessárias para a comunicação assertiva. Em psicologia da saúde, o recurso ao vídeo revelou-se útil para acções preventivas (Barros, 1992; Fradique, 1992; Reis, 1992), terapêuticas (Santos, 1997) ou simplesmente como forma de facilitar a abordagem de determinada temática ligada à vivência da doença (Grilo, 1999). Na área das competências comunicacionais com profissionais de saúde, o vídeo constitui um método eficaz na apresentação de casos clínicos hipotéticos (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Hatem et al., 2008; Hobma et al., 2004; Humphris & Kaney, 2000; Huslman, Mollema, Oort, Hoos & Haes, 2006; McConville e Lane, 2006).

A opção pela apresentação dos casos hipotéticos e incidentes críticos em vídeo revelou-se um processo moroso, que decorreu em cinco fases. Inicialmente, foram identificadas as temáticas de assertividade relevantes para a fisioterapia. De seguida, a autora construiu cinco casos hipotéticos, procurando que estes fossem distintos entre si e que retratassem situações com diferentes níveis de gravidade e implicações emocionais. Todos os casos foram revistos por dois fisioterapeutas independentes com vasta experiência profissional. Para cada caso hipotético, elaboraram-se seis incidentes críticos, sendo que cada incidente correspondia a uma temática específica da assertividade. A construção destes incidentes baseou-se nas descrições prévias de seis fisioterapeutas. Como foi defendido e usado por Dacre e colaboradores (2004), os incidentes críticos construídos representam situações realistas e diversas, passíveis de acontecer no quotidiano dos fisioterapeutas e não situações extremas.

A quarta fase consistiu na gravação em vídeo dos incidentes críticos. Os *pacientes* e *fisioterapeutas* foram representados por voluntários; dois reformados, três psicólogos e quatro estudantes finalistas do curso de psicologia. De forma a impedir variações de resposta potenciadas por diferentes estímulos ambientais (McCartan & Hargie, 2004b), todos os

incidentes críticos foram gravados no ginásio de fisioterapia da uma escola de saúde da área da grande Lisboa. Finalmente, com a ajuda de uma técnica de audiovisuais, a autora procedeu à montagem do todo o material videográfico necessário, quer para a recolha de dados, quer para as sessões de treino. Com o objectivo de manter a consistência em todas as sessões (McCartan & Hargie, 2004a, 2004b) e de evitar distrações dos sujeitos, a descrição dos casos hipotéticos e introdução aos incidentes críticos foi realizada pelo mesmo narrador (anexo VI⁵).

De seguida, apresenta-se o *caso Sofia*, o primeiro caso clínico hipotético apresentado aos sujeitos, assim com os seis incidentes críticos elaborados para o mesmo. No que concerne à estrutura, os restantes casos são semelhantes a este (quer nas sessões de treino, quer no *follow-up*).

Caso Sofia

A Sofia tem 21 anos, frequenta a licenciatura em motricidade humana e pratica ginástica rítmica, ambicionando vir a dar aulas nesta modalidade.

Há seis meses, a jovem começou com dores nas articulações, particularmente nos membros superiores; contudo, atribuía este facto à intensidade dos treinos. O aumento das dores e a impossibilidade de realizar algumas aulas ditaram a procura de ajuda médica e, conseqüentemente, o conhecimento do diagnóstico de artrite reumatóide.

O reumatologista recomendou que a Sofia parasse com as aulas práticas durante algum tempo e prescreveu fisioterapia.

Temática: Facilitação da expressão emocional em défice

F: Bom dia, Sofia. Sou a fisioterapeuta Ana. Sou eu que a vou acompanhar nos teus tratamentos.

S: Bom dia!

F: O médico explicou-lhe o que vem fazer?

S: Mais ou menos... *(pausa com desvio do olhar)*

F: Quer saber alguma coisa?

S: *(encolhe os ombros)*

F: O médico não lhe explicou o tratamento ?...

S: *(volta a encolher os ombros)*

O que deverá a fisioterapeuta dizer à Sofia para esta se explique?

⁵ Anexo apresentado em CD

Temática: Moderação da expressão emocional excessiva

F: Bom dia, Sofia. Sou a fisioterapeuta Ana. Sou eu que a vou acompanhar nos teus tratamentos.

S: Bom dia!

F: O médico explicou-lhe o que vem fazer?

S: Mais ou menos... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

F: Quer saber alguma coisa?

S: *(tom muito exaltado):* O que é que me vai explicar?... Que estou aqui para ver se não fico já como uma velhinha, toda deformada e incapaz?... É isso? É isso?... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

Como deverá a fisioterapeuta responder à Sofia?

Temática: Elaboração de pedido

F: Bom dia Sofia. Então conseguiu realizar os exercícios que te recomendei para casa?

S: Sim, sim.

F: E como se sentiu? Teve alguma dúvida ou dificuldade?

S: Não, correu tudo bem... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

Como sabe eu já estou habituada a realizar exercícios sozinhos... Não foi nada de especial, podemos começar a sessão. ... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

F: Gostava que me mostrasse alguns dos exercícios que fez em casa...

S: Mas porquê?! *(pausa curta com expressão de indignação)*

Que deverá dizer a fisioterapeuta para levar a Sofia a demonstrar os exercícios?

Temática: Resposta a pergunta razoável

Ao fim de dois meses de fisioterapia, durante a realização de um exercício, a Sofia fixa directamente o olhar da fisioterapeuta e, em tom apelativo, pergunta:

S: Terapeuta Ana, diga-me, eu vou poder terminar o meu curso e continuar na ginástica rítmica, não vou?... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

Por favor, terapeuta, diga-me sinceramente o que acha... Com a sua experiência em casos como o meu, eu vou ser capaz, não vou?... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

Como deverá a fisioterapeuta responder à pergunta da Sofia?

Temática: Resposta a crítica vaga

F: Boa tarde, Sofia. Como se sente hoje?

S: Estou na mesma, acho... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

F: Não nota qualquer melhoria desde que começámos com as sessões?

S: Estes tratamentos não são os mais adequados para mim... O meu problema devia ser tratado de outro modo... *(pausa longa, com movimentos do corpo).*

Como deve a fisioterapeuta responder à crítica da Sofia?

Temática: Elaboração de crítica justa

F: Sofia estou a ver que hoje está com muitas dores nas articulações das mãos? O que se passa?

S: Humm, não sei... (*pausa longa, com movimentos do corpo*)

F: Sofia... será que esteve a treinar exercícios na trave?

S: Eu ... eu precisava de perceber se ainda consigo treinar como treinava antes... (*pausa longa, com movimentos do corpo*). O meu forte era a trave (*pausa curta*). Sabe que nós não podemos ficar muito tempo parados (*pausa curta*). Por este andar vou chumbar em quase todas as cadeiras (*pausa longa, com movimentos do corpo*).

O que deverá dizer a fisioterapeuta para levar a Sofia a reconsiderar a sua decisão de voltar a treinar?

No final da apresentação, em vídeo de cada incidente crítico, era colocada uma questão ao sujeito. Tal como noutros estudos que avaliam competências comunicacionais (Edwards, Peterson & Davies, 2006; McFall & Twentyman, 1973), também aqui era pedido ao sujeito que respondesse de forma o mais natural possível. Como se estivesse a falar directamente com o paciente. A análise da resposta espontânea constituiu o principal instrumento de avaliação desta investigação.

2.1.2. Escalas subjectivas

As escalas subjectivas têm sido utilizadas na avaliação de atitudes perante um estímulo elicitor de medo (Lick & Katkin, 1976). O *termómetro do medo*, concebido por Walk (1956), foi uma das primeiras e mais utilizadas escalas deste tipo. Tratava-se de uma escala de 10 pontos em que 1 era definido como *completamente calmo* e 10 como *absolutamente aterrorizado*. Era pedido ao sujeito que indicasse o grau de ansiedade/perturbação que sentia, colocando uma marca num dos pontos do termómetro.

Nas investigações em que se pretende avaliar a redução do medo as escalas subjectivas têm sido bastante utilizadas. Como principal vantagem, destaca-se o facto de serem uma medida de *papel e lápis* de fácil execução. Nestes instrumentos, é pedido aos pacientes que indiquem numa escala de Likert, de 5 ou 7 pontos, o seu grau de medo em diferentes experiências e situações (Lick & Katkin, 1976).

As escalas diferenciais semânticas desenvolvidas por Osgood, Succi e Tannerbaum (1957) e, mais recentemente, as escalas visuais analógicas propostas por Polit e Hungler (1995) são exemplos de outras medidas subjectivas que têm sido utilizadas em investigações na área da saúde (Grilo, 1999; Nordeste, 1997; Pedro, 2007; Santos, 2003, 2007). Para além de serem de fácil e rápida aplicação, este tipo de escala permite avaliar a percepção individual do sujeito no que concerne às variáveis em estudo. Por exemplo, o nível de ansiedade/perturbação desencadeado pela doença no próprio paciente (Grilo, 1999) ou nos seus familiares (Santos, 2007).

