

Cristina Alves Coelho

Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde

***Importância da Comunicação no Exercício
Profissional dos Fisioterapeutas:***

Da formação às necessidades sentidas na prática

Orientadora Professora Doutora Natália Ramos

Lisboa

Universidade Aberta, 2006

Agradecimentos

*Para a realização deste trabalho foi determinante a colaboração de muitas pessoas a quem quero expressar a minha gratidão.
Desta forma, assinalo o meu sentido reconhecimento:*

À Professora Doutora Natália Ramos pela orientação, disponibilidade, saber e constante encorajamento.

À Dr.ª Fátima Ferreira que realizou o tratamento estatístico, pelo seu envolvimento e entusiasmo.

A Mestre Ângela Pereira Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pela disponibilidade com que facultou a recolha de imagens e pelo interesse com que acompanhou o desenvolvimento desta investigação.

*A todos os meus alunos.
Aos colegas que participaram no estudo.*

Ao Mestre António Colaço, com quem partilhei as minhas dúvidas, pelas críticas, apoio e amizade.

À minha família pela solidariedade, ao Carlos e ao Rui, por compreenderem as minhas ausências.

À Graciete.

Ilustração 1 – As mãos que tocam – símbolo internacional da fisioterapia
www.cphs.wayne.edu



Resumo

O presente estudo pretende fazer um levantamento das necessidades de formação em comunicação dos fisioterapeutas. Realizaram-se entrevistas a fisioterapeutas, docentes e coordenadores de serviços de fisioterapia, que foram sujeitas a análise de conteúdo. A partir dessa análise construiu-se um questionário que foi aplicado a cinquenta e um fisioterapeutas recém formados ou a frequentar o último semestre do segundo ciclo de licenciatura bietápica em fisioterapia. Apesar de identificarem a comunicação relacional como um aspecto importante do desempenho profissional, os participantes não têm da comunicação, uma visão sistémica e remetem a relação para um plano secundário. Associam a comunicação ao modelo de intervenção centrado no doente mas ao operacionalizar conceitos inerentes ao modelo, optam por alternativas mais consonantes com o modelo biomédico, do que com o modelo centrado no doente.

Os resultados do estudo apontam no sentido de que é necessário fornecer aos fisioterapeutas formação em comunicação e proporcionar aos alunos oportunidades de reflexão acerca das implicações da comunicação no desenvolvimento de melhores práticas e de intervenções mais eficazes e satisfatórias.

Abstract

The aim of this study is to know the physiotherapist's training needs in communication. We interview senior physiotherapists and teachers. The content analysis of that material leads us to the construction of a questionnaire. This instrument was applied to fifty one young physiotherapists and physiotherapy. They identify relational communication as an important aspect of physiotherapy approach, but don't have a systemic perspective of communication, considering the relation as secondary. The participants connect communication with patient-centered care, but when they explore the concept their options are related to the biomedical model.

The results show that including training in communication in physiotherapy schools curricula is needed. Students should have the opportunity to reflect on the impact of communication in their professional practice.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
I CAPITULO – REVISÃO DA LITERATURA	17
1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – ABORDAGEM SISTÉMICA.....	17
2. A DIMENSÃO SOCIAL DO CORPO.....	23
2.1 A REGULAÇÃO SOCIO CULTURAL DO CORPO NAS INTERACÇÕES.....	23
2.2. O CORPO DEFICIENTE.....	28
3. FRONTEIRAS INTERPROFISSIONAIS NA SAÚDE	31
4. FORMAÇÃO E EXERCÍCIO DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL.....	38
5. DESENVOLVIMENTO DE PERÍCIAS EM COMUNICAÇÃO	44
5.1. MOBILIZAÇÃO DE CAPACIDADES AFECTIVAS E RELACIONAIS.....	58
II CAPITULO – METODOLOGIA	62
1. PROCEDIMENTOS.....	62
2. AMOSTRA.....	63
3. INSTRUMENTOS	64
4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	64
4.2. ELABORAÇÃO DO GUIÃO DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS	65
4.3. REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	65
4.4. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	66
4.5.CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	87
4.6. PRÉ TESTE E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	90
4.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS PELO QUESTIONÁRIO	90
4.7.1.CODIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS QUESTÕES FECHADAS	90
4.7.2. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES ABERTAS DOS QUESTIONÁRIOS	95
III CAPITULO – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO EMPIRICO	107

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	107
2. ANÁLISE DOS DADOS	113
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	158
CONCLUSÕES	168
BIBLIOGRAFIA	172
LEGISLAÇÃO	186
CONSULTA ELECTRONICA	186
ANEXOS	187
ANEXO I – GRELHA DE OBSERVAÇÃO	188
ANEXO II – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	190
ANEXO III – GUIÃO DA ENTREVISTA	192
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO	194

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por sexo	107
Gráfico 2 Distribuição de frequências por idade	108
Gráfico 3 – Distribuição de frequências por número de anos de exercício profissional	109
Gráfico 4 – Percentagem de distribuição por instituição	111
Gráfico 5 – Percentagem de distribuição por Grau académico	112
Gráfico 6 – Percentagem de distribuição pelos aspectos da comunicação (Organizacional/Relacional)	113
Gráfico 7 – Distribuição e frequência das categorias encontradas na análise de conteúdo a outros aspectos da comunicação	121
Gráfico 8 – Percentagem de distribuição pelos factores na origem das situações difíceis	123
Gráfico 9 – Distribuição e frequência das categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão aberta número 6	130

Gráfico 10 – Distribuição das respostas e respectivas percentagens, relativas à questão sobre a possibilidade de melhorar a actual formação em comunicação ..	145
Gráfico 11 – Distribuição das respostas à questão sobre a formação actual	151

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Grelha de Observação.....	64
Quadro 2 – Categoria A, sub categorias e sub, sub categorias.....	75
Quadro 3 – Categoria B, sub categorias e sub, sub categorias.....	82
Quadro 4 - Categoria C e sub categorias.....	85
Quadro 5 – Respostas dos participantes à questão nº 3.....	95
Quadro 6 – Respostas dos participantes à questão nº seis	96
Quadro 7 – Categorias, sub categorias e sub, sub categorias encontradas nas respostas à questão nº 3.....	99
Quadro 8 – Categoria 6A – Desadequação da conduta do doente e respectivas sub categorias.....	101
Quadro 9 Categoria 6B – Corpo do doente e respectivas sub categorias.....	102
Quadro 10 – Categoria 6C – Dificuldades de partilha de linguagem com o doente	103
Quadro 11 – Categoria 6D – Comunicação de más notícias.....	103
Quadro 12 – Categoria 6E – O poder e respectivas sub categorias	104
Quadro 13 – Categorias, sub categorias e sub, sub categorias encontradas nas respostas à questão nº6.....	105
Quadro 14 – Frequência e percentagem de distribuição da variável “Idade”	108
Quadro 15 – Frequência e percentagem de distribuição da variável “Anos de exercício profissional”	109
Quadro 16 – Percentis, medidas estatísticas centrais e de dispersão da variável idade e anos de exercício profissional	110
Quadro 17 – Frequência e percentagem de distribuição da variável instituição ..	111
Quadro 18 – Frequência e percentagem de distribuição da amostra pela variável Grau académico	112
Quadro 19 – Distribuição das frequências e percentagens dos aspectos da comunicação	113

Quadro 20 – Mediana, moda e percentis da comunicação com o doente	114
Quadro 21 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Verbal” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes	115
Quadro 22 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Não verbal” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes	116
Quadro 23 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Motivação” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes	117
Quadro 24 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Relação terapêutica” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes.....	118
Quadro 25 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “O Poder” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes	119
Quadro 26 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Escrita” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes	120
Quadro 27 – Distribuição das frequências e percentagens das categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão aberta “Existe para si algum outro aspecto que seja marcante, na comunicação, durante as interações com os doentes, que não se encontre na lista anterior? Qual?”	121
Quadro 28 – Distribuição das frequências e percentagens dos factores que podem estar na origem de situações difíceis	122
Quadro 29 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 5 da 2ª parte do questionário	124
Quadro 30 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Ft” entre os itens para ordenação de doentes difíceis	125
Quadro 31 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Profiss. Saúde” entre os itens para ordenação de doentes difíceis.....	125
Quadro 32 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Criança” entre os itens para ordenação de doentes difíceis	126

Quadro 33 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Outra Etnia” entre os itens para ordenação de doentes difíceis	127
Quadro 34 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Homossexual” entre os itens para ordenação de doentes difíceis	127
Quadro 35 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Idoso” entre os itens para ordenação de doentes difíceis.....	128
Quadro 36 – Distribuição das frequências e percentagens das categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão aberta “Já alguma vez viveu uma situação em que não soubesse como agir e se sentisse pouco à vontade? Relate sucintamente qual foi a origem do constrangimento.”	129
Quadro 37 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 7 da 2ª parte do questionário. Existem vários valores para a moda, aparece na tabela o menor	131
Quadro 38 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	132
Quadro 39 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	132
Quadro 40 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	133
Quadro 41 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “sexless old age”	134
Quadro 42 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “pode ser difícil”	134
Quadro 43 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	135
Quadro 44 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 8 da 2ª parte do questionário. Existem vários valores para a moda, aparece na tabela o menor	135
Quadro 45 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Motivar”	136
Quadro 46 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	137
Quadro 47– Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Ouvir/conhecer”	138
Quadro 48 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Aliança Terapêutica”	138
Quadro 49 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Input”	139

Quadro 50 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Manipular”	139
Quadro 51 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a importância atribuída à comunicação nas organizações de saúde.....	140
Quadro 52 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	141
Quadro 53 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Entre Fisioterapeutas”	142
Quadro 54 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Entre Profissionais”	142
Quadro 55 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Promoção da imagem da profissão”	143
Quadro 56 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Escrita”	143
Quadro 57 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Entre doentes”	144
Quadro 58 – Frequências e percentagens das respostas à questão sobre a possibilidade de melhorar a actual formação em comunicação	144
Quadro 59 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre formação dos fisioterapeutas em comunicação	145
Quadro 60 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Interdisciplinar”	147
Quadro 61 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Nova Unidade Curricular”	147
Quadro 62 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Psicologia da Saúde”	148
Quadro 63 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Académica pós licenciatura ”	149
Quadro 64 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Contínua”	149
Quadro 65 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Inata”	150
Quadro 66 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a formação actual.....	150

Quadro 67– Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a pertinência do estudo. Existem vários valores para a moda. Aparece na tabela o menor	152
Quadro 68– Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Obstáculo à Investigação Quantitativa”	153
Quadro 69 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Cuidados Centrados no Doente”	154
Quadro 70 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de	154
Quadro 71 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Tackholders”	155
Quadro 72 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Impertinência”	156
Quadro 73 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Educar para a Saúde”	156

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – As mãos que tocam – símbolo internacional da fisioterapia	3
Ilustração 2 – Aula prática com doente real – Avaliação, exame objectivo	16
Ilustração 3 – Aula prática com doente real – Avaliação, exame subjectivo	16
Ilustração 4 – Tratamento de paciente hemiplégico adulto	22
Ilustração 5 – Treino de marcha.	61
Ilustração 6 – Aula prática, treinando em colegas	106
Ilustração 7 – Primeiros passos com canadianas	167

INTRODUÇÃO

1. Objectivos

Com este trabalho pretendemos fazer um levantamento das necessidades sentidas pelos fisioterapeutas no âmbito da comunicação. Partiremos dum inventário dos conteúdos programáticos, relacionados com a comunicação, leccionados nas escolas. Interessa-nos averiguar a existência de temáticas na área da comunicação, que os profissionais identifiquem como relevantes para o exercício profissional, verificar se existem de entre essas temáticas, algumas que não estejam presentemente contempladas nos programas dos vários cursos de fisioterapia.

Para além de conhecer as necessidades sentidas pelos profissionais no seu quotidiano profissional, tentaremos identificar as áreas temáticas da comunicação, cujo domínio os profissionais julguem relevante para o exercício, compará-las com os aspectos abrangidos pelos conteúdos programáticos dos currícula, tentando compreender quais as necessidades de formação para além ou apesar dos conteúdos curriculares dos cursos de fisioterapia.

2. Problema

Segundo Quivy & Campenholdt (1998) a perspectiva teórica que se decidiu adoptar para tratar o problema formulado pela pergunta de partida, constitui a problemática. Esta etapa da investigação, é uma fase crítica em que o trabalho se encontra entre a ruptura e a construção. Na generalidade ela decorre em dois momentos: no primeiro faz-se o balanço das várias problemáticas possíveis, comparando os pressupostos e reflectindo nas implicações metodológicas; no segundo elabora-se a problemática, em função da dinâmica do trabalho de investigação, com apoio no confronto crítico das perspectivas possíveis e formulam-se os principais pontos de referência teóricos, que inspirarão a abordagem de análise do fenómeno.

Sendo a pergunta de partida da nossa investigação: - Estarão as escolas, que formam fisioterapeutas, a corresponder nos seus conteúdos programáticos, às exigências do exercício profissional dos fisioterapeutas, no âmbito das competências em comunicação? Interessa-nos estudar quais as necessidades sentidas pelos fisioterapeutas

no seu exercício profissional e compreender em que dimensões da comunicação se inserem.

A metodologia que seguimos será descritiva com abordagem qualitativa. Segundo a classificação de L.R. Gay, adaptada por Carmo & Ferreira (1998:213) a investigação descritiva “... implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação.”

3. Justificação

A abordagem da fisioterapia tem objectivos só tangíveis na interacção fisioterapeuta utente, não se perspectivando numa lógica curativa mas antes numa identificação e busca de recursos do indivíduo para superar as suas limitações ou handicaps. Heatley & Squires (1991:123) referem que ¹ “...o efeito da fisioterapia é mínimo se não houver cooperação do paciente. (...) Para alcançar essa cooperação a perspectiva e objectivos do paciente e do fisioterapeuta devem ser comuns.”

Trata-se de identificar os objectivos do utente e com ele estabelecer estratégias que só terão significado se forem aceites por ambos. As mesmas autoras afirmam: ² “A discordância com os objectivos planeados pelo fisioterapeuta, deve ser respeitada e os objectivos devem ser reconsiderados, de outra forma quer o terapeuta, quer o doente ficaram frustrados e a adesão do doente ao tratamento estará comprometida” (Heatley & Squires, 1991:128).

Alertando para o imperativo de compreender melhor a importância da interacção durante os actos terapêuticos Wilson et al (1999) afirmam que a maioria dos cuidados prestados em fisioterapia, envolvem interacções pessoais no entanto pouco se conhece sobre o efeito dessas interacções nos resultados terapêuticos. Parece imperativo que os efeitos das interacções sejam melhor compreendidos antes de se desenvolverem modelos experimentais para testar a eficácia de qualquer abordagem em particular.

Entendendo a fisioterapia como disciplina de saberes partilhados entre as ciências humanas e as ciências naturais, torna-se evidente a relevância do desenvolvimento de

¹ Traduzido pela autora, do original: “...physiotherapy has minimal effect without the co-operation of the patient. (...)To gain this co-operation the perception and goals of the physiotherapist and patient must remain in unison.”

² Traduzido pela autora, do original: “Lack of agreement with the goals planned by the therapist must be respected, and aims reconsidered, otherwise frustration affecting both parties and non-compliance by the patient will result”

competências comunicacionais, para o exercício da profissão.

A percepção que temos enquanto profissionais e docentes é de que as escolas não implementam formalmente o desenvolvimento de competências comunicacionais nos estudantes de fisioterapia, sentindo os profissionais necessidades de formação a este nível, quando confrontados com a realidade do exercício.

A crescente valorização de políticas de promoção da saúde, de que são exemplo o projecto europeu dos Hospitais Promotores de Saúde, coloca aos profissionais novas solicitações no âmbito da educação para a saúde.

As mudanças organizacionais em saúde não só em Portugal mas também na Europa, a necessidade de tornar as organizações de saúde inteligentes, capazes de se modernizarem e abrirem à comunidade que servem, melhorando a qualidade e a acessibilidade, colocam desafios novos aos profissionais de saúde e exigem-lhes aptidões antes subvalorizadas.

Partridge (1996) afirma que existe pouco conhecimento sobre a importância da interacção fisioterapeuta utente e das suas implicações nos resultados terapêuticos.

A escassez de estudos nesta área, realizados em Portugal por fisioterapeutas ou no âmbito da fisioterapia, leva-nos a pensar que é necessário promover a reflexão dos profissionais sobre o impacto da comunicação nas práticas clínicas, na distribuição do trabalho, na dinâmica das organizações de saúde, face ao actual imperativo de implicar os profissionais na gestão de recursos.

Para conhecermos qual a situação actual dos fisioterapeutas face a todos estes aspectos conjecturais que caracterizam a saúde em contexto de mudança, urge fazer um levantamento da situação: nas escolas, para saber qual o peso atribuído às competências comunicacionais; entre os profissionais, visando conhecer o que gostariam de ver contemplado nos programas dos cursos, ou melhor aquilo que gostariam de aprender na área da comunicação. Pensamos que no cruzamento destas duas perspectivas, encontraremos a resposta à nossa pergunta de partida.

Bradshaw (1972), citado por Zabalza (1994: 58) distingue vários tipos de necessidade social e caracterizou de entre eles a necessidade sentida como sendo «...a resposta à pergunta “*Que necessitas?*”, “*Que desejarias ter?* ”» (Zabalza, 1994:59).

O mesmo autor alerta para uma problemática particular a estas necessidades “ *A manipulação social e cultural dos desejos é hoje tão forte que os sujeitos dirão que apenas desejam o que crêem poder alcançar ou, então, aquilo que entendem ser bem visto desejar ou aquilo cujo proveito imediato conhecem por experiência.* ”

Inquirindo jovens profissionais e não estudantes sem experiência clínica e profissional, tentamos diminuir a influência da desejabilidade social, esperando que o conhecimento que têm da realidade prepondere nas suas respostas.

4. Questões de investigação

- Estarão as escolas, nos seus conteúdos programáticos, a corresponder às exigências do exercício profissional dos fisioterapeutas, no âmbito das competências em comunicação?
- Será que, durante a formação, as escolas procuram desenvolver nos alunos competências na área da comunicação?
- Sentirão os profissionais, no seu exercício, necessidade de aumentar as suas competências nesta área?
- Estarão essas necessidades situadas no âmbito da comunicação relacional?
- Estarão essas necessidades situadas no âmbito da comunicação organizacional?

Ilustração 2 – Aula prática com doente real – Avaliação, exame objectivo



Ilustração 3 – Aula prática com doente real – Avaliação, exame subjectivo



I CAPÍTULO – REVISÃO DA LITERATURA

1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – ABORDAGEM SISTÊMICA

A abordagem sistêmica da comunicação (Bateson; 1981,1985) caracteriza o fenómeno como: processo interactivo dinâmico, cuja unidade de base é a relação que se estabelece entre os indivíduos; não se esgota nas mensagens verbais, a expressão facial os gestos as posturas, os silêncios, os comportamentos também são mensagens, todo o comportamento social é comunicação; toda a mensagem tem dois níveis de significância, para além do conteúdo informativo, também reflecte a relação que une os interlocutores; a comunicação é determinada pelo contexto em que se inscreve, este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, mas também o espaço onde decorre a interacção e o episódio que coloca em relação os protagonistas (Ramos, 2004).

Para melhor nos situarmos na abordagem sistêmica da comunicação tentamos compreender a origem do conceito percorrendo de forma breve as temáticas da investigação e a biografia dos autores que estiveram na sua origem.

Socorremo-nos do livro “*La Nouvelle Communication*” (Bateson, et al, 1981) Yves Winking, um dos autores e organizador da obra propôs-se fazer uma abordagem às ideias dos autores percursos da “*Nova Comunicação*”. Partindo duma apresentação geral sobre os conceitos, prossegue com a apresentação de oito textos (Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Scheflen, Sigman, Watzlawick) e termina com uma série de quatro entrevistas (Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Watzlawick).

Em 1948 Wiener publica *Cybernetics*, paralelamente ao trabalho de Wiener, Bertalanffy procura construir uma teoria geral dos sistemas. Um ano mais tarde, Shannon publica *The Mathematical Theory of Communication*. O modelo explicativo da comunicação de Shannon é linear contrariamente ao de Wiener que é circular e retroactivo, podemos chamar-lhe um modelo telegráfico da comunicação. Durante os anos cinquenta, este modelo tornou-se dominante nas investigações realizadas no âmbito

da comunicação, no entanto alguns investigadores tentam compreender a comunicação interpessoal à margem desta visão dominante (Winking, 1981).

Esses investigadores provêm de campos científicos diferentes: o antropólogo inglês Gregory Bateson e uma equipa de psiquiatras americanos procuram formular uma teoria geral da comunicação; Ray Birdwhistell e Edward Hall, também antropólogos fundamentam-se na linguística procurando compreender o domínio tradicional da comunicação e introduzem a gestualidade (quinesia) e o espaço interpessoal (proxemia); Erving Goffman, sociólogo estuda a forma como o comportamento das pessoas internadas em asilos é reveladora da trama do tecido social (Winking, 1981).

Aparentemente não existe muito em comum entre estes investigadores, mas uma análise mais atenta dos seus percursos revela um conjunto de trajectórias cruzadas. Assim por exemplo Goffman foi aluno de Birdwhistell em Toronto e teve uma formação idêntica à deste, que era oriundo da universidade de Chicago; Hall e Birdwhistell recebem a mesma formação em linguística tendo ambos os mesmos professores; Birdwhistell trabalha frequentemente com Bateson e Scheflen (Winking, 1981).

Existia uma difusão tácita das novas ideias dentro do grupo. Gregory Bateson é o representante mais conhecido e pioneiro, desta nova forma de pensar e compreender o mundo. Scheflen numa entrevista dada a Beels (1979) publicada na revista *Kinesis*, afirma:

“ Nous apprenions tout l’un de l’autre durant ces années. Voyez-vous, il y avait un mouvement. C’était dans l’air”³

O grupo vai alargar-se nos anos sessenta e setenta sempre como uma rede de relações informais. Don Jackson e Paul Watzlawick prosseguem a obra de Bateson; Stuart Sigman, as de Birdwhistell e Goffman. Para salientar o carácter por um lado pessoal (não institucional) e intelectual desta rede chamaram-lhe “ *Colégio Invisível*” (Winking, 1981: 21).

Para os membros deste grupo a comunicação é um todo integrado, consiste num processo social constituído por múltiplas formas de comportamento: a palavra, o gesto, o olhar, a mímica, o espaço inter individual. Todos consideraram os métodos

³ Traduzido do original escrito em inglês, por Winking (1981) pp. 21.

experimentais desadequados ao estudo da comunicação, para eles é em termos de níveis de complexidade, de contextos múltiplos e de sistemas circulares que deve ser concebida a investigação nesta área (Winking, 1981).

Alguns membros deste “Colégio Invisível” vão utilizar uma analogia entre a comunicação e uma orquestra. A imagem duma orquestra sem maestro e sem partitura, tem por base facilitar a compreensão de que cada indivíduo participa na comunicação embora não determine a origem desta, nem o seu fim. Como um sistema ela funciona com regras que são definidas pelas pessoas que comunicam, segundo os contextos e as relações (Winking, 1981).

Nos Estados Unidos entre Palo Alto e Filadélfia, “*de costa a costa*”, estabelecem-se dois pólos de desenvolvimento desta nova abordagem da comunicação: Bateson vindo de Cambridge trabalha num hospital psiquiátrico perto de Palo Alto, Watzlawick oriundo de Veneza e Don Jackson estão estreitamente relacionados ao *Mental Research Institute*, fundado pelo último na referida localidade (Winking, 1981); em Filadélfia Birdwhistell, Schefflen e Sigman desenvolvem os seus trabalhos de investigação (Winking, 1981).

Fora deste eixo, Palo Alto/ Filadélfia, Hall (proxémia) e Goffman (regras sociais da vida quotidiana postas em evidencia nas zonas marginais do tecido social) desenvolvem trabalhos que estão em sintonia com os dos restantes membros do “*Colégio Invisível*” (Winking, 1981).

Este novo modelo conceptual da comunicação alicerçou-se em trabalhos anteriores de vários autores, que integravam a corrente estruturalista, dominante na reflexão em ciências humanas durante a primeira metade do século XX (Winking, 1981).

Na Europa outros autores, como Saussure e Levi-Strauss utilizaram um modelo estruturalista da comunicação, foi na América do norte que se desenvolveu o modelo sistémico para depois retornar, já estabelecido, ao velho continente (Winking, 1981).

"Para usar uma metáfora ainda que grosseira, evocamos a velha história das cepas de vinha americanas, que tendo sido importadas da Europa,

serviram no fim do século XIX para relançara viticultura francesa devastada pela filoxera”⁴

Esta nova visão da comunicação integradora de toda a actividade humana socialmente aprendida, cuja existência é inevitável desde que duas pessoas estejam em presença uma da outra fundamenta-se a partir não da natureza psicológica dos indivíduos, mas sim dos sistemas onde eles se inserem: interacções, família, instituições, grupos, sociedade, cultura.

Estes sistemas funcionam segundo regras à semelhança das regras constitutivas da linguagem. Os vários autores denominaram de forma diferente esse sistema de regras: Watzlawick denominou-o, cálculo do comportamento; Schefflen referiu-o como programa; Goffman chamou-lhe gramática (Winking, 1981).

Mead (1953 cit. em Winking, 1981) resume a posição dos autores do “*Colégio invisível*” afirmando que todos os domínios sujeitos à aprendizagem cultural são comunicação.

Será esta abordagem da comunicação que nos guiará na nossa pesquisa. É neste modelo conceptual que nos inserimos quando falamos de comunicação em saúde no contexto da fisioterapia.

A informação e o consentimento informado não são a relação nem a substituem, no entanto quando se fala de comunicação em saúde, é geralmente de informação que se fala e não de comunicação.

“No contexto actual o doente deverá ser ouvido e adequadamente informado. A partilha da informação poderá então ser vista simbolicamente como uma espécie de lente correctora do défice da dimensão relacional que hoje em dia se regista ao nível da relação médico - doente” (Dias, 1994 : 351).

A comunicação é um componente importante dos cuidados de saúde, e pode ser um indicador da qualidade desses mesmos cuidados (Ramos, 2004).

Segundo a mesma autora é necessário repensar os modelos de comunicação entre profissionais e doentes. É necessário contrapor ao modelo dominante, linear e unilateral em que o profissional, possuidor do saber, transmite a um receptor passivo, a informação

⁴ Traduzido pela autora, do original: “*Pour filer une deuxième métaphore tout aussi lourde, on voudrait évoquer la vieille histoire des plants de vignes américains, importés d’Europe, qui on servi à la fin du XIX^e siècle à relancer la viticulture française dévastée par le phylloxera...*” (Winking, 1981:103-104).

que julga necessária, um modelo sistémico que tenha em conta a dimensão sócio cultural das pessoas em comunicação, a relação entre elas e o contexto onde se desenvolve a comunicação.

«(...) um modelo interactivo, que tenha em conta os “saberes” e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos técnicos de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação entre técnico de saúde e doente como uma interacção que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos»
(Ramos, 2004: 299).

Ilustração 4 – Tratamento de paciente hemiplégico adulto

www.uhs.uga.edu



2. A DIMENSÃO SOCIAL DO CORPO

O debate conceptual sociológico sobre o corpo assenta, desde os clássicos, em dicotomias. Nas sociedades ocidentais o dualismo distinguiu, no Homem, o corpo da alma. Esta representação surgiu no renascimento com o desenvolvimento do individualismo e permitiu ao Homem, referir-se ao seu corpo como algo que possui.

O triunfo do individualismo é marcado pela completa clivagem ontológica entre o homem e o corpo: a axiologia cartesiana distingue no homem o corpo da alma (Saraiva, 1996).

Foi esta visão dualista do corpo que legitimou o seu estudo pelos anatomistas, e tem sido até hoje o que legitima o modelo biomédico. *“Agindo sobre o Corpo as práticas dos profissionais de saúde centram-se no corpo organismo, corrigindo-lhe os defeitos”* (Crespo, 1990:17).

Existem duas abordagens possíveis sobre o corpo, uma objectiva médica e socialmente autorizada, outra subjectiva, simbólica, socializada.

“A utopia da saúde implica uma utopia do corpo, a saúde perfeita exige um corpo senão perfeito pelo menos glorioso, ou seja revisto e corrigido pelas instâncias religiosas do mundo pós moderno, os engenheiros biológicos, médicos ou pesquisadores que representam a mitologia fulgurante da viragem do século vinte” (Le Breton, 1999: 223).

2.1 A regulação socio cultural do corpo nas interacções

Saussure (1916) (citado em Caetano, 1978:14) afirma que a palavra não une uma coisa a um nome, mas sim, um conceito (o significado) a uma imagem acústica (o significante). A relação da palavra com o real é totalmente arbitrária. As vivências afectivas, diferentes de sujeito para sujeito, constituem o quadro de fundo onde vai inscrever-se a simbologia linguística, que dentro de certos parâmetros, num determinado contexto sócio cultural, tem um conteúdo objectivo para todos os sujeitos.

Existe um discurso que está presente no comportamento não verbal que se exprime através da organização espacial, da postura, dos gestos, dos movimentos faciais, do olhar, da voz. Estas formas de comunicação assumem um papel muito importante nas relações interpessoais (Caetano, 1978).

Nas interações quotidianas, parte significativa da comunicação faz-se através do corpo. A linguagem corporal expressa em gestos, posturas e delimitações do espaço entre interlocutores, é socialmente codificada e assimilada. Não é somente expressão da subjectividade individual. Ela é essencialmente o produto de sucessivas socializações diferenciadas consoante a inserção social de cada grupo. Tem início na aprendizagem das mais elementares técnicas corporais, assimiladas durante a infância por processos de aprendizagem formal e por mimetismo com os agentes significantes (Lopes, 2000).

As técnicas do corpo são as formas como os homens em cada sociedade, numa forma tradicional, sabem servir-se dos seus corpos (Mauss, 1983).

Pode mesmo considerar-se a existência de um idioma corporal, particular a cada grupo social, partilhado pelos seus membros, que em cada contexto permite emitir e decodificar a informação elaborada pelo corpo durante as interações (Shilling, 1993).

“Para além das técnicas corporais, cada grupo social, elabora por processos mais ou menos formais os sentidos e significações que regulam o uso do corpo nas interações, com os quais inscrevem na linguagem corporal as manifestações de identidade e de diferenciação dos indivíduos” (Lopes, 2000:74).

“Existe na vida social quotidiana uma etiqueta de posturas corporais que regula as interações” (Le Breton, 1992:90). Essa etiqueta corporal condiciona uma variação de posturas e atitudes de acordo com o contexto mais ou menos formal da relação e com o posicionamento social relativo dos interlocutores.

A maior ou menor proximidade física o tocar ou não tocar o outro, a rigidez ou descontração corporal, a direcção do olhar, constituem essa etiqueta corporal, ou seja constituem as regras socialmente produzidas que definem o modo adequado, socialmente esperado, de regulação do corpo na interacção, e que expressam a natureza da relação entre os interlocutores (Lopes, 2000).