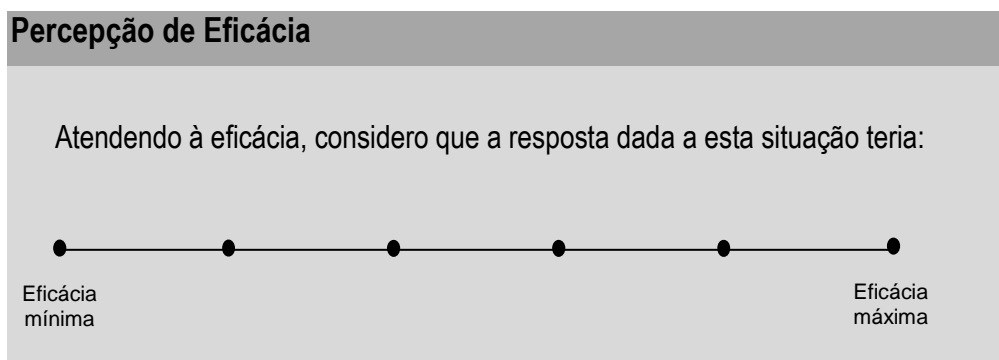
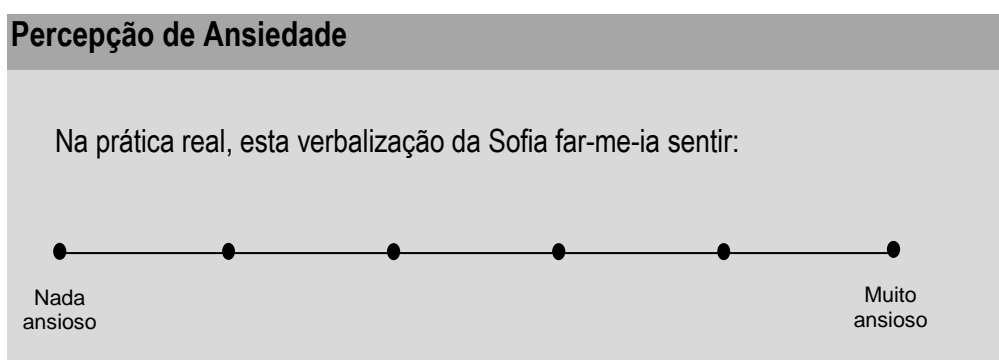
Os autores que se dedicaram ao treino de competências comunicacionais interessaram-se igualmente pelas escalas subjectivas. Já em 1977, Galassi e Galassi recorreram a uma escala de Likert de 100 pontos, como forma de determinar o grau de desconforto do paciente em cada situação de treino assertivo. Este último podia assim avaliar o nível de ansiedade experienciado subjectivamente, no referido treino.

No presente estudo, foram utilizadas duas escalas subjectivas para cada uma das temáticas de assertividade que compõem a totalidade das sessões individuais: (1) avaliação da *percepção de ansiedade* desencadeado pela situação visualizada em vídeo; (2) avaliação da *percepção de eficácia* da resposta fornecida ao paciente de fisioterapia apresentado nos incidentes críticos. Optou-se por uma escala subjectiva de tipo Likert, de seis pontos, com ordenação crescente, *i.e.*, no sentido de maior *percepção de ansiedade* ou *eficácia*. Este tipo de escala de seis pontos evita o *erro de tendência central*, que torna as classificações menos discriminativas (Anastasi, 1977).

A avaliação do grau de desconforto do sujeito depois de ter respondido, em discurso directo, à situação apresentada é prática comum nos treinos de assertividade (Galassi & Galassi, 1977; Kaplan, 1982; McCartan & Hargie, 2004b; Safran, Alden & Davidson, 1980). Para além do nível de ansiedade, procurou-se igualmente integrar, tal como defenderam McCartan e Hargie (1990), Nobel, Kubacki, Martin e Lloyd (2007) e Sheldon e colaboradores (2009), uma medida de auto-avaliação dos estudantes e fisioterapeutas para cada um dos incidentes críticos apresentados em vídeo (anexo II). Em termos

mais genéricos, pretendeu-se, ainda: (1) analisar a variação destas medidas com a experiência profissional, (2) conhecer as temáticas que desencadeiam maior nível de *percepção de ansiedade* e menor de *percepção de eficácia* e finalmente, (3) verificar se os estudantes e profissionais que realizaram o treino de competências comunicacionais apresentam diferenças nos valores indicados nas escalas.

De seguida, apresentam-se as duas escalas subjectivas elaboradas para o caso *Sofia*.

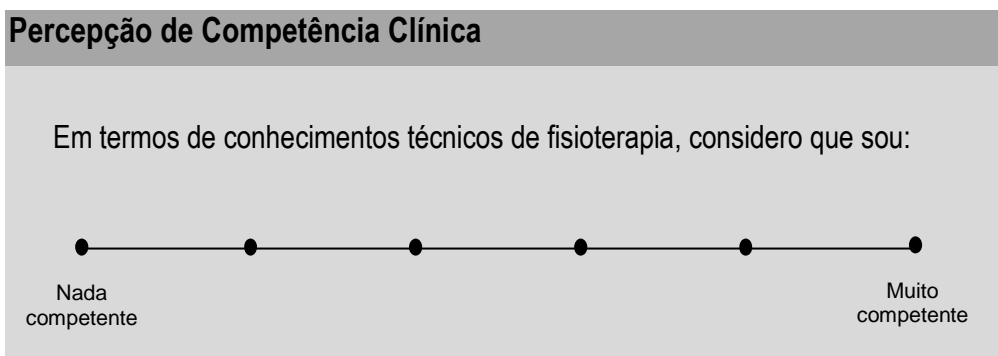
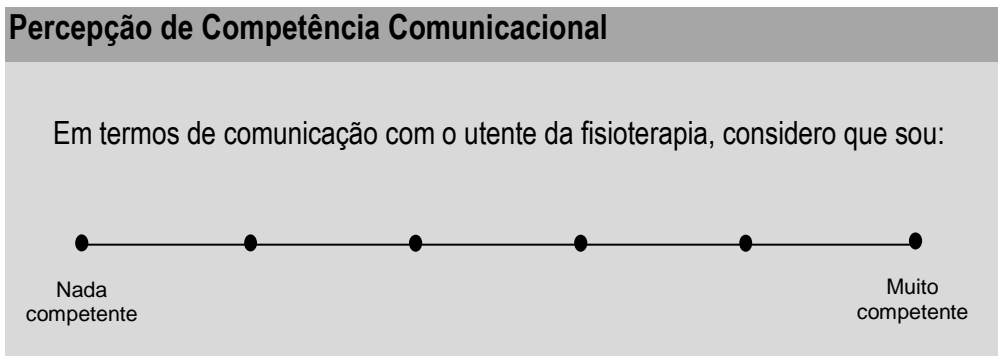


Finalmente, para uma avaliação mais global da *percepção de competência* dos sujeitos, recorreu-se as duas escalas subjectivas. Estas foram propostas por Cleland, Karen e Moffat (2005) no seu estudo de avaliação das atitudes dos estudantes de medicina face à aprendizagem de competências comunicacionais. Tratam-se de duas afirmações que avaliam, numa escala de Likert de cinco pontos: (1) a *percepção de competência comunicacional* e (2) a *percepção de competência clínica* dos futuros médicos. A avaliação de competência

antes e depois do treino tem sido utilizada em vários programas de treino de competências comunicacionais (Ammentorp et al., 2007; Gysels, Richardson & Higginson, 2005; McGilson et al., 2006; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009).

Na presente investigação, estas duas afirmações foram traduzidas e adaptadas para estudantes e profissionais de fisioterapia (anexo III). A escala utilizada, à semelhança das outras duas escalas subjectivas já mencionadas, é de seis pontos, e não de cinco, como a escala inicialmente proposta pelos autores. A resposta a estas duas escalas permitiu, por um lado, comparar a *percepção de competência clínica e comunicacional* dos sujeitos da amostra e, por outro, analisar se existem diferenças na *percepção de competência comunicacional* após o treino.

De seguida, apresentam-se as duas escalas subjectivas elaboradas para avaliar a *percepção de competência* dos sujeitos.



2.1.3. Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

Apesar das mudanças que ocorreram, nas últimas décadas, na interação entre profissionais de saúde e pacientes (Bensing et al., 2000; Brown, 2008; Dieterich, 2007; Haq et al., 2004; Krupat, Bell, Kravitz, Thom & Azari, 2001; Krupat, Yeager & Pyutman, 2000; Reynolds, 2005), a investigação tem demonstrado que cuidadores e doentes utilizam um estilo consistente nas suas diversas interações (Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui, 1997). Este facto sugere que o comportamento consistente dos profissionais de saúde e pacientes decorre das atitudes que estes possuem (Kelly & Fenlon, 2003).

Na abordagem das atitudes dos profissionais de saúde, as atitudes de centração no paciente parecem ser aquelas com maior relevo para a qualidade dos cuidados de saúde em geral, e da comunicação em particular (Little et al., 2001b, Mead & Bower, 2000; Street & Millay, 2001). Como abordado no capítulo 2, as atitudes de centração do profissional de saúde em si próprio ou na doença são responsáveis, em larga escala, pelas graves falhas de comunicação deste com o paciente (Davis & Fallowfield, 1991; Melo, 2005; Roter & Larson, 2001; Teixeira, 2000). Pelo contrário, o relacionamento centrado no paciente contribui não apenas para a satisfação deste último (Krupat et al., 2000; Little, et al., 2001b; Mast, Kindlimann & Langewitz, 2005), mas também para a melhoria nos seus índices de saúde (Mead & Bower, 2000; Steward et al., 2000). Para além disto, os profissionais que apresentam atitudes mais centradas no paciente possuem também maior flexibilidade (French, 2008; Krupat, Yeager & Putnam, 2000). Esta dimensão tem-se revelado essencial para que os profissionais de saúde adequem as estratégias de comunicação às necessidades do paciente no momento (Barry et al., 2001; Reynolds, 2005). Justifica-se assim a utilização de um instrumento como forma de avaliar as atitudes de centração dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas face à relação com o paciente. A centração no profissional de saúde/paciente afigura-se também como uma importante medida da avaliação da eficácia de treinos de competências comunicacionais (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Hulsman et al., 1999).