Soczka (2004) define proxémia citando as definições de Hall, nos seus livros de *Hidden Dimension* (1963) e *Handbook of Proxemics Research* (1974) como sendo o estudo das observações inter-relacionadas do uso do espaço pelo homem, enquanto elaboração especializada da cultura, o estudo das transacções do homem na medida em que ele usa os espaços íntimos, pessoais, sociais e públicos em diversos cenários e situações, de acordo com as regras implícitas dos paradigmas sociais. O modelo de Hall categoriza as distâncias interpessoais em quatro tipos:

Distância íntima – A presença do outro, não pode ser ignorada, implica grandes cargas informativas, sobretudo tácteis e olfactivas, acerca da outra pessoa. Pode ainda falar-se duma fase próxima, em que o contacto entre os corpos é directo, onde essa grande carga sensorial informativa é máxima, e de outra afastada, a distancia entre os corpos é menor que meio metro e em que a proximidade física, não permite senão a percepção parcial do corpo do outro, concentrando-se a atenção na face;

Distância pessoal – Entre meio metro a oitenta centímetros, fase próxima, as pessoas podem tocar-se semi-estendendo os braços. A percepção visual não se encontra distorcida e a expressão facial é directamente percebida, desempenhando um papel importante na comunicação interpessoal. Na fase afastada, oitenta centímetros a metro e meio, o toque continua a ser possível, a voz não é elevada e normalmente só os odores mais intensos podem ser percebidos;

Distância social – variável entre culturas, representa uma distância convencional, na sua fase próxima a face ainda é perceptível mas perdem-se os pormenores mais subtis. A fase afastada, até três metros e meio, é ainda mais impessoal. Há uma visão global do corpo do outro, a relação é mais formal e podem existir objectos interpostos, não existe grande informação sensorial para além da audição e da visão. A atenção visual já não se concentra no rosto. A separação física mascara a subtileza da mímica facial. Hall denominou esta distância” *Screen distance*”;

Distância pública – Para manter a comunicação verbal, a voz tem que ser elevada, há uma cuidadosa escolha das palavras, e esta mantém-se num registo formal. Os pormenores do rosto e a expressão facial, já não são distinguíveis. A mais de oito metros e meio, fase afastada, estamos a distâncias protocolares em muitas culturas. A comunicação interpessoal directa já não é possível, a não ser amplificando artificialmente a voz. A paralinguagem gestual predomina sobre a expressão facial (Soczka, 2004).

É na dicotomia o meu corpo/o corpo de outrem, que se poderia comentar a inserção do corpo no modelo social, na perspectiva e contexto da fisioterapia.

O corpo activo versus o corpo passivo, poderia numa primeira análise, ser uma expressão paradigmática da materialidade do corpo, no entanto existem repercussões da socialização dos corpos nesta vertente material, que lhe retiram a objectividade inicialmente referida.

Nesta relação profissional (fisioterapeuta/doente) não é possível excluir a vertente simbólica, uma vez que os seus objectivos só serão alcançados considerando o contexto sócio cultural em que os corpos se inserem. O objectivo da relação desenvolvida no âmbito da prestação de cuidados, é promover a transição do corpo de outrem passivo, para o corpo de outrem activo.

É estabelecida uma prática de produção onde o corpo activo, do profissional, exerce sobre o corpo passivo do doente uma prática de poder. Teremos de considerar que apesar de um registo objectivo, material, inevitavelmente passaremos a um registo subjectivo do corpo socializado, por forma a conseguir que as práticas de produção e de poder exercidas, tenham a repercussão pretendida na prestação de cuidados de saúde, na experiência do corpo de outrem.

Infere-se assim que só é possível atingir, neste contexto, o corpo de outrem através da pessoa detentora desse corpo, havendo nas práticas da fisioterapia uma ambivalência entre os dois registos concorrentes da experiência sobre o corpo de outrem, a científica objectiva e autorizada, e a socializada, subjectiva e portanto encenada. É no equilíbrio precário entre o material e o simbólico que se consubstancia, o exercício desta profissão.

O corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem. Ou mais exactamente, sem falar de instrumento, o primeiro e o mais natural objecto técnico, e simultaneamente menos técnico do homem (Mauss, 1983).

Os fisioterapeutas utilizam nas suas práticas, poucos instrumentos para além do corpo, as interacções decorem com grande proximidade entre os corpos, na maioria das situações, sem objectos entrepostos.

As interacções terapêuticas decorrem nas distâncias íntima ou privada. É sempre tocando, ou podendo tocar, que se estabelece a comunicação, numa partilha eventualmente pouco frequente noutras profissões. O contexto legitima a gestualidade e as posturas corporais, que fora do mesmo, seriam socialmente inaceitáveis.

A distância física inexistente é simbolicamente reposta pela farda, que sublinha o estatuto profissional, e pela elevação da voz, mantida mais alto do que seria necessário a esta distância, retirando o carácter pessoal às interacções, restabelecendo claramente os papéis sociais dos actores, consubstanciando uma distribuição desigual do poder.

Na medicina a passividade física do doente, é esperada e é um factor de regulação do corpo na interacção, *“já que é do médico que é esperada a intervenção*

sobre uma parte do corpo sendo deslegitimada como desviante qualquer gestualidade de interacção por parte do doente” (Lopes, 2000:75).

Na maioria das interacções fisioterapeuta /doente, o que se espera do doente é que seja activo, toda a intencionalidade da intervenção terapêutica destes profissionais está centrada na promoção de movimento. Esta divergência da abordagem médica gera por vezes nos doentes uma certa perplexidade, esperam que o profissional de saúde lhes trate o corpo organismo e não sabem como regular o corpo na interacção, se lhes for solicitado um papel activo.

À medida que se sobe na hierarquia social, que aumenta o nível de instrução e a importância do trabalho intelectual em detrimento do trabalho manual, o sistema de regras que regem a relação dos indivíduos com os seus corpos modifica-se: como a sua actividade profissional não necessita de força nem competência físicas particulares, os actores sociais tendem a estabelecer uma relação consciente com o seu corpo, a desenvolver uma atenção sistemática às sensações orgânicas e à expressão dessas sensações e a valorizar mais o aspecto estético do corpo do que o seu valor instrumental. (Boltanski, 1974 citado em Le Breton, 1992: 105).

A expressão gestual é menos espontânea nos grupos sociais das classes médias que privilegiam a expressão verbal e em que a familiaridade com a tecnicidade do contexto de saúde é maior (Lopes, 2000) mas por outro lado são estes grupos sociais que tem uma maior cultura do corpo.

O imaginário social contemporâneo atribui um valor fundamental ao corpo. Este deixou de ser visto como uma máquina inerte, mas como um alter-ego. (...)”*il devient le lieu géométrique de la reconquête de soi, territoire a explorer á l’affût de sensation inédites a percevoir”* (Perrin, 1984 citado em Le Breton, 1992: 49).

No fim do século XIX, princípio do século XX, o ideal era um corpo saudável limpo e activo, entenda-se produtivo, esta era a trilogia do modelo industrial, a robustez física emerge como o corolário destas imagens corporais socialmente valorizadas. (Vigarello, 1988)

A partir dos anos sessenta, com o desenvolvimento das sociedades pós industriais, associado ao surgimento da presente cultura de consumo, surge uma mudança na valorização social do corpo.

O corpo produtor dá lugar ao corpo hedonista, expressão do prazer e do sucesso social. O corpo instrumento, monofuncional dá lugar ao corpo desfrutável, multifuncional (Featherstone, 1991).

Ter um corpo saudável já não basta, é necessário que tenha também boa aparência. A boa aparência constitui-se no passaporte e no certificado do sucesso social.

“Na cultura de consumo, um corpo negligenciado leva a uma maior dificuldade de aceitação social do indivíduo e é tomado como indicador de laxismo baixa auto-estima e mesmo fraqueza moral” (Featherstone, 1991:186).

Se numa primeira análise os grupos sociais mais elevados, que não utilizam a força física na sua actividade profissional, poderiam ter mais dificuldade em regular o corpo na interacção terapêutica, são também esses grupos que tem uma perspectiva do corpo como algo de que se deve cuidar, exercitar numa busca de bem estar, e boa aparência.

Quanto maior for o distanciamento social do doente relativamente aos códigos culturais dos profissionais mais difícil a sua correspondência à etiqueta corporal reguladora do acto técnico. Mas também quanto maior for o desconhecimento dos profissionais acerca da cultura corporal do doente e da sua expressão na relação terapêutica, menor será a probabilidade de conseguir criar uma partilha de significados nas interacções (Lopes, 2000).

2.2. O corpo deficiente

A impossibilidade de identificação física com o deficiente, o doente, o moribundo, resulta de processos sociais que produzem a estigmatização da diferença, que tornam a sua aparência intolerável, e que põe em causa a própria identidade, face a precariedade inerente à vida. A diferença gera uma desordem na segurança ontológica que garante a ordem simbólica (Le Breton, 2002).

Justificando a necessidade dos profissionais se distanciarem dos doentes Cosnier (1993) afirma que no decurso das interacções face a face existe um eco corporal perceptível ou subliminar que pode facilitar a empatia e a identificação susceptíveis de originar afectos específicos com alguns doentes. Segundo o autor é na tentativa de se

protegerem dessas emoções penosas ou perigosas, que os profissionais desenvolvem a indiferença, o distanciamento afectivo e a divergência interaccional.

Pouchelle (1995) num trabalho desenvolvido sobre o caso específico dum bloco operatório e de uma sala de reanimação, considera o hospital como um mundo à parte onde se vive lado a lado com a morte, e de onde se sai transfigurado no regresso ao mundo dos vivos. A existência de ritos de separação entre doentes e prestadores de cuidados é, para a autora, reveladora do perigo a que os segundos se sentem expostos em presença da doença e da morte.

Monceau (1999) define a distância correcta entre o profissional de saúde e o doente como um limite protector, que é determinado pela profissão e pela instituição. Afirmo que esse limite é tão necessário à eficácia dos cuidados, quanto à manutenção das referências pessoais. Todos os prestadores de cuidados procuram manter esta distância correcta, que varia segundo os contextos. Não é a mesma no hospital ou numa visita domiciliária. O autor coloca em oposição cultura liberal e cultura hospitalar, existindo na segunda barreiras muito mais elevadas.

Mercadier (2002) refere que ao longo dos últimos trinta anos, assistimos a uma evolução no sentido da libertação da disciplina do corpo, que passa pela procura da eterna juventude, pela luta contra a precariedade, pela negação do corpo perecível. Esta moderna ideologia do corpo faz com que a visão do sofrimento, da doença e da morte se torne ainda mais insuportável do que noutros contextos sócio culturais. O corpo, tal como se apresenta no hospital constitui o cerne de saberes, constatações e crenças orientadores das emoções no âmbito das interacções entre profissionais e doentes.

Le Breton (2002) afirma que a relação social desenvolvida com o deficiente é um indicador da forma como um grupo social vê a sua relação com o corpo e com a diferença. Uma forte ambivalência caracteriza as relações mantidas, nas sociedades ocidentais com o indivíduo portador de deficiência.

Por um lado, a nível do discurso, afirma-se os seus direitos como membro por inteiro da comunidade, por outro, a nível das práticas é mantido à margem, afastado do mundo do trabalho, constrangido pelas suas dificuldades de mobilidade, pelas infra-estruturas urbanas tantas vezes mal adaptadas (Goffman, 1975, citado em Le Breton, 2002).

«Um portador de deficiência é um homem com um estatuto intermédio; não é um deficiente e não é um homem normal. Falta-lhe uma clarificação do papel social. Ele não está doente nem de boa saúde; não está morto nem

inteiramente vivo; não está fora da sociedade nem no seu interior, etc. A sua humanidade não deixa duvida e no entanto ele infringe a ideia habitual de “humano”» (Le Breton, 2002:93).

As práticas dos fisioterapeutas desenvolvem-se buscando a adaptação, a funcionalidade a “normalidade” possível, Desenvolvem-se planos de tratamento, traçam-se metas e objectivos, tocando o corpo doente/ deficiente, entre a visão dominante na nossa sociedade, e a tentativa de superar essa perspectiva estigmatizante, clarificando o papel social do corpo portador de deficiência, relativizando o *handicap* e almejando poder rever-se no homem com deficiência.

Na medida em que o corpo estigmatizado luta activamente pela sua autonomia, transforma o cariz pejorativo da diferença, numa característica enriquecedora do indivíduo que apesar dela, contra ela, se afirma, readquirindo o seu papel social, deixa de ser ameaçador, reabilita-se e integra-se.

Nesta tentativa de clarificação do seu papel social, o doente legitima-se e permite a legitimação do exercício profissional, ao reforçar a sua autoridade, pelo cumprimento dos objectivos da intervenção.

Perigosamente próximos, numa distância socialmente ambígua, numa interacção terapêutica em que se estimula uma troca activa, toca-se, mobiliza-se o corpo doente do outro. Por um lado o corpo doente/deficiente, que constrange e ameaça, por outro o homem detentor desse corpo que o transpõe e com o qual a identificação é essencial e incontornável.

3. FRONTEIRAS INTERPROFISSIONAIS NA SAÚDE

“Homo sapiens é a única espécie, capaz de comunicar com todos os elementos da sua própria espécie. Mas é, ao mesmo tempo, uma espécie que produz como nenhuma, pseudo-especiação de natureza cultural e clivagens emocionais, que dificultam essa comunicação”(Soczka,1993: 534).

Erik Erikson (1971) citado pelo mesmo autor afirma que devemos sempre ter presente o facto do homem ter desenvolvido, pseudo espécies que se comportam como espécies independentes e que sobrepõem às realidades geográficas e económicas da sua existência uma cosmogonia, uma teogonia e uma imagem particular do homem. Cada subespécie adquire assim um sentimento próprio de identidade, que considera como sendo a única identidade realmente humana, a qual defende contra as restantes subespécies mediante preconceitos que as estigmatizam como extra-específicas, como se de facto se opusessem à única via “autenticamente” humana.

Longe de ser um universo de indivíduos atomizados, como tinha sido preconizado pela escola de Chicago, *“(...) o espaço urbano é sobretudo um espaço de relações intergrupos, que se interpenetram em graus variáveis, mas não deixam de se mirar como pseudo-espécies”*(Soczka,1993: 534).

Na complexa rede de trabalho hospitalar as autonomias profissionais legalmente instituídas não se reflectem nas práticas e representações vividas e sentidas pelos diferentes grupos profissionais (e pelo público em geral). O que é parcialmente resolvido pelas chefias paritárias dentro de cada classe, não é exactamente a realidade vivida, e observável no quotidiano de todos os que habitam o lugar do hospital. Na verdade o acesso dos utentes à expertise dos outros profissionais de saúde não médicos, é regulado pelos primeiros (*gatekeeper*), pois são os médicos que validam a permanência dos doentes na organização, fazendo as admissões e dando as altas, por isso acima do poder formal das chefias paritárias dentro de cada profissão, há uma chefia médica não formal mas socialmente reconhecida e muito omnipresente, e que se sobrepõe informalmente ao poder institucional da administração.

O monopólio que os médicos detêm no acesso aos serviços de saúde está na origem dos conflitos entre estes e a administração burocrática ou até, a administração central (Friedson, 1986).

Existe subjacente á divisão do trabalho, uma lógica de máxima competência médica, qualquer que seja o contexto dentro da organização de saúde, contraposta a uma incompetência relativa de todos os outros profissionais de saúde. O médico decide, os outros executam, mesmo em profissões com maior grau de autonomia como os psicólogos por exemplo, o acesso dos doentes a esses profissionais não médicos só se torna lícito se convenientemente validado e legitimado pelos primeiros, que para isso os referenciam. Esta divisão do trabalho está em contraste com a preparação técnico científica das profissões de saúde não médicas e é fonte de insatisfação e conflito.

“Basta jogar as várias combinatórias possíveis entre competências e incompetências relativas de médicos e enfermeiros para se desmoronar o absolutismo da grelha da leitura médica, dualista, sobre o que valem os médicos e os enfermeiros e por cair em terra o argumento “irrebatível” da excelência das competências médicas. Em extremo esse argumento estabelece que quem decide tem segurança no que decide e, por decidir, é mais competente; quem executa, tem menos segurança no que executa (porque não interveio no acto da concepção) e por não decidir é menos competente” (Carapinheiro, 1998:269).

A autora afirma ainda que esta é uma armadilha ideológica, lançada sobre quem detém posições satélites ao acto médico, traumática e continuamente fomentadora das relações tensas e de confronto que marcam as interacções dos médicos com os enfermeiros em particular (Carapinheiro, 1998), e em geral com os profissionais de saúde não médicos.

É nesta lógica dominante de hierarquizações dogmáticas e discriminações recíprocas que se organiza a saúde. Num extremar de oposições, preconceituosamente estabelecidas, confrontam-se reciprocamente: os profissionais de saúde e os doentes; os médicos e os profissionais de saúde não médicos; os enfermeiros e os auxiliares de acção médica; o hospital e o centro de saúde; o serviço de medicina e o serviço de cuidados intensivos; a clínica geral e as especialidades medicas, as especialidades médicas e as especialidades cirúrgicas... esta discriminação só poderá criar maior dificuldade na acessibilidade dos doentes aos cuidados e menor equidade desses mesmos cuidados.⁵

Com efeito se em saúde continuarmos a ter como valor máximo a procura incessante de maior tecnicidade, em detrimento da vertente social dos cuidados, em que

⁵ Conforme comunicação de Graça Carapinheiro na Conferencia “A sociologia da saúde em Portugal – um trajecto reflexivo e crítico. (2004) in I Jornadas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Olhares Sobre as Pessoas a Saúde e a Doença, ESTESL.

o uso de tecnologia sofisticada não é uma necessidade mas um fim em si mesmo, não será possível continuar a sustentar um sistema que é simultaneamente caro e continuamente replicável, gerador, pelo seu gigantismo, de sucessivas desumanizações e em última análise conducente ao fim dos cuidados de saúde universais e gratuitos.

A divisão do trabalho conjugada com um tipo de tecnologia cujo grau de complexidade e sofisticação se situa muito para além do alcance individual do médico, fez emergir a instituição hospitalar que se tornou o centro de produção de cuidados de saúde (Sadler, 1978, cit. em Dias, 2000)

Nas sociedades modernas tem vindo acentuar-se a dependência das pessoas relativamente aos serviços prestados por grandes organizações burocráticas (Carmel, 1988).

Para Weber (1947) a burocracia apresenta-se como uma organização racional de hierarquizações, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão do trabalho baseada em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade. Outros estudos no âmbito da sociologia da medicina têm assinalado a diferença, entre os hospitais modernos e o modelo da burocracia racional de Max Weber. Identificam como um traço específico da organização hospitalar o poder e a autonomia profissional detidos pelos médicos, apesar da estrutura administrativa burocrática e consideram a existência de um “sistema dual de autoridade” (Smith, 1958, Goss, 1963, Steudler, 1974).

A ordem negociada é um modelo de análise especialmente adequado ao estudo de hospitais psiquiátricos, ou não psiquiátricos (Strauss et al, 1963, cit. em, Carapinheiro, 1998:62). O modelo parte da consideração do hospital como um lugar altamente profissionalizado, reunindo uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e de socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes posicionamentos na divisão do trabalho. Entre as profissões, salienta-se a diversidade de ideologias profissionais, que divergem em aspectos tão importantes como a etiologia e o tratamento das doenças. A vida da organização é entendida, neste modelo, como resultante de negociações onde se analisa: a relação das regras com os processos negociais; os territórios privilegiados para o desenvolvimento destes processos; as formas possíveis de participação dos não profissionais nas negociações.

A delimitação dos territórios negociais na divisão do trabalho é central para a questão dos objectivos institucionais, e se em nada houver acordo entre os diferentes profissionais, existirá sempre um ponto em que todos concordam: o objectivo último do hospital é recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental. Strauss designou este ponto de convergência como o “*cimento simbólico*”(Carapinheiro, 1998:62-63).

Apesar deste objectivo básico ser oficialmente reconhecido e aparentemente fomentador de consensos, numa análise mais profunda mesmo o “*cimento simbólico*” é implicitamente problemático.

(...) “ se tivermos em conta que, à multiplicidade de grupos se associam múltiplas identidades profissionais (entre cada grupo e no interior de cada grupo) e, conseqüentemente, diferentes ideias e práticas na forma de produzir os cuidados médicos. Assim, no drama diário do hospital, o objectivo geral oficial facilmente se traduz em objectivos específicos e diferenciais, potencialmente geradores de tensões e conflitos e aptos a constituírem-se como objecto de processos de negociação.” (Carapinheiro, 1998:63-64).

Le Breton (1992), afirma que Michel Foucault com a publicação de “*Surveiller et punir*” introduziu uma ruptura simultaneamente epistemológica e política com a visão marxista, que olhava para o aparelho de Estado como a instância suprema dum poder de classe.

Para Foucault (1975) o poder não é um privilégio que possa mudar de mãos como se dum instrumento se tratasse, é antes um sistema de relações e de imposição de normas.

« Il faut en somme admettre qu'un pouvoir s'exerce plutôt qu'il ne se possède, qu'il n'es pas le "privilège" acquis ou conservé d'une class dominante, mais l'effet d'ensemble de ses positions stratégiques » (Foucault, 1975 :31).

Graça Carapinheiro (1993) afirma que o modelo de análise da ordem negociada se formaliza mais tarde (Strauss, 1978) como um paradigma do interaccionismo simbólico contrapondo-se ás teorias funcionalistas de determinação estrutural das condutas organizacionais. O paradigma assenta em três conceitos base: “negociação”

que engloba as interações e as estratégias desenvolvidas pelos participantes; “contextos de negociações” ou seja os lugares onde ocorrem as negociações, e que as condicionam; “contexto estrutural”, como as circunstâncias mais latas que transcendem os contextos de negociações.

Segundo a mesma autora entre as várias ideologias profissionais presentes no hospital, os médicos incarnam a ideologia da ciência, na sua dupla dimensão de produção e de consumo: produção enquanto protagonistas da produção de conhecimento sobre a doença, seu objecto principal; consumo por ser necessário, a esse conhecimento, recursos técnicos sofisticados e equipamentos médicos industriais.

“ A ideologia da humanização resta para os profissionais ligados aos cuidados subsidiários dos cuidados médicos e em ruptura com a ideologia da competência que assenta sobre o poder e o prestígio associados à formação universitária.” (Carapinheiro, 1998:252).

Como as outras profissões da saúde que cooperam com a profissão médica são constituídas essencialmente por mulheres, a dominação do poder médico, cruza-se com a dominância do patriarcado e assim o poder saber, sendo o mecanismo de poder principal, é reforçado por outros mecanismos de poder exteriores à instituição, pertencentes ao contexto estrutural (Carapinheiro, 1993).

Svensson (1996) citado em Allen (1997) afirma que a teoria da negociação é a perspectiva de abordagem mais apropriada para enquadrar os padrões de comunicação entre enfermeiros e médicos. As mudanças nos contextos dos cuidados de saúde criaram um espaço negocial aos enfermeiros, conducente a mudanças nas relações entre estes profissionais e os médicos (Allen, 1997).

Mizrachi, Shuval, Gross, (2005) examinaram o fenómeno de demarcação de fronteiras no trabalho hospitalar conjunto entre, médicos e outros profissionais de saúde, e praticantes de medicinas alternativas. Através de metodologia qualitativa examinaram a natureza dessa colaboração e distinguem os processos de exclusão e marginalização, como os principais mecanismos, através dos quais as fronteiras simbólicas são quotidianamente demarcadas, garantindo a manutenção dos territórios das profissões biomédicas tradicionais, principalmente os da medicina.

Como se constata na revisão da literatura, a abordagem metodológica e as conclusões do estudo publicado em 1993 de Carapinheiro “*Saberes e Poderes no Hospital*”, continua actual, apesar das mudanças que ocorreram na ultima década, no que diz respeito a credenciação académica da enfermagem (e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica) e ao controlo profissional inerente à constituição da ordem dos enfermeiros. O estudo inglês de Allen (1997) e o estudo Israelita de Mizrachi, Shuval, Gross, (2005) utilizam a mesma abordagem para o mesmo tipo análise e fazem observações, semelhantes.

Nas conclusões do seu estudo Carapinheiro (1993) aponta para campos de investigação a explorar numa tentativa de compreensão desta problemática, e refere a urgência de conhecer melhor os processos de socialização profissional que subjazem à construção da identidade profissional.

O estudo etnometodológico realizado em França por, Mercadier (2002) “*Le Travail Emotionnel des Soignants à l’hôpital. le corps au cœur de l’interaction soignant-soigné*”, embora debruçando-se sobre a componente emocional do trabalho dos prestadores de cuidados, entendidos aqui como os enfermeiros e auxiliares, analisa como é que a representação social do corpo nestes profissionais está no cerne da sua identidade profissional. Aborda os processos de socialização profissional dos enfermeiros com base numa construção social de significados diferente da construção médica à volta do mesmo objecto.

Em vez do corpo organismo, caso clínico, ou cadáver (Good, Byron, 1998, citado em Mercadier, 2002:220), os enfermeiros constroem, no âmbito da prestação de cuidados, uma representação do corpo, para além dos aspectos médicos, subjectiva e por isso tabu, do “*corpo contaminado*”. Será, na perspectiva da autora, para se protegerem dos riscos de contaminação que os profissionais desenvolvem medidas de protecção, criadas com a “*astúcia dos rituais*”, para estabelecerem a separação entre dois mundos, o dos doentes e o dos prestadores de cuidados (Mercadier, 2002).

Qualquer que venha a ser o desenvolvimento das organizações de saúde, é importante criar nos futuros profissionais capacidades de cooperação para a prestação de melhores cuidados de saúde. O estudo de Parsell, Spalding, Bligh, (1998), é um contributo para encarar duma nova forma o trabalho em equipa multiprofissional.

Os autores realizaram um estudo piloto onde vinte e oito alunos finalistas de vários cursos de saúde (enfermagem, fisioterapia, medicina, medicina dentária, ortóptica, radioterapia, terapia ocupacional) participaram num curso de dois dias.

Utilizando pequenos grupos multiprofissionais, foram explorados os papéis das profissões na resolução de problemas clínicos, usando uma abordagem em equipa. No balanço das aprendizagens dos pequenos grupos interactivos, verificou-se que os alunos identificaram não só os assuntos que necessitavam de abordagens multiprofissionais, mas também novas possibilidades de colaboração entre os intervenientes da equipa. Foi pedida aos alunos uma avaliação da experiência, os participantes declararam que este tipo de intervenção educativa deveria ocorrer mais cedo e ao longo dos respectivos cursos, para que tivessem oportunidades de aprendizagem partilhada, com regularidade, pois avaliaram a experiência como fundamental à formação de base. (...) *“the course increased knowledge and understanding surrounding multiprofessional teamwork and communication”* (Parsell, Spalding, Bligh, 1998:309).

4. FORMAÇÃO E EXERCÍCIO DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL

A primeira referência legislativa existente em Portugal a actividades laborais, situadas hoje no âmbito da fisioterapia, encontra-se no Diário do Governo de 27 de Dezembro de 1901. O Decreto nº 293 da referida publicação cria o “*Laboratório de Análise Clínica*” do Hospital de São José, esta unidade incluía uma secção de “*Electro-Diagonóstico e Electroterapia*”. Os trabalhadores do “*Laboratório de Análise Clínica*” aparecem designados nesse decreto como “*Preparadores*”.

Em 1927 é regulamentado o acesso ao exercício da função de “*Preparador*”, através do Decreto nº 13.974 de 27 de Junho.

Em 1957, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa cria os cursos de Reabilitação. Em 1966 através da Portaria 220.34 de 04 de Junho, é oficialmente criada a Escola de Reabilitação do Alcoitão, integrada no Centro de Medicina de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Nesta escola eram ministrados os cursos de Fisioterapia, Terapia ocupacional e Terapia da fala. A formação destes três cursos era inédita em Portugal, sendo o corpo docente composto por terapeutas oriundos dos E.U.A. e do Reino Unido. Os cursos tinham a duração de três anos lectivos, aos candidatos era exigido o 7º ano dos liceus.

Paralelamente surgem as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar, onde foram ministrados cursos de Fisioterapia também com a duração de três anos lectivos. Em 1964 o Decreto-lei nº 455.41 de 23 de Julho atribui aos detentores dos cursos de Fisioterapia, com três anos lectivos, o título profissional de *fisioterapeutas*.

O aparecimento da Fisioterapia em Portugal surge assim com um atraso de duas décadas em relação aos países envolvidos na Segunda Guerra Mundial. A Guerra Colonial gerou a necessidade emergente, de cuidados de reabilitação e de integração socioprofissional aos jovens que regressavam a Portugal com deficiências adquiridas em combate.

Nos hospitais continuavam a existir cursos, mais ou menos informais, com a duração de nove ou quinze meses consoante formassem *auxiliares de fisioterapia* ou

técnicos de fisioterapia. Coexistiam assim três níveis de exercício na área da Fisioterapia: *fisioterapeuta; técnico de fisioterapia e auxiliar de fisioterapia*.

Em 1961 através da Portaria 18.523 de 12 de Junho são criados os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica de Lisboa, Porto e Coimbra. Na dependência do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde, estes centros formam técnicos auxiliares de varias áreas profissionais no âmbito da saúde, incluindo técnicos auxiliares de fisioterapia.

Em 1970, a formação de cariz militar vem estabelecer o paralelismo com a modalidade de formação oficial, através da equiparação dos Cursos de Diagnostico e Terapêutica da Escola do Serviço de Saúde Militar do Continente e dos Hospitais Militares de Luanda e Lourenço Marques. Em 1979, o ensino a nível militar foi reorganizado dando origem à Escola do Serviço de Saúde Militar, (Decreto-Lei nº230/79 de 2 de Agosto de 1979) actualmente inserida no Ensino Superior Politécnico Militar.

O Decreto Regulamentar nº 87/77 de 30 de Dezembro extingue os três níveis de exercício, criando a Carreira de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Impõe aos auxiliares de fisioterapia e aos técnicos de fisioterapia a frequência dum curso de formação, que os promoverá a fisioterapeutas.

Os Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais e Terapeutas da fala, são englobados num quadro de nível técnico que comporta um conjunto de áreas profissionais no âmbito do diagnóstico e terapêutica. Se para as outras profissões esta iniciativa se traduziu num avanço em termos de carreira, para os terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala) foi sentida como uma despromoção.

Em 1982 pelo Decreto-Lei nº 371 de 10 de Setembro são extintos os centros de formação e criadas as Escolas Técnicas de Diagnostico e Terapêutica de Lisboa Porto e Coimbra, cuja tutela é do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. A Escola de Reabilitação do Alcoitão passa também a ser tutelada por este departamento da Administração Central. Em 1983 o Departamento dos Recursos Humanos da Saúde homologa por despacho publicado no Nº 38 da II Série do Diário da Republica de 16 de Fevereiro os programas dos 12 cursos, sendo a duração de todos eles de três anos lectivos. Aos candidatos era exigido o 11º ano de escolaridade, passando a coexistir em Portugal quatro escolas a formar Fisioterapeutas.