Existem alguns instrumentos que avaliam as atitudes dos profissionais de saúde em geral (Makoul, 1998; Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989). Contudo, apenas dois avaliam as atitudes de centração no paciente: o questionário desenvolvido por Kjerdmann, Holmstrom e Rosenqvist (2006) e a escala, *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) construída por Krupat, Yeager e Putman, em 2000. O primeiro consiste em três questões abertas seguidas de vinte e oito palavras que traduzem papéis que o profissional de saúde pode adquirir na relação com o paciente (e.g., administrador, amigo). Na opinião dos próprios autores, este questionário necessita ainda de ser testado, pelo que a sua escolha não foi considerada neste trabalho.

A PPOS avalia directamente as atitudes do médico e do próprio paciente ao longo do *contínuo* centração no paciente *versus* centração na doença/médico. Trata-se de um instrumento de *papel e lápis*, que pretende medir o papel que, quer os médicos ou estudantes de medicina, quer os pacientes, acreditam que devem ter, na interacção entre ambos. A escala destina-se assim tanto aos profissionais de saúde, como aos próprios pacientes (Krupat et al., 2000).

Na última década, a PPOS tem vindo a ser utilizada em diversas investigações relativas à educação médica (Athanasiadis, Papaharitou, Salpiggidis, Tsimtsiou, Nakopoulou, Kirana, Moisis, & Hatzichristou, 2006; Cvengros et al., 2007; Hall et al., 2009; Haidet et al., 2002; Krupat et al., 2000; Krupat et al., 2001; Krupat, Hsu, Irish, Schmittiel & Selby, 2004; Lee, Seow, Luo & Koh, 2006; Street, et al., 2003; Street, Gordon & Haidet, 2007; Ribeiro, 2006; Ribeiro, Krupat & Amaral, 2007; Tsimtsiou, Papaharitou, Kantziou, Hatzichristou & Krupat, 2005; Tsimtsiou et al., 2007), o que constitui um bom indicador da sua aplicabilidade.

Os resultados obtidos a partir da PPOS indicam-nos se o médico ou estudante de medicina possui uma orientação mais centrada no paciente ou mais centrada na doença e, ainda, se o paciente tem preferência por um tipo ou outro de orientação. Numa orientação centrada no paciente, o alvo da intervenção é a *persona*. O clínico procura compreender a doença ou disfunção não apenas do seu ponto de vista, mas também da perspectiva do paciente (Aita et al., 2005; Bensing & Verhaak, 2004; Mead & Bower, 2000; Michie,

Miles & Weinman, 2003; Reynolds, 2005). O profissional de saúde preocupa-se ainda em envolver activamente o paciente, partilhando com este último as tomadas de decisão (Benbassat & Baumal, 2002; Higgs & Titchen, 2001; Mead e Bower, 2000; Payton, Nelson & Hobbs, 1998; Reynolds, 2005). De forma inversa, na orientação centrada na doença, é o médico quem assume todo o controlo da consulta (Furst, 1998; Roter & Hall, 2006; Schofield, 2004). Os problemas biomédicos do paciente constituem a sua preocupação principal. Ao paciente, é reservado o papel de aceitação passiva das recomendações médicas (Bensing & Verhaak, 2004; Melo, 2005).

Krupat, Yeager e Putnam (2000) pretenderam construir um instrumento que avaliasse duas dimensões distintas da centração no paciente, previamente identificadas, a saber, *sharing* e *caring*. A primeira refere-se ao grau em que o médico partilha informação e controlo com o paciente. A segunda, *caring*, traduz-se pelo grau em que o clínico proporciona suporte ao paciente e se preocupa com aspectos que ultrapassam os sintomas médicos.

No processo de construção da escala, os autores começaram por pedir a 297 estudantes que respondessem a um total de 61 itens relativos às suas atitudes em relação à interacção médico-paciente. Todos os itens foram formulados de forma a reflectir uma das duas dimensões da centração no paciente, previamente identificadas. A partir do cálculo das médias e desvios-padrão para cada item, foram eliminados os itens que apresentavam médias superiores a cinco ou inferiores a dois. O cálculo do *alfa* de Cronbach permitiu também eliminar os itens que o aumentavam ou diminuíam consideravelmente. Para a subescala *sharing*, foram mantidos 15 itens com um *alfa* de 0,82, e, para a subescala *caring*, 18 itens com um *alfa* de 0,80. O valor do *alfa* de Cronbach para a totalidade dos itens foi de 0,83. Os valores de média encontrados foram para o *score total* 4,29 ($p < 0,001$) e para cada subescala *sharing* 4,09 ($p < 0,001$) e *caring* 4,49 ($p < 0,01$). Posteriormente, a análise factorial com rotação *varimax* e análise dos índices de precisão interna de cada item possibilitou uma nova redução de itens, ficando a escala total com dezoito itens.

Destes dezoito itens que constituem versão actual da escala, nove pertencem à subescala *caring* e os restantes à subescala *sharing*.

A subescala *caring* corresponde à segunda dimensão da definição de centração no paciente introduzida por Mead e Bower (2000a), a saber, *compreensão do paciente enquanto um indivíduo único com os seus direitos, e não como um simples corpo com uma doença* e, reflecte o quanto os participantes acreditam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias de vida do paciente interferem no processo de tratamento (p.e., *Um plano de tratamento não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.*). É constituída pelos seguintes itens 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 e 17.

Por sua vez, a subescala *sharing* integra a dimensão de *partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente*, do conceito de centração no paciente postulado por Mead e Bower (2000a). Reflecte o quanto os participantes acreditam que o paciente deseja obter informação e integrar o processo de tomada de decisão, compartilhando o poder com o médico (p.e., *Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos médicos, com igualdade de poder e estatuto.*). É composta pelos itens 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 e 18.

Tanto a subescala *caring* como a *sharing* integram a definição geral de centração no paciente de Duggan, isto é, *o cuidado que é congruente com e responsivo às necessidades, desejos e preferências dos pacientes* (Duggan et al., 2006, p.271).

A aplicação da escala implica a resposta, por parte de médicos e/ou pacientes, à totalidade dos dezoito itens. Estes são cotados numa escala de Likert de seis pontos, sendo que um corresponde a *concordo completamente* e seis a *discordo completamente*. Existem três itens (itens 9, 13 e 17) que estão formulados pela negativa, pelo que a sua pontuação deverá ser invertida antes do cálculo da *pontuação total* obtida por cada participante. Após a recodificação destes três itens, é possível calcular o *score* total da escala através da média aritmética das respostas aos dezoito itens. Os valores mais altos correspondem a atitudes de poder igualitárias e centradas no paciente.

Krupat e colaboradores (2000) classificaram a média aritmética obtida, para cada questionário, em três grupos:

- Alta: Valor obtido igual ou superior a 5.00, correspondendo a uma orientação centrada no paciente;
- Média: Valor obtido superior a 4.57, mas inferior a 5.00;
- Baixa: Valor obtido inferior ou igual a 4.57, correspondendo a uma orientação centrada na doença ou no profissional de saúde.

No estudo inicial da escala, e com o objectivo de validar cada constructo da escala (*caring* e *sharing*), Krupat, Yeager e Putnam (2000) estudaram a correlação entre as médias obtidas na PPOS e os resultados obtidos noutras duas escalas. A primeira escala, *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, pretende avaliar o quanto o indivíduo acredita que o seu bem-estar é determinado por forças externas (e.g., médicos família, amigos). A segunda, *The Attitude Toward Authority Scale*, visa identificar as crenças relacionadas com o poder exercido nos outros. Os resultados apontam para uma forte correlação ($r=-0,26$, $df=289$, $p<0,001$) entre a PPOS (médias globais) e a escala *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, mas uma fraca correlação entre a mesma escala e as subescalas da PPOS, em separado (*sharing*, $r=-0,36$ e *caring*, $r=-0,02$). Foi igualmente encontrada uma fraca correlação ($r=0,05$) entre a PPOS e a *The Attitude Toward Authority Scale*. Parece pois que mesmo os estudantes que acreditam num controlo total por parte do médico (baixos valores de *sharing*) não defendem, necessariamente, outras formas de autoridade. Com base nestes resultados, os autores concluíram que as crenças de controlo, medidas na PPOS, são específicas para a relação médico-paciente e não tem tradução nas relações hierárquicas em geral.

Krupat, Yeager e Putnam (2000) preocuparam-se ainda em determinar se existiam diferenças nos resultados da PPOS face a variáveis como o género, a etnia e a naturalidade. Verificaram que mulheres estão mais centradas no paciente e têm resultados mais elevados nas duas subescalas. Resultados

idênticos foram encontrados para pessoas de etnia caucasiana e naturais dos Estados Unidos da América.

Na presente investigação, recorreu-se à versão portuguesa da PPOS adaptada para fisioterapeutas (anexo III). Esta adaptação, apresentada em seguida, foi realizada por Melissa French, em 2008. A autora procedeu não só à tradução da escala, mas também às adequações necessárias para a sua utilização por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas portugueses.