Neste despacho os cursos são agrupados em seis ramos: dietológico; laboratorial; radionuclear; cinesiológico; oficinal; registográfico. O curso de fisioterapia foi agrupado com os cursos de terapia ocupacional, terapia da fala e de ortoptista, no ramo cinesiológico. Os planos de todos os cursos previam três períodos distintos, perfazendo um total mínimo de 3000 horas:

- O período inicial era constituído por uma fase genérica comum a todos os cursos, com uma duração de 300 horas, e por uma fase sectorial, com a carga horária de 300 horas, específica a cada ramo;
- O período de formação técnica, específico a profissão, com a duração de um ano lectivo;
- Um estágio hospitalar, de exercício tutelado, durante um ano.

Com esta disposição legal, o curso de fisioterapia, com um currículo próprio desde os anos sessenta, perdeu especificidade pois passou a ter dois semestres partilhados com outros cursos.

O Decreto-Lei nº 384-B de 30 de Setembro de 1985 extingue a carreira de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica e cria a Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. É vedado o acesso à nova carreira a quem não seja detentor dum curso ministrado nas Escolas do Serviço de Saúde ou na Escola de Reabilitação do Alcoitão. É no entanto salvaguardada a situação dos antigos auxiliares permitindo-lhes a frequência dos novos cursos de diagnóstico e terapêutica através de vagas supranumerárias.

Em 1990 os cursos sofrem nova reformulação a nível nacional, sendo conferido a cada um deles um plano de estudos completamente distinto. Estabeleceu-se o 12º ano da escolaridade como pré requisito à sua frequência (Despacho 18/90, Diário da República II Série Nº 208 8-9-1990).

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa retoma a tutela da Escola de Reabilitação do Alcoitão pelo Decreto-Lei 274/91, de 07 de Agosto.

Mais tarde, em 1993 o ensino na área das tecnologias da saúde é integrado no Sistema Educativo Nacional a nível do Ensino Superior Politécnico. Os cursos passam a conferir o grau de bacharel. As Escolas Técnicas do Serviço de Saúde são renomeadas

Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa Porto e Coimbra (Decreto Lei nº 415/93 de 23 de Dezembro). A Escola de Reabilitação do Alcoitão é reconhecida como estabelecimento de ensino superior privado e passa a denominar-se Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Em 1995 é criado o Curso Superior Especializado de Ensino e Administração destinado aos bacharéis formados pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa Porto e Coimbra (Portaria nº 471/95 de 17 de Maio).

O Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e define o conteúdo funcional, das dezassete profissões nela integradas. Assim sobre o fisioterapeuta refere que este se centra na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.

Em 2000 são criados as licenciaturas bietápicas em Tecnologias da Saúde. Todos os Cursos Superiores nesta área passam a ser constituídos por um primeiro ciclo de seis semestres conducente ao grau de bacharel, que permite o início da actividade profissional e um segundo ciclo com a duração de dois semestres, que confere o grau de licenciado (Portaria nº 3/2000 de 4 de Janeiro). São emitidas as primeiras cartas de curso em 2001.

A nível público o exercício profissional encontra-se legalmente vedado a quem não tenha concluído o 1º ciclo da licenciatura em Fisioterapia, no entanto fora do serviço público não existe punição para o exercício indevido.

Vários estabelecimentos de ensino superior, privados e públicos, têm aberto nos últimos anos, licenciaturas bietápicas na área das tecnologias da saúde, e da fisioterapia em particular. A forma como o mercado reagirá a este aumento de profissionais e o impacto que ele terá no processo de profissionalização da fisioterapia são difíceis de antecipar. Até à última década as necessidades, avaliadas pelo Ministério da Saúde,

determinavam o número de cursos a realizar pelas escolas públicas. Neste momento sem que haja um controlo efectivo do acesso à profissão e da sua regulação pelo profissionais é imprevisível qual será a capacidade do mercado absorver o crescente número de jovens fisioterapeutas.

Segundo dados divulgados pela Direcção Geral do Ensino Superior no site do Ministério da Ciência e Tecnologia no ano lectivo 2005/2006, foram seis as escolas do ensino superior politécnico público, a leccionar o curso de Fisioterapia:

- Escola Superior de Saúde de Aveiro;
- Escola Superior de Saúde de Setúbal;
- Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Castelo Branco);
- Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra;
- Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa;
- Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto.

No mesmo ano lectivo, foram dez as escolas do ensino superior politécnico privado, a leccionar o curso de Fisioterapia:

- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha (Lisboa);
- Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica;
- Escola Superior de Saúde do Alcoitão;
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz;
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget (Algarve);
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget (Macedo de Cavaleiros);
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget (Vila Nova de Gaia);
- Escola Superior de Saúde Universidade Fernando Pessoa;
- Escola Superior de Saúde Vale do Sousa;
- Instituto superior de Saúde do Alto Ave.

Como se pode observar só na área da grande Lisboa existem cinco escolas a formar fisioterapeutas duas públicas e três privadas. Através duma consulta telefónica às escolas que formam fisioterapeutas nesta zona do país, foi possível saber o número aproximado de alunos a frequentar o último ano na área da grande Lisboa. Esse número era de cerca de duzentos e cinquenta alunos no ano lectivo de 2004/2005.

Segundo dados divulgados online pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, é na região da grande Lisboa que trabalham cerca de 43% dos fisioterapeutas, a mesma fonte afirma ainda que os restantes, se distribuem no país da seguinte forma: - Alentejo 3%; Algarve 4%; Madeira 2%; Açores 2%; Centro 14 %; Norte 26 %; Local desconhecido 5 %.

Em 1999 vinte e nove Ministros da Educação europeus subscreveram a Declaração de Bolonha e com este documento pretende-se criar, até 2010, um Espaço Europeu de Ensino Superior. Esse espaço deverá ser coerente, compatível, competitivo e atractivo, quer para estudantes europeus, como para os de países terceiros. O sistema a implementar deve facilitar a comparabilidade dos percursos de formação, nomeadamente através da utilização comum de um sistema de créditos curriculares, ECTS – *European Credit Transfer System* (Branquinho, 2006).

O modelo de formação para a Fisioterapia está pois num processo de mudança, a par com todo o ensino superior politécnico e universitário do espaço europeu.

5. DESENVOLVIMENTO DE PERÍCIAS EM COMUNICAÇÃO

Vários estudos têm demonstrado a importância de desenvolver perícias para uma boa comunicação, mas só recentemente se prestou atenção ao desenvolvimento dessas perícias na formação dos profissionais de saúde. No entanto, a insatisfação decorrente da comunicação é uma das queixas mais comuns dos doentes (Corney, 2000).

A mesma autora afirma que para melhorar a comunicação o profissional deve conseguir: Averiguar quais são as preocupações, angústias, ansiedades e teorias do doente sobre a doença; informar o doente sobre a sua doença, tratamento e quaisquer efeitos secundários, assegurando-se de que essa informação é integralmente compreendida e memorizada; fornecer apoio emocional aos doentes e respectivas famílias.

Thompson e Anderson, (1982) concluíram que após um período de supervisão, os estudantes de medicina apresentavam uma significativa melhoria na sua própria apresentação, na preparação dos doentes para a entrevista, na colocação de questões simples e abertas, na transmissão de informações e na capacidade de terminar uma entrevista de forma mais correcta. O mesmo estudo aponta para a preferência dos doentes em relação aos estudantes calorosos e simpáticos, com quem era mais fácil falar e em quem depositavam maior confiança. Preferiram também os estudantes que davam o adequado encorajamento e que tinham consciência das pistas verbais e se mostravam seguros e concisos. Este estudo demonstrou que as perícias em comunicação podem ser aprendidas e desenvolvidas.

Corney (2000) afirma que a consciência da necessidade de desenvolver essas perícias deve ser anterior à aprendizagem com supervisão e que após esta fase outras estratégias devem ser implementadas, para melhorar as competências em comunicação. “ (...) a discussão de perícias e de entrevistas, em conjunto com a utilização de meios audiovisuais e a observação directa do desempenho dos estudantes, têm um papel dinamizador dessa capacidade “ (Corney, 2000: 24).

A base do processo do desenvolvimento de perícias em comunicação em medicina é a relação entre o médico e o doente e as expectativas de cada um deles projectam-se nessa relação. Podem existir perícias e estilos que tornarão uma entrevista prosaica numa adequada, mas a relação que se desenvolve entre os participantes é frequentemente a chave do êxito (Clare, 2000).

A mesma autora afirma que a natureza dessa relação varia em função de dois principais factores: o grau de participação e o sentimento de autonomia por parte do doente. Refere três tipos de relações entre médico e doente:

- Actividade/passividade – o médico explora toda a autoridade e controlo inerentes ao seu estatuto enquanto o doente não exerce qualquer autonomia, não participa no tratamento aceitando passivamente o que é decidido pelo médico. Esta é a relação característica das situações de emergência;
- Orientação/ cooperação – ainda há um grande exercício de autoridade pelo médico mas o doente sente um maior grau de autonomia pessoal e é capaz de participar mais activamente. Neste modelo o doente é chamado a participar mas nos termos determinados pelo médico;
- Participação mútua – neste modelo médico e doente são participantes activos e assumem ambos a sua responsabilidade no processo de tratamento (Clare, 2000).

O estilo de prestação de cuidados está em mudança. Em vez do tradicional “cuidar de” os profissionais de saúde estão a tentar dotar os doentes e suas famílias de capacidades, conhecimentos que lhes permitam cuidar deles próprios. Esta orientação implica a colaboração e a negociação de planos de cuidados e não tanto a receita o parecer técnico, ou o consentimento informado. Os profissionais não conseguirão assumir esta postura, sem uma cuidadosa análise do que cada pessoa pretende, do grau da enfermidade e dos objectivos acordados quanto ao tratamento. Embora continuem a ser necessários tratamentos agudos ou de emergência, há um número crescente de doentes crónicos ou em processos prolongados de recuperação que tem tempo e vontade de ponderar alternativas. Cada vez menos as pessoas prescindem de fazer perguntas, pretendendo ser de facto consultadas, quando recebem cuidados dos profissionais de saúde. É necessário encarar as evidências da desadequação da informação que tem vindo a ser prestada e abrir a comunicação no âmbito dos cuidados de saúde (Wilson-Barnett, 2000).

Quando se vai ao médico, diz-se que se vai a uma consulta. O termo, em si mesmo, parece indicar que o poder de decisão permanece do lado do consultante (doente), que procura o parecer do expert, para poder tomar uma decisão informada. Mas, um aspecto psicológico associado à doença é a fragilidade que gera dependência,

pelo que é normal que o consultante (doente) abdique do seu poder decisório em favor do consultor (médico).

É interessante observar que a literatura encontrada sobre o desenvolvimento de perícias em comunicação na medicina centra-se muito na recolha e partilha da informação e embora a relação seja mencionada, a preocupação é no sentido de desenvolver estratégias para lidar com doentes difíceis, estratégias de sustentação do papel tradicional do médico e não tanto, de partilhar sentidos e emoções na interacção.

Vários autores identificaram como atributos marcantes do “doente difícil”: certas características demográficas; o comportamento do doente; a pobreza da sua comunicação e a presença de patologias múltiplas; problemas psicossomáticos ou psiquiátricos (Goodwin et al, 1979; John et al, 1987; Steinmetz e Tabenkin, 2001; Whitenack e McGaghie 1984).

Corney et al (1988) identificaram três factores envolvidos sempre que se identifica um paciente como “doente difícil”, sendo esses factores: o médico; o paciente; a interacção desenvolvida entre ambos.

Gerrard e Riddell (1988) enumeraram cinco características chave do “doente difícil”:

“ ... o comportamento do paciente(exigente, maldoso, manipulador); o carácter do médico (pode fomentar uma relação de dependência); diferenças na cultura e nas crenças de cada um deles; complexidade do problema clínico; problemas sociais e ambientais (aspectos familiares, pobreza); incapacidade do doente em expor informação importante ao médico”⁶ (Gerrard e Riddell, 1988:531).

Potter et al (2003*) no seu estudo “*The difficult patient in privet practice physiotherapy*” afirmam que existe pouca investigação em fisioterapia sobre a definição de “doente difícil” ao contrário do que acontece com a medicina e a enfermagem que têm desenvolvido estudos no sentido de definirem e caracterizarem estes doentes visando desenvolver melhores práticas (Gerrard e Riddell, 1988; John et al, 1987; Lorber, 1981; Steinmetz e Tabenkin, 2001; Whitenack e McGaghie, 1984).

⁶ Traduzido pela autora do original: “... *patient behaviours (eg demanding, punitive, wicked, manipulative, and game playing); the doctor’s character (eg. they may foster a dependent relationship); differences in culture and beliefs between doctor and patient; complexity of medical problems; social and environmental factors (eg family issues, poverty); failure of the patient to disclose important information to the doctor*” (Gerrard e Riddell, 1988:531).

Potter et al (2003) citando, Williams e Harrison (1999) afirmam que no termo “doente difícil”, está implícito ser o paciente a fonte primária da dificuldade, no entanto existem características dos profissionais de saúde, tais como a pouca capacidade de comunicação e o desequilíbrio de poder, acentuado por estes durante a interação terapêutica, que podem ser igualmente importantes. Os mesmos autores propõem que se considere “interacções difíceis” ao invés de “doentes difíceis”.

A comunicação tem uma influência considerável na satisfação dos pacientes com o tratamento (Ley, 1988). A comunicação entre o terapeuta e o paciente tem sido descrita como uma prática “underground” que persiste invisível e não avaliada (Fleming, 1991). No entanto vários estudos têm demonstrado que ela influencia a efectividade das práticas clínicas e terapêuticas, podendo maximizar o grau de recuperação do paciente e a sua qualidade de vida (Reynolds, 2004). Uma boa comunicação torna mais efectivo o tratamento.

A efectividade clínica tem vários significados (Benton, 1999), mas na sua essência ela é entendida como promotora de mudanças mensuráveis. Um tratamento efectivo cumpre os objectivos com que foi efectuado, assegurando o maior ganho possível com os recursos disponíveis (Reynolds, 2004).

A prática baseada na evidência apresentada como o caminho para efectividade do exercício profissional dos fisioterapeutas e dos profissionais de saúde em geral, tem sido encarada como um instrumento de racionalização de recursos e de custos. Os profissionais têm sido encorajados a avaliar as suas intervenções com base na evidência científica (Reynolds, 2004).

Com origem num modelo de intervenção médica desenvolvido na Universidade Canadiana de McMaster em 1980, a prática baseada na evidência contrapõe à prática tradicional baseada na experiência e autoridade clínica do médico, uma prática fundamentada na evidência científica. Tem crescido a convicção, entre os adeptos deste modelo, de que essa evidência deve ser procurada no paradigma quantitativo e preferencialmente em estudos experimentais cegos. Estudos qualitativos, que abordem a experiência quer dos doentes quer dos profissionais, têm sido encarados como menores e a sua fidedignidade desvalorizada (Humphris, 1999). Nesta perspectiva, a comunicação tem sido encarada como um obstáculo ao desenvolvimento de estudos científicos, (Grimmer et al 2000) mais do que como uma forma de expressão e de relação, potenciadora do sucesso das intervenções terapêuticas.

Grimmer et al (2000) no seu artigo “*On the constructs of quality physiotherapy*”, afirmam que é essencial para os fisioterapeutas serem competitivos e providenciarem serviços efectivos, num cenário em que a evolução dos serviços de saúde tende a ser conduzida pelos clientes e baseada na evidência e um número crescente de outros prestadores de saúde concorrem com os fisioterapeutas. O artigo sublinha os itens que na perspectiva dos autores serão imprescindíveis a uma fisioterapia consistente e de alta qualidade. O item com uma influência mais abrangente na pesquisa relacionada com oferta de serviços é a definição do produto de fisioterapia. Para isso é necessária uma apropriada classificação do problema clínico (à chegada), a gestão do risco, processos de tomada de decisão no tratamento, gestão baseada na evidência, das estratégias e da sua eficácia, utilização de medidas na avaliação dos resultados que reflectam as necessidades dos *takeholders* e as implicações económicas dos modelos de prestação de cuidados.

As preocupações dos fisioterapeutas em relação às mudanças nas organizações de saúde em Portugal, não são muito diferentes das expressas no artigo referente à realidade Australiana. As ilações que decorrem da análise do artigo de Grimmer, et al, são pertinentes e aplicáveis, na realidade actual da fisioterapia em Portugal e sustentam a necessidade de considerar a influência da comunicação relacional no desempenho profissional dos fisioterapeutas.

*“Bem reconhecidas mas não bem compreendidas, as inteirações incluem as personalidades dos pacientes e dos fisioterapeutas, as necessidades e expectativas dos vários stakeholders, os efeitos das sequencias de sessões de tratamento nos resultados para os doentes, a escolha das melhores práticas na gestão da oferta de tratamento (em série ou um a um) incluindo o tratamento em sessão única, o efeito do tempo na reavaliação das necessidades e expectativas, os aspectos económicos quer para os doentes quer para os fisioterapeutas e a cronicidade da situação clínica na resposta ao tratamento”*⁷ (Grimmer, et al, 2000 : 6).

Jennings e Loan (2001) contrapõem à prática baseada na evidência, um modelo de intervenção guiado e baseado na investigação. Este modelo pressupõe que os profissionais

⁷ Traduzido pela autora, do original: “*Interactions which are well recognised, but not well understood include physiotherapist and patient personalities, stakeholder needs and expectations, the effect of sequential treatment sessions on patient outcome, the application of different best practice management options (in series or in tandem) within the one treatment session, the effect of time on re-evaluation of needs and expectations, fiscal concerns for both patient and therapist and the chronicity of the condition on tissue response to treatment* (Grimmer, et al, 2000 : 6).

procurem fundamentar-se em investigação relevante para as suas práticas, qualquer que seja o paradigma científico dessa investigação.

Os profissionais e os pacientes têm pontos de vista diferentes acerca da saúde e de como monitorizar os progressos na reabilitação (Maltzar, 1988; St Claire et al, 1996). Para desenvolver melhores práticas é necessário centrar a intervenção no doente como indivíduo.

A fisioterapia tem vindo a reconhecer a importância dos cuidados centrados no paciente, (Grant, 1994) a par com a enfermagem, a medicina e outras profissões na área da saúde, (Brown et al, 1986; Fulford et al 1996; Henbest, 1990; Stewart, 1990; Jarman, 1995; Law et al,1994; Stewart et al, 1989).

Não é ainda consensual a definição de cuidados centrados no paciente. Mead e Bower (2000) identificaram cinco dimensões chave na construção desta nova abordagem: Perspectiva bio- psicossocial; O paciente como pessoa; Partilha de poder e responsabilidade; Aliança terapêutica; O profissional como pessoa.

Para adoptar uma abordagem centrada no paciente, o profissional necessita:

- Considerar os aspectos psicológicos e sociais, a par com os aspectos biomédicos da doença;
- Encarar o paciente como pessoa implica encarar o significado pessoal da doença para aquele indivíduo em particular, com as suas crenças, expectativas sentimentos e medos;
- Partilhar o poder e a responsabilidade, reconhecendo a desvantagem do paciente na sua relação com o profissional e promover o envolvimento e colaboração daquele, reconhecendo-lhe o direito de decisão;
- Para estabelecer uma aliança terapêutica é necessário compreender a importância duma relação interpessoal positiva e reconhece-la como essencial;
- Encarar o profissional como pessoa implica estar ciente do impacto da sua própria atitude e postura na relação que estabelece com o doente e desenvolver uma atitude reflexiva sobre as suas próprias emoções e comportamentos.

No seu estudo “*Expert practice in physical therapy*”, (Jensen et al, 2000) identificaram o doente como fonte de conhecimento durante a consulta. Os resultados do estudo revelam que os fisioterapeutas experientes reconhecem a importância de

compreender o contexto social e psicológico do paciente, em vez de se centrarem somente no processo de diagnóstico biomédico. Para alcançar este objectivo os fisioterapeutas necessitam ter uma efectiva capacidade de escuta e desenvolver uma abordagem centrada no doente.

Brown et al (1989) afirmam que para esta abordagem ser efectiva deve existir uma exploração pensada dos objectivos do paciente e do profissional:

*“A chave do sucesso numa abordagem centrada no paciente envolve a obtenção de entendimento mútuo do problema bem como dos objectivos e prioridades”*⁸(Brown et al, 1989:195).

Potter et al (2003 :195) reportando-se a Faulkner (1998) afirmam que na generalidade não é assim que decorrem as interacções, paciente/profissional de saúde. *“(...) the practitioner generally directs assessment according to his or her agenda.”* Neste contexto os profissionais exacerbam o desequilíbrio de poder nas relações com os doentes.

No âmbito da enfermagem, Redfern e Hull (1996) definiram o conceito de poder como tendo origem em factores internos, como a personalidade ou o conhecimento, ou externos, como o papel profissional ou o estatuto na organização.

Na análise profunda de uma interacção fisioterapeuta/doente durante a consulta Thornquist (1992:198) afirma *“(...) o fisioterapeuta controla quase todos os aspectos da consulta dominando a interacção e questiona o paciente para identificar claramente o problema ou problemas que necessitam tratamento.”*⁹ No entanto o autor sustenta que a forma como o fisioterapeuta exerce o controle é importante, particularmente o seu uso da linguagem, a sua capacidade de escuta activa e a forma como promove o envolvimento do paciente, salientando a importância das capacidades de comunicação como relevantes para o desempenho profissional.

Payton e Nelson (1996) no seu estudo *“A preliminary study of patients’ perceptions of their physical therapy experience”* avaliaram o impacto do fisioterapeuta na interacção com o doente e verificaram que existe uma grande probabilidade dos pacientes sustentarem e defenderem os pontos de vista dos fisioterapeutas que os tratam.

⁸ Traduzido pela autora, do original: *A key of success of a patient- centred approach involves the practitioner and patient reaching a mutual understanding of the problem, as well as goals and priorities for management”* (Brown et al, 1989:195).

⁹ Traduzido pela autora, do original: *“(...) physiotherapist controls almost every aspect of the consultation and dominates interaction, with patient questioning designed to elucidate the problem(s) requiring treatment”* (Thornquist, 1992:198).

Este estudo salienta o potencial de mudança de atitude dos pacientes no sentido do autocuidado, responsabilização e autodeterminação, se os fisioterapeutas encorajarem a sua participação activa no processo terapêutico.

Williams e Harryson (1999) propuseram um modelo da dinâmica de poder na fisioterapia envolvendo a interacção entre o terapeuta, o doente e o ambiente e sugeriram que a desigualdade na relação poderia ser perpetuada pelas atitudes, características pessoais e controlo profissional durante a consulta e troca de informações.

Vários autores concluíram que a comunicação efectiva entre o paciente e o médico melhorava a satisfação do doente e a adesão ao tratamento e diminuía o risco de conflito com os pacientes descontentes (Barr e Threlkeld, 2000; Bensing et al, 1996; Corney et al, 1988; Levinson, 1994; Stewart et al, 1979).

Thom e Campbell (1997) também identificaram a relação médico/doente como central a um bom cuidado médico, concluindo que uma comunicação efectiva, promove a confiança e está positivamente associada com a satisfação do paciente.

O estudo qualitativo de Gyllensten et al (1999) sobre as interacções doente/fisioterapeuta indica que uma comunicação efectiva promove a adesão e satisfação dos doentes.

May (2001) num estudo exploratório sobre satisfação dos utentes com a fisioterapia, identificou cinco áreas nos cuidados prestados que aqueles consideraram importantes para a sua satisfação. Todas essas áreas implicam capacidades de comunicação do fisioterapeuta:

- A abordagem deve inspirar confiança, deve incluir ensino e a atitude do fisioterapeuta deve ser amigável e empática;
- O fisioterapeuta deve explicar a natureza do problema, o prognóstico, o tratamento e o papel que cabe ao doente no processo de tratamento;
- O terapeuta deve colaborar com o doente no sentido de identificar as suas necessidades específicas de apoio e monitorizar a efectividade do tratamento, demonstrando capacidades de escuta activa, responder às dúvidas e questões do doente;
- Deverá existir disponibilidade e flexibilidade nas marcações das consultas, com tempos mínimos de espera, suficiente tempo de atenção de um para um. O doente não deverá sentir-se apressado;

- Os resultados deverão ser bons, o fisioterapeuta deverá providenciar estratégias de ensino, que capacitem o doente para a auto-ajuda.

Potter et al (2003) realizaram um estudo sobre a perspectiva dos doentes acerca dos atributos dum bom fisioterapeuta. Mediante análise de conteúdo, dos depoimentos fornecidos pelos doentes participantes do estudo, os autores identificaram três categorias de qualidades dum bom fisioterapeuta: Capacidades de comunicação; Outros atributos do fisioterapeuta; características do serviço prestado.

Para além de confirmar a importância duma abordagem centrada no paciente, o estudo aponta para a importância dos fisioterapeutas desenvolverem capacidades de comunicação para optimização da interacção com o doente.

“ No entanto para serem bem sucedidos os fisioterapeutas precisam estar confortáveis e confiantes para discutir qualquer tema que os pacientes possam levantar, para com eles partilharem a responsabilidade, e reflectirem sobre o contributo do seu próprio comportamento nessas situações. Para alguns fisioterapeutas que possam não estar à vontade na discussão de alguns assuntos, treino adicional em competências comunicacionais poderá ser a solução ”¹⁰ (Potter et al, 2003:200).

A importância das competências em comunicação dos fisioterapeutas foi enfatizada por vários autores (Gordon et al, 1998; Klaber-Moffett e Richardson, 1997). A literatura refere a relação terapêutica como central aos cuidados de fisioterapia. Garetland (1984:26) descreve essa relação como: *“(…) a means of communication wherein both therapist and patient interact to achieve a therapeutic goal ”*. Outros autores posteriormente definiram da mesma forma a relação terapêutica, como um estilo específico de comunicação, visando atingir fins terapêuticos (Gard e Gyllensten, 2000; Hamilton-Duckett e Kidd, 1985; Williams e Harrison, 1999).

Gallois et al (1979:8) exploraram o comportamento não verbal durante as interacções fisioterapeuta utente e referiram na conclusão do seu estudo *“it was likely physiotherapists would show less affiliative behaviour with difficult patients, which may*

¹⁰ Traduzido pela autora do original: *“ However to be successful physiotherapists need to feel comfortable and confident to discuss any issues that patients may raise, to share responsibility with patients and to be reflective of how their one behaviour contributes in such situations. For some physiotherapists who may not feel comfortable discussing certain patient issues, additional training in communication skills appears warranted ”* (Potter et al, 2003:200).

negatively affect treatment outcomes”. Os mesmos autores recomendam que os fisioterapeutas, para além de aumentarem a sua atenção às mensagens não verbais enviadas pelos pacientes estejam particularmente despertados para a sua própria expressão não verbal e para a forma como essa expressão poderá ser interpretada.

Thornquist (1992:200), sustenta esta recomendação, salientado que “ (...) normalmente o terapeuta e o paciente, numa forma inconsciente, auto apresentam-se, atribuem e ordenam os papéis, no entanto seria melhor se a comunicação fosse conscientemente tida em consideração.”¹¹

Os autores sugerem que para melhorar a abordagem e as interacções com os doentes, os fisioterapeutas necessitam expressar as emoções de forma enfática e sobretudo tornarem-se mais reflexivos acerca das implicações da comunicação na satisfação dos doentes e na obtenção de resultados terapêuticos.

Apesar de vários investigadores considerarem nos seus estudos a importância da comunicação no desempenho profissional dos fisioterapeutas, e de alguns apontarem para a importância dos estudantes e profissionais obterem formação nesta área, não nos foi possível encontrar nenhum trabalho que se debruce sobre as necessidades sentidas pelos profissionais.

A socialização profissional faz parte da socialização secundária e é definida como a incorporação das maneiras de ser de pensar de sentir e agir de um grupo e da sua visão do mundo (Dubar, 1991).

Uma das primeiras exigências de um profissional é talvez uma certa forma de distanciamento. As nossas reacções humanas normais a uma ferida purulenta, a uma pessoa perturbada e ameaçadora ou a alguém que não tem para onde ir, têm de estar sujeitas a algum tipo de controlo ou então não conseguiríamos fazer o trabalho. No entanto, também não podemos arriscar-nos a distanciar-nos de tal modo que nada tenhamos a dar de nós próprios (Higgs, 2000).

O mesmo autor afirma que a iniciação profissional envolve “um baptismo de fogo” para os novos membros. Tarefas difíceis e em grande número são uma espécie de rito de passagem para que os aprendizes se tornem profissionais. Embora esta sobrecarga de trabalho possa assegurar a aptidão dos iniciados, é fonte de grande stress. A estabilidade emocional ou o disfarce da instabilidade são obtidos pelo suporte fornecido

¹¹ Traduzido pela autora do original: “ (...) usually the therapist and patient unconsciously establish selfpresentation, role ascription and role formation, when it would be of greater benefit if communication were part of a conscious agenda.”

pelo grupo profissional, contra o elevado preço da redução da sensibilidade (Higgs, 2000).

O esgotamento emocional gera o distanciamento afectivo, a impaciência e a irritabilidade (Lautert, cit in Amorim 2003).

Amorim (2003) afirma, reportando-se ao *Burnout* em fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia, além das diferenças individuais, do ambiente de trabalho e das relações interpessoais o facto de trabalhar com pessoas é essencial á compreensão do fenómeno nestes profissionais. A autora defende que as escolas devem formar profissionais reflexivos capazes de se realizarem pessoal e profissionalmente no trabalho que desenvolvem com os doentes.

Drulhe (cit in Mercadier 2002: 133) afirma “*Socialmente produzido o corpo integra, ao fazer a sua interpretação, aquilo que os etnometodólogos chamam “tudo o que é evidente” e produz por sua vez significações sociais implícitas*”.

Le Breton (cit in Mercadier 2002: 133) afirma “*Presente em toda e qualquer interacção mas tão naturalmente que é esquecido, o corpo é a sede onde se concentram as diferentes formas de sociabilidade*”.

Durante os estágios os futuros profissionais de saúde desenvolvem uma identificação antecipada com os futuros colegas que lhes permite a aquisição de regras, valores e modelos de comportamento dos membros do grupo de referência. Uma destas regras é o silêncio acerca das emoções dos profissionais de saúde na sua relação com as pessoas a que prestam cuidados. O silêncio abrange completamente a socialização profissional, efusões exageradas não são permitidas, o dever do profissional que cuida é conter-se. “*A aprendizagem é feita na negação das emoções dos que cuidam*” (Mercadier, 2002: 241).

A socialização profissional, promove o distanciamento dos afectos, esta preponderância da razão sobre a emoção, marca a diferença entre a atitude profana e profissional.

“O controlo das emoções constitui uma obrigação implícita, interiorizada pelos profissionais que cuidam durante a sua socialização profissional. Integra-se num verdadeiro trabalho emocional que permite ao cuidador atingir um nível profissional na relação terapêutica que se caracteriza pela neutralidade. O trabalho emocional cumpre-se simultaneamente na interacção e à distância da mesma, no seio do hospital mas também no

exterior. Todas as facetas da vida do prestador de cuidados podem sofrer a influência do impacto emocional da interacção com o receptor de cuidados e por sua vez contribuir para a neutralizar e comandar este último” (Mercadier, 2002: 253).

A gestão coordenada de significados, C.M.M (*Coordinated Management of Meaning*) é uma teoria heurística da comunicação, situada numa tradição sistémica e do contrucionismo social. Segundo este modelo interpretativo, subjacente a cada conversa há um jogo de poder sujeito a regras, emergindo diferenças ao nível das competências na comunicação interpessoal que são, simultaneamente, influenciadas pelo contexto em que as mesmas conversas ocorrem.

Coelho et al (2004) num trabalho sobre comunicação de más notícias em que foi utilizado o modelo C.M.M, defendem que o desenvolvimento de competências comunicacionais permitiria, aos profissionais de saúde, encarar os seus próprios medos e evitar a descoordenação na comunicação, com aqueles que vêm o seu mundo social radicalmente mudado, pela comunicação de notícias que alteram negativamente a sua realidade.

“As estratégias de evitação, como o fechamento no discurso profissional hermético para os leigos, é uma forma de não comunicar, de tentar ficar incólume ao episódio, o que significa negar a relação profissional/utente e recusar ao outro o direito a ser ouvido o que no caso significa negar o cuidado. Se pelo contrário, aceitarmos o diálogo sem juízos prévios e encararmos o confronto inevitável com as emoções, poderemos estar verdadeiramente disponíveis (Coelho et al, 2004: 51).

Jorgensen (2000) realizou um estudo sobre os conceitos de corpo e saúde e seu significado sócio cultural. O estudo decorreu em quatro hospitais dinamarqueses. Utilizando uma abordagem qualitativa, foram realizadas observações das interacções entre sete fisioterapeutas e sete doentes, e feito inquérito por entrevista a todos os participantes. Todos os doentes estavam em processo de recuperação após artroplastia da anca. Os resultados do estudo indicam que apesar de, a nível do discurso, os fisioterapeutas reclamarem uma abordagem bio psicossocial, as suas práticas, em contradição com o modelo teórico, reflectem um conceito muito físico e instrumental do corpo. A prática espelha um conceito fundamentalista da saúde onde se valoriza as capacidades funcionais do doente menosprezando o contexto.

A mesma autora defende que os fisioterapeutas deverão desenvolver esforços para estabelecerem uma prática onde o entendimento e interpretação que o doente tem da sua situação clínica, do seu corpo e da sua saúde tenham maior prioridade.

As interações são um elemento vital da fisioterapia e é através delas que os objectivos terapêuticos são alcançados (Watts 1971, Dickson e Maxwell 1985, Jensen *et al.*, 1992). No entanto a qualidade e a natureza dessas interações tem sido alvo de críticas. Os terapeutas têm sido criticados por adoptarem uma abordagem mecanicista e redutora (Thornquist 1994, Lettinga *et al.* 1997), focada no corpo do paciente ou mesmo nos componentes desse corpo, enquanto negligenciam os aspectos psicológicos e sociais da experiência dos doentes (Thornquist 1994, Lettinga *et al.* 1997, Talvitie and Reunanen 2002). Alguns autores também encontraram nos seus estudos dados no sentido de que os fisioterapeutas não fornecem informação e explicações aos doentes (Talvitie 1996, Sluijset *al.* 1993), tem sido sugerido que podem perpetuar a desigual distribuição do poder nas interações, tratando os doentes como receptores da terapia (Williams and Harrison 1999, Talvitie 1996). Estas críticas são similares às que têm sido feitas às interações dos médicos com os doentes (Mishler 1984, Ong *et al.* 1995, Stevenson *et al.* 2000).

Outros estudos, em que se avaliaram de perto as interações, têm chegado a diferentes conclusões (Pilnick 1998, Maynard 1991, ten Have 1991, Sharrock 1979).

A incompetência física é uma das componentes de muitas interações clínicas em fisioterapia, os desafios que apresenta não são só técnicos mas também relacionais. Parry (2004) num artigo sobre a gestão da incompetência física dos pacientes durante as interações com os fisioterapeutas, específica como é que face ao insucesso dos doentes em demonstrar competência física durante as interações, os participantes (fisioterapeutas e pacientes) colaboraram continuamente tentando retratar os pacientes como merecendo tratamento e não sanção. A gestão do significado da incompetência física dos pacientes baseia-se na autoridade clínica dos fisioterapeutas, e contribui para a sua manutenção.

Foram filmadas e analisadas interações fisioterapeuta / doente (hemiplégico após acidente vascular cerebral) Estiveram envolvidos no estudo 21 pacientes e 10 fisioterapeutas, foram analisados 77 interações terapêuticas, não foram incluídos doentes com afasia (todos os hemiplégicos tinham sofrido acidente vascular no hemisfério cerebral direito).

Como noutras investigações etnometodológicas, no artigo é demonstrado que os sentidos são produzidos nas interacções e que esses sentidos não estão pré determinados. Apesar destes doentes já terem um diagnóstico e de estarem a realizar fisioterapia devido à sua já atestada dificuldade motora, a incompetência motora não foi automaticamente interpretada como proveniente da doença.

“No entanto a análise mostra que essa interpretação automática não ocorre. Pelo contrário, quer o fisioterapeuta quer o paciente abordam a incompetência física e as suas implicações, como necessitando de activa gestão interaccional, e retratam continuamente os episódios de incompetência como sendo realmente consequência da doença” (Parry, 2004:1003).¹²

A compreensão etnometodológicas das interacções sociais é de que elas funcionam numa rede social, passível de ser reconhecida e explicada, *“web of social accountability”*, dentro da qual se exerce consistentemente uma pressão no sentido da atenção do outro, para manter a imagem, as relações sociais existentes e a solidariedade social (Heritage 1988, citado em Parry, 2004:1003).

A autora afirma que a característica principal das práticas de *“accountability”*, quer dos pacientes quer dos fisioterapeutas, relativas à incompetência física dos primeiros, são imbuídas de significados consistentes com a sua compreensão, e que são continuamente criados na rede das suas actividades. Esses significados evitam o perigo potencial da incompetência física ser entendida como insuficiência pessoal do doente, como falta de cooperação com a fisioterapia, ou para pôr em causa a racionalidade da mesma. Em vez disso permitem ao paciente ver-se e ser visto como essencialmente competente, apesar das actuais dificuldades. Permitem que o episódio de tratamento (fisioterapia) se constitua numa situação, em que o doente trabalha e coopera arduamente na resolução de problemas que estão para além do seu controlo, e ser interpretado, apesar das presentes dificuldades, como uma tentativa apropriada e bem sucedida (Parry, 2004:1003).

¹² Traduzido pela autora, do original: *“Analysis shows, however, that no such “automatic” interpretation occurs. Rather, the therapists and patients continually treat incompetence and its implications as needing “active” interactional management, and they continually orient towards portraying episodes of physical incompetence as indeed being caused by illness”* (Parry, 2004:1003).

5.1. Mobilização de capacidades afectivas e relacionais

A capacidade para nos relacionarmos com os outros, depende das experiências vividas. As instituições educacionais são um dos lugares preferenciais para se estabelecerem vínculos e relações que condicionam e definem as concepções pessoais sobre si próprio e sobre os demais (Zabala, 1993).

A concepção construtivista da aprendizagem, partindo da natureza social e socializadora da educação escolar e do paradigma construtivista, que desde algumas décadas se observa nos âmbitos da psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem, reúne uma série de princípios que permitem compreender a complexidade dos processos ensino/aprendizagem e que se articulam em torno da actividade intelectual implicada na construção de conhecimentos (Coll, 1993)

Esta concepção da aprendizagem pode sintetizar-se na articulação dos seguintes elementos fundamentais.

A estrutura cognitiva configura-se numa rede de esquemas de conhecimento. Estes esquemas definem-se por representações que o indivíduo detém num dado momento sobre um qualquer objecto. A natureza dos esquemas de conhecimento depende do nível de desenvolvimento e dos conhecimentos prévios que o indivíduo pôde anteriormente construir. A aprendizagem pode ser concebida como um processo de comparação, revisão e de construção de esquemas de conhecimento, sobre os conteúdos escolares. *“Quando se estabelecem relações não arbitrarias, entre o que já fazia parte da estrutura cognitiva e o que foi ensinado, é produzida uma aprendizagem significativa”* (Zabala, 1998: 37).

O mesmo autor afirma, reportando-se ao sistema educativo Espanhol, que a maioria dos esforços educacionais têm sido desenvolvidos, valorizando determinadas aprendizagens em detrimento de outras. Atribuindo às aprendizagens sobrevalorizadas, a potencialidade para alcançar certos objectivos válidos a longo prazo, relativos a uma capacitação profissional, desvalorizando deste modo, o valor formativo dos processos que os alunos vivem ao longo da escolarização.

Quando se tenta potenciar certo tipo de capacidades cognitivas, influenciam-se, ainda que nem sempre positivamente, outro tipo de capacidades. Os conteúdos da aprendizagem não se reduzem unicamente às contribuições das disciplinas ou matérias tradicionais. Também devem ser considerados conteúdos de aprendizagem, (...)“*todos*

aqueles que possibilitem o desenvolvimento das capacidades motoras, afectivas, de relação interpessoal e de inserção social “ (Zabala, 1998: 30).

Será assim possível explicitar o chamado curriculum oculto, todas as aprendizagens sociais que se realizam na escola, e que para além de não fazerem parte dos conteúdos das disciplinas, não têm sido formalmente avaliados.

Os conteúdos aprendidos na escola têm uma natureza muito variada. Coll (1990) propõe uma classificação desses conteúdos em *conceptuais*, *procedimentais* e *atitudinais*. Esta classificação corresponde respectivamente às questões: **“O que se deve saber?”**; **“O que se deve saber fazer?”**; e **“O que se deve ser?”**.

Os conteúdos atitudinais podem dividir-se em valores atitudes e normas.

Os valores são princípios éticos que permitem emitir juízos sobre as condutas e seus significados. A interiorização dum valor pressupõe a elaboração de critérios para o posicionamento negativo ou positivo face a um dado objecto. Poderá ter maior ou menor suporte reflexivo, mas a sua componente principal é cognitiva.

As atitudes são tendências relativamente estáveis das pessoas, para agirem de determinada forma, de acordo com os seus valores. Elas variam entre disposições intuitivas com certo grau de automatismo e outras fortemente reflexivas, fruto duma clara consciência dos valores que as regem.

As normas são padrões ou regras de comportamento, em situações determinadas, que obrigam todos os membros dum grupo social. São compartilhados pelos seus membros e definem o que é ou não permitido naquele contexto. As regras podem ser simplesmente aceites, ou interiorizadas como uma identificação funcional do próprio grupo (Coll, 1990).

Em termos gerais a aprendizagem de conteúdos atitudinais pressupõe um conhecimento e reflexão sobre os modelos possíveis, uma análise e avaliação das normas uma apropriação e elaboração dos conteúdos, que implica uma análise, uma tomada de posição, um envolvimento afectivo e uma avaliação reflexiva da sua própria conduta.

A integração de conhecimentos psicológicos, antropológicos e sociológicos, na formação dos profissionais de saúde pode contribuir para melhorar a comunicação e combater os estigmas e os estereótipos:

“ (...) evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos,

segundo as idades, as gerações, os sexos, os estatutos e as culturas”
(Ramos, 2004: 299).

Ilustração 5 – Treino de marcha.
www.ups.edu



II CAPITULO – METODOLOGIA

1. PROCEDIMENTOS

- Procedemos à análise documental, que para além da bibliografia sobre o tema em estudo incluiu também a análise dos programas das escolas que formam fisioterapeutas.
- Entrevistamos com objectivo exploratório alguns informantes privilegiados: fisioterapeutas, coordenadores de serviço; docentes do Curso de Fisioterapia, fisioterapeutas e docentes dos departamentos de ciências sociais e humanas. As entrevistas tiveram dois objectivos: conhecer outros pontos de vista diferentes do nosso, o que nos permitiu alargar a nossa própria perspectiva, procurando uma interpretação tão plural quanto possível, da actual situação do nosso objecto de estudo; decidir se faria sentido circunscrever o estudo às necessidades de formação em comunicação interpessoal e/ou em comunicação organizacional.
- Realizamos uma análise de conteúdo qualitativa. Carmo & Ferreira (1998) reportando-se a Madelaine Grawitz (1993) referem que nas situações em que a análise de conteúdo, tem o objectivo de explorar, quando não pretende verificar hipóteses, mais relevante que o número de repetições numa dada categoria, é a sua novidade.
- Elaboramos um questionário, com base na informação recolhida na pesquisa bibliográfica e nas entrevistas exploratórias.
- Realizamos um pré teste para validarmos internamente o instrumento. Procedemos à sua afinação.
- Aplicamos o questionário definitivo à amostra.
- Analisamos e discutimos os dados.

Organizamos a apresentação dos resultados reportando-nos às três dimensões que definimos no questionário e às questões de investigação.

A questão central de investigação pretende averiguar se as escolas estarão, nos seus conteúdos programáticos a dar importância e corresponder às exigências do exercício profissional dos fisioterapeutas, no âmbito das competências em comunicação.

Para encontrar resposta a esta questão é necessário conhecer as necessidades sentidas pelos profissionais de aumentar as suas competências em comunicação, e saber se essas necessidades estarão situadas no âmbito da comunicação relacional ou da comunicação organizacional. As respostas dos participantes às questões do questionário, sobre a relevância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas (Questões 1, 2, 3, 8, 9, 10 e 14 da segunda parte) e sobre situações problemáticas/dificuldades sentidas (Questões 4, 5, 6 e 7 da segunda parte) permitiram esclarecer estas questões.

Por último é necessário saber se durante a formação, as escolas procuram desenvolver nos alunos competências na área da comunicação. O esclarecimento desta questão encontra-se nas respostas dos participantes às perguntas do questionário, sobre a formação dos fisioterapeutas em comunicação (Questões 11, 12 e 13 da segunda parte), bem como no que constatamos sobre os currícula das escolas, através da grelha de observação.

2. AMOSTRA

Por questões de acessibilidade, o universo da nossa investigação é o conjunto dos fisioterapeutas, recém formados, que exercem a sua profissão na área da grande Lisboa.

A amostra é não probabilística seleccionada por conveniência.

Os critérios de inclusão na amostra foram:

- Ter sido aluno dum estabelecimento de ensino superior politécnico ou universitário;
- Ser licenciado ou frequentar o último semestre do segundo ciclo de licenciatura bietápica em fisioterapia (os alunos do 2º ciclo já podem exercer a profissão);
- Exercer a profissão na área da grande Lisboa;
- Ser fisioterapeuta há menos de cinco anos;
- Não ser docente;
- Aceitar participar no estudo.

A amostra é constituída por 51 fisioterapeutas.

3. INSTRUMENTOS

Grelha de registo para identificação sistemática dos conteúdos curriculares relacionados com a comunicação; Guião da entrevista exploratória; Questionário. (construído pelo investigador)

4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

4.1. Análise dos curricula dos cursos de fisioterapia

Construímos uma grelha de observação, com o objectivo de realizar um registo sistemático das unidades curriculares que abarquem conteúdos na área da comunicação. Sinalizamos todas as unidades curriculares cujo título integra a palavra comunicação ou outras com significado similar, mas também as disciplinas cujos programas contemplem conteúdos na área da comunicação.

Quadro 1 – Grelha de Observação

Escola	Curso de Fisioterapia	Disciplina cujo título inclui a palavra comunicação	Disciplina que inclua conteúdos na área da comunicação	Carga horária	
				Teórica	Teórico-prática
A	1º Ano				
	2º Ano				
	3º Ano	Comunicação e Ensino		15	15
	4º Ano		Psicologia das Relações Interpessoais	30	60
B	1º Ano				
	2º Ano		Psicologia Social		50
	3º Ano				
	4º Ano		Psicologia da Saúde		30
C	1º Ano				
	2º Ano				
	3º Ano				
	4º Ano		Psicologia da Saúde	60	
			Sociologia da Saúde	60	
D	1º Ano				
	2º Ano				
	3º Ano				
	4º Ano		Psicologia da Saúde	50	
			Sociologia da Saúde	50	

Os dados recolhidos na grelha de observação permitem afirmar que somente num dos quatro curricula analisados encontramos disciplinas na área da comunicação. Nessa escola o curso de fisioterapia integra no terceiro ano a disciplina de “*Comunicação e Ensino*”. Esta unidade curricular destina-se a capacitar os alunos para realizarem comunicações em público e produzirem material de suporte audiovisual para essas mesmas comunicações.

Os quatro curricula analisados incluem disciplinas nas áreas científicas da psicologia da sociologia e da psicologia social. Em todas elas são abordadas temáticas relativas às relações interpessoais.

Podemos assim afirmar relativamente à observação que realizamos em quatro das escolas que ministram o curso de fisioterapia na área de Lisboa, só encontramos um curriculum que possui uma disciplina cujos conteúdos são directamente relacionados com a comunicação. No entanto, este restringe-se ao desenvolvimento de perícias operacionais, no domínio de técnicas, para melhor comunicar a audiências.

4.2. Elaboração do guião das entrevistas exploratórias

As entrevistas foram realizadas a partir de um guião com sete questões divididas em três grupos.

As duas questões do primeiro grupo pretendem averiguar qual a importância que o entrevistado atribui à comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas, e quais são os aspectos da comunicação a que atribui maior importância.

O segundo grupo é composto por duas questões que pretendem identificar as áreas consideradas difíceis ou problemáticas, apelando a objectivação através dum relato.

Com as questões do último grupo, pretendemos conhecer a opinião dos informantes sobre a formação actual dos fisioterapeutas na área da comunicação, e sugestões de como melhorá-la.

4.3. Realização das entrevistas exploratórias

As entrevistas exploratórias decorreram durante o mês de Fevereiro de 2005.

Deslocamo-nos aos locais de trabalho dos entrevistados e as entrevistas foram realizadas nos seus respectivos gabinetes. Foram feitos registos áudio com autorização dos informantes. Procedeu-se à transcrição integral dos registos.

4.4. Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias

Utilizamos uma análise de conteúdo exploratória, não pretendendo verificar hipóteses. Vala (1986:117) “... *uma análise de conteúdo não implica necessariamente quantificação. De facto, os vários procedimentos de análise de conteúdo que se inspiram nas análises de discurso literário dispensam qualquer tipo de medida que ultrapasse a classificação nominal.*”

Optamos por uma análise indirecta procurando interpretar o que se encontra implícito para além da linguagem expressa. Carmo (1998) refere que este tipo de análise é geralmente considerado como característica de uma análise de tipo qualitativo.

Pretendemos com esta análise de conteúdo exploratória, qualitativa e indirecta, identificar os aspectos da comunicação considerados relevantes para o exercício profissional dos fisioterapeutas, as situações comunicacionais referidas como potencialmente problemáticas e finalmente identificar aspectos a melhorar na formação dos fisioterapeutas em comunicação. Definindo assim três categorias à priori: aspectos da comunicação relevantes para o exercício profissional dos fisioterapeutas; situações do exercício profissional potencialmente problemáticas; a formação dos fisioterapeutas em comunicação. As sub categorias serão definidas à posteriori.

O corpus da análise é constituído por seis entrevistas codificadas de **E1** a **E6**. A unidade de análise é a resposta à questão e a unidade de contexto é a entrevista.

A codificação foi feita da seguinte forma:

Categoria A – Aspectos da comunicação relevantes para o exercício profissional dos fisioterapeutas. As subcategorias serão codificadas de **A1** a **An**.

Categoria B – Situações do exercício profissional potencialmente problemáticas. As sub categorias serão codificadas de **B1** a **Bn**.

Categoria C – Formação dos fisioterapeutas em comunicação. As sub categorias serão codificadas de **C1** a **Cn**.

Emergiram da análise das entrevistas exploratórias, várias sub categorias:

Sub categoria A1. – Comunicação relacional (terapeuta/doente)

Nesta sub categoria incluímos os aspectos da comunicação que os informantes consideraram relevantes para o exercício profissional dos fisioterapeutas, relativos às interacções com os doentes.

Sub categoria A2. – Comunicação organizacional

Nesta subcategoria incluímos os aspectos mencionados pelos informantes relativos à comunicação na organização de saúde.

Sub categoria B1. Situação clínica

Nesta sub categoria incluímos as situações do quotidiano, evocadas pelos informantes como potencialmente problemáticas, relativas ao estado clínico do doente.

Sub categoria B2. – Organização do trabalho

Nesta sub categoria incluímos dificuldades, referidas pelos informantes, que decorrem da distribuição e organização do trabalho.

Sub categoria B3. – Sócio culturais

Nesta sub categoria incluímos as dificuldades, que foram relatadas pelos entrevistados e que são decorrentes das diferenças sociais, culturais e económicas entre doente e terapeuta

Sub categoria B4. – Género

Nesta sub categoria incluíram-se as situações relatadas como difíceis e que se relacionam com os papéis socialmente atribuídos segundo os sexos masculino e feminino.

Sub categoria B5 – Relação

Incluímos nesta categoria as situações difíceis decorrentes da interacção propriamente dita e que se manteriam, independentemente dos papéis que as pessoas assumem na prestação dos cuidados de saúde.

Sub categoria B6 – Crianças

Incluímos nesta sub categoria as referências a dificuldades na interacção com a criança doente.

Sub categoria C1 – Académica

Nesta sub categoria incluímos as referências à formação em comunicação no contexto do ensino superior.

Sub categoria C2 – Formação continua

Nesta sub categoria incluímos as referências à formação em comunicação em contexto de formação não académica.

Sub categoria C3 – Capacidade inata

Nestas sub categoria foram incluídas as referências a capacidades “naturais” dos terapeutas como comunicadores.

A Sub categoria **A1. – Comunicação relacional** inclui seis sub, sub categorias:

A1. 1 – Comunicação verbal

Incluíram-se nesta sub, sub categoria todas as referências a importância da comunicação oral nas interações com os doentes.

E1, I2 “ (...) a comunicação interpessoal será o aspecto mais importante” (...) “...aquilo que se diz ...”

E2, I2 (...) “acho que a comunicação verbal é muito importante.”

A1.2 – Comunicação não verbal

Incluíram-se nesta sub, sub categoria todas as referências à importância da comunicação não verbal nas interações com os doentes.

E1, I2 (...) “ A expressão não verbal é porventura tão importante ou se calhar até mais importante, do que a comunicação verbal.”

E1, I2 (...) “ Há uma fragilização por parte dos doentes perante o profissional de saúde, o que leva a que as pessoas fiquem realmente muito atentas a todos os sinais e portanto muito atentas a procurar respostas para além da palavra expressa.”

E1, I2 (...) “Uma inflexão de voz uma hesitação na resposta uma expressão que pode dizer mais do que aquilo que nós queremos dizer ou pelo contrário às vezes o não dizer mas expressar do ponto de vista da expressão não verbal empatia ou solidariedade ou a compreensão pode fazer toda a diferença.”

E2, I2 (...) “Esteve internado pela segunda vez no Hospital X, ‘teve lá outra terapeuta em que ele pediu p’a se vir embora, dizia que não se entendia lá com a Sra., queria vir ser tratado por mim, dizia que não evoluía com ela, não é que faça alguma coisa mais do que ela com certeza, não se trata disso é só conseguir dar-lhe a volta para ele fazer...tem que haver uma relação não pode ser uma relação muito próxima, mas tem que haver uma relação de confiança, tem que haver uma relação e a confiança tem que ‘tar presente também.”

E4, I1 (...) “E independentemente de eles serem também conhecidos pela mão, o papel de comunicação, e comunicar também sem ser uma comunicação falada comunicar com o corpo é importantíssimo.”

E4, I2 (...) “Eu penso que embora se dê grande importância à comunicação oral falada o acto falado, (...) as outras formas de comunicação nomeadamente a comunicação não falado, é importantíssima na nossa relação terapêutica e nem sempre é trabalhada da melhor forma ou nem sempre temos aptidões para o fazer da melhor forma, pelo menos eu senti dalgumas vezes da minha experiência essas lacunas...mas isso...”

E4,I2 (...) “E tens todas as formas de comunicação passíveis, desde a comunicação não

verbal que é importantíssima, que nos dá imensas informações sobre a avaliação do nosso desempenho, sobre as reacções que o doente está a ter a uma intervenção, (...)”

E4, II2 (...) *“Se deveu certamente não concretamente não às técnicas de mobilização ou de aspiração de secreções ou do que se utilizava de mais técnico mas muito provavelmente à relação de contacto à comunicação através do contacto entre as duas pessoas não sei de que forma a outra pessoa me recebia mas o que é certo é que resultou.”*

E5, I2 (...) *“A própria empatia também é uma forma de comunicação.”*

E6, I2 (...) *“Um doente está a fazer um fortalecimento, ele está em sacrifício, ou seja está a fazer, mas está em sacrifício, ele não me diz a mim que na verdade que está a doar mas eu vejo que não está a correr bem ” (...)*

A1.3 – Motivação do doente

Incluíram-se nesta sub, sub categoria os aspectos da comunicação, nas interacções com os doentes que os informantes relacionaram com a necessidade de motivar para promover a recuperação.

E2, I1 (...) *“Acho que se predispor a pessoa a colaborar acho que é mais rico o nosso trabalho vê-se muito mais vantagens, a pessoa vê qu’o doente evolui muito mais facilmente.”*

E2, I2 (...) *“É meio tratamento, uma pessoa com a comunicação consegue fazer...consegue meio tratamento porque se a parte psicológica, se não conseguir trabalhar a parte psicológica a outra parte também não conseguimos. E a experiência que eu tenho é então a nível da terceira idade com aparte de geriatria a agente pode lá chegar o doente não se mexe, o enfermeiro diz: - ele hoje está mesmo mal ele hoje não se mexe. A pessoa começa a falar com o doente começa ali a dar-lhe a volta e passado um bocado o doente ‘ta a colaborar connosco, a fazer o que nós pedimos parece outro, por isso acho que a comunicação é o mais importante na...no desempenho.” (...)* *“Psicologicamente está sempre mal, (...) convém sempre (risos) deixar o doente sempre animado p’ró dia seguinte, o último exercício para que ele consiga fazer, (...) eu tenho aplicado isto muitas vezes e vejo quando me venho embora que o Sr. até a própria mulher...que ele tenta fazer por ele próprio continuar os exercícios.”*

E3, I1 (...) *“Se for uma pessoa que não se consiga expressar orientar o doente para... inculir-lhe objectivos não acho que consiga...”*

E3,I2 (...) *“Um doente que está abatido por algum motivo (...) mais no incentivar no incentivo na nossa maneira de ser e de estar e de dar mais ou menos garantias ao doente, que nós temos vontade de tentar melhorar de tentar ajuda-lo (...) Motivar explicando os porquês” (...)*

E4, III1 (...) *“Mas também pode acontecer que há notícias que são positivas são boas e que também podem quebrar um pouco o efeito que nos pretendemos implementar, portanto o fisioterapeuta na sua relação de comunicação tem que conhecer muito bem o seu*

interlocutor, portanto tem que ser, tem que procurar conhecer porque eu posso dar uma boa notícia e essa notícia ser interpretada duma forma em que diminui a motivação do individuo e eu até estou à espera de continuar a ter resultados mas deixo de os ter, porque ele assumiu que já tinha resolvido o problema dele, e portanto deixa de ter motivos para continuar”

E6,I1 (...)“ *Maior confiança reflectindo-se depois nos resultados do respectivo tratamento (...) se os doentes sentirem que, que estão a ser acompanhados e que a equipa está em sintonia, em relação às informações que o respectivo doente dá aos colegas, se eles trocarem informação sobre o doente e se ele se aperceber disso também ele é capaz de sentir que o tratamento está a ser estruturado e está a ser aplicado devidamente. ”*

E6I2 (...)“ *Ou dar outra forma compensatória não é?... (...) Se dói se não dói...mas não temos obrigatoriamente de dar a entender ao doente que estamos atentos. ”*

E6,III “*Às vezes tenho necessidade de explicar, uma pessoa que tenha dificuldade em perceber, se eu sentir que a minha explicação poderá ajudar a autoconfiança e ajudar na recuperação eu faço, ou seja se ele tiver dificuldade em perceber o que tem, o que deverá fazer, se deve ser operado... eu tento ser esclarecedor.”*

A1.4 – Relação terapêutica

Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências a um estilo de comunicação próprio da relação terapêutica.

E1, I2 “ (...) *Não haverem muitos tratamentos, digamos assim, que possam ser aplicados sobre um sujeito passivo. “*

E1, I2 “...*Precisamos de colaboração em todos os momentos e portanto sendo assim parece-me que os aspectos da comunicação são intransponíveis.”*

E2, I2 (...) “ *tem que haver uma relação não pode ser uma relação muito próxima, mas tem que haver uma relação de confiança, tem que haver uma relação e a confiança tem que estar presente também.”*

E3, I1 (...) “*Para mim é fundamental a relação terapeuta - doente para poder, até por outra forma, que não tão em termos técnicos, mas explicar ao doente o quê e porquê das coisas explicando exercícios e metas... isso é fundamental, .”*

E3,I2 “*Sim da relação terapeuta/doente (...) tentar ser um bocado reactivo com as pressões do doente e tentar reagir o mais depressa possível, no sentido de tentar atenuar de alguma forma o sofrimento...”*

E4, I1 (...) “ *Na minha opinião a importância da comunicação no desempenho profissional dos fisioterapeutas é muita, é elevada porque na relação terapêutica que eles têm com o doente ou utente ou cliente, para além das técnicas “(...) “para se comunicar ou para que haja comunicação há necessidade das pessoas terem algum conhecimento do outro de como é que a outra pessoa se comporta e reage” (...)*

E4,I1 (...) “ *Por isso torna-se importantíssimo esse aspecto no desempenho profissional*

porque acontece que o fisioterapeuta tem uma relação muito duradoura durante o tratamento, portanto em termos de tempo é longa, acaba por estar muito tempo com o doente, acaba por ter que traçar laços de relacionamento e de comunicação muito fortes, e ela tem que ser bem feita para que tenha uma aliança terapêutica se não, não consegue fazer um bom desempenho profissional.”

E4,I2 (...) *“Os aspectos mais importantes penso que são os que são marcados na relação terapêutica são os mais importantes”* (...)

E5,I2 *“ (...) Depois há folhetos específicos para cada patologia para a continuidade do auto cuidado em casa, aconselhamento (...) possibilita essa relação não é? É um veículo para conseguir mais empatia com o próprio utente.”*

E5,III *“A relação não é sempre a mesma. Não é tudo igual. Para já tem a ver com o tipo de utentes que tu tens.”*

A1.5 – O poder nas interacções terapeuta/ doente

Foram incluídas nesta sub categoria as referências dos informantes, ao exercício do poder nas interacções com os doentes.