- 1.** É o fisioterapeuta que deve decidir o que é conversado durante uma sessão de fisioterapia.
- 2.** Apesar de, hoje em dia, o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.
- 3.** A parte mais importante de uma sessão de fisioterapia comum é o tratamento físico.
- 4.** Muitas vezes, é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição médica.
- 5.** Os pacientes deveriam confiar no saber do seu fisioterapeuta e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado.
- 6.** Quando os fisioterapeutas fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.
- 7.** Se os fisioterapeutas forem realmente bons nos tratamentos, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.
- 8.** Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.
- 9.** Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos fisioterapeutas, com igualdade de poder e estatuto.
- 10.** Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.
- 11.** Se as principais ferramentas do fisioterapeuta forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.
- 12.** Quando os pacientes discordam do fisioterapeuta, isso é um sinal de que o fisioterapeuta não possui o respeito e a confiança do paciente.
- 13.** Um plano de tratamento de fisioterapia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.
- 14.** A maior parte dos pacientes quer entrar e sair do ginásio de fisioterapia o mais depressa possível.
- 15.** O paciente tem que ter sempre presente que é o fisioterapeuta que manda.
- 16.** Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.
- 17.** O humor é um dos principais ingredientes utilizados pelo fisioterapeuta no tratamento do paciente.
- 18.** Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajudar.

French (2008) procedeu ao estudo da escala recorrendo, para tal, a 185 estudantes dos 2º e 4º anos da licenciatura em fisioterapia de cinco escolas de saúde de Portugal continental.

Como se observa no quadro 12, o valor global do *alfa* de Cronbach é de 0,650. Este valor afasta-se um pouco mais, que o desejável, do valor 1, mas pode ser considerado como razoável. A subescala *sharing* apresenta um *alfa* de Cronbach de 0,630, enquanto a subescala *caring* apresenta um valor muito reduzido, de 0,293.

Quadro 12. Medidas descritivas e consistência interna da versão portuguesa da PPOS.

Sub-escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de cronbach
Sharing	2,00	5,78	3,92	0,738	0,630
Caring	3,56	6,00	4,71	0,483	0,293
Total	2,78	5,89	4,31	0,516	0,650

Relativamente às médias encontradas, verificou-se que a média total da escala é inferior aquela que foi encontrada por Krupat e colaboradores (2000), quer para a escala total, quer para as subescalas *sharing* e *caring*. Contudo, tal como para a versão original da escala, também na versão portuguesa, a subescala *caring* apresenta um valor médio mais elevado que o da subescala *sharing*. Efectivamente, enquanto a subescala *caring* apresenta um valor que os autores consideraram como médio, quer a subescala *sharing*, quer a escala total, apresentam valores classificados como baixos.

A análise dos resultados obtidos pelos diferentes grupos da amostra permitiu verificar que, à semelhança do que tem vindo a ser encontrado por outros investigadores (Haidet et al., 2002; Krupat et al., 2000; Ribeiro, 2006; Ribeiro, Krupat & Amaral, 2007), quando comparadas com os homens, as mulheres são significativamente ($p < 0,001$) mais centradas no paciente. Este facto verifica-se não apenas em relação ao *score* total da escala, mas também para ambas as subescalas, *sharing* e *caring*.

A comparação entre os anos acadêmicos demonstrou que os estudantes de fisioterapia do 4º ano apresentam *scores* significativamente ($p < 0,001$) mais elevados, quer para a escala total, quer para as duas subescalas, do que os estudantes do 2º ano. Dito de outra forma, quando comparados com os seus colegas do 2º ano, os estudantes finalistas (4º ano) evidenciam mais atitudes de centração no paciente. Resultados semelhantes foram encontrados numa investigação realizada por Ribeiro (2006) com 738 estudantes de medicina brasileiros. Contrariando estes resultados, Haidet e colaboradores (2002) verificaram que, nos Estados Unidos, os estudantes dos últimos anos de medicina apresentavam mais atitudes paternalistas e maior centração no médico.

2.2. Procedimentos de avaliação e de intervenção

2.2.1. Estrutura das sessões de avaliação

A presente investigação consistiu, fundamentalmente, na identificação das categorias utilizadas por estudantes e profissionais de fisioterapia, em diferentes situações problemáticas, passíveis de ocorrerem no quotidiano profissional e que correspondem a seis temáticas consideradas centrais para a comunicação assertiva (*i.e.*, **moderação da expressão emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, resposta pergunta/pedido, elaboração de pedido, resposta a crítica e, finalmente, elaboração de crítica**).

A recolha de dados foi realizada através de encontros individuais sendo, em cada um destes, abordadas três temáticas específicas da assertividade. Neste sentido, foram constituídos dois grupos. O **grupo A**, formado por metade dos sujeitos dos três grupos amostrais (*i.e.*, estudantes dos 2º e 4º anos de fisioterapia e fisioterapeutas), que respondeu a incidentes críticos que apelavam para as seguintes temáticas: **moderação da expressão emocional em excesso, resposta a pergunta/pedido e elaboração de crítica**. O **grupo B**,

correspondente à outra metade dos grupos amostrais, foi confrontado com temáticas da assertividade opostas às primeiras (*i.e.*, **facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de pergunta/pedido e resposta a crítica**).

O quadro 13 apresenta a distribuição dos sujeitos pelos diversos grupos de estudo.

Quadro 13. Distribuição dos sujeitos pelos diferentes grupos amostrais.

Número de Sujeitos				
	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
2º ano	15	15	15	15
	Total = 30		Total = 30	
4º ano	15	15	15	15
	Total = 30		Total = 30	
Profissionais	15	15	15	15
	Total = 30		Total = 30	
TOTAL	90		90	

No início do primeiro encontro individual, eram elencados os objectivos da investigação e apresentado, a cada sujeito, o *protocolo de consentimento* (anexo I). Deste protocolo, destacam-se, como pontos principais, a ênfase na participação voluntária do indivíduo, a necessidade das sessões serem gravadas em áudio e a confidencialidade associada a todo o processo.

Foram realizadas, com todos os sujeitos, duas sessões de avaliação. A estrutura destas foi em tudo semelhante. Assim, todas as sessões tinham início com o preenchimento de duas escalas subjectivas relativas à *percepção de*

competência clínica e comunicacional, seguida da escala *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Após a conclusão destas medidas de avaliação de *papel e lápis*, a autora fazia uma pequena explicação do modo de funcionamento da sessão. Em particular, referia o que iria aparecer no monitor do computador, e reforçava a necessidade de cada sujeito responder em discurso directo, isto é, como se estivesse a falar directamente com o/a “paciente” apresentado em vídeo.

A apresentação do caso hipotético precedia os três incidentes críticos. Apesar dos casos hipotéticos serem distintos nas duas sessões, cada sujeito respondia a situações problemáticas que apelavam para as mesmas temáticas da assertividade com que tinha sido confrontado no primeiro encontro.

Pretendeu-se ainda que o segundo caso hipotético retratasse uma situação mais complexa que a do primeiro. Assim, na primeira sessão, que funcionou como *baseline* para o grupo experimental, foi apresentado o *caso Sofia*. Jovem desportista com diagnóstico recente de artrite reumatóide. Tratava-se de uma situação em que a utente, como consequência da doença crónica, teria que proceder a alterações nos seus planos para o futuro. Nomeadamente a prática de ginástica rítmica. A *D. Alice* foi o caso hipotético da paciente apresentada na segunda sessão de avaliação. Esta funcionou como *follow-up* para o grupo experimental. Procurou-se retratar uma situação de doença mais grave, que envolvia a necessidade de cirurgia e tratamentos invasivos e acarretava a possibilidade de perda da própria vida. Deste modo, apesar de cada sujeito ser confrontado com três incidentes críticos que representavam temáticas da assertividade semelhantes para os dois casos hipotéticos, a dificuldade de ambas as situações não era idêntica. O grau de dificuldade foi aferido pelos fisioterapeutas que fizeram a revisão dos casos clínicos hipotéticos e dos incidentes críticos (figura 6).