E1, I2 (...) *“Porque as pessoas numa situação de, de doente tendem a estar mais fragilizadas e portanto há um desequilíbrio na interacção em que o poder está do lado de quem supostamente terá técnicas, formas, estratégias, remédios que possam resolver o problema...”*

E6, III (...) *“ Os hierárquicos que tem a ver com o estatuto com a questão estatutária eu pessoalmente acho que se eu tiver que tratar um diplomata ou um director de fabrica eu possivelmente sou capaz de utilizar uma linguagem com um nível mais elevado do que não ser tão populista com outra pessoa. (...) Eu acho que isto está sempre presente se nós sabermos que é um embaixador nós em relação à pessoa, apesar de sermos nós a comandar o tratamento, nós respeitamos sempre um bocadinho outra ascensão da parte de outra pessoa. (...) Eu tento ser isento naquilo que estou a fazer mas há sempre um distanciamento. (...) Damos o nosso melhor na mesma, mas ...há sempre a representação de que ... não é? De que estamos a ser observados de que o outro tem outro estatuto. Não sei como é que se poderá...traduzir isto? (...) O que eu acho é que nós que estamos deste lado, nós podemos, não quer dizer que funcione sempre, mas acho que nos conseguimos conduzir um bocadinho o desfecho das situações. Devemos conduzir.”*

A1.6 – Comunicação escrita terapeuta/doente

Nesta sub categoria foram incluídas as referências ao fornecimento de documentos escritos para informação e ensino aos doentes e seus familiares.

E4,I2 (...) “ Mesmo para o próprio doente muitas vezes é o próprio doente que toma a iniciativa de solicitar por escrito qualquer coisa que o ajude a fazer as coisas em casa (...) as outras formas de comunicação nomeadamente a comunicação não falado, é importantíssima na nossa relação terapêutica e nem sempre é trabalhada da melhor forma ou nem sempre temos aptidões para o fazer da melhor forma, pelo menos eu senti dalgumas vezes da minha experiência essas lacunas...mas isso...”

E5, I2 (...) “Pode estar associada a veículos com imagens com posters, com folhetos como na própria entrevista na introdução ao tratamento o que é que vai fazer. (...) São-lhes fornecidas algumas normas perante o tratamento que vão fazer, na hidroterapia, no ginásio, o que é que tem de fazer o que é que não tem de fazer, é feita uma visita muito rápida do layout do próprio serviço enquadra-lo como é que há de fazer como é que se há de dirigir e depois há folhetos específicos para cada patologia para a continuidade do auto cuidado em casa, aconselhamento...”

A Sub categoria **A2. Comunicação organizacional** inclui seis sub, sub categorias:

A2.1 – Comunicação na gestão

Incluíram-se nesta sub, sub categoria todas as referencias à importância da comunicação na gestão dos serviços de saúde em geral e de fisioterapia em particular.

E3, I1 (...) “ A nível de chefia, mais como orientação e até como tentar conjugar todos os aspectos ou as dificuldades que hajam no serviço pô-las em pratica e tentar solucionar os problemas” (...)

E5,I1 (...) “É uma questão fundamental porque qualquer profissão qualquer actividade depende e muito da comunicação quer para os seus utentes para os colegas quer para os grupos que também estão envolvidos, a instituição. (...) como responsável que tem que prestar contas a outros (...) com outros serviços, é fundamental qualquer organização depende muito disso, muitas das falhas que existem é por falhas de comunicação. Acho que é um veículo fundamental, para a eficiência eficácia, para a optimização de qualquer serviço. É um veículo também para motivar as pessoas, é fundamental. (...) e depois temos mensalmente uma reunião, em que entram todos os profissionais de saúde que cá trabalham, com a comunicação daquilo que está a ser feito no hospital, na instituição e aquilo que nos podemos fazer no serviço depois as pessoas põem as suas questões há directrizes há informações ... isto é implementado, acho que é fundamental, no local apropriado tentarmos perceber a realidade. No lugar que ocupo, isso é fundamental. A coordenação, falo com os médicos falo com os serviços...falo com o pessoal que cá está, tento juntar tudo, ouvir, a nível descendente e ascendente, estou a fazer isso. Fazer chegar acima as ideias que se têm aqui. Acho fundamental. ”

E5, I2 (...) “A comunicação entre os pares e entre os profissionais é uma comunicação que

carece sempre de alguns veículos mais formais, reuniões... às vezes é necessário utilizarmos normas internas, funções estabelecidas, uma comunicação mais formal que depois carece duma continuidade, as pessoas vão rodando e tem que saber os seus objectivos, os do serviço. Assim como há, mesmo no próprio serviço, normas internas...e é feita uma mini acta das reuniões, quando é feito o relatório anual dos objectivos e das actividades desenvolvidas onde são questionados todos os intervenientes, aspectos ligados a equipamentos, melhorias do atendimento, do trabalho, procedimentos... tudo isso é questionado na reunião.”

A2.2 – Comunicação entre terapeutas

Nesta sub, sub categoria foram incluídas as referências ao papel da comunicação entre fisioterapeutas nos serviços de fisioterapia.

E3,I1 *“Entre terapeutas claro, troca de ideias, tentar evoluir, quer dizer em termos de informação entre eles.”*

E5,I1 (...) *“Na comunicação entre os pares” (...) “Importantíssimo. Tanto é que por exemplo aqui no serviço temos periodicamente uma reunião semanal mais rápida com uma agenda mais curta com coisas mais rotineiras relativamente mais aos doentes avaliação dos doentes” (...)*

E6,I1 *“Para uma equipa de colegas... a comunicação tem sempre uma mais valia. As pessoas poderem inclusive organizarem-se no serviço, poderem trocar informações dos respectivos doentes e inclusive um ambiente favorável em que as pessoas se sintam à vontade, em que a comunicação funciona. De certeza que consegue transparecer para os respectivos doentes (...) Sim claro que quem está a acompanhar o doente sente também necessidade de recorrer aos restantes colegas, no sentido de saber que há consonância.”*

A2.3 – Comunicação terapeuta/outros profissionais saúde

Nesta sub, sub categoria foram incluídas as referências ao papel da comunicação entre os fisioterapeutas e os outros profissionais nas organizações de saúde.

E3, I1 (...) *“Fisiatra/ Fisioterapeuta ou outros médicos se existirem.”*

E6,I1 (...) *“Suponhamos que é preciso dar um parecer ao médico para efeitos duma reavaliação dum doente nós somos capazes de conferenciar e depois o resultado vai lá dentro, não é?”*

A2.4 – Promoção da imagem da profissão

Foram incluídas nesta sub, sub categoria as referências à comunicação como veículo de promoção da profissão.

E1,III2 (...) *“Se é nossa intenção, como eu penso que será de todos os fisioterapeutas, contribuir de alguma forma para a afirmação da profissão, é muito importante que consigamos dar uma boa imagem para o utentes e quando eu digo uma boa imagem uma imagem de profissional competente, capaz, que faz a diferença e que ele, e só ele, digamos só um profissional daqueles, poderá contribuir para o tratamento das pessoas naquela área dos cuidados, portanto se é isto que nós pretendemos passar, é absolutamente primordial que tenhamos a noção do impacto da comunicação.”*

E5,I1 (...) *“Para a publicidade é fundamental a comunicação.”*

E5 I2 (...) *“ Para quando o doente chegar ao serviço para o enquadrar ele vem de diferentes serviços e vem aqui que é o último dos elos não é? É o último da corrente e aqui fica e aqui tem que ser enquadrado, como um meio do captar é dar-lhe esta comunicação esta informação. É uma mais valia os doentes esperam que...isso seja feito não é usual que o façamos.”*

E5,II2 *“Eu acho se não tivesse-mos os utentes não tinha-mos ... não servia-mos para nada, não é? Nós temos de mudar a nossa filosofia, nós não estamos aqui por estar, nós temos uma razão de ser e quem compra a nossa “mercadoria” é o utente. Se não houver utente não estamos cá a fazer nada. Eu sei que nem todos pensam assim. É uma maneira de sobreviver de justificar a sua maneira de estar. Estamos numa sociedade em que se não conseguimos vender a nossa imagem, o nosso trabalho, qual é a mais valia?”*

A2.5 Comunicação escrita entre terapeutas e outros profissionais saúde

Nesta sub, sub categoria estão incluídas todas as referencias a importância da comunicação escrita entre os fisioterapeutas e todos os outros profissionais de saúde.

E4, I1 (...) *“ Há outros aspectos, como por exemplo a comunicação através da escrita, comunicação com os outros colegas profissionais”*

E4,I2 (...) *“ Há uma parte que é uma lacuna muito grande, que é uma lacuna muito grande! Que é a comunicação escrita, que nós não exploramos bem em termos de registo, portanto na transferência de conhecimento para os outros” (...)*

A2.6 – Comunicação entre os doentes

Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à comunicação que ocorre entre os doentes dentro da organização de saúde.

E4, II2 (...) *“Relatam quer pela positiva quer pela negativa neste caso será pela positiva porque relatam as suas histórias às vezes nem falam mas vêem os outros fazer coisas... subir escadas com as ortóteses e eles até nem têm potencial, mas a vontade de fazer igual... consegue fazê-lo e às vezes nem são pessoas que se falam porque um está internado e o outro vem como externo, outras vezes é o aspecto negativo, também os leva a desmotivar...”*

Quadro 2 – Categoria A, sub categorias e sub, sub categorias

Categoria A - Aspectos da comunicação relevantes para o exercício profissional dos fisioterapeutas	
A1 Comunicação relacional (terapeuta/doente)	A2 Comunicação organizacional
A1.1 Comunicação verbal	A2.1 Comunicação na gestão
A 1.2 Comunicação não verbal	A2.2 Comunicação entre terapeutas
A1.3 Motivação do doente	A2.3 Comunicação terapeuta/outros profissionais saúde
A1.4 Relação terapêutica	A2.4 Promoção da imagem da profissão
A1.5 O poder nas interações terapeuta/ doente	A2.5 Comunicação escrita entre terapeutas e outros profissionais saúde
A1.6 Comunicação escrita terapeuta/doente	A2.5 Comunicação entre doentes

A sub categoria **B1**. inclui cinco sub, sub categorias:

B1.1 – Patologia grave

Nesta sub, sub categoria compreende as situações problemáticas relacionadas com o estado clínico do paciente.

E1, III (...) “...Porque a patologia do doente é grave...”

E2, III(...) “...Tenho uma doente que tem esclerose múltipla, 24 anos em que para a conseguir tratar tenho que ser um bocado bruto a falar com ela, apesar de não ser o meu género, portanto a pessoa tem que adaptar a comunicação em função de quem está do lado de lá.”

E3, III (...)“ Pensam que estão no desespero total e que aquilo já nunca mais vai ficar bom... com certeza com essas, e se calhar temos um cuidado extra especial, onde por vezes até sabemos perfeitamente, perfeitamente entre aspas, que não vai haver grandes melhoras (...)”

E4, II2 (...) “Era uma situação tão delicada até porque nessa fase a Sra. estava em coma (...) como é que eu vou responder a esta pergunta tão delicada?... que com certeza ele já teria posto aos enfermeiros todos, aos médicos todos, etc. Ou ele queria conferir se todos diziam o mesmo, ou eventualmente não lhe diziam nada e ele queria ver se através deste novo elemento” (...)

E5, III “Há patologias que pela sua severidade, pela nível de incapacidade, pelo prognóstico (...)”

E5,III “ (...) Incapacidade, dependência aí a comunicação é muito mais reservada. (...) Não digo ocultar a verdade, digo dizer a verdade por outras palavras, não ser taxativo. (...) Não, já chega o choque que as pessoas têm, as pessoas têm sempre alguma esperança, não é? Nós não vamos cercear essa esperança. (...) É um quadro de patologia grave devido ás incapacidades funcionais (...)”

E6,II2 (...)“ Ou porque a patologia do doente é grave... pelo caso em si ser complicado, é

um caso que, para todos os efeitos, foi uma cirurgia do ombro, e para todos os efeitos, o ombro não se está a libertar com facilidade, correu mal (...)

B1.2 – Comunicação de más notícias

Nesta sub, sub categoria incluíram-se a alusão a episódios de comunicação de más notícias relatados como sendo vividos com dificuldade.

E1,III1 (...) *“E portanto tudo o que se diz tem que ser muito medido... já que as repercussões que vai ter no outro são dramáticas. Não é?”*

E1,II2 (...) *“ Pôs-me uma questão frontalmente que foi: - Quando é que eu vou ficar bom? O que... é uma pergunta ...complicada não é? (...), bom ele nunca vai ficar(...) perguntei o que é que ele entendia por bom, o que é que queria dizer com isso? E ele disse-me: - Bom, bom é como eu era antes! Ora bom é como era antes... então bom é nunca...não é? E como é que se diz isto a alguém, que é jovem ainda por cima que, que trabalha que tem uma profissão (...) Como é que se...Não pode deixar de se dizer a verdade, não se podem criar expectativas pouco realistas e a verdade é que completamente bom ele não ficará...este tipo de situações em que realmente se tem uma noticia muito pouco simpática para se dar a alguém de alguma crueldade (...) em que a verdade é dura de se dizer e nós temos consciência de que ela vai ter implicações muito fortes na auto imagem do outro e nas expectativas e até mesmo na adesão ao tratamento e portanto são situações para as quais nunca nos sentimos completamente à vontade e penso que ninguém consegue lidar com elas sem ficar marcado, portanto, pela expressão que lê nos olhos do outro quando se diz o que tem que se dizer... no fundo ...”*

E4,II1 (...) *“Estou-me a lembrar duma pergunta, que um doente me fez, há dez anos ou onze anos atrás, quando era estagiário, e à qual não sobe responder, ... “Eu vou voltar a andar?” quer dizer, independentemente dos meus conhecimentos técnicos de poder responder dessa forma, havia uma incapacidade da minha parte em conseguir responder...como é que eu lhe vou dizer que ele não vai conseguir andar, de que forma é que eu vou comunicar isto, qual a forma d’eu comunicar isto? Qual a forma mais adequada?” (...)*

E4,III1 (...) *“Às vezes comunicar algo menos positivo duma forma errada pode não ajudar a continuidade da recuperação do indivíduo, portanto pensando agora na recuperação terapêutica ... mas pode-se passar também com um colega , quer dizer com isso que há situações muito delicadas em que a forma de tratar a comunicação ou de comunicar essas situações pode ser problemático (...)Centrei-me um bocadinho nas más notícias (...) normalmente é essa que limita um pouco mais como agimos, como é que comunicamos, é a que nos perturba mais”*

B1.3 – Mau prognóstico de reabilitação

Nesta sub, sub categoria estão incluídas as referências à dificuldade nas interações com doentes cujo potencial de reabilitação é limitado.

E1,II1 (...) *“Promete pouco em termos de reabilitação...”*

E1,II2 (...) *“O potencial de reabilitação dele era muito pequeno já tinha passado muito tempo desde o AVC” (...)*

E3,II1 (...) *“Não vai haver grandes melhoras, e tenta-se pelo menos” (...)*

E3, II2 (...) *“Havia pouca esperança acerca da recuperação” (...)*

E4, II2 (...) *“Situações em que nós sabemos que o doente não vai evoluir mais do que aquilo. Aquele é o seu potencial. Também sinto que às vezes isso me traz alguma dificuldade em saber lidar, portanto como dizer, quando dizer, o que dizer.” (...)*

E5,II1 (...) *“A comunicação tem de ser uma comunicação... não é disfarçada, mas muito canalizada para uma ... optimização, uma motivação extraordinária, muitas das vezes a terapêutica instituída não é por si só o veículo fundamental para a sua realização mas é mais um ... paliativo. Portanto aí a comunicação é muito... depende da experiência do técnico de saúde ...”*

E6,II1 (...) *“O nosso prognostico for reservado... se nós achamos que a evolução do caso vai ser bastante difícil, que não vai ter a evolução, que deveria ter ... essa situação tem que ser explicada, para quebrar a expectativa, quebrar as expectativas ilusórias” (...)*

B1.4 – Patologias que impedem o doente de falar

Incluíram-se nesta sub, sub categoria as alusões à dificuldade de comunicar com pacientes impedidos de expressão verbal.

E5,II1 “ (...) *Doentes cuja comunicação é mínima, mesmo o estado clínico deles não os leva a tentar falar...é uma coisa mínima, não conseguimos atingir os objectivos que nos propusemos não é?”*

E4, II2 (...) *“Os cuidados intensivos que são sempre uma zona complicada de utilização da comunicação, principalmente a comunicação verbal, entram outros aspectos importantes como a comunicação através do contacto, do tacto (...) mas estava em coma e portanto a comunicação também era muito restrita.”*

B1. 5 – Psicológicas

Incluíram-se nesta sub, sub categoria as alusões à dificuldade de comunicar com pacientes que apresentem alterações psicológicas.

E1,II1 “ (...) A interacção é difícil, porque esse individuo tem qualquer problema comportamental da parte dele...”

E1, III “ (...) Ou porque tem, tem negação ...”

E2,II2 “ (...) Ela pura e simplesmente não colaborava, ela esquece tudo o que se lhe diz.”

E3, III “ (...) Há pessoas que surgem mais debilitadas psicologicamente ...”

E5,II1 “ (...) Aquilo era uma negação, entrava em depressão e chorava e tinha uma relação muito má com os terapeutas.”

A sub categoria **B2**. inclui três sub, sub categorias:

B2.1 – Excesso de trabalho

Foram incluídas nesta sub, sub categoria as dificuldades relacionadas com o número elevado de doentes.

E3,II2 “ (...) *Quem vê por manhã 60 pessoas não pode tratar bem nem tem tempo para nada.*”

B2.2 – Informações divergentes de outros profissionais de saúde

Nesta sub, sub categoria estão incluídas as situações problemáticas referidas quando existem contradições nas informações transmitidas aos doentes por diferentes profissionais de saúde.

E1,II2 “ (...) *Não sei muito bem porquê, nem percebo muito bem porque razão, foi dito que ele não deveria fazer fisioterapia durante um ano porque não podia fazer esforços nenhuns (...)*”

E5,II2 “ (...) *Houve uma opção terapêutica mais invasiva, precoce, não tendo em conta a situação da própria doente, a sua disposição, uma avaliação psicológica. Esse deficit de informação, ocultado até ao próprio serviço, da sua não melhoria, da situação, deram-lhe a entender que ficaria boa com a fisioterapia (...) houve por parte de outro serviço uma tentativa mais invasiva de... tentar manipular, (...) ela vai ao bloco quando acorda dizem-lhe: - Está ótima, e quando volta ao serviço, no primeiro dia de avaliação (...) nós avaliamos e constatamos que está na mesma, ou pior, e a primeira coisa que fazemos é uma avaliação interdisciplinar, para avaliar in loco e chamamos o ortopedista que a operou primeiro e manipulou depois, para ela ter uma noção real da sua situação clínica. Afinal piorou, melhorou?... Portanto... e as culpas que eram imputadas ao serviço e a determinados terapeutas depois afinal... não era culpa nossa, era sim a situação clínica do próprio doente, a abordagem cirúrgica não foi a melhor se calhar era um caso que não se devia logo a priori ter avançado tão drasticamente (...)*”

B2.3 – Transferência de doentes entre terapeutas

Inclui situações relatadas como difíceis quando a organização e distribuição do trabalho exigem uma troca de terapeuta.

E6,II2 “ (...) Um caso complicado porque o que é que acontece?...acontece que estive comigo algum tempo depois quando passou para as mãos de outro ...(...) a pessoa começou, não na frente dele, mas começou a tecer comentários (...) directamente não disse à pessoa, mas disse a várias pessoas e chegou aos ouvidos, do colega (...) O doente depois de mudar de terapeuta, é que começou a tecer esses comentários.....não me fiz entender?”

A sub categoria **B3.** inclui três sub, sub categorias:

B3.1 – Doente que não fala português

Dificuldades referidas nas interações com doentes que não falam Português.

E1,II2 “... O doente não era português (...) falávamos uma língua que não era a nossa língua materna, portanto o Sr. era iraquiano e não falávamos em português, falávamos em inglês, e portanto logo aí... o problema da língua era para ambos uma dificuldade, estávamos ambos a tentar comunicar numa língua que não dominamos completamente (...)”

B3.2 – Doente de baixo estrato social

Inclui relatos de dificuldades nas interações com doentes de baixo estrato social.

E3,III1 “ (...) Depende... e... é mesmo assim às vezes, da formação do grau académico (...) se for por meios técnicos ficam na mesma, não é? Ou pior, ainda pensam que é alguma doença muito grave. É tentar explicar e orienta-los, explicar-lhes por coisas mais básicas, mais simples o que é que se passa.”

E5,III1 “ (...) Há doentes que tem necessidades muito próprias e a comunicação tem de ser muito limitada em face do seu estrato sócio económico (...)

B3.3 – Diferenças culturais

Inclui relatos de dificuldades nas interações com doentes oriundos de outras culturas.

E6 III1 “ (...) Culturais (...) A religião.”

Sub categoria B4. – Sexuais

Incluimos nesta sub categoria as referências a dificuldades de comunicação relacionadas com o sexo do doente.

B4.1 – Atracção/ Repulsão

Incluimos nesta sub, sub categoria as referências à diferença sentida nas interacções com indivíduos em função do sexo.

E3,II2 “ (...) Quase que uma relação mais de amizade, do que uma relação terapeuta doente percebes? (...) porque, se calhar por, por se calhar, não sei mesmo explicar, se calhar por ser jovem ou por ser... não por ser mulher não tem nada a ver!...Mas... não digas claro assim claro não é? ...(risos)... não mas não é por isso! (...) Por exemplo o Y não o apanhei em coma, nem pouco mais ou menos, apanhei-o mais avançado e, acho eu, o esforço que eu fazia com um fazia com outro, não era, não era por isso... mas não dava mais de mim à X!!!”

B4.2 – Opção sexual do doente

Nesta sub, sub categoria incluimos as alusões a dificuldades sentidas, nas interacções terapeuta/ doente quando o doente é homossexual.

E6, III “Situações difíceis... um homossexual por exemplo”

Sub categoria B5 – Relação

Incluimos nesta sub categoria as situações difíceis decorrentes da interacção propriamente dita.

B5.1 – Incompatibilidade pessoal entre terapeuta /doente

Incluirmos nesta sub, sub categoria as situações difíceis que se manteriam, independentemente dos papéis que as pessoas assumem na prestação dos cuidados de saúde.

E1,III “(...) Aquele individuo em particular choca, ou nós chocamos com aquele individuo em particular, porque ele nos irrita ou desencadeia em nós reacções de pouca simpatia, independentemente do contexto profissional portanto... Essas incompatibilidades pessoais existem e nessa situação, às vezes tudo se torna muito complicado... não há uma empatia pessoal que se estabeleça e há uma embirração, digamos assim, prévia com a pessoa quase, quase espontânea de momento...”

E2, II2 (...)”O Sr. Tinha assim um ar rude mas eu via, eu via que o homem tentava , esforçava-se e eu puxava por ele também, já com uma certa idade (...)...é a dificuldade havia uma certa dificuldade em comunicação com ele mas eu puxava por ele” (...)

E5,II1 “ (...) Há a negação dos próprios terapeutas que eram depreciados.”

E6, II1 “ (...) A doente é difícil, ela fala muito.”

E6,II2 “ (...) Automaticamente o colega... depois acabou por haver ali... um factor de rejeição (...) Porque ficou desagradado: pronto se não está satisfeito com os meus tratamentos, à partida não deveria ser eu, a trata-lo. Porque ele também não se sente à vontade com o doente.”

B5.2 – Características particulares da personalidade de doente

Nesta sub, sub categoria serão incluídas as referências a características pessoais dos doentes que são identificadas, pelos fisioterapeutas, como perturbadoras da interacção.

E1,III1 “(...) As dificuldades que aquela pessoa em particular pode ter a lidar com uma situação que para outra até podia não ser assim tão complicada, mas que para aquela pessoa se reveste de uma importância especial...”

E1,II2 “(...) Quando não haja da parte daquele doente em particular uma grande capacidade de lidar com a situação ... Ou porque tem, negação, ou porque tem da ideia de se tratar sempre uma ideia muito passiva e portanto não está muito sensibilizado para o facto ... em fisioterapia precisamos que ele tenha um papel activo...”

Sub categoria B6 – Crianças

Dificuldades referidas na interacção com a criança doente.

E2, III1 “ (...) Se for uma criança é mais difícil. Uma criança, a pessoa tem que ter um tipo de diálogo completamente diferente (...)”

Quadro 3 – Categoria B, sub categorias e sub, sub categorias

Categoria B - Situações do exercício profissional potencialmente problemáticas					
B1Clínicas	B2Sócio culturais	B3Relação	B4Género	B5Organização do trabalho	B6Crianças
B1.1 Patologia grave	B2.1 Doente que não fala português	B3.1 B2 Incompatibilidade pessoal entre terapeuta /doente	B4.1 Opção sexual do doente	B5.1 Transferência de terapeutas	
B1.2 Comunicação de más notícias	B2.2 Diferenças culturais	B3.2 Características particulares da personalidade do utente	B4.2 Sexualidade – atracção /repulsão	B5.2 Excesso de trabalho	
B1.3 Psicológicas	B2.3 Doentes de baixo estrato social				
B1.4 Mau prognóstico de reabilitação					
B1.5 Patologias que impedem o doente de falar					

A sub categoria **C1**. inclui cinco sub, sub categorias:

C1.1 – As escolas devem ser responsáveis pela formação em comunicação

Sub, sub categoria onde incluiremos as opiniões favoráveis a que a formação em comunicação ocorra durante o curso de fisioterapia.

E1,III1 “ (...) Em principio as escolas não é? As escolas tem de alguma maneira nos preparar para esta vertente dos nossos cuidados, porque são tão centrais não é? Que não pode deixar de ser, agora ... isso, não é fácil, não é fácil, e se calhar as pessoas nunca estarão completamente preparadas neste aspecto.”

E1,III3 “ (...) Abordagem muito prática trouxessem para a sala as situações problemáticas e experimentassem mudar de papel” (...)

E2,III1 “Acho que as escolas deviam.... Acho que é muito importante.”

E3,III2 “ (...) Talvez ser parte do curso, ser parte do curso!” (...) ” se realmente, se te for dito que é necessário comunicar, e que é necessário, que é um aspecto muito importante, com certeza que as pessoas vão estar mais atentas e a tentar explorar isso, não é...?”

E4,III1 “ (...) Numa primeira instancia são as escolas, muito importante, numa primeira fase são as escolas, porque o modelo de estágio existente, talvez atribua demasiada responsabilidade ao aluno logo de fase inicial (...) numa primeira instancia às escolas, atribuindo depois esse tipo de formação também aos monitores de estágio e também aos restantes não é? ”

E4,III1 “ (...) Utilizando roll play, eventualmente que são áreas que os outros dominam, mas nós temos as vivências que permitem caracterizar esse roll play (...)”

E5,III1 ” (...) Eu acho que na formação básica deve ser incentivado,”

E6,III1 “As escolas (...) académica, as escolas, académica. (...) A formação tem grande importância tem, tem toda.(...) Não, não, não, não, até porque a formação vai ensinar mas também vai recordar, essa já inata, vai recordar porque as pessoas às vezes sabem mas

nunca reflectiram sobre isso.”

E6III3 “ *Gestão de conflitos nunca se abordou.”*

C1.2 – A comunicação como aspecto transversal nos currícula

Esta sub, sub categoria inclui as referências à comunicação como tema interdisciplinar, durante o curso de fisioterapia.

E1III2 (...) “*Esta preocupação tem que ser uma preocupação muito mais transversal, o que eu quero dizer é que se calhar só com uma visão interdisciplinar destes aspectos é que podemos chegar a algum lado (...) porque não há receitas. Não é? Pelo menos eu não vejo que haja receitas de comportamentos ou de...se calhar o que as escolas têm que fazer é tornar ou incutirem e... fazerem parte da agenda do processo de profissionalização também a atenção à comunicação, e se calhar as pessoas têm que se tornar...nós fisioterapeutas temos que nos tornar muito mais reflexivos sobre o impacto da comunicação (...) pôr as pessoas a reflectir sobre o impacto da comunicação nas práticas, portanto ter a capacidade de perceber qual o impacto que a comunicação tem e trazer isso realmente para a abordagem em fisioterapia a todos os níveis (...) mais do que isso ... tornar os aspectos comunicacionais uma área transversal a várias unidades curriculares e presente realmente naquilo que é formar um fisioterapeuta..”*

E4III2 (...) “*Embora eu defenda, o trabalho em equipa o que acontece muitas vezes, a realidade, é o processo individual e portanto temos o docente da área da fisioterapia ou das ciências da fisioterapia a fazer sozinho, ou a tentar fazer sozinho aquilo para o qual também provavelmente não terá a competência mais completa (...) temos felizmente nos actuais cursos algumas disciplinas que trabalham isso, deveriam trabalhar isso em termos de objectivos da própria disciplina porque ela está traçada com essa intenção (...) é preciso investir nessa área falta interdisciplinaridade (...) olhando para os conteúdos programáticos parecem muito desmembradas (...) A não ser que existam as tais equipas que preparam as coisas em equipa (...) dá-me ideia de que no fundo isso não está ainda bem trabalhado a esse nível, nós ainda não conseguimos controlar a formação.”*

E5III2 (...) “*Os miúdos agora têm sociologia e psicologia da saúde, é falado um pouco nisso mas deve ser incentivado fundamentalmente em todas as cadeiras, em todas as formas de relacionamento com o doente, na pratica clínica tem que se dar um ênfase um enfoque extraordinário. (...) Tem que ser também preocupação nossa porque nós é que estamos á frente do doente, e face a uma patologia (...) E não específica de uma área, não pode ser, desconexa... tem que ser parte integrante de todas as abordagens terapêuticas. A comunicação é fundamental.”*

C1.3 – Nova disciplina de comunicação

Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à necessidade duma nova unidade curricular de comunicação, a incluir no curso de fisioterapia.

E2,III3 (...) *“Ou mais uma disciplina” (...)*

E3,III3 (...) *“Uma nova disciplina, por exemplo o estudo que estás a fazer devia ser feito para articular as necessidades que se sentem no quotidiano com os conteúdos dessa nova cadeira, não sei se me estas a perceber?”*

E4,III1 “ (...) *Uma disciplina teria talvez uma estrutura modelar, mas em equipa, não módulos separados em que um vai lá faz o que tem a fazer... em que as áreas das ciências sociais associada à área da fisioterapia, (...) pudesse complementar um bocadinho” (...)*

E5,III1 (...) *“Liderança comunicação organizacional, motivação. (...) Faria sentido para mim que existisse uma cadeira de comunicação, comunicação organizacional, gestão de conflitos (...) o saber estar o saber ouvir.”*

C1.4 Orientar a cadeira de psicologia para a área da comunicação

Sub, sub categoria que inclui as opiniões de que a cadeira de psicologia deveria ser orientada no sentido da comunicação.

E2, III3 (...) *“Ou direccionar-mos a cadeira de psicologia, para essa área da comunicação.”*
(...)