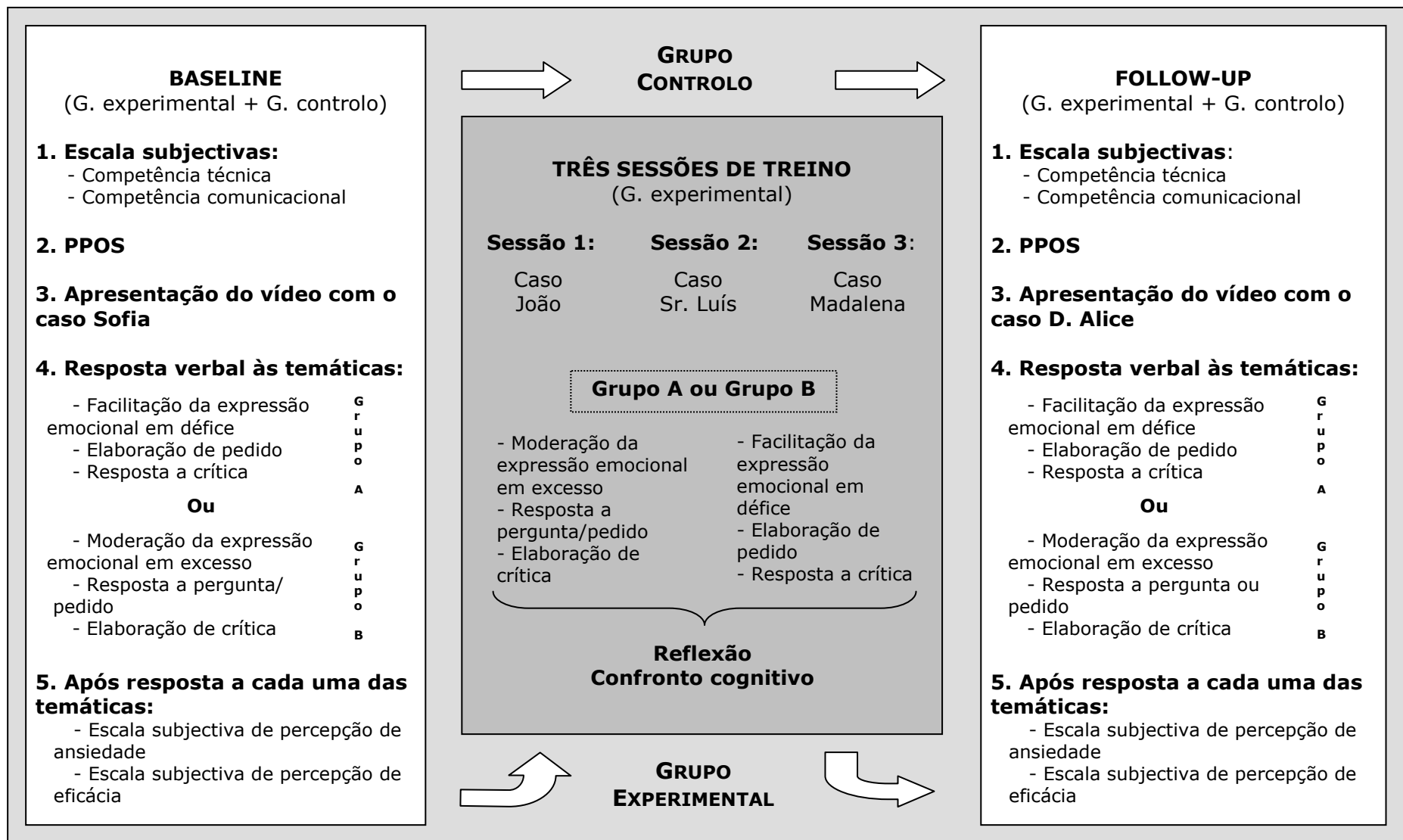


Figura 6. Procedimento, nas sessões individuais, para o grupo experimental e grupo controlo.

A visualização do material audiovisual, preparado para cada sessão, tinha início, à semelhança do procedimento utilizado com estudantes italianos por Nota & Soresi (2003), com a apresentação escrita e em áudio de um texto com as seguintes instruções:

De seguida, ser-lhe-á apresentado o caso da Sofia, uma utente do Serviço de Fisioterapia.

Após a apresentação do caso, será confrontado com três situações que ocorreram no decurso dos tratamentos desta utente.

No final, ser-lhe-á colocada uma questão sobre a forma como a fisioterapeuta deve lidar com cada situação.

Depois destas instruções, surgia o caso hipotético de um utente do serviço de fisioterapia (e.g., utente com diagnóstico carcinoma da mama) o qual era seguido da apresentação, em vídeo, de três incidentes críticos que retratavam situações de interacção entre este utente e o fisioterapeuta.

No final da apresentação de cada incidente crítico, o sujeito era confrontado com uma questão (e.g., *Como deve a fisioterapeuta responder à Sofia?*) que aparecia no ecrã do computador. Era-lhe então pedido, tal como vem sendo hábito em estudos desta natureza (Edwards, Peterson & Davies, 2006; McFall & Twentyman, 1973; McIntyre, Jeffrey & McIntyre, 1984), que respondesse em voz alta, utilizando as palavras que poderia empregar naquela situação específica (resposta espontânea). De seguida, o sujeito completava as duas escalas subjectivas relativas à *percepção de ansiedade* que aquela situação lhe tinha suscitado, e à *percepção de eficácia* que atribuía à sua resposta. O mesmo procedimento era realizado com os outros dois incidentes críticos que reportavam a outras temáticas da assertividade, mas que remetiam igualmente para o caso clínico hipotético apresentado no início da sessão.

No final do primeiro encontro, era marcada, de acordo com a disponibilidade de cada participante, a data para a realização da segunda sessão de avaliação. Esta decorria, para o grupo controlo, cerca de um mês depois da primeira. No que concerne ao grupo experimental, esta sessão distava cerca de um mês da terceira sessão de intervenção clínica e educacional.

Neste estudo, e tal como nos estudos iniciais sobre comunicação assertiva (Eisler, Miller & Herden, 1973; McFall & Marston, 1970) e nos trabalhos referentes ao treino de competências comunicacionais em saúde (Booth, Maguire, Butterworth & Hiller, 1996; Faulkner, 1992; Faulkner & Maguire, 1984; Heaven & Maguire, 1996; Maguire, Booth, Elliott & Jones, 1996) que recorriam à análise das verbalizações dos sujeitos, todas as respostas aos incidentes críticos foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, pela autora.

2.2.2. Estrutura das sessões de treino de competências comunicacionais

As sessões individuais de treino de competências comunicacionais tinham como objectivo principal a modificação da comunicação inadequada dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas. Pretendeu-se, assim, realizar um treino exploratório, em que cada participante reflectisse sobre a sua resposta inicial (Gerry, 1989; McFall & Lillesand, 1971) e elaborasse novas respostas (McFall & Lillesand, 1971) mais adequadas, flexíveis e centradas no paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Com a realização de treinos individuais, opção pouco comum na literatura, procurou-se partir das competências que cada participante já utilizava e, deste modo, responder, de forma mais adequada, às necessidades de treino de cada indivíduo (Nuland et al., 2010; Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002).

À semelhança das sessões de avaliação, as três sessões de treino foram estruturadas com base na apresentação de um caso clínico hipotético, a partir do qual emanavam três incidentes críticos que preconizavam temáticas distintas da assertividade. Também aqui os incidentes críticos eram alusivos a situações reais do quotidiano do fisioterapeuta. Como demonstraram Razack e colaboradores (Razack, Meterissian, Morin, Snell, Steinert, Tabatabai & MacLellan, 2007) a eficácia dos programas de treino é potenciada quando estes consideram as especificidades da área da saúde em que os profissionais estão inseridos.

A sequência das sessões teve por base a ordenação dos casos hipotéticos, no sentido da menor para maior complexidade (figura 6). Para esta ordenação, contribuíram não apenas o parecer de dois fisioterapeutas, mas também a literatura específica desta área da saúde. Esta aponta para maior dificuldade, quer dos estudantes, quer dos profissionais de fisioterapia, no acompanhamento de situações que acarretem a necessidade de lidar com temáticas relacionadas com más notícias, dor e morte (Razavi et al., 2000) assim como de pacientes que evidenciam níveis elevados de emoções negativas (e.g., choro, revolta) (Gard et al., 2000; Razavi et al., 2000; Thomas & Cohn, 2006).

Assim, na primeira sessão de treino, era apresentado o caso hipotético com o nível de emocionalidade mais baixo. Este retratava um jovem atleta de alta competição que, dias antes de uma competição internacional, tinha sofrido uma lesão.

Caso João

O João é um jovem de 24 anos, atleta de alta competição, que, nos últimos dois anos, tem vindo a conseguir muito bons resultados.

Há quatro dias, num treino de preparação para uma prova internacional que teria lugar dali a alguns dias, o João caiu e sofreu uma lesão muscular.

A avaliação efectuada pelo médico do clube desportivo determinou que o João deveria ficar parado pelo menos três semanas, realizando, durante esse período, sessões diárias de fisioterapia.

Na segunda sessão, os sujeitos eram confrontados com o caso de um paciente idoso. Vítima de um acidente vascular cerebral (AVC) o paciente viu-se obrigado a sair de sua casa e permanecer em casa do filho.

Caso Sr. Luís

O Sr. Luís sofreu um AVC bastante extenso, há cinco meses. O doente esteve internado num hospital de Lisboa. Após a alta, foi para casa do filho, uma vez que as suas limitações físicas o impediam de realizar tarefas diárias.

O paciente tem 67 anos, é viúvo e vive sozinho em sua casa, numa aldeia. Trata-se de um homem muito independente e que participa activamente nas acções culturais da sua localidade.

Após a alta, o paciente iniciou fisioterapia numa clínica privada perto de casa.

Finalmente, na terceira sessão, era apresentada a situação com o nível de emocionalidade mais elevado. Tratava-se de uma jovem universitária que, como consequência de um atropelamento, ficara paraplégica.

Caso Madalena

A Madalena tem 22 anos, é estudante de arquitectura e preparava-se para realizar um ano na Universidade de Barcelona.

Há dois meses, a jovem sofreu um atropelamento que teve como consequência a paraplegia dos membros inferiores. Logo após o acidente, o médico informou-a de que a sua lesão era grave, mas não se referiu directamente à impossibilidade de voltar a andar.

A Madalena iniciou sessões diárias de fisioterapia, com duração de duas horas. Até ao momento, a jovem não fez qualquer referência ao seu quadro clínico.

Com excepção das medidas de *papel e lápis*, o procedimento inicial das sessões de treino era em tudo idêntico ao das sessões de avaliação. Assim, cada sessão começava com a visualização, através do computador, do caso clínico hipotético, seguida da apresentação do primeiro incidente crítico e respectiva questão, à qual cada participante respondia em discurso directo. O convite, realizado pela autora, para que cada sujeito reflectisse sobre a resposta espontânea que tinha fornecido, servia de mote para o início da segunda parte da sessão, mais centrada no treino de competências comunicacionais.