E3, III3 (...) *“Ter alguma cadeira de psicologia (...) mas não a forma como era dada, não tinha nada, mas mesmo nada a ver!”*

E3, III3 (...) *“Ou aproveitar o que nos temos, de haver muitos fisioterapeutas que são psicólogos e como tem a experiência, de aplicar isso orientar por exemplo esse tipo de trabalho para isso (...) Pronto aproveitar a experiência como fisioterapeutas, a maior formação a nível de psicologia e tentar tirar maior partido disso.”*

E3, III3 (...) *“É aproveitar os conhecimentos de psicologia e a experiência da fisioterapia para orientar o estudo...”*

E6, III2 *“Acho que há uma disciplina que vinca um bocadinho que é no 4º ano a psicologia da saúde não sei se tem a ver com o professor ...os testem também os próprios testes eram uma resolução de casos práticos. Casos terminais, jovens com traumatismos crânio encefálicos, crianças também terminais, preparar, como é que será a nossa abordagem aos velhotes numa situação mais terminal isso acaba por ... ensina bastante.”*

C1.5 – Formação académica pós licenciatura

Nesta sub, sub categoria incluíram-se as opiniões de que a formação dos fisioterapeutas em comunicação deverá ser académica, mas pós licenciatura.

E4, III3 “ (...) *Mestrado (...)*”

C2 – Formação contínua

Nesta sub, sub categoria incluem-se as opiniões de que a formação dos fisioterapeutas em comunicação deverá ser contínua.

E1III3 (...) *“Não são só as escolas, se calhar do ponto de vista da formação contínua isto será sempre uma área em que as pessoas poderão, valorizar-se”* (...)

E4, III3 (...) *“Para o fisioterapeuta, ele obrigatoriamente deve fazer formação pós graduada workshops cursos... nessa área, deve procurar munir-se da informação necessária”* (...)

E6,III3 (...) *“Pode fazer-se formação nesse sentido (...) os congressos as jornadas.”*

C3 – Capacidade inata

Nesta sub, sub categoria incluem-se as opiniões de que as competências em comunicação são capacidades inatas.

E6, III1 (...) *“Há pessoas que... Não é palmadinhas nas costas, mas tem a ver com a forma de cativar o doente. Nos profissionalmente devemos cativar o doente. Mas, há características que tem a ver com a pessoa, são inerentes à pessoa, não tem a ver com a questão profissional ou com a formação académica, eu acho que é um trunfo... é um grande trunfo!”*

Quadro 4 - Categoria C e sub categorias

Categoria C – Formação dos fisioterapeutas em comunicação		
C1 – Académica	C2 – Formação contínua	C3 – Capacidade inata
C1.1 As escolas devem ser responsáveis pela formação em comunicação		
C1.2 A comunicação como aspecto transversal nos curricula		
C1.3 Nova disciplina de comunicação		
C1.4 Orientar a cadeira de psicologia para a área da comunicação		
C1.5 Formação académica pós licenciatura		

Através dos procedimentos da análise de conteúdo exploratória foi possível fazer o levantamento das várias dimensões de cada uma das categorias.

Os aspectos da comunicação, considerados relevantes, pelos informantes, para o exercício profissional dos fisioterapeutas (Categoria A), estão compreendidos em dois grandes domínios: a comunicação relacional terapeuta/ doente (sub categoria A1); a comunicação organizacional (sub categoria A2).

Em relação à comunicação terapeuta/ doente foram encontrados vários aspectos a valorizar: comunicação verbal; comunicação não verbal; motivação do doente; relação desenvolvida entre ambos; o poder nas interações terapeuta/ doente; comunicação escrita terapeuta /doente.

Na comunicação organizacional as áreas mencionadas pelos informantes foram: comunicação na gestão; comunicação entre fisioterapeutas; comunicação entre fisioterapeutas e outros profissionais de saúde; comunicação escrita entre fisioterapeutas e outros profissionais de saúde; comunicação entre doentes, promoção da imagem da profissão.

As situações do exercício profissional consideradas, pelos informantes, potencialmente problemáticas situam-se em seis áreas: características ligadas à situação clínica; aspectos sócio culturais do doente; relação estabelecida entre este e o fisioterapeuta; aspectos sexuais; organização do trabalho; tratamento de crianças.

Em relação à situação clínica foram mencionados pelos informantes: gravidade da patologia; necessidade de comunicar más notícias; mau prognóstico da reabilitação; perturbações de ordem psicológica do doente; patologias que impedem o doente de falar.

Os informantes mencionaram problemas relacionados com aspectos sócio culturais: doente que não fala português; diferenças culturais entre o fisioterapeuta e o doente; doentes de baixo estrato social.

No que diz respeito à relação desenvolvida entre o fisioterapeuta e o doente foram referidos pelos informantes dois aspectos: incompatibilidade pessoal entre o fisioterapeuta e o doente; características particulares da personalidade do doente.

As situações problemáticas ligadas ao género mencionadas pelos informantes foram: opção sexual do doente; atracção ou repulsão sexual entre o fisioterapeuta e o doente.

A organização do trabalho foi mencionada como geradora de situações problemáticas em dois aspectos: transferência de doentes entre fisioterapeutas; excesso de trabalho.

Os informantes referiram que a formação em comunicação dos fisioterapeutas deveria ser obtida: em contexto académico; através de formação contínua; apesar de dever ser fornecida formação, as competências em comunicação têm origem em capacidades pessoais inatas.

Os informantes que partilharam connosco a sua opinião de que a formação em comunicação deveria ser académica expressaram várias ideias nesse sentido: ser da

responsabilidade das escolas que ministram o curso superior de fisioterapia; a comunicação deve ser um aspecto transversal ao curriculum do curso de fisioterapia; deverá existir uma unidade curricular específica de comunicação; orientação da unidade curricular de psicologia para a área da comunicação; formação pós graduada em comunicação.

4.5. Construção do questionário

A partir dos dados encontrados na análise de conteúdo das entrevistas exploratórias e da análise dos currículos dos cursos de fisioterapia das diferentes escolas, tendo em consideração a revisão da literatura, elaborou-se uma primeira versão do questionário.

A primeira parte do questionário pretende averiguar características sócio demográficas que consideramos relevantes para caracterizar os participantes no estudo. Inquirimos o sexo, a idade, o tempo de exercício profissional, o tipo de instituição onde desempenha a actividade profissional e a formação académica.

A segunda parte do questionário é constituída por três tipos de questões: fechadas (com duas ou quatro opções de resposta); fechadas para ordenação de seis itens; abertas.

A primeira questão é fechada e pretende averiguar qual a área da comunicação mais relevante para o exercício profissional (comunicação terapeuta/ doente ou comunicação na organização de saúde).

Na segunda questão é pedido aos participantes do estudo, que ordenem por ordem decrescente de relevância seis aspectos, relativos à comunicação com o doente (comunicação verbal; comunicação não verbal; motivação do doente; relação terapêutica; o poder nas interações terapeuta/doente; comunicação escrita terapeuta/doente).

A terceira questão é aberta e pede-se aos participantes que refiram outro aspecto que para eles seja relevante na comunicação com o doente para além dos mencionados na questão anterior.

A quarta questão é fechada e pretende averiguar qual a interpretação que os participantes têm sobre a origem das dificuldades de comunicação com os doentes. As opções são quatro (situação clínica; organização do trabalho; aspectos sócio culturais; factores ligados à relação que se estabelece com o doente).

Na quinta questão solicita-se a ordenação, por dificuldade decrescente, de doentes que numa primeira análise os participantes julgariam mais difíceis: criança;

indivíduo de outra etnia; indivíduo homossexual; colega fisioterapeuta; outro profissional de saúde; idoso.

A sexta questão é aberta e pede aos participantes que relatem uma situação em que não soubessem como agir e se sentissem pouco à vontade, identificando a origem do seu constrangimento.

Na sétima questão solicita-se a ordenação por ordem decrescente de identificação seis frases relativas ao tratamento de doentes do sexo oposto (o sexo do doente, para mim, é irrelevante; é mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto; por vezes geram-se situações dúbias que são constrangedoras; é-me indiferente, mas alguns doentes preferem ser tratados por pessoas do mesmo sexo; se o doente for idoso/a, não há problema; pode ser difícil, mas depende do tipo de patologia e do tratamento em questão).

Na oitava questão solicita-se a ordenação por ordem decrescente de identificação o papel atribuído à comunicação com o doente (a comunicação com o doente é imprescindível para o motivar; a comunicação com o doente é importante para lhe transmitir o que se pretende com o tratamento; a comunicação com o doente é importante para compreender o que ele pretende com o tratamento; a comunicação com o doente é imprescindível para estabelecer uma aliança terapêutica; a comunicação com o doente permite obter informações imprescindíveis à tomada duma boa decisão clínica; a comunicação com o doente é importante para que ele sinta que é ouvido na tomada de decisões, ainda que sejamos nós a guiar o sentido dessas decisões).

Na nona questão é pedido aos participantes do estudo, que ordenem por ordem decrescente de relevância seis aspectos relativos à comunicação nas organizações de saúde (comunicação na gestão dos serviços; comunicação entre terapeutas; comunicação terapeuta/outros profissionais saúde; promoção da imagem da profissão; comunicação escrita entre terapeutas e outros profissionais saúde; comunicação entre os doentes).

A décima pergunta é fechada e averigua se para ser um bom fisioterapeuta, na opinião dos participantes, é necessário ser um bom comunicador.

A décima primeira pergunta é fechada e pretende saber se os participantes acham que a actual formação em comunicação pode ser melhorada.

A décima segunda pergunta destina-se somente aos participantes que responderam afirmativamente a questão anterior. É pedido aos participantes que ordenem de forma decrescente de importância seis estratégias para melhorar a formação em comunicação (a comunicação deverá ser encarada como tema interdisciplinar, durante todo curso de fisioterapia; é necessário incluir no curso, nova unidade curricular de comunicação em fisioterapia; a cadeira de psicologia da saúde deveria ser mais orientada no sentido da comunicação; a formação dos fisioterapeutas em comunicação deve ser académica e pós licenciatura; a formação em comunicação dos fisioterapeutas deve ser contínua e não académica; as competências em comunicação são inatas).

A décima terceira questão destina-se aos participantes que respondera negativamente à décima primeira questão, é uma questão fechada com duas opções: A actual formação é muito completa nesta área; O bom desenvolvimento profissional não depende das competências em comunicação.

A décima quarta questão inquirir sobre a pertinência do estudo. É pedida a ordenação decrescente de seis frases consoante o grau de identificação dos participantes com cada uma delas (A formação em comunicação é um imperativo para evitar que se constitua num obstáculo a estudos quantitativos fidedignos em fisioterapia; É importante reflectirmos sobre o impacto da comunicação, se quisermos centrar a nossa intervenção nos doentes; A preocupação com a imagem que transmitimos aos utentes, da nossa actividade, é uma prioridade, se queremos sustentar o processo de profissionalização da fisioterapia; A pressão exercida pelos vários stakeholders (público em geral, os doentes, as entidades financiadoras, a gestão, os vários grupos profissionais etc.) nos serviços de saúde, exige-nos que desenvolvamos melhores competências em comunicação; Não acho que o estudo possa contribuir para melhores práticas em fisioterapia; Educar para a saúde é uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, que exige dos profissionais maiores competências em comunicação).

É possível definir três dimensões no questionário:

- Relevância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas: Questões 1, 2, 3, 8, 9, 10 e 14 da segunda parte.
- Situações problemáticas/ dificuldades sentidas: Questões 4, 5, 6 e 7 da segunda parte.
- Formação dos fisioterapeutas em comunicação: Questões 11, 12 e 13 da segunda parte.

4.6. Pré teste e aplicação do questionário

Realizou-se o pré teste, tendo o questionário sido aplicado a doze fisioterapeutas que não participaram no estudo.

A questão número quatro solicitou dúvidas, por ter quatro opções para uma única escolha. Alguns dos fisioterapeutas ordenaram à semelhança do que era pedido noutras questões. Alterou-se o texto de forma a tornar claro o que se pretendia.

Não foi necessário alterar nenhuma outra questão.

O questionário foi aplicado durante os meses de Maio e Junho de 2005, tendo os participantes, respondido ao questionário, na presença do investigador.

4.7. Tratamento e análise dos dados recolhidos pelo questionário

4.7.1. Codificação dos dados obtidos nas questões fechadas

Utilizou-se o programa SPSS 11, foi necessário proceder à codificação das alternativas das respostas fechadas.

A primeira parte do questionário foi codificada da seguinte forma:

A questão número um pretende identificar o sexo do participante, o sexo feminino foi codificado “1”, o sexo masculino com o número “2”.

A questão número dois inquirir a idade, tendo sido tratada como uma variável ordinal, sendo codificada como uma escala numérica, correspondente à idade referida por cada participante.

A terceira questão inquirir os anos de exercício profissional foi codificada da mesma forma que a anterior.

A quarta questão averiguar qual o tipo de instituição onde o participante exerce a sua actividade profissional e foi codificada da seguinte forma:

Hospital Público à alternativa “*Hospital Público*”;

Hospital Privado à alternativa “*Hospital Privado*”;

Clínica privada à alternativa “*Clínica privada*”;

IPPS à alternativa “*Instituição de Solidariedade Social*”;

Gabinete próprio à alternativa “*Gabinete/ Consultório próprio*”.

Além das cinco alternativas de resposta a pergunta número quatro apresenta a possibilidade ao participante de referir outro local diferente dos anteriores. Não houve necessidade de codificar essa alternativa de resposta aberta porque nenhum dos inquiridos a utilizou.

A quinta questão averigua o grau académico dos participantes e foi codificada da seguinte forma:

Bacharel à alternativa “*Bacharel em fisioterapia*”;

Aluno Licenciatura à alternativa “*Aluno do 2º ciclo de licenciatura bietápica*”;

Licenciado à alternativa “*Licenciado em fisioterapia*”.

Tal como na questão anterior, para além das três alternativas de resposta, a pergunta apresenta a possibilidade ao participante de referir outro grau académico. Não houve necessidade de codificar as respostas a essa alternativa, porque nenhum dos participantes respondeu fora das alternativas fechadas.

A segunda parte do questionário colocou maior dificuldade na codificação das questões fechadas, sobretudo daquelas em que se solicitava a ordenação de frases ou itens. As alternativas de preenchimento do questionário, são constituídas por frases longas e o programa informático limita o número de caracteres por variável. Procurou-se atribuir “rótulos” que traduzissem o sentido das afirmações de cada uma das questões, para que a leitura e interpretação dos resultados fosse mais fácil.

Na questão número um, foram atribuídos os códigos:

Relacional à alternativa “*Comunicação terapeuta/ doente*”;

Organizacional à alternativa “*Comunicação na organização de saúde*”.

Os códigos atribuídos aos seis diferentes aspectos da comunicação com o doente para ordenação, na questão número dois foram:

Verbal, à “*Comunicação verbal*”;

Não verbal, à “*Comunicação não verbal*”;

Motivação, à “*Motivação do doente*”;

Relação, à “*Relação terapêutica*”;

O poder, à alternativa “*O poder nas interações terapeuta/doente*”;

Escrita, à alternativa “*Comunicação escrita terapeuta/doente*”.

A questão número quatro foi codificada da seguinte forma:

Situação clínica, à alternativa “*Factores ligados à Situação clínica*”;

Contexto trabalho, à alternativa “*Factores relacionados com a Organização do trabalho*”;

Sócio culturais, às “*Características Sócio culturais do doente*”;

Relação, à alternativa “*Factores ligados à relação que se estabelece com o doente*”.

À questão número cinco foram atribuídos os códigos:

Criança, a “*Criança*”;

Outra etnia, a “*Indivíduo de outra etnia*”;

Homossexual, a “*Indivíduo homossexual*”;

Fisioterapeuta, a “*Colega fisioterapeuta*”;

Profissional Saúde, a “*Outro profissional de saúde*”;

Idoso, a “*Idoso*”.

Às frases para ordenação na questão número sete foram atribuídos os seguintes códigos:

Irrelevante, à frase “*O sexo do doente, para mim, é irrelevante*”;

+Fácil H/M, à frase “*É mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto*”;

Situações dúbias, à frase “*Por vezes geram-se situações dúbias que são constrangedoras*”;

+Fácil sexo=, à frase “*É-me indiferente mas alguns doentes preferem ser tratados por pessoas do mesmo sexo*”;

Sexless old age, à frase “*Se o doente for idoso/a, não há problema*”;

Pode ser difícil, à frase “*Pode ser difícil, mas depende do tipo de patologia e do tratamento em questão*”.

As frases para ordenação na questão número oito foram codificadas como se segue:

Motivar, a frase “*A comunicação com o doente é imprescindível para o motivar*”;

Output, a frase “*A comunicação com o doente é importante para lhe transmitir o que se pretende com o tratamento*”;

Ouvir/ conhecer, a frase “*A comunicação com o doente é importante para compreender o que ele pretende com o tratamento*”;

Aliança terapêutica, a frase “*A comunicação com o doente é imprescindível para estabelecer uma aliança terapêutica*”;

Input, a frase “*A comunicação com o doente permite obter informações imprescindíveis à tomada duma boa decisão clínica*”;

Manipular, a frase “*A comunicação com o doente é importante para que ele sinta que é ouvido na tomada de decisões, ainda que sejamos nós a guiar o sentido dessas decisões*”.

Os códigos atribuídos aos seis diferentes aspectos da comunicação na organização de saúde, propostos para ordenação na questão número nove foram:

Na gestão, à “*Comunicação na gestão dos serviços*”;

Entre Fisioterapeutas, à “*Comunicação entre terapeutas*”;

Entre Profissionais, à “*Comunicação terapeuta/outros profissionais saúde*”;

Profissionalização, à “*Promoção da imagem da profissão*”;

Escrita, à “*Comunicação escrita entre terapeutas e outros profissionais saúde*”;

Entre doentes, à “*Comunicação entre os doentes*”.

As questões nove e dez não carecem de codificação específica pois as suas opções de resposta são só duas, sim (1) ou não (2).

Às frases para ordenação na questão número doze foram atribuídos os seguintes códigos:

Interdisciplinar, a “*A comunicação deverá ser encarada como tema interdisciplinar, durante todo curso de fisioterapia*”;

Nova unidade curricular, a “*É necessário incluir no curso, nova unidade curricular de comunicação em fisioterapia*”;

Psicologia Saúde, a “*A cadeira de psicologia da saúde deveria ser mais orientada no sentido da comunicação*”;

Académica pós licenciatura, a “*A formação dos fisioterapeutas em comunicação deve ser académica e pós licenciatura*”;

Contínua, a “*A formação em comunicação dos fisioterapeutas deve ser contínua e não académica*”;

Inata, a “*As competências em comunicação são inatas*”.

Na questão número treze, foram atribuídos os códigos:

Muito completa, à alternativa “*A actual formação é muito completa nesta área*”

Não depende, à alternativa “*O bom desenvolvimento profissional não depende das competências em comunicação*”.

Às frases para ordenação na décima quarta e última questão foram atribuídos os seguintes códigos:

Obstáculo Investigação Quantitativa, à frase “*A formação em comunicação é um imperativo para evitar que se constitua num obstáculo a estudos quantitativos fidedignos em fisioterapia*”;

Centrado no doente, à frase “*É importante reflectirmos sobre o impacto da comunicação, se quisermos centrar a nossa intervenção nos doentes*”;

Imagem profissão, à frase “*A preocupação com a imagem que transmitimos aos utentes, da nossa actividade, é uma prioridade, se queremos sustentar o processo de profissionalização da fisioterapia*”;

Tack holders, à frase “*A pressão exercida pelos vários tack holders (público em geral, os doentes, as entidades financiadoras, a gestão, os vários grupos profissionais etc.) nos serviços de saúde, exige-nos que desenvolvamos melhores competências em comunicação*”;

Impertinência, à frase “*Não acho que o estudo possa contribuir para melhores práticas em fisioterapia*”;

Educar Saúde, à frase “*Educar para a saúde é uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, que exige dos profissionais maiores competências em comunicação*”.

4.7.2. Análise de conteúdo das questões abertas dos questionários

Procedeu-se à transcrição integral das respostas às questões abertas do questionário, tal como foram escritas pelos participantes.

À questão número três responderam dez dos inquiridos, à questão número seis, dezassete.

As respostas foram codificadas da seguinte forma: o primeiro algarismo identifica a questão; a letra "P" seguida de um número identifica o questionário de onde foi retirada a transcrição.

Atribuiu-se este código às respostas transcritas, para poder inserir posteriormente, no questionário a que pertencem, a codificação da/s categoria/s encontradas na análise de conteúdo de cada uma delas.

As respostas à questão número três, (*Existe para si algum outro aspecto que seja marcante, na comunicação, durante as interações com os doentes, que não se encontre na lista anterior? Qual?*) encontram-se no Quadro 5:

Quadro 5 – Respostas dos participantes à questão nº 3

<i>3P3 "A cultura, as crenças dos interlocutores."</i>
<i>3P4 " O facto de não ter conseguido transmitir (não seguiu as recomendações) as coisas que o doente não podia fazer em casa durante o processo de reabilitação. E pelos esforços repetitivos não melhorava..."</i>
<i>3P5 "A empatia criada entre a dualidade terapeuta/ doente."</i>
<i>3P6 "Comunicação terapeuta/ familiares."</i>
<i>3P9 "Ambiente de trabalho."</i>
<i>3P11 "Colaboração → intervenção do doente no tratamento."</i>
<i>3P12 "A empatia entre terapeuta/ doente."</i>
<i>3P16 "Motivação do terapeuta em relação aos pacientes que trata."</i>
<i>3P17 " Acho que é extremamente importante que o doente confie no terapeuta."</i>
<i>3P19 "Para uma boa comunicação e intervenção com o doente tem de existir uma relação de empatia."</i>

As respostas à questão número seis (*Já alguma vez viveu uma situação em que não soubesse como agir e se sentisse pouco à vontade? Relate sucintamente qual foi a origem do constrangimento.*) estão no Quadro 6:

Quadro 6 – Respostas dos participantes à questão nº seis

6P1 <i>“Assédio verbal por parte de um doente, situação que foi resolvida no momento com pedido de ausência do próprio e conversa no dia seguinte.”</i>
6P2 <i>“Perdi o controle da situação quando tratei pela primeira vez uma pessoa com diagnóstico de doença de Alzheimer. Por muito que disse-se passados 5 minutos a pessoa fazia as mesmas questões. Fiquei muito constrangida.”</i>
6P3 <i>“Quando me fazem elogios em frente de outros doentes em que me consideram um Deus na Terra. E uma outra situação em que um doente não lavava os pés desde a nascença.”</i>
6P5 <i>“Ao tratar um médico que conhecia perfeitamente a sua doença, mas que não tinha mais nenhuma solução e que recorreu a fisioterapia como última instância.”</i>
6P6 <i>“Situações que impliquem nudez em idosos.”</i>
6P7 <i>“Quando o doente vomitou.”</i>
6P8 <i>“Sim em estágio com um amputado ocorreram várias situações de falta de higiene por parte do doente, uma das quais o doente veio de casa sujo de fezes na roupa e na cadeira de rodas, a monitora de estágio não permitiu que se lavasse o doente em causa e perante a situação o doente foi andando na sua cadeira com vergonha a dizer que logo vinha para a próxima sessão.”</i>
6P9 <i>“Sim um doente que ultrapassava a linha de separação que eu própria criava para que não houvesse falta de respeito. Ele tratava-me por tu e várias vezes me faltou ao respeito.”</i>
6P10 <i>“Não saber como agir não aconteceu propriamente, mas com algum receio quanto à crítica ao meu procedimento sim. Tratamento de respiratória ao filho de uma médica que me pediu o estetoscópio para auscultar também!”</i>
6P11 <i>“Doente com metástases no pulmão, mas que apresentava grandes problemas de Depressão. Tive grande dificuldade em tornar o doente colaborador para o tratamento a mesma era muito pessimista.”</i>
6P12 <i>“Do pouco tempo de experiência profissional que tenho, infelizmente deparei-me com uma situação de assédio sexual.”</i>
6P13 <i>“No estágio de neurologia com um doente com um AVC e síndrome Pusher quando lhe pedi para realizar um exercício, ele mandou-me para um sítio não muito agradável.”</i>
6P14 <i>“Quando tratei um fisioterapeuta com muitos anos de carreira, logo tive medo de não conseguir atingir os meus objectivos na primeira sessão.”</i>
6P15 <i>“Sim existiu uma situação em que existia a necessidade de comunicar com uma doente surda-muda, e a linguagem gestual teria sido um maior contributo, do que a “mímica corrente.”</i>
6P16 <i>“Sim quando num estágio (Neuro-muscular) o paciente ainda em fase de choque medular (paraplégica alta) me perguntava se voltaria a andar.”</i>
6P18 <i>“O constrangimento advém de casos clínicos menos habituais, em que existe um menor contacto com essa situação.”</i>
6P19 <i>“Quando tratei um doente do foro psiquiátrico e não queria fazer absolutamente nada e dizia que eu não sabia o que estava a fazer. Queria ficar boa só com a conversa.”</i>

O corpus da análise é constituído pelas vinte e sete respostas obtidas. Foi feita a análise dos dois conjuntos de repostas de forma independente. As categorias foram definidas à posteriori.

Categorias 3A – Contexto – Nesta categoria, foram incluídas as referências ao contexto, como aspecto marcante da comunicação dos terapeutas com os doentes. Entendemos por contexto toda a influência social, cultural, ambiental e institucional, nas interacções entre o fisioterapeuta e o doente.

Categorias 3B – Atitudes/sentimentos – Nesta categoria, foram incluídas as referências dos participantes, às atitudes e sentimentos desenvolvidas pelas pessoas (fisioterapeutas e doentes), como aspecto marcante das interacções terapêuticas.

Definimos atitude como modo de procedimento que uma pessoa mantém em determinada conjectura. Sentimentos como as sensações e emoções experimentadas e vividas pelas pessoas.

Entendemos por interacção terapêutica o episódio comunicacional que ocorre quando um fisioterapeuta presta cuidados de saúde a um doente.

Sub categoria 3B1 – Dos fisioterapeutas – Nesta categoria, foram incluídas as referências dos participantes, às atitudes e sentimentos desenvolvidas pelos fisioterapeutas, como aspecto marcante das interacções destes com os doentes. Definimos atitudes e sentimentos da mesma forma que na categoria 3B.

Sub, sub categoria 3B1.1 – Motivação – Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à motivação dos fisioterapeutas em relação à sua actividade profissional. Definimos motivação como disposição, propensão para desenvolver determinada acção.

Sub, sub categoria 3B1.2 – Empatia – Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à empatia dos fisioterapeutas com os doentes. Definimos empatia como comunhão efectiva pela qual um sujeito se identifica com outro conseguindo experimentar os sentimentos deste.

Sub categoria 3B2 – Dos doentes – Nesta categoria foram incluídas as referências dos participantes, às atitudes e sentimentos desenvolvidas pelos doentes, como aspecto marcante das interacções destes com os fisioterapeutas. Definimos atitudes e sentimentos da mesma forma que na categoria 3B.

Sub, sub categoria 3B2.1 – *Confiança* – Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à confiança dos doentes nos fisioterapeutas. Definimos ter confiança, confiar, como entregar algo ao cuidado de alguém, em quem se reconhece probidade e talento.

Sub, sub categoria 3B2.2 – *Cooperação* – Incluíram-se nesta sub, sub categoria as referências à cooperação dos doentes com os fisioterapeutas. Definimos cooperação como concorrência de força, vontade e meios para o mesmo fim.

Categorias 3C – *Comunicação com familiares* – Nesta categoria, foram incluídas as referências à comunicação desenvolvida com os familiares dos doentes, como aspecto marcante da comunicação durante as interações com os doentes (a família como mediadora das interações terapêuticas).

O quadro 7 apresenta as categorias e sub categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão três, bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 7 – Categorias, sub categorias e sub, sub categorias encontradas nas respostas à questão nº 3

3A – Contexto	3B – Atitudes/sentimentos				3C – Comunicação com os familiares
	3B1 – Dos fisioterapeutas		3B2 – Dos doentes		
	3B1.1Motivação	3B1.2 Empatia	3B2.1Confiança	3B2.2 Cooperação	
3P3 “A cultura, as crenças dos interlocutores”.	3P16 “Motivação do terapeuta em relação aos pacientes que trata.”	3P5 “A empatia criada entre a dualidade terapeuta/ doente”.	3P17 “Acho que é extremamente importante que o doente confie no terapeuta.”	3P4 “O facto de não ter conseguido transmitir (não seguiu as recomendações) as coisas que o doente não podia fazer em casa durante o processo de reabilitação. E pelos esforços repetitivos não melhorava...”	3P6 “Comunicação terapeuta/ familiares.”
3P9 “Ambiente de trabalho.”		3P12 “A empatia entre terapeuta/ doente.”		3P11 “Colaboração → intervenção do doente no tratamento.”	
		3P19 “Para uma boa comunicação e intervenção com o doente tem de existir uma relação de empatia.”			

Sub categoria 6A – *Desadequação* – Nesta categoria foram incluídas as referências a situações problemáticas de comunicação durante as interações com os doentes cuja causa, na opinião dos fisioterapeutas participantes no estudo, está na conduta e expectativas desadequadas do doente.

Sub categoria 6A1 – *Interação* – Foram incluídas nesta sub categoria as referências a condutas e expectativas desadequadas dos doentes, face à natureza da interação. Comportamentos e expectativas considerados, pelos participantes, socialmente desadequados à relação profissional entre os fisioterapeutas e os doentes.

Sub categoria 6A2 – *Terapêutica* – Foram incluídas nesta categoria as referências a condutas e expectativas desadequadas dos doentes face ao processo terapêutico. Comportamentos e expectativas desajustados face ao tratamento, sendo este entendido pelo fisioterapeuta, como processo racional e científico para atingir benefícios objectivos para a saúde.

Sub categoria 6A3 – *Psiquiátricas* – Nesta categoria foram incluídas as referências a condutas desadequadas dos doentes que os participantes atribuíram a patologia psiquiátrica.

O quadro 8 apresenta a categoria 6A e respectivas sub categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão seis, bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 8 – Categoria 6A – Desadequação da conduta do doente e respectivas sub categorias

6A Desadequação		
6A1 – Interacção.	6A2 – Terapêutica	6A3 – Psiquiátrica
6P9 “ <i>Sim um doente que ultrapassava a linha de separação que eu própria criava para que não houvesse falta de respeito. Ele tratava-me por tu e várias vezes me faltou ao respeito.</i> ”	6P5 “ <i>Ao tratar um médico que conhecia perfeitamente a sua doença, mas que não tinha mais nenhuma solução e que recorreu à fisioterapia como ultima instancia.</i> ”	6P2 “ <i>Perdi o controle da situação quando tratei pela primeira vez uma pessoa com diagnostico de doença de Alzheimer. Por muito que disse-se passados 5 minutos a pessoa fazia as mesmas questões. Fiquei muito constrangida.</i> ”
6P13 “ <i>No estágio de neurologia com um doente com um AVC e síndrome Pusher quando lhe pedi para realizar um exercício ele mandou-me para um sítio não muito agradável.</i> ”	6P19 (...) “ <i>Queria ficar boa só com a conversa.</i> ”	6P11 “ <i>Doente com metástases no pulmão, mas que apresentava grandes problemas de Depressão. Tive grande dificuldade em tornar o doente colaborador para o tratamento” a mesma era muito pessimista.</i> ”
6P3 “ <i>Quando me fazem elogios em frente de outros doentes em que me consideram um Deus na Terra.</i> ”		

Categorias 6B – O Corpo – Nesta categoria foram incluídas as referências dos participantes a situações problemáticas atribuídas à relação destes com o corpo dos doentes.