Na última década, vários autores (Fragstein et al., 2008; Hulsman, 2009; Humphris & Kaney, 2000; Gyllensten, Gard & Salford, 1999; Holmström & Rosenqvist, 2001; Hulsman, Harmsen & Fabriek, 2009; Jenkins & Fallowfield, 2002; Laidlaw et al., 2007; McLeod, 2007; Maynard & Heritage, 2005; Wong et al., 2009) têm apontado para a necessidade de valorizar a reflexão como metodologia útil nos diversos treinos de competências comunicacionais. Autores como Humphris e Kaney (2000) e Marita, Leena e Tarja (1999) defenderam mesmo que, para comunicar de forma eficaz, o profissional de saúde necessita de pensar de forma crítica e questionar-se sobre a sua forma interagir com os pacientes. Efectivamente, a reflexão requer que estudantes e profissionais de saúde possuam capacidade para analisar a forma como comunicam com os pacientes e identificar as áreas que representam um desafio pessoal e necessitam de maior treino (Fragstein et al., 2008).

A reflexão, utilizada como metodologia de treino de competências comunicacionais, promove a compreensão dos pensamentos, sentimentos e comportamentos dos pacientes (Marita, Leena e Tarja, 1999). Facilita, assim, ao contrário do que acontece com treinos que impõem respostas estandardizadas (Chant et al., 2002b), a transferência e a generalização, para o contexto clínico, das aprendizagens realizadas no treino (Humphris & Kaney, 2000; Marita, Leena e Tarja, 1999). Neste sentido, a análise detalhada, com o auxílio de um tutor/educador, da interacção entre estudantes e pacientes (Marita, Leena e Tarja, 1999; Maynard & Heritage, 2005) pode operar como uma importante ferramenta de trabalho para a promoção das competências comunicacionais.

Depois de, em 1993, Richardson ter publicado na *Physiotherapy* um artigo em que criticava fortemente a negligência a que a reflexão era votada no contexto desta disciplina, alguns estudos recentes têm vindo a salientar o papel relevante que esta metodologia pode desempenhar na formação dos fisioterapeutas⁶ (Donaghy & Morss, 2000; Lindquist, Engard, Gardham, Poland, & Richardson 2006; Williams, Wessel, Gemus & Foster-Seargeant, 2002). A reflexão foi mesmo a metodologia escolhida por Dahlgren, Almquist e Krook (2000) para promover as competências dos fisioterapeutas suecos. Os autores formaram pequenos grupos com fisioterapeutas com mais de nove anos de experiência profissional. Através da descrição de casos da prática clínica destes cuidadores; o líder do grupo convidava, continuamente, ao questionamento e discussão das acções e interacções descritas, possibilitando, desta forma, a construção de interpretações e soluções alternativas.

Por fim, refira-se que os incidentes críticos têm vindo a ser apontados como uma ferramenta educacional particularmente útil na promoção da reflexão de estudantes (Burnard, 1995) e de profissionais de saúde (Gayle & Lillyman, 2006; Minghella & Benson, 1995; Parker, Webb & D`Souza, 1995) e como forma de integrar a teoria e a prática (Minghella & Benson, 1995). Gayle e Lillyman (2006) defendem que esta metodologia constitui um excelente ponto

⁶ No contexto da fisioterapia, a reflexão foi definida como: *Actividade intelectual e afectiva em que os fisioterapeutas realizam uma análise crítica e valorativa das suas experiências, com o objectivo de chegar a novos entendimentos e percepções sobre o modo como pensam e actuam no contexto clínico.* (Donaghy & Morss, 2000, p. 13)

de partida para a reflexão dos cuidadores, enquanto Parker, Webb e D`Souza (1995) apontam as vantagens dos incidentes críticos para a promoção de auto-conhecimento e do desenvolvimento de competências. Estes últimos autores preconizam ainda que a reflexão deve partir de experiências pessoais do sujeito que ocorram num espaço temporal próximo.

Neste sentido, no presente estudo, a reflexão foi realizada a partir da resposta espontânea, que cada sujeito fornecia, ao incidente crítico que tinha acabado de visualizar. Através de uma metodologia do tipo de inquirição socrática (Sage et al., 2008), a autora, cujo papel foi, essencialmente, de facilitadora da aprendizagem (Hallet, 1997; Haes, Oort & Hulsman, 2005), procurou que o estudante ou o fisioterapeuta, por um lado, se tornasse mais consciente da sua forma de pensar e agir perante a situação e, por outro, conseguisse modificar os aspectos inadequados da sua resposta.

Mais especificamente, as questões que apareciam no ecrã do computador pretendiam conduzir o sujeito a fornecer respostas mais descentradas e flexíveis. Estes dois factores contribuem para a satisfação do paciente (Fossum & Arborelius, 2004) e foram apontados por Borrel-Carrio e Epstein (2004) como essenciais para melhorar a comunicação no geral, e a precisão no diagnóstico em particular. Neste sentido, Clack e colaboradores (Clack, Allen, Cooper & Head, 2004) defendem que os treinos de competências comunicacionais para médicos devem, desde a formação inicial destes, promover a adequação da comunicação às necessidades específicas de cada paciente.

No treino realizado com cada sujeito, na presente investigação, o convite à **descentração** tinha início com o aparecimento, no ecrã do computador, de uma questão que convidava o sujeito a reflectir sobre o que estaria o utente hipotético a pensar ou sentir naquela situação. Depois do sujeito responder a esta questão, a autora iniciava um pequeno diálogo em que confrontava o estudante ou o fisioterapeuta com os pensamentos ou sentimentos que este tinha indicado e a sua resposta espontânea inicial. Com este confronto, pretendia-se que o sujeito fornecesse uma resposta mais centrada no paciente.

O diálogo abaixo transcrito constitui um exemplo deste procedimento de confronto para o *caso Sr. Luís*. Trata-se do confronto utilizado com uma estudante do 4º ano de fisioterapia, na temática da **moderação das reacções emocionais excessivas**.

Temática: Moderação da expressão emocional excessiva

F: Sr. Luís, vamos lá ver se hoje já consegue sentar-se sozinho... Vai colocar-se aqui junto desta cadeira.

(O paciente tenta sentar-se e, ao constatar que não consegue ajudar com uma das mãos, faz um movimento de desespero e verbaliza de forma muito exaltada):

L: Não consigo, não consigo!... Não mexe nem um milímetro. Estou farto, farto!... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

Já viu aos meses que ando para aqui a caminhar?... E os resultados???? Nada, nada!... *(pausa longa, com movimentos do corpo)*

O que deverá a fisioterapeuta dizer ao Sr. Luís?

Resposta espontânea do estudante:

Vamos, Sr. Luís, vamos tentar mais uma vez esforçar-se mais um bocadinho para se conseguir sentar, porque claro que as coisas não acontecem assim de um momento para o outro, mas já se consegue levantar, já consegue mexer a perna e equilibrar-se por isso... Tem que tentar!

Questão no ecrã

Imagine o que o Sr. Luís está a pensar ou sentir ao expressar-se desta forma...

Resposta do estudante

Sente-se impotente ou incapacitado. Está farto de não ver os resultados que ele queria.

Diálogo

A: Acha que o Sr. Luís tem razões para estar farto?

S: *Claro que sim, num AVC, o tratamento é geralmente muito lento. É normal os doentes passarem por fases de desânimo.*

A: Há terapeutas que consideram importante dizer isso ao doente. O que lhe parece?

S: *Não sei...*

A: Na sua resposta inicial, preocupou-se em conseguir que o Sr. Luís continuasse o exercício.

S: *Pois foi, e não tive em conta o que ele estava a sentir....*

Depois do diálogo, o sujeito era novamente convidado a responder em discurso directo.

Questão no ecrã

De que outra forma pode a fisioterapeuta responder ao Sr. Luís?

A autora pedia então ao sujeito que comparasse esta sua resposta com a resposta inicial e que analisasse as consequências desta (Humphris e Kaney (2000), para o paciente hipotético.

O passo seguinte consistia em promover a **flexibilidade**, competência, valorizada por vários autores (Clack et al., 2004; Epstein, 2006; Fossum & Arborelius, 2004; Slater, 1990) e que, na opinião de Zoppi e Epstein (2002), deveria estar na base de todos os treinos comunicacionais com profissionais de saúde. Neste contexto, e com o auxílio de uma última questão visualizada através do ecrã do computador, a autora procurava ajudar o sujeito a considerar respostas alternativas para aplicar num determinado contexto (Humphris & Kaney, 2000; Thorne et al., 2004).

Questão no ecrã

Imagine que a fisioterapeuta pretende ser mais flexível...

Para ser mais flexível que deve a fisioterapeuta responder ao Sr. Luís?

O estudante ou fisioterapeuta era assim convidado a iniciar uma exploração de respostas *diferentes/alternativas* através da *sugestão activa* (Grilo, 1999; Joyce-Moniz, 1989) da autora, que o ajudava a reflectir sobre as consequências destas diferentes formas de resposta (Joyce-Moniz, 1988). O diálogo abaixo exemplifica um confronto possível, para a situação apresentada anteriormente:

A: Quais as consequências, para o Sr. Luís, da resposta que acabou de dar?

S: (...)

A: Consegue pensar noutra forma de responder ao Sr. Luís? Alguns terapeutas consideram que, nestas situações em que, como referiu, o paciente está exaltado e desanimado com os resultados, poderá ser muito útil, parar e tentar perceber o que este está realmente a sentir e, eventualmente, mudar alguns aspectos do tratamento.

Quais lhe parecem que seriam as consequências, para o Sr. Luís, se respondesse desta forma?

S: (...)

A: E para a fisioterapeuta? Acha que teria algumas vantagens?

S: (...)

A: Outros fisioterapeutas consideram que a melhor forma de lidarem com esta situação é (...).

Note-se que, quer após o primeiro confronto que apelava à descentração, quer o segundo que pretendia uma maior flexibilidade, os sujeitos eram sempre convidados a tentar uma nova resposta utilizando discurso directo (McFall & Lillesand, 1971). Tal como demonstraram Smith-Jentsch, Salas & Baker (1996), o confronto cognitivo pode produzir alterações de atitudes, mas apenas o treino conduz alterações no comportamento.

Desta apresentação, resulta que o ponto de partida e a estrutura genérica das sessões de intervenção clínica e educacional era a mesma para todos participantes. Contudo, o confronto variava não apenas pelo facto destes últimos fornecerem diferentes respostas espontâneas, mas também porque apresentavam dificuldades de comunicação distintas. Assim, procurou-se, como defenderam Kruijver e colaboradores (2000), que o treino respondesse, da melhor forma, às necessidades educacionais de cada participante.

As três sessões de intervenção tinham a duração aproximada de uma hora e decorriam em três semanas consecutivas, agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante. A realização de sessões de treino que distam uma semana entre si tem sido adoptada por alguns autores (Thomas & Cohn, 2006) e pretende que os estudantes e profissionais reflectam, durante esse período, sobre competências abordadas na sessão.

Um mês após a última sessão de intervenção, e à semelhança de outros estudos que incluem programas de treino comunicacional (Lin et al., 2004; Nota e Soresi, 2003; Roter et al., 2004), tinha lugar uma nova sessão de avaliação. Nesta, era apresentado o caso hipotético da D. Alice descrito anteriormente. Após a conclusão de todo o processo, era entregue, aos

fisioterapeutas, um certificado de participação no treino de competências comunicacionais (anexo IV).

3. Procedimentos de investigação

3.1. Divulgação da investigação

A divulgação do presente estudo foi efectuada de modo distinto para os estudantes de fisioterapia e para os profissionais.

Com os primeiros, a abordagem foi feita de forma directa em cada uma das turmas de 2º e 4º anos na Escola Superior de Saúde que serviu de amostra a esta investigação. A divulgação foi efectuada no contexto das unidades curriculares da área científica de psicologia, leccionadas aos estudantes do 2º e 4º anos. Embora tenha sido realizado o mesmo procedimento de apresentação do projecto quer para o grupo controlo, quer para o grupo experimental, ele foi concretizado em momentos distintos. Nas turmas que iriam integrar o grupo experimental, a autora apresentou os objectivos principais do treino de competências no início de 1º semestre do ano lectivo 2007/08 para o 4º ano, e no início do 2º semestre do mesmo ano académico para o 2º ano. Nas turmas que iriam servir de base para o grupo controlo, a apresentação do estudo foi efectuada apenas no ano lectivo 2008/09.

No que se refere aos profissionais de fisioterapia, a divulgação das sessões de treino foi efectuada através de um pequeno texto (anexo V) redigido pela autora e divulgado, através da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, por via electrónica. Os fisioterapeutas interessados em realizar o treino contactavam então directamente a autora por telefone ou via *e-mail*. Neste primeiro contacto, e depois de avaliados os critérios de inclusão, eram explicados os objectivos da investigação, bem como o que seria exigido ao próprio fisioterapeuta (*i.e.*, necessidade de participar em cinco sessões

individuais com duração de cerca de uma hora cada). Se os indivíduos se mostravam interessados em participar na investigação, era de imediato marcada uma primeira sessão, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A divulgação do treino de competências comunicacionais foi realizada até serem conseguidos um total de trinta profissionais de fisioterapia.

No caso dos profissionais que participaram no grupo controlo, sendo necessária a participação em apenas dois encontros relativamente breves, a divulgação foi efectuada por alguns dos profissionais que realizaram as sessões de treino e, directamente, pela autora em algumas clínicas e hospitais da área da grande Lisboa, Abrantes e Algarve.

3.2. Local de realização da investigação

Todas as sessões realizadas com os estudantes dos dois grupos constituintes da amostra foram realizadas pela autora numa Escola Superior de Saúde da área da grande Lisboa. A direcção desta instituição de ensino superior mostrou-se, desde logo, disponível para a realização do estudo, nomeadamente, através da cedência de um pequeno gabinete onde decorreram todos os encontros com os participantes. Uma vez que os estudantes tinham aulas neste estabelecimento de ensino, a logística de realização das sessões foi facilitada, pois estas eram marcadas de acordo com a disponibilidade de horário de cada estudante e da própria autora.

No que concerne aos fisioterapeutas, aqueles que realizaram as sessões de treino de competências comunicacionais deslocaram-se também à referida instituição de ensino superior. A logística necessária, particularmente, a visualização de vídeos e a gravação de respostas em áudio dificultava a realização das sessões noutra local, nomeadamente, em contexto hospitalar onde existe dificuldade de acesso a espaços com privacidade e boa acústica, por períodos relativamente longos de tempo (cerca de uma hora com cada profissional).

A fim de facilitar a participação no estudo, os profissionais que realizaram apenas as duas sessões de avaliação (grupo controlo) tiveram a possibilidade de escolher o local da recolha de dados, *i.e.*, na Escola Superior de Saúde ou no seu próprio local de trabalho, desde que este último oferecesse as condições mínimas necessárias para a realização do encontro. Neste sentido, a recolha de dados para este grupo da amostra decorreu, como referimos, em hospitais e clínicas da área da grande Lisboa, Abrantes e Algarve. Dada a necessidade de deslocação para uma grande diversidade de locais, estas duas sessões de avaliação foram efectuadas não apenas pela autora, mas também por duas investigadoras previamente treinadas para o efeito.

3.3. Confidencialidade

Como facilmente se compreende, numa investigação desta natureza, com vários encontros e preenchimento de questionários em vários momentos distintos, não é possível assegurar o anonimato dos participantes. Estes últimos foram informados de que apenas a autora, ou outras duas investigadoras, no caso do grupo dos profissionais, teriam acesso quer às escalas, quer à transcrição das respostas (Barrett, 2006).

4. Procedimentos de análise de dados

Tendo definido como objectivo principal desta investigação o estudo dos processos comunicacionais, a análise de conteúdo das respostas dos estudantes e profissionais de fisioterapia a situações problemáticas constituiu a principal metodologia de análise de resultados. Para a sistematização de alguns resultados das categorias encontradas nas respostas aos incidentes críticos e das escalas subjectivas, foi utilizado um tratamento estatístico.

A avaliação do treino de competências comunicacionais foi analisada com recurso a medidas de estatística descritiva.

4.1. Procedimentos de análise das respostas aos incidentes críticos

A análise das respostas aos incidentes críticos dos estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas às seis temáticas em estudo teve início, à semelhança de outros estudos (p.e., Gysels, Richardson & Higginson, 2005), com a transcrição na íntegra das respostas dos sujeitos. Seguiu-se o registo das categorias observadas. A metodologia escolhida para a classificação das respostas aos incidentes críticos tem paralelo, em alguns aspectos, com o método de codificação das interações médico-paciente (*Roter method of interaction process analysis*)⁷, nomeadamente:

- (1) todas as verbalizações são classificadas em categorias;
- (2) as unidades de interacção são definidas como *expressões*, i.e., o segmento de discurso mais pequeno a partir do qual pode ser elaborada uma classificação. Desta forma, e tal como no sistema de classificação de Hulsman (2002), a unidade varia de uma simples expressão (e.g., “*Não pode (...)*”, “*Vamos lá.*”, “*Tem que (...)*”) a uma longa verbalização.
- (3) A elaboração das categorias procura reflectir o conteúdo e o contexto de interacção fisioterapeuta-paciente; e por último,
- (4) tal como o sistema RIAS, em que todas as categorias podem ser identificadas, quer no discurso do paciente, quer do profissional de saúde, também nesta investigação, as categorias encontradas são passíveis de ocorrer em todas as temáticas em estudo, apesar de serem mais frequentes em algumas destas.

Na presente investigação, e ao contrário do sistema proposto por Roter (2006), as codificações não consideraram as entoações de voz, uma vez que estas foram efectuadas a partir de transcrições, e não directamente a partir de áudio ou vídeo, como no RIAS.

⁷ Roter baseou-se no sistema de análise de interacção, para pequenos grupos, proposto por Bales (1950).

A par com os aspectos já referidos do método desenvolvido por Roter (2006), a classificação das categorias observadas nas respostas aos incidentes foi realizada com recurso a uma análise de conteúdo. Atendendo ao carácter particular da recolha de dados deste estudo, não foi seguido de forma rigorosa nenhum método de análise de conteúdo específico. Contudo, foram consideradas as quatro fases do método de análise de conteúdo de orientação fenomenológica descrito por Smith e Eatough (2006). Estas fases, assim como as adaptações consideradas para este estudo, são descritas de seguida.

Fase 1:

A primeira fase consistiu na leitura geral das respostas aos incidentes críticos em todas as temáticas, tomando notas dos temas de resposta mais recorrentes. Desta forma, esta fase tornou possível uma leitura holística dos processos de comunicação presentes nas verbalizações dos sujeitos.

Para tornar mais clara a identificação dos temas/ideias, as notas da primeira fase de análise das verbalizações dos participantes foram colocadas numa zona indicada para o efeito nas grelhas iniciais. No quadro 14, transcreve-se uma parte dessas grelhas.

Quadro 14. Exemplo de grelha inicial de análise das verbalizações.

Identificação	Temática: Resposta a pergunta/pedido	Notas Iniciais
95	Sofia, não lhe posso garantir que seja capaz de voltar a fazer tudo como dantes, mas há que tentar e nunca perder a esperança. E quanto mais tentar, quanto mais fizer os exercícios correctamente, mais probabilidade há-de voltar a fazer tudo como dantes e de conseguir voltar à ginástica rítmica. Há que ter força!	Incerteza Rigidez Fornecimento de Informação

Fase 2:

Esta fase teve como objectivo a transformação das ideias e notas iniciais em temas mais específicos que fazem apelo a conceitos da psicologia (Smith & Eatough, 2006) ou categorias mais genéricas e abstractas (Murray & Chamberlain, 1999). Assim, nas grelhas iniciais, as notas foram substituídas por categorias (quadro 15).