Sub categoria 6B1 – Sujidade – Nesta categoria foram incluídas as referências dos participantes à sujidade do corpo dos doentes, como fonte de constrangimento.

Entende-se por sujidade a falta de higiene e as substâncias orgânicas expelidas, excretadas pelo corpo (fezes, urina, vomito, suor).

Sub categoria 6B2 – Decrepitude – Nesta categoria foram incluídas as referências dos participantes à decrepitude do corpo dos doentes, como fonte de constrangimento. Entende-se por decrepitude do corpo os sinais de envelhecimento ou de degeneração, os sinais de que o corpo é perecível.

O quadro 9 apresenta a categoria 6B e respectivas sub categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão seis, bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 9 Categoria 6B – Corpo do doente e respectivas sub categorias

6B Corpo	
6B1Sujidade.	6B2Decrepitude.
6P7 “Quando o doente vomitou.”	6P6 “ Situações que impliquem nudez em idosos.”
6P8” Sim em estágio com um amputado ocorreram várias situações de falta de higiene por parte do doente, uma das quais o doente veio de casa sujo de fezes na roupa e na cadeira de rodas” (...)	
6P3 “E uma outra situação em que um doente não lavava os pés desde a nascença.”	

Categorias 6C – Códigos≠ – Nesta categoria foram incluídas as referências dos participantes, a situações problemáticas de comunicação relacionadas com as dificuldades de partilha de linguagem com os doentes. Entende-se por dificuldade de partilha de linguagem o não comunicar através do mesmo código. Quer esse código seja uma língua ou uma linguagem para alguém com deficit sensorial ou motor (linguagem gestual para surdos mudos, simbologia para portadores de paralisia cerebral).

O quadro 10 apresenta a categoria 6C encontrada na análise de conteúdo das respostas à questão seis, bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 10 – Categoria 6C – Dificuldades de partilha de linguagem com o doente

6 C – Códigos≠
6P15 “ <i>Sim existiu uma situação em que existia a necessidade de comunicar com uma doente surda-muda, e a linguagem gestual teria sido um maior contributo, do que a “mímica corrente”.</i> ”

Categoria 6D – Más notícias – Foram incluídas nesta categoria as referências dos participantes, relativas à comunicação de más notícias.

O quadro11 apresenta a categoria 6D encontrada na análise de conteúdo das respostas à questão seis bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 11 – Categoria 6D – Comunicação de más notícias

6 D – Más notícias.
6P16 “ <i>Sim quando num estágio (Neuro-muscular) o paciente ainda em fase de choque medular (paraplégica alta) me perguntava se voltaria a andar.</i> ”

Categorias 6E – Poder – Nesta categoria foram incluídas referências dos participantes, a situações problemáticas de comunicação, relacionadas com o poder.

Entendemos por poder a capacidade de, em determinada circunstancia, exercer domínio, deter um ascendente sobre o comportamento do outro.

Sub categoria 6E1 – Poder na relação fisioterapeuta / doente – Nesta sub categoria incluíram-se as referências a situações problemáticas relacionadas com o poder na relação fisioterapeuta/doente.

Sub, sub categoria 6E1.1 – > poder – Nesta sub, sub categoria incluíram-se as referências a situações problemáticas relacionadas com a exacerbação do poder profissional do fisioterapeuta, no relacionamento com o doente.

Sub, sub categoria 6E1.2 – < poder – Nesta categoria incluíram-se, as referências a situações problemáticas relacionadas com perda de poder profissional do fisioterapeuta, nas interacções com o doente.

Sub categoria 6E2 – Género – Nesta sub categoria foram incluídas as referências a situações relacionadas com poder e género. Situações em que os papéis socialmente atribuídos aos sexos se sobrepõem, aos papéis dos fisioterapeutas e dos doentes no contexto das interacções terapêuticas.

O quadro 12 apresenta a categoria 6E e respectivas sub categorias e sub, sub categorias, encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão seis, bem como as respostas ou excertos destas. As respostas estão precedidas do código que identifica o questionário a que pertencem.

Quadro 12 – Categoria 6E – O poder e respectivas sub categorias

6E – Poder		
6 E1 – O poder na relação com o doente		6E2 – Género
6E11 – >poder	6E12 – < poder	
<i>6P8 (...)” a monitora de estágio não permitiu que se lavasse o doente em causa e perante a situação o doente foi andando na sua cadeira com vergonha a dizer que logo vinha para a próxima sessão.”</i>	<i>6P10 “ Não saber como agir não aconteceu propriamente, mas com algum receio quanto à crítica ao meu procedimento sim. Tratamento de respiratória ao filho de uma médica que me pediu o estetoscópio para auscultar também!”</i>	<i>6P1 “Assédio verbal por parte de um doente, situação que foi resolvida no momento com pedido de ausência do próprio e conversa no dia seguinte.”</i> <i>6P12 “Do pouco tempo de experiência profissional que tenho infelizmente deparei-me com uma situação de assédio sexual.”</i>
	<i>6P14 “Quando tratei um fisioterapeuta com muitos anos de carreira, logo tive medo de não conseguir atingir os meus objectivos na primeira sessão.”</i>	
	<i>6P19 (...) “ e dizia que eu não sabia o que estava a fazer.”</i>	
	<i>6P18 “ O constrangimento advém de casos clínicos menos habituais, em que existe um menor contacto com essa situação.”</i>	

O quadro 13 apresenta uma visão conjunta de todas as categorias sub categorias e sub, sub categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão 6 do questionário.

Quadro 13 – Categorias, sub categorias e sub, sub categorias encontradas nas respostas à questão nº6

6A Desadequação da conduta e expectativa do doente	6A1Face à natureza da interacção.	
	6A2Face ao processo terapêutico	
	6A3 Patologia psiquiátrica.	
6B Corpo	6B1Sujidade.	
	6B2Decrepitude.	
6 C – Dificuldades de partilha de linguagem.		
6 D – Comunicação de más notícias		
6E – O poder	6 E1 – O poder na relação com o doente	6E11Exacerbação do poder profissional
		6E12 Perca de poder profissional
	6E2 – Poder e género	

Foram assinalados nos questionários os códigos das categorias encontradas nas respostas dos participantes às questões três e seis.

Procedeu-se à introdução dos dados recolhidos nas questões abertas do questionário, no SPSS 11. Fazendo corresponder a cada código, o “rótulo” de cada categoria, sub categoria e sub, sub categoria.

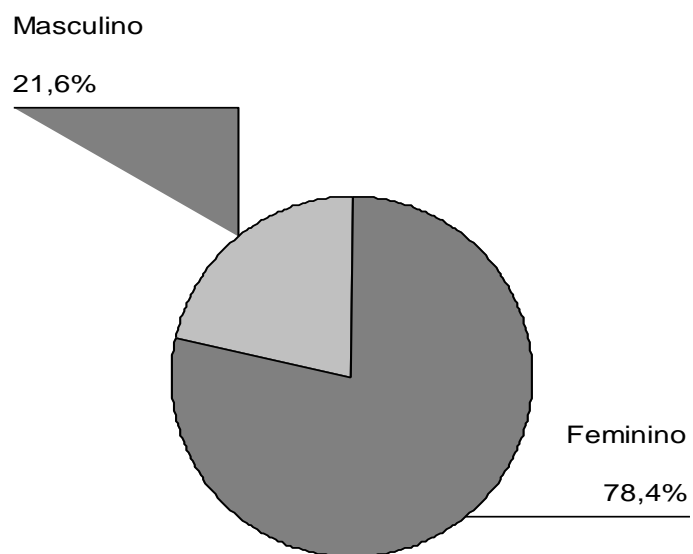
Ilustração 6 – Aula prática, treinando em colegas
www.ups.edu



III CAPÍTULO – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO EMPIRICO

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Gráfico 1 – Distribuição por sexo

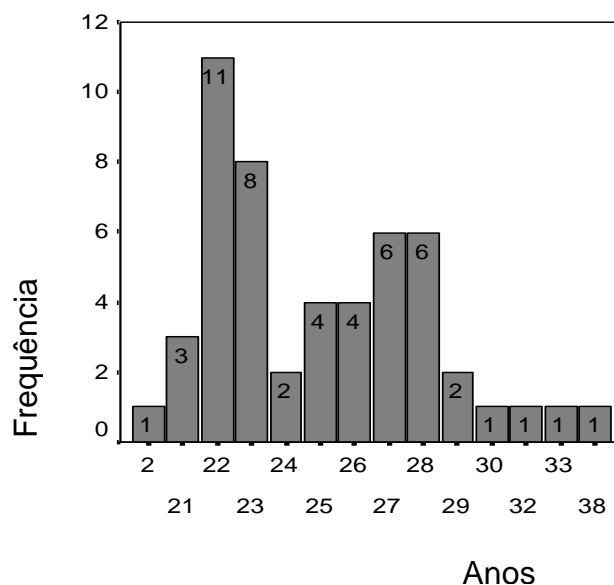


A distribuição por sexo é a seguinte: (N= 40) 78,4% são do sexo feminino; (N= 11) 21,6% são do sexo masculino.

Quadro 14 – Frequência e percentagem de distribuição da variável “Idade”

		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
	20	1	2,0	2,0
	21	3	5,9	8,0
	22	11	21,6	30,0
	23	8	15,7	46,0
	24	2	3,9	50,0
	25	4	7,8	58,0
	26	3	5,9	64,0
	27	6	11,8	76,0
	28	6	11,8	88,0
	29	2	3,9	92,0
	30	1	2,0	94,0
	32	1	2,0	96,0
	33	1	2,0	98,0
	38	1	2,0	100,0
	Total	50	98,0	
Missing	999	1	2,0	
Total		51	100,0	

Gráfico 2 Distribuição de frequências por idade



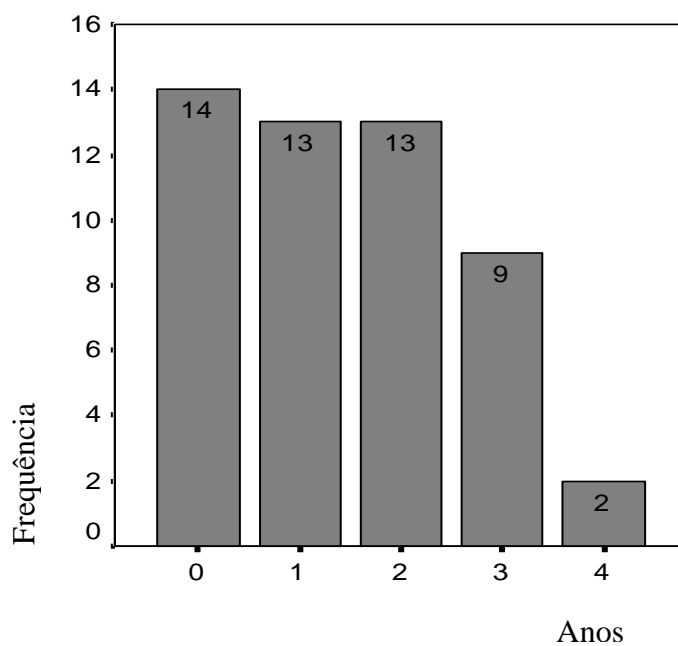
Os participantes do estudo têm idades compreendidas entre os 20 e 38 anos. (N=1) 2% 20 anos; (N=3) 5,9% 21 anos; (N=11) 21,6% 22anos; (N=8) 15,7% 23 anos;

(N=2) 3,9% 24 anos; (N=4) 7,8% 25 anos; (N=4) 7,8% 26 anos; (N=6) 11,8% 27 anos; (N=6) 11,8% 28 anos; (N=2) 3,9% 29 anos; (N=1) 2% 30 anos; (N=1) 2% 32anos; (N=1) 2% 33 anos; (N=1) 2% 38 anos. A média de idades é 24,78 anos o desvio padrão é 4,751.

Quadro 15 – Frequência e percentagem de distribuição da variável “Anos de exercício profissional”

Anos de exercício profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
0	14	27,5	27,5
1	13	25,5	52,9
2	13	25,5	78,4
3	9	17,6	96,1
4	2	3,9	100,0
Total	51	100,0	

Gráfico 3 – Distribuição de frequências por número de anos de exercício profissional



O número de anos de exercício profissional tem a seguinte distribuição: (N=14) 27,5% menos de um ano (só trabalharam com doentes em contexto de estágio); (N=13)

25,5% com um ano de exercício; (N=13) 25,5% com dois anos de exercício; (N=9) 17,6% com três anos de exercício; (N=2) 25,5% com quatro anos de exercício.

Quadro 16 – Percentis, medidas estatísticas centrais e de dispersão da variável idade e anos de exercício profissional

		Idade	Anos de Profissão
Media		24,78	1,45
Mediana		25,00	1,00
Moda		22	0
Desvio padrão		4,751	1,189
Mínimo		20	0
Máximo		38	4
Percentis	25	22,00	,00
	50	25,00	1,00
	75	27,00	2,00

A distribuição de idades por percentis é a seguinte:

- 25% dos participantes tem 22 anos ou menos (20 ou 21);
- 50% dos participantes tem 25 anos ou menos (20, 21, 22, 23, 24);
- 75% dos participantes tem 27 anos ou menos (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

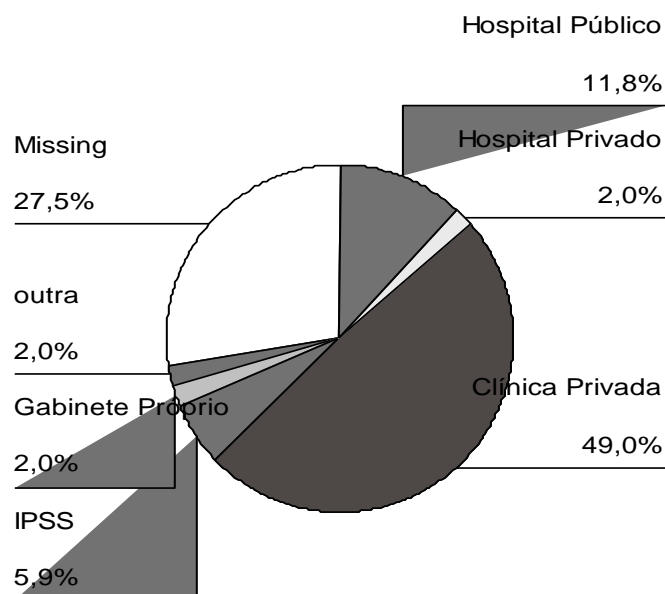
A distribuição dos anos de exercício profissional por percentis é a seguinte:

- 25% dos participantes não tem exercício profissional para além dos estágios.
- 50% dos participantes tem um ano ou menos de experiência profissional.
- 75% dos participantes tem dois ou menos anos de experiência profissional.

Quadro 17 – Frequência e percentagem de distribuição da variável instituição

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	Hospital Público	6	11,8
	Hospital Privado	1	2,0
	Clínica Privada	25	49,0
	IPSS	3	5,9
	Gabinete Próprio	1	2,0
	Outra	1	2,0
	Total	37	72,5
Missing	999	14	27,5
Total		51	100,0

Gráfico 4 – Percentagem de distribuição por instituição



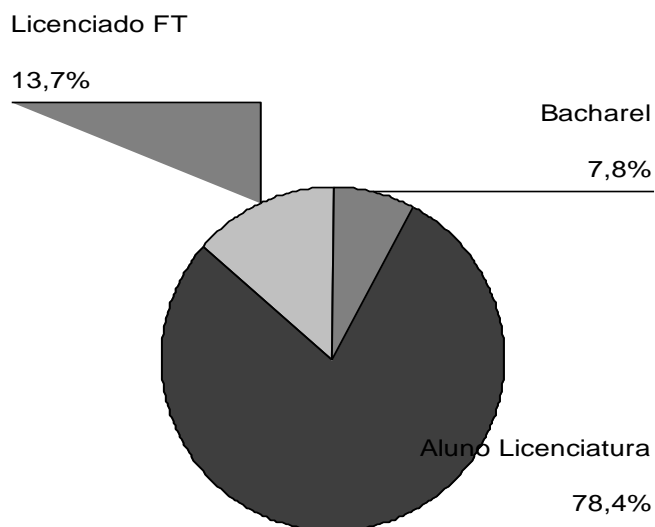
A distribuição por instituição onde exerce a actividade profissional é a seguinte: (N=6) 11,8% Hospital Público; (N= 1) 2% Hospital Privado; (N= 25) 49% Clínica Privada; (N= 3) 5,9% Instituição Pública de Solidariedade Social; (N= 1) 2% Gabinete Próprio; (N= 1) 2% noutra diferente das anteriores; (N= 14) 27,5% não responderam à questão por não terem ainda começado a trabalhar. Os participantes do

estudo que não responderam a esta questão são os mesmos que também não responderam à anterior, por isso inferimos que estes catorze participantes não teriam exercido ainda a profissão, advindo a sua experiência somente dos estágios.

Quadro 18 – Frequência e percentagem de distribuição da amostra pela variável Grau académico

	Frequência	Percentagem
Bacharelato	4	7,8
Aluno da Licenciatura em Fisioterapia	40	78,4
Licenciado em Fisioterapia	7	13,7
Total	51	100,0

Gráfico 5 – Percentagem de distribuição por Grau académico



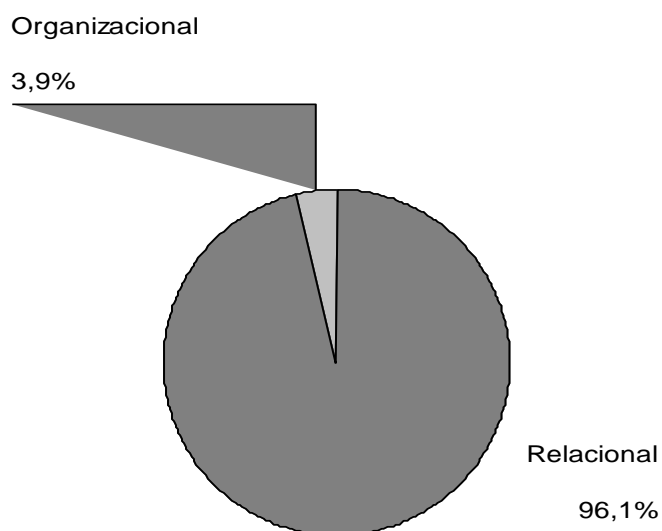
A distribuição por Grau académico é a seguinte: (N= 4) 7,8% Bacharel; (N= 40) 78,4% Aluno da Licenciatura em fisioterapia; (N=7) 13,7% Licenciado em fisioterapia.

2. ANÁLISE DOS DADOS

Quadro 19 – Distribuição das frequências e percentagens dos aspectos da comunicação

	Frequência	Percentagem
Relacional	49	96,1
Organizacional	2	3,9
Total	51	100,0

Gráfico 6 – Percentagem de distribuição pelos aspectos da comunicação (Organizacional/Relacional)



Somente dois participantes do estudo referiram ser a comunicação organizacional o aspecto mais importante da comunicação para o exercício profissional dos fisioterapeutas (N=2) 3,9%. Os restantes consideraram a comunicação relacional – a comunicação com o doente – mais importante (N=49) 96%.

Quadro 20 – Mediana, moda e percentis da comunicação com o doente

		Verbal	Não Verbal	Motivação	Relação Terapêutica	O Poder	Escrita
Mediana		2,00	4,00	2,00	3,00	4,00	6,00
Moda		1	4	2	3	5	6
Percentis	25	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	5,00
	50	2,00	4,00	2,00	3,00	4,00	6,00
	75	2,00	4,00	4,00	5,00	5,00	6,00

O posicionamento da comunicação verbal foi o seguinte: 25% dos participantes no estudo colocaram a comunicação verbal como aspecto mais valorizado na comunicação com o doente; 75% como o mais valorizado ou segundo mais valorizado.

O posicionamento da motivação do doente foi o seguinte: 25% dos participantes no estudo colocaram a motivação do doente como o aspecto mais valorizada ou segundo mais valorizada na comunicação entre estes e os fisioterapeutas; 50% como o mais valorizada ou segunda mais valorizada; 75% como mais valorizada, segunda mais valorizada, terceira mais valorizada ou quarta mais valorizada.

A comunicação não verbal foi posicionada da seguinte forma: 25% dos participantes no estudo colocaram a comunicação não verbal como mais valorizada ou segundo mais valorizada; 50% como mais valorizada, segunda mais valorizada, terceira mais valorizada ou quarta mais valorizada; 75% como mais valorizada, segunda, terceira ou quarta mais valorizada.

A relação terapêutica foi posicionada: 25% dos participantes no estudo colocaram a relação terapêutica em primeiro segundo ou terceiro lugar; 50% em primeiro segundo ou terceiro lugar; 75% em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar.

O posicionamento do poder foi o seguinte: 25% dos participantes colocaram o poder em primeiro, segundo ou terceiro lugar; 50% em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar; 75% em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar.

A comunicação escrita foi posicionada por 25% dos participantes em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar; 50% em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou sexto lugar; 75% em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou sexto lugar.

Quadro 21 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Verbal” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	Mais valorizado	22	43,1
	2º mais valorizado	17	33,3
	3º mais valorizado	9	17,6
	4º mais valorizado	1	2,0
	5º mais valorizado	1	2,0
	Menos valorizado	1	2,0
	Total	51	100,0

Comunicação verbal:

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 43,1% dos participantes (N=22);
- Segundo aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 33,3% dos participantes (N=17);
- Terceiro aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 17,6% dos participantes (N=9);
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 2% dos participantes (N=1);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 2% dos participantes (N=1);
- Aspecto menos valorizado na interacção com o doente para 2% dos participantes (N=1).

Quadro 22 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Não verbal” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	mais valorizado	4	7,8
	2º mais valorizado	9	17,6
	3º mais valorizado	11	21,6
	4º mais valorizado	16	31,4
	5º mais valorizado	8	15,7
	menos valorizado	3	5,9
	Total	51	100,0

Comunicação não verbal:

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 7,8% dos participantes (N=4);
- Segundo aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 17,6% dos participantes (N=9);
- Terceiro aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 21,6% dos participantes (N=11);
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 31,4% dos participantes (N=16);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 15,7% dos participantes (N=8);
- Aspecto menos valorizado na interacção com o doente para 5,9% dos participantes (N=3).

Quadro 23 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Motivação” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	mais valorizado	12	23,5
	2º mais valorizado	14	27,5
	3º mais valorizado	11	21,6
	4º mais valorizado	13	25,5
	5º mais valorizado	1	2,0
	Total	51	100,0

Motivação do doente:

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 23,5% dos participantes (N=12);
- Segundo aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 27,6% dos participantes (N=14);
- Terceiro aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 21,6% dos participantes (N=11);
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 25,5% dos participantes (N=13);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 2% dos participantes (N=1);
- Nenhum dos participantes no estudo considerou a motivação do doente o aspecto menos valorizado na interacção fisioterapeuta/ doente.

Quadro 24 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Relação terapêutica” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	mais valorizado	6	11,8
	2º mais valorizado	5	9,8
	3º mais valorizado	15	29,4
	4º mais valorizado	7	13,7
	5º mais valorizado	14	27,5
	menos valorizado	4	7,8
	Total	51	100,0

Relação terapêutica

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 11,8% dos participantes (N=6);
- Segundo aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 9,8% dos participantes (N=5);
- Terceiro aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 29,4% dos participantes (N=15);
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 13,7% dos participantes (N=7);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 27,5% dos participantes (N=14);
- Aspecto menos valorizado na interacção com o doente para 7,8% dos participantes (N=4).

Quadro 25 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “O Poder” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	mais valorizado	5	9,8
	2º mais valorizado	5	9,8
	3º mais valorizado	5	9,8
	4º mais valorizado	11	21,6
	5º mais valorizado	17	33,3
	menos valorizado	8	15,7
	Total	51	100,0

O Poder:

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 9,8% dos participantes (N=5);
- Segundo aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 9,8% dos participantes (N=5);
- Terceiro aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 9,8% dos participantes (N=5);
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 21,6% dos participantes (N=11);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 33,3% dos participantes (N=17);
- Aspecto menos valorizado na interacção com o doente para 15,7% dos participantes (N=8).

Quadro 26 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento da alternativa “Escrita” entre os aspectos valorizados na comunicação com os doentes

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	mais valorizado	2	3,9
	4º mais valorizado	3	5,9
	5º mais valorizado	10	19,6
	menos valorizado	36	70,6
	Total	51	100,0

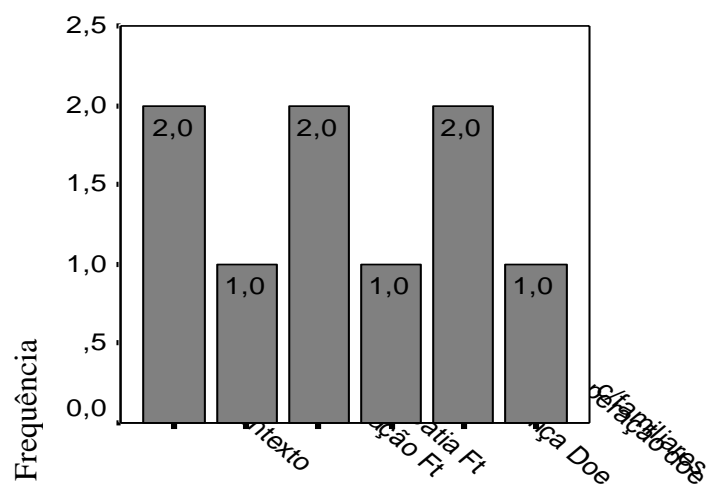
Comunicação escrita:

- Aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 3,9% dos participantes (N=2);
- Nenhum dos participantes posicionou em segundo ou terceiro lugar a comunicação escrita;
- Quarto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 5,9% dos participantes (N=3);
- Quinto aspecto mais valorizado na interacção com o doente para 19,6% dos participantes (N=10);
- Aspecto menos valorizado na interacção com o doente para 70,6% dos participantes (N=36).

Quadro 27 – Distribuição das frequências e percentagens das categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão aberta “Existe para si algum outro aspecto que seja marcante, na comunicação, durante as interações com os doentes, que não se encontre na lista anterior? Qual?”

		Frequência	Percentagem
Respostas válidas	Contexto	2	3,9
	Motivação do Fisioterapeuta	1	2,0
	Empatia do Fisioterapeuta	2	3,9
	Confiança do doente	1	2,0
	Cooperação do doente	2	3,9
	Comunicação com familiares	1	2,0
	Total	9	17,6
	Missing	999	42
Total		51	100,0

Gráfico 7 – Distribuição e frequência das categorias encontradas na análise de conteúdo a outros aspectos da comunicação



Nove dos participantes responderam à questão aberta numero 3 “Existe para si algum outro aspecto que seja marcante, na comunicação, durante as interações com os doentes, que não se encontre na lista anterior? Qual?”.

A categoria “contexto” ocorreu duas vezes.

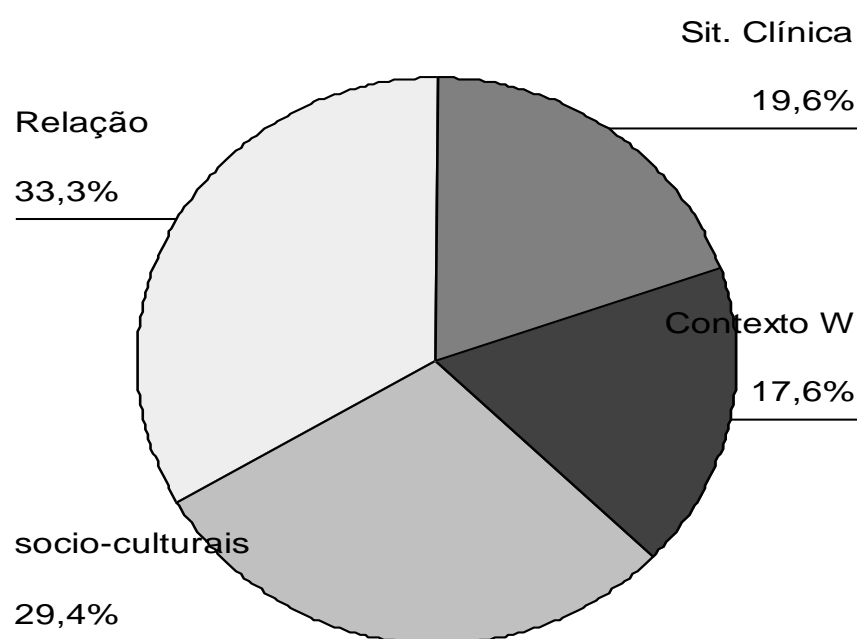
A categoria, “atitude e sentimentos” ocorreu seis vezes, distribuindo-se pelas sub categorias “atitudes e sentimentos dos fisioterapeutas” onde o número de ocorrências foi três e “atitudes e sentimentos dos doentes” com o mesmo número de ocorrências. A sub, sub categoria “motivação do fisioterapeuta” ocorreu uma vez, a sub, sub categoria “empatia do fisioterapeuta” ocorreu duas vezes. Em relação às sub, sub categorias da sub categoria “atitudes e sentimentos dos doentes” que são “confiança” e “cooperação” ocorreram respectivamente duas e uma vez.

A categoria “ comunicação com os familiares” ocorreu uma vez.

Quadro 28 – Distribuição das frequências e percentagens dos factores que podem estar na origem de situações difíceis

	Frequência	Percentagem
Situação Clínica	10	19,6
Contexto de trabalho	9	17,6
Características socio-culturais	15	29,4
Relação	17	33,3
Total	51	100,0

Gráfico 8 – Percentagem de distribuição pelos factores na origem das situações difíceis



A questão 4 do questionário, pretende averiguar quais os factores que na opinião dos participantes tornam as interações com o doente mais difíceis. Trata-se de uma questão fechada com quatro hipóteses de resposta. Os 51 participantes responderam à questão. As respostas distribuíram-se da seguinte forma: 19,6% dos inquiridos assinalaram a opção “*Factores ligados à Situação clínica*”; 17,6% dos inquiridos assinalaram a opção “*Factores relacionados com a Organização do trabalho*”; 29,4% dos inquiridos assinalaram a “*Características Sócio culturais do doente*”; 33,3% dos inquiridos assinalaram a opção “*Factores ligados à Relação que se estabelece com o doente.*”

Quadro 29 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 5 da 2ª parte do questionário

		Criança	Outra Etnia	Homossexual	Ft	Profissional Saúde	Idoso
Mediana		3,00	4,00	4,00	2,00	2,00	5,00
Moda		1	4	5	1	2	6
Percentis	25	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	4,00
	50	3,00	4,00	4,00	2,00	2,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	3,00	4,00	6,00

O item “Ft” – fisioterapeuta – foi assim posicionado: 25% consideraram-no o mais difícil; 50% consideraram-no o mais difícil ou o segundo mais difícil; 75% consideraram-no o mais difícil, o segundo mais difícil, ou o terceiro mais difícil.