Quadro 15. Exemplo de grelha com categorias iniciais.

Identificação	Temática: Resposta a crítica vaga	Categorias
20	D. Alice, a sua cirurgia foi bastante complicada; talvez a da sua amiga não tenha sido tão complicada e daí a sua recuperação mais rápida. Podemos fazer um novo plano de tratamento para que não estejamos sempre a fazer os mesmos exercícios e, assim, a D. Alice não sente que estamos sempre na mesma rotina. E podemos tentar ver se evoluímos doutra maneira, o que acha?	Clarificação Disponibilidade Pergunta aberta
124	Bem, Sofia, está-me a dizer que não vê nenhuma melhoria em relação ao tratamentos e, inclusive, está a afirmar que devia ser de outra forma; então, gostaria de saber o que é que acha que está errado, o que é que poderá ou deverá ser mudado, portanto, gostaria de entender qual é a sua ideia... pronto, dar-me o seu parecer em relação ao tratamento, para chegarmos a uma solução e tentarmos ver se existem possíveis erros e tentar solucioná-los.	Parafraseamento Pergunta aberta Disponibilidade

De forma deliberada, nesta fase, foi feito apelo a designações que remetem para diferentes paradigmas da psicologia, nomeadamente, do cognitivista (Beck, Rush, Shaw & Eremy, 1979; Ellis, 1962) e do fenomenológico (Rogers & Wallen, 1946), também de áreas específicas como a psicologia da saúde (Joyce-Moniz & Barros, 2005), comunicação assertiva (Castanyer, 2002; Jakubowski e Lange, 1978), comunicação interpessoal (Hargie & Dickson, 2004) e comunicação profissional de saúde-paciente (Berry, 2007; Hulsman, 2002; Roter, 2006; Silverman, Kurtz e Drater, 2005).

Fase 3:

Na terceira fase, procedeu-se a uma redefinição dos dados através do estabelecimento de conexões entre as categorias preliminares e o agrupamento das mesmas de forma apropriada. Dito de outro modo, foram analisadas as propriedades das categorias e as relações entre estas (Murray & Chamberlain, 1999). Contudo, antes de serem consideradas as conexões e agrupamentos, todas as categorias foram compiladas. Deste processo, resultou o abandono de algumas das categorias inicialmente propostas (fase 2), por não encaixarem de forma adequada na estrutura emergente, ou porque possuíam uma fraca evidência na generalidade das respostas (e.g., *parafraseamento, asserção compensatória relacional*). A compilação das categorias permitiu ainda a distinção de categorias inicialmente agrupadas (e.g., **expressão de sentimentos** e **reflexão de sentimentos**), assim como a identificação de sub-categorias que vieram clarificar alguns aspectos das unidades de interação das respostas dos sujeitos (e.g., categoria *disponibilidade*, com duas sub-categorias: **oferta explícita de ajuda** e **considerar alternativas de tratamento**) (quadro 16).

Quadro 16. Exemplo de grelha com categorias finais.

Identificação	Temática: Resposta a crítica vaga	Categorias
20	D. Alice, a sua cirurgia foi bastante complicada; talvez a da sua amiga não tenha sido tão complicada e daí a sua recuperação mais rápida. Podemos fazer um novo plano de tratamento para que não estejamos sempre a fazer os mesmos exercícios e, assim, a D. Alice não sente que estamos sempre na mesma rotina. E podemos tentar ver se evoluímos doutra maneira, o que acha?	Clarificação Disponibilidade (considerar alternativas) Pedido de opinião
Identificação	Temática: Moderação da expressão emocional em excesso	Categorias
170	D. Alice, imagino que a sua situação deve ser extremamente difícil, até porque teve um caso há pouco tempo na sua família. Não me consigo imaginar na sua situação, porque só quem está na situação é que consegue inteirar-se de todas as emoções e preocupações... da minha experiência, já tive vários pacientes com carcinoma da mama e compreendo, de alguma forma, pelo que está a passar. Quer falar sobre o assunto? Quais são as suas principais preocupações?	Reflexão de sentimentos (específico) Expressão de sentimentos Realce papel terapeuta Pedido de clarificação

Não obstante a preocupação de não criar designações novas para classificações já utilizadas na literatura, várias das unidades de interacção encontradas na análise das verbalizações dos participantes faziam apelo a temas não referenciados na literatura. Neste contexto, foram criadas cinco categorias que não fazem directamente apelo a conteúdos abordados na literatura consultada. São elas: **recurso aos pressupostos médicos, realce do papel do terapeuta, pedido de colaboração, aceitação da incerteza e realce do papel do doente.**

As segunda e terceira fases contaram, para além da própria autora, com a participação de mais dois investigadores especialistas neste tipo de avaliação, com os quais foram discutidas a inclusão e exclusão de categorias, assim como a designação definitiva das mesmas.

Fase 4:

No final de todo este processo, foi elaborada a apresentação das categorias mais frequentes, recorrendo, para tal, a uma análise estatística descritiva.

Esta fase teve início com a revisão final das categorias (quadro 17), e teve como principal propósito assegurar e preservar, tanto quanto possível, a integridade das respostas dos participantes. Com este procedimento, é esperado que qualquer leitor, a quem sejam fornecidos os dados do estudo e a descrição de cada categoria, seja capaz de analisar as respostas de cada sujeito do mesmo modo que os investigadores⁸.

Esta análise, assim como a descrição exaustiva de cada categoria serão apresentadas no capítulo seguinte.

⁸ Neste trabalho, de modo a garantir o anonimato dos estudantes e fisioterapeutas que participaram no estudo, as grelhas de análise de conteúdo são apresentadas em CD (anexo VI), para uso exclusivo dos elementos do júri destas provas. Apesar das respostas aos incidentes críticos terem sido previamente classificadas em suporte informático, as verbalizações, nomeadamente as auto-revelações, podem conter elementos que facilitem a identificação por pessoas que conheçam o seu historial (e.g., professores, no caso dos estudantes, ou colegas, no caso dos profissionais).

Quadro 17. Listagem das categorias decorrentes da análise das respostas aos incidentes críticos.

Categorias de orientação racional	Categorias de orientação sócio-afectiva
Recursos aos pressupostos médicos Pedido de informação Pedido prova empírica Pedido de clarificação Pedido de colaboração Pedido de opinião Racional Clarificação Aceitação da incerteza Atribuição causal de contingências Aceitação da crítica Elaboração de crítica Recusa da crítica Programação de contingências Realce papel do terapeuta Realce competência doente Asserção compensatória (mal menor e proposicional) Injunção	Disponibilidade Asserção compensatória (positividade) Reflexão de sentimentos Expressão de sentimentos Moderação de sentimentos Incentivo
Disco riscado	

4.2. Procedimentos de análise estatística

Antes de iniciar o tratamento estatístico, os dados, recolhidos através das respostas aos incidentes críticos e das escalas subjectivas, foram codificados em suporte informático. Para a análise estatística dos dados de natureza quantitativa, foi utilizado a versão 17.0 para Windows do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

Atendendo aos objectivos do presente estudo e à constituição da amostra, a análise estatística foi, maioritariamente, efectuada de uma forma independente para cada grupo: estudantes do 2º ano de fisioterapia, estudantes do 4º de fisioterapia e profissionais de fisioterapia.

Os dados referentes às variáveis de caracterização da amostra (idade, sexo e, no caso dos profissionais, experiência profissional) foram apresentados em quadros com a distribuição de frequências. Estes quadros, com excepção da

variável género, foram complementados com algumas medidas de estatística descritiva, nomeadamente, média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

No que concerne ao tratamento de dados obtidos através da análise de conteúdo da resposta aos incidentes críticos, procedeu-se à apresentação, através de gráficos de barras e percentagens, das frequências de utilização de cada uma das categorias nas seis temáticas em estudo, para cada grupo da amostra.

Em relação às escalas subjectivas, inicialmente foram utilizadas medidas de estatística descritiva. Posteriormente, e depois de verificar que não estavam cumpridos os pressupostos de normalidade de distribuição das variáveis (teste de *Kolmogorov-Smirnov*) e homogeneidade de variâncias (teste de *Levene*) para todas as variáveis, optou-se pela utilização de medidas de estatística não paramétrica, nomeadamente o *Teste de Kruskal-Wallis*. Este permitiu avaliar as diferenças entre os três grupos amostrais nas escalas subjectivas. Designadamente, na *percepção de competências clínica e comunicacional*, na *percepção de ansiedade e eficácia* assim como, na escala total da PPOS e nas duas subescalas (*caring* e *sharing*).

Finalmente, na avaliação do programa de treino de competências comunicacionais, e atendendo ao número reduzido de sujeitos em cada grupo, foram utilizadas medidas de estatística descritiva. Os dados referentes à utilização das categorias, por cada grupo de sujeitos, em cada temática, no *baseline* e *follow-up*, foram apresentados em quadros com a distribuição de frequências. Para a análise dos resultados obtidos através das escalas subjectivas, nos três grupos de sujeitos, do grupo experimental e grupo controlo, no *baseline* e *follow-up*, procedeu-se à apresentação das médias, através de gráficos de barras.

No capítulo seguinte, serão apresentados, analisados e discutidos os resultados desta investigação.