O item “profiss. Saúde” – outro profissional de saúde – foi posicionado como: o mais difícil ou segundo mais difícil por 25% dos participantes; o mais difícil ou segundo mais difícil por 50%; o mais difícil, segundo, terceiro ou quarto mais difícil por 75% dos participantes.

O item “Criança” foi posicionado da seguinte forma pelos participantes: 25% consideraram o mais difícil; 50% consideraram o mais difícil, o segundo mais difícil ou o terceiro mais difícil; 75% consideraram o mais difícil, o segundo, o terceiro, o quarto ou o quinto mais difícil.

O item “Outra Etnia” foi posicionado como: o mais difícil, o segundo mais difícil ou o terceiro mais difícil por 25% dos participantes; o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, ou o quarto mais difícil por 50%; o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, o quarto, ou o quinto mais difícil por 75%.

O item “Homossexual” foi posicionado como: o mais difícil, o segundo mais difícil ou o terceiro mais difícil por 25% dos participantes; consideraram o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, ou o quarto mais difícil por 50%; consideraram o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, o quarto, ou o quinto mais difícil por 75%.

O item “Idoso” foi posicionado como: o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, ou o quarto mais difícil por 25%; o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, o quarto, ou o quinto mais difícil por 50%; o mais difícil, o segundo mais difícil, o terceiro, o quarto, o quinto mais difícil ou o menos difícil por 75%.

Quadro 30 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Ft” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	19	37,3
O 2º doente mais difícil	16	31,4
O 3º doente mais difícil	9	17,6
O 4º doente mais difícil	1	2,0
O 5º doente mais difícil	4	7,8
O doente mais fácil	2	3,9
Total	51	100,0

Ft – Colega fisioterapeuta

- Foi considerado por 37% dos participantes (N=19) o doente mais difícil;
- Foi considerado por 31,4% dos participantes (N=16) o segundo doente mais difícil;
- Foi considerado por 17,6% dos participantes (N=9) o terceiro doente mais difícil;
- Foi considerado por 2% dos participantes (N=1) o quarto doente mais difícil;
- Foi considerado por 7,8% dos participantes (N=4) o quinto doente mais difícil;
- Foi considerado por 3,9% dos participantes (N=2) o doente mais fácil.

Quadro 31 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Profiss. Saúde” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	11	21,6
O 2º doente mais difícil	18	35,3
O 3º doente mais difícil	8	15,7
O 4º doente mais difícil	8	15,7
O 5º doente mais difícil	5	9,8
O doente mais fácil	1	2,0
Total	51	100,0

Profiss. Saúde – Outro profissional de saúde

- Foi considerado por 21,6% dos participantes (N=11) o doente mais difícil;
- Foi considerado por 35,3% dos participantes (N=18) segundo o doente mais difícil;
- Foi considerado por 15,7% dos participantes (N=8) terceiro o doente mais difícil;
- Foi considerado por 15,7% dos participantes (N=8) quarto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 9,8% dos participantes (N=5) quinto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 2% dos participantes (N=1) o doente mais fácil.

Quadro 32 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Criança” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	16	31,4
O 2º doente mais difícil	6	11,8
O 3º doente mais difícil	10	19,6
O 4º doente mais difícil	3	5,9
O 5º doente mais difícil	10	19,6
O doente mais fácil	6	11,8
Total	51	100,0

Criança

- Foi considerado por 31,4% dos participantes (N=16) o doente mais difícil;
- Foi considerado por 11,8% dos participantes (N=6) segundo o doente mais difícil;
- Foi considerado por 19,6% dos participantes (N=10) terceiro o doente mais difícil;
- Foi considerado por 5,9% dos participantes (N=3) quarto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 19,6% dos participantes (N=10) quinto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 11,8% dos participantes (N=6) o doente mais fácil.

Quadro 33 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Outra Etnia” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	3	5,9
O 2º doente mais difícil	3	5,9
O 3º doente mais difícil	9	17,6
O 4º doente mais difícil	18	35,3
O 5º doente mais difícil	7	13,7
O doente mais fácil	11	21,6
Total	51	100,0

Outra Etnia

- Foi considerado por 5,9% dos participantes (N=3) o doente mais difícil;
- Foi considerado por 5,9% dos participantes (N=3) segundo o doente mais difícil;
- Foi considerado por 17,6% dos participantes (N=9) terceiro o doente mais difícil;
- Foi considerado por 35,3% dos participantes (N=18) quarto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 13,7% dos participantes (N=7) quinto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 21,6% dos participantes (N=11) o doente mais fácil.

Quadro 34 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Homossexual” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	2	3,9
O 2º doente mais difícil	4	7,8
O 3º doente mais difícil	14	27,5
O 4º doente mais difícil	9	17,6
O 5º doente mais difícil	15	29,4
O doente mais fácil	7	13,7
Total	51	100,0

Homossexual

- Foi considerado por 3,9% dos participantes (N=2) o doente mais difícil;
- Foi considerado por 7,8% dos participantes (N=4) segundo o doente mais difícil;
- Foi considerado por 27,5% dos participantes (N=14) terceiro o doente mais difícil;
- Foi considerado por 17,6% dos participantes (N=9) quarto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 29,4% dos participantes (N=15) quinto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 13,7% dos participantes (N=7) o doente mais fácil.

Quadro 35 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Idoso” entre os itens para ordenação de doentes difíceis

	Frequência	Percentagem
O doente mais difícil	4	7,8
O 2º doente mais difícil	1	2,0
O 3º doente mais difícil	12	23,5
O 4º doente mais difícil	10	19,6
O 5º doente mais difícil	24	47,1
O doente mais fácil	51	100,0

Idoso

- Nenhum dos participantes considerou o idoso o doente mais difícil;
- Foi considerado por 7,8% dos participantes (N=4) segundo o doente mais difícil;
- Foi considerado por 2% dos participantes (N=1) terceiro o doente mais difícil;
- Foi considerado por 23,7% dos participantes (N=12) quarto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 19,6% dos participantes (N=10) quinto o doente mais difícil;
- Foi considerado por 47,1% dos participantes (N=24) o doente mais fácil.

Quadro 36 – Distribuição das frequências e percentagens das categorias encontradas na análise de conteúdo das respostas à questão aberta “Já alguma vez viveu uma situação em que não soubesse como agir e se sentisse pouco à vontade? Relate sucintamente qual foi a origem do constrangimento.”

		Frequência	Percentagem
Válidas	Desadequação à Interação	2	3,9
	Desadequação à Terapêutica	1	2,0
	Psiquiátrica	1	2,0
	Sujidade	2	3,9
	Decrepitude	1	2,0
	Outro código	1	2,0
	Más notícias	1	2,0
	< poder Ft	3	5,9
	poder/género	2	3,9
	Desadequação à Interação +Sujidade	1	2,0
	Suji+>poder Ft	1	2,0
	Desadequação à Terapêutica +Psiquiátrica+<poderFt	1	2,0
	Total	17	33,3
Missing	999	34	66,7
Total		51	100,0

A categoria “poder” teve sete ocorrências distribuídas da seguinte forma pelas sub categorias: uma ocorrência na sub categoria “exacerbação do poder profissional”; quatro ocorrências na sub categoria “perca de poder profissional”; duas na sub categoria “gênero”.

Três dos relatos de vivência de situação difícil apresentavam mais do que uma das categorias e sub categorias.

Quadro 37 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 7 da 2ª parte do questionário. Existem vários valores para a moda, aparece na tabela o menor

		Irrelevante	+fácil H/M	sit_dubias	mais fácil sexo=	sexless old age	pode ser difícil
Mediana		1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00
Moda		1	6	2	3	4	3
Percentis	25	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00
	50	1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00
	75	2,00	6,00	5,00	4,00	5,00	5,00

A frase “O sexo do doente para mim é irrelevante” foi assinalada em primeiro lugar por 50% dos participantes. Em primeiro ou segundo lugar por 75%.

A frase “É-me indiferente, mas alguns doentes preferem ser tratados por pessoas do mesmo sexo” foi assinalada em primeiro ou segundo lugar por 25% dos participantes. Em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase que afirmava gerarem-se por vezes situações dúbias foi posicionada em primeiro ou segundo lugar por 25% dos inquiridos. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar, 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase “Se o doente for idoso/a não há problema” foi assinalada em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25% dos fisioterapeutas inquiridos. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase “Pode ser difícil, mas depende do tipo de patologia e do tratamento em questão” foi assinalada em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25% dos

participantes. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase que afirmava ser mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto foi colocada em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25% dos fisioterapeutas inquiridos. Colocaram-na em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar, 50%. Posicionaram-na em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou em ultimo lugar, 75% dos participantes.

Quadro 38 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “ Irrelevante”

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	36	70,6
	2º mais concordo	8	15,7
	3º mais concordo	2	3,9
	5º mais concordo	1	2,0
	menos concordo	4	7,8
	Total	51	100,0

Irrelevante

- Frase com que mais concorda 70% dos participantes (N=36);
- Segunda frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Terceira frase com que mais concorda 3,9% dos participantes (N=2);
- Nenhum dos participantes colocou em quarto lugar;
- Quinta frase com que mais concorda 2% dos participantes (N=1);
- Frase com que menos concorda 7,8% dos participantes (N=4).

Quadro 39 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Situações dúbias”

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	12	23,5
	3º mais concordo	8	15,7
	4º mais concordo	11	21,6
	5º mais concordo	12	23,5
	menos concordo	5	9,8
	Total	51	100,0

Situações dúbias

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Terceira frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Quarta frase com que mais concorda 21,6% dos participantes (N=11);
- Quinta frase com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Frase com que menos concorda 9,8% dos participantes (N=5).

Quadro 40 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “ Mais fácil sexo =”

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	4	7,8
	2º mais concordo	13	25,5
	3º mais concordo	14	27,5
	4º mais concordo	9	17,6
	5º mais concordo	6	11,8
	menos concordo	5	9,8
	Total	51	100,0

mais fácil sexo= – mais fácil do mesmo sexo

- Frase com que mais concorda 7,8% dos participantes (N=4);
- Segunda frase com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- Terceira frase com que mais concorda 27,5% dos participantes (N=14);
- Quarta frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Quinta frase com que mais concorda 11,8% dos participantes (N=6);
- Frase com que menos concorda 9,8% dos participantes (N=5).

**Quadro 41 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“sexless old age”**

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	4	7,8
	3º mais concordo	6	11,8
	4º mais concordo	15	29,4
	5º mais concordo	12	23,5
	menos concordo	11	21,6
	Total	51	100,0

Sexless old age – Se o doente for idoso/a, não há problema.

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 7,8% dos participantes (N=4);
- Terceira frase com que mais concorda 11,8% dos participantes (N=6);
- Quarta frase com que mais concorda 29,4% dos participantes (N=15);
- Quinta frase com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Frase com que menos concorda 21,6% dos participantes (N=11).

**Quadro 42 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“pode ser difícil”**

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	7	13,7
	3º mais concordo	13	25,5
	4º mais concordo	6	11,8
	5º mais concordo	10	19,6
	menos concordo	12	23,5
	Total	51	100,0

Pode ser difícil

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);

- Segunda frase com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Terceira frase com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- Quarta frase com que mais concorda 11,8% dos participantes (N=6);
- Quinta frase com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Frase com que menos concorda 23,5% dos participantes (N=12).

Quadro 43 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “+ fácil H/M”

		Frequência	Percentagem
Válida	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	7	13,7
	3º mais concordo	8	15,7
	4º mais concordo	9	17,6
	5º mais concordo	10	19,6
	menos concordo	14	27,5
	Total	51	100,0

+fácil H/M – mais fácil do sexo oposto

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Terceira frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Quarta frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Quinta frase com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Frase com que menos concorda 27,5% dos participantes (N=14).

Quadro 44 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão número 8 da 2ª parte do questionário. Existem vários valores para a moda, aparece na tabela o menor

		Motivar	Output	Ouvir/conhecer	Alianç. Terap.	Input	Manipular
Mediana		2,00	3,00	4,00	4,00	5,00	3,00
Moda		1	4	4	5	5	6
Percentis	25	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00
	50	2,00	3,00	4,00	4,00	5,00	3,00
	75	4,00	4,00	5,00	5,00	6,00	6,00

A frase “A comunicação com o doente é imprescindível para o motivar” foi assinalada em primeiro lugar por 25% dos participantes. Em primeiro ou segundo lugar por 50%. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar por 75%.

A frase que afirmava que a comunicação com o doente é importante para lhe transmitir o que se pretende com o tratamento foi posicionada em primeiro ou segundo lugar por 25% dos inquiridos. Em primeiro segundo ou terceiro lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar por 75% dos participantes.

A frase “A comunicação com o doente é imprescindível para estabelecer uma aliança terapêutica” foi assinalada em primeiro ou segundo lugar por 25% dos fisioterapeutas inquiridos. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase “A comunicação com o doente é importante para compreender o que ele pretende com o tratamento” foi assinalada em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25% dos participantes. Em primeiro, segundo terceiro ou quarto lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase “A comunicação com o doente permite obter informações imprescindíveis à tomada duma boa decisão clínica” foi assinalada em primeiro ou segundo lugar por 25% dos participantes. Em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar por 50%. Em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos participantes.

A frase “A comunicação com o doente é importante para que ele sinta que é ouvido na tomada de decisões, ainda que sejamos nós a guiar o sentido dessas decisões” foi colocada em primeiro lugar por 25% dos fisioterapeutas inquiridos. Colocaram-na em primeiro segundo ou terceiro lugar, 50%. Posicionaram-na em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou em ultimo lugar, 75% dos participantes.

Quadro 45 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Motivar”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	17	33,3
	2º mais concordo	12	23,5
	3º mais concordo	3	5,9
	4º mais concordo	9	17,6
	5º mais concordo	5	9,8
	menos concordo	5	9,8
	Total	51	100,0

Motivar

- Frase com que mais concorda 33,3% dos participantes (N=17);
- Segunda frase com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Terceira frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Quarta frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Quinta frase com que mais concorda 9,8% dos participantes (N=5);
- Frase com que menos concorda 9,8% dos participantes (N=5).

Quadro 46 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Output”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	8	15,7
	2º mais concordo	9	17,6
	3º mais concordo	10	19,6
	4º mais concordo	15	29,4
	5º mais concordo	6	11,8
	menos concordo	3	5,9
	Total	51	100,0

Output – transmitir ao doente

- Frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Segunda frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Terceira frase com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Quarta frase com que mais concorda 29,4% dos participantes (N=15);
- Quinta frase com que mais concorda 11,8% dos participantes (N=6);
- Frase com que menos concorda 5,9% dos participantes (N=3).

Quadro 47– Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Ouvir/conhecer”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	9	17,6
	3º mais concordo	11	21,6
	4º mais concordo	12	23,5
	5º mais concordo	10	19,6
	menos concordo	6	11,8
	Total	51	100,0

Ouvir/conhecer

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Terceira frase com que mais concorda 21,6% dos participantes (N=11);
- Quarta frase com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Quinta frase com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Frase com que menos concorda 11,8% dos participantes (N=6).

Quadro 48 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Aliança Terapêutica”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	7	13,7
	2º mais concordo	8	15,7
	3º mais concordo	9	17,6
	4º mais concordo	5	9,8
	5º mais concordo	14	27,5
	menos concordo	8	15,7
	Total	51	100,0

Aliança terapêutica

- Frase com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Segunda frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Terceira frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Quarta frase com que mais concorda 9,8% dos participantes (N=5);

- Quinta frase com que mais concorda 27,5% dos participantes (N=14);
- Frase com que menos concorda 15,7% dos participantes (N=8).

Quadro 49 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Input”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	10	19,6
	3º mais concordo	7	13,7
	4º mais concordo	5	9,8
	5º mais concordo	13	25,5
	menos concordo	13	25,5
	Total	51	100,0

Input – recolha de informação

- Frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Terceira frase com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Quarta frase com que mais concorda 9,8% dos participantes (N=5);
- Quinta frase com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- Frase com que menos concorda 25,5% dos participantes (N=13).

Quadro 50 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Manipular”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	14	27,5
	2º mais concordo	2	3,9
	3º mais concordo	11	21,6
	4º mais concordo	5	9,8
	5º mais concordo	3	5,9
	menos concordo	16	31,4
	Total	51	100,0

Manipular

- Frase com que mais concorda 27,5% dos participantes (N=14);
- Segunda frase com que mais concorda 3,9% dos participantes (N=2);
- Terceira frase com que mais concorda 21,6% dos participantes (N=11);
- Quarta frase com que mais concorda 9,8% dos participantes (N=5);
- Quinta frase com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3);
- Frase com que menos concorda 31,4% dos participantes (N=16).

Quadro 51 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a importância atribuída à comunicação nas organizações de saúde

		Na Gestão	Entre Fisioterapeutas	Entre Profissionais	Promoção da imagem da profissão	Escrita	Entre Doentes
Mediana		4,00	1,00	2,00	5,00	4,00	4,00
Moda		4	1	2	6	5	6
Percentis	25	4,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00
	50	4,00	1,00	2,00	5,00	4,00	4,00
	75	5,00	2,00	3,00	6,00	5,00	6,00

Na nona questão solicitava-se a ordenação por ordem de importância atribuída de seis itens relativos à comunicação nas organizações de saúde.

O item “ Na gestão” – comunicação na gestão – foi posicionado por 50% dos participantes em primeiro segundo terceiro ou quarto lugar, 75% em primeiro segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar.

O item “Entre Fts” – comunicação entre fisioterapeutas – foi posicionado como: o mais importante por 50% dos participantes; o mais importante ou o segundo mais importante por 75% dos participantes.

O item “Entre Profiss” – comunicação entre fisioterapeutas e outros profissionais de saúde –: 50% consideraram o mais importante ou o segundo, mais importante; 75% consideraram o mais importante, o segundo ou o terceiro mais importante;

O item “Profissio/ção” – promoção da imagem da profissão – foi posicionado como: o mais importante, o segundo ou o terceiro mais importante por 25%; o mais importante, o segundo, terceiro, quarto ou quinto mais importante por 50%; o mais importante, o segundo, terceiro, quarto ou quinto mais importante ou como o menos importante por 75%.

O item “Escrita” – comunicação escrita entre fisioterapeutas e outros profissionais de saúde – foi posicionado como: o mais importante, o segundo ou o terceiro mais importante por 25%; o mais importante, o segundo, terceiro ou quarto mais importante por 50% dos participantes; o mais importante, o segundo, terceiro, quarto ou quinto mais importante por o mais importante, o segundo, terceiro, quarto ou quinto mais importante por 75% dos participantes.

O item “Entre os doentes” – comunicação entre os doentes – foi posicionado como: o mais importante ou o segundo mais importante por 25%; o mais importante, o segundo, terceiro ou quarto mais importante por 50%; o mais importante, o segundo, terceiro, quarto ou quinto mais importante ou como o menos importante por 75%.

Quadro 52 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Na Gestão”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais valorizado	1	2,0
	2º mais valorizado	1	2,0
	3º mais valorizado	10	19,6
	4º mais valorizado	15	29,4
	5º mais valorizado	13	25,5
	menos valorizado	11	21,6
	Total	51	100,0

Na Gestão

- O item com que mais concorda 2% dos participantes (N=1);
- Segunda item com que mais concorda 2% dos participantes (N=1);
- Terceira item com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Quarta item com que mais concorda 29,4% dos participantes (N=15);
- Quinta item com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- O item com que menos concorda 21,6% dos participantes (N=11).

**Quadro 53 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“Entre Fisioterapeutas”**

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais valorizado	26	51,0
	2º mais valorizado	13	25,5
	3º mais valorizado	6	11,8
	4º mais valorizado	2	3,9
	5º mais valorizado	1	2,0
	menos valorizado	3	5,9
	Total	51	100,0

Entre fisioterapeutas

- O item com que mais concorda 51% dos participantes (N=26);
- Segunda item com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- Terceira item com que mais concorda 11,8% dos participantes (N=6);
- Quarta item com que mais concorda 3,9% dos participantes (N=2);
- Quinta item com que mais concorda 2% dos participantes (N=1);
- O item com que menos concorda 5,9% dos participantes (N=3).

**Quadro 54 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“Entre Profissionais”**

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais valorizado	7	13,7
	2º mais valorizado	21	41,2
	3º mais valorizado	12	23,5
	4º mais valorizado	8	15,7
	5º mais valorizado	3	5,9
	Total	51	100,0

Entre profissionais de saúde

- O item com que mais concorda 51% dos participantes (N=26);
- Segunda item com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Terceira item com que mais concorda 41,2% dos participantes (N=21);

- Quarta item com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- Quinta item com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- O item com que menos concorda 5,9% dos participantes (N=3).

Quadro 55 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Promoção da imagem da profissão”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais valorizado	3	5,9
	2° mais valorizado	4	7,8
	3° mais valorizado	7	13,7
	4° mais valorizado	8	15,7
	5° mais valorizado	12	23,5
	menos valorizado	17	33,3
	Total	51	100,0

Promoção da imagem da profissão

- O item com que mais concorda 5,9% dos participantes (N=3).
- Segunda item com que mais concorda 7,8% dos participantes (N=4);
- Terceira item com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Quarta item com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Quinta item com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12);
- O item com que menos concorda 33,3% dos participantes (N=17).

Quadro 56 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Escrita”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válidas	mais valorizado	2	3,9	3,9	3,9
	2° mais valorizado	10	19,6	19,6	23,5
	3° mais valorizado	7	13,7	13,7	37,3
	4° mais valorizado	14	27,5	27,5	64,7
	5° mais valorizado	15	29,4	29,4	94,1
	menos valorizado	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Escrita – Comunicação escrita entre fisioterapeutas e outros profissionais de saúde

- O item com que mais concorda 3,9% dos participantes (N=2).

- Segunda item com que mais concorda 19,6% dos participantes (N=10);
- Terceira item com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Quarta item com que mais concorda 27,5% dos participantes (N=14);
- Quinta item com que mais concorda 29,4% dos participantes (N=15);
- O item com que menos concorda 5,9% dos participantes (N=3).

Quadro 57 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Entre doentes”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais valorizado	12	23,5
	2º mais valorizado	2	3,9
	3º mais valorizado	9	17,6
	4º mais valorizado	4	7,8
	5º mais valorizado	7	13,7
	menos valorizado	17	33,3
	Total	51	100,0

Entre Doentes – Comunicação entre doentes

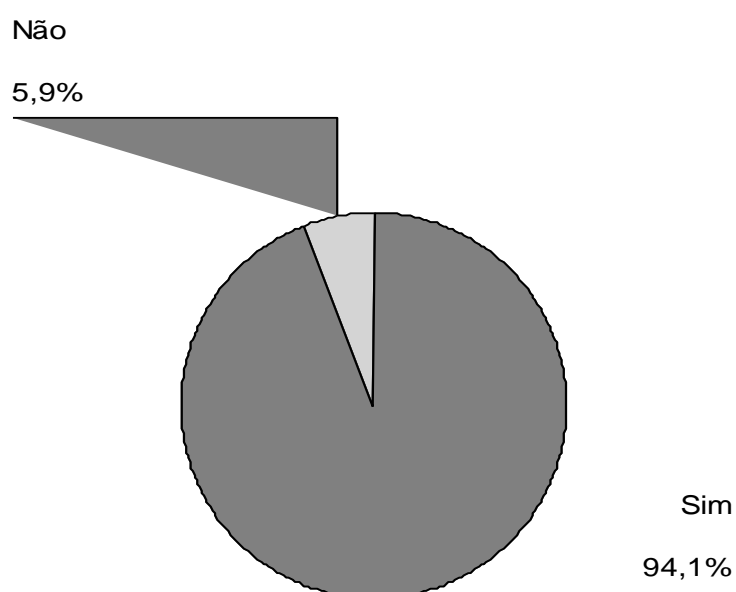
- O item com que mais concorda 23,5% dos participantes (N=12).
- Segunda item com que mais concorda 3,9% dos participantes (N=2);
- Terceira item com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Quarta item com que mais concorda 7,8% dos participantes (N=4);
- Quinta item com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- O item com que menos concorda 33,3% dos participantes (N=17).

Todos os participantes no estudo responderam afirmativamente à questão fechada numero dez “Acha que para ter um bom desempenho profissional os fisioterapeutas necessitam ser bons comunicadores?”.

Quadro 58 – Frequências e percentagens das respostas à questão sobre a possibilidade de melhorar a actual formação em comunicação

		Frequência	Percentagem
Válidas	Sim	48	94,1
	Não	3	5,9
	Total	51	100,0

Gráfico 10 – Distribuição das respostas e respectivas percentagens, relativas à questão sobre a possibilidade de melhorar a actual formação em comunicação



Em resposta à décima primeira questão “Pensa que a formação actual poderia ser melhorada no sentido de habilitar os futuros fisioterapeutas com as competências em comunicação, necessárias a um bom desenvolvimento profissional?” 94,1% dos participantes responderam afirmativamente (N= 48) e 5,9% responderam negativamente (N= 3).

Quadro 59 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre formação dos fisioterapeutas em comunicação

		Interdisciplinar	Nova Uni. Curri	Psi. Saúde	Acad pós Lic	Contínua	Inata
	Válidas	48					
	Missing	3					
Mediana		2,00	3,00	3,00	5,00	3,00	5,00

Moda		1	1	3	6	1	6
Percentis	25	1,00	1,25	2,25	3,00	2,00	4,00
	50	2,00	3,00	3,00	5,00	3,00	5,00
	75	3,00	5,00	4,00	6,00	5,00	6,00

A décima segunda questão destinava-se aos participantes que tivessem respondido afirmativamente à questão anterior. Aparecem no quadro 58 como “missing” os dados relativos aos três participantes que consideraram que a actual formação não pode ser melhorada no sentido de habilitar os futuros fisioterapeutas com as competências em comunicação, necessárias a um bom desenvolvimento profissional. Embora apareçam como dados em falta (missing) esta questão não lhes era destinada.

Solicitava-se a ordenação de frases relativas à formação em comunicação.

A frase que afirmava que a comunicação deve ser encarada como tema interdisciplinar foi posicionada pelos participantes da seguinte forma: em primeiro lugar por 25%; em primeiro ou segundo lugar por 50%; em primeiro segundo ou terceiro lugar por 75%.

A afirmação de que deveria ser incluída no curso nova unidade curricular de comunicação em fisioterapia foi posicionada: por 25% dos participantes em primeiro lugar; por 50% em primeiro, segundo ou terceiro lugar; por 75% em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar.

A frase que sustentava que a psicologia da saúde deveria ser mais orientada no sentido da comunicação foi posicionada pelos participantes da seguinte forma: 25% colocaram-na em primeiro ou segundo lugar; 50% em primeiro segundo ou terceiro; 75% em primeiro segundo, terceiro ou quarto lugar.

A afirmação de que a formação deveria ser académica e pós licenciatura foi posicionada: em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25% dos participantes; em primeiro segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 50%; em primeiro segundo, terceiro, quarto, quinto ou ultimo lugar por 75%.

A afirmação de que a formação em comunicação dos fisioterapeutas deve ser contínua e não académica foi posicionada pelos participantes: em primeiro ou segundo lugar por 25%; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50%; em primeiro segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75%.

A afirmação “As competências em comunicação são inatas” foi posicionada da seguinte forma: em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar por 25%; em primeiro

segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 50%; em primeiro segundo, terceiro, quarto, quinto ou ultimo lugar por 75%.

Quadro 60 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Interdisciplinar”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais importante	21	41,2
	2º mais importante	13	25,5
	3º mais importante	6	11,8
	4º mais importante	5	9,8
	5º mais importante	2	3,9
	menos importante	1	2,0
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Interdisciplinar

- Frase com que mais concorda 43,8% dos participantes (N=21);
- Segunda frase com que mais concorda 27,1% dos participantes (N=13);
- Terceira frase com que mais concorda 12,5% dos participantes (N=6);
- Quarta frase com que mais concorda 10,4% dos participantes (N=5);
- Quinta frase com que mais concorda 4,2% dos participantes (N=2);
- Frase com que menos concorda 2,1% dos participantes (N=1).

Quadro 61 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Nova Unidade Curricular”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais importante	12	23,5
	2º mais importante	11	21,6
	3º mais importante	6	11,8
	4º mais importante	6	11,8
	5º mais importante	9	17,6
	menos importante	4	7,8
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Nova unidade curricular de comunicação

- Frase com que mais concorda 25% dos participantes (N=12);
- Segunda frase com que mais concorda 22,9% dos participantes (N=11);
- Terceira frase com que mais concorda 12,5% dos participantes (N=6);
- Quarta frase com que mais concorda 12,5% dos participantes (N=6);
- Quinta frase com que mais concorda 18,8% dos participantes (N=9);
- Frase com que menos concorda 8,3% dos participantes (N=4).

Quadro 62 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Psicologia da Saúde”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais importante	3	5,9
	2º mais importante	9	17,6
	3º mais importante	17	33,3
	4º mais importante	13	25,5
	5º mais importante	4	7,8
	menos importante	2	3,9
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Psicologia da Saúde

- Frase com que mais concorda 6,3% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Terceira frase com que mais concorda 33,3% dos participantes (N=17);
- Quarta frase com que mais concorda 25,5% dos participantes (N=13);
- Quinta frase com que mais concorda 7,8% dos participantes (N=4);
- Frase com que menos concorda 3,9% dos participantes (N=2).

Quadro 63 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Académica pós licenciatura ”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais importante	2	3,9
	2º mais importante	5	9,8
	3º mais importante	6	11,8
	4º mais importante	7	13,7
	5º mais importante	11	21,6
	menos importante	17	33,3
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Académica pós licenciatura

- Frase com que mais concorda 4,2% dos participantes (N=2);
- Segunda frase com que mais concorda 10,4% dos participantes (N=5);
- Terceira frase com que mais concorda 12,5% dos participantes (N=6);
- Quarta frase com que mais concorda 14,6% dos participantes (N=7);
- Quinta frase com que mais concorda 22,9% dos participantes (N=11);
- Frase com que menos concorda 35,4% dos participantes (N=17).

Quadro 64 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Contínua”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais importante	11	21,6
	2º mais importante	8	15,7
	3º mais importante	7	13,7
	4º mais importante	8	15,7
	5º mais importante	9	17,6
	menos importante	5	9,8
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Contínua

- Frase com que mais concorda 21,6% dos participantes (N=11);
- Segunda frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8);
- Terceira frase com que mais concorda 13,7% dos participantes (N=7);
- Quarta frase com que mais concorda 15,7% dos participantes (N=8)
- Quinta frase com que mais concorda 17,6% dos participantes (N=9);
- Frase com que menos concorda 9,8% dos participantes (N=5).

Quadro 65 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Inata”

		Frequência	Percentagem
Válidas	2º mais importante	4	7,8
	3º mais importante	5	9,8
	4º mais importante	9	17,6
	5º mais importante	12	23,5
	menos importante	18	35,3
	Total	48	94,1
Missing	999	3	5,9
Total		51	100,0

Inata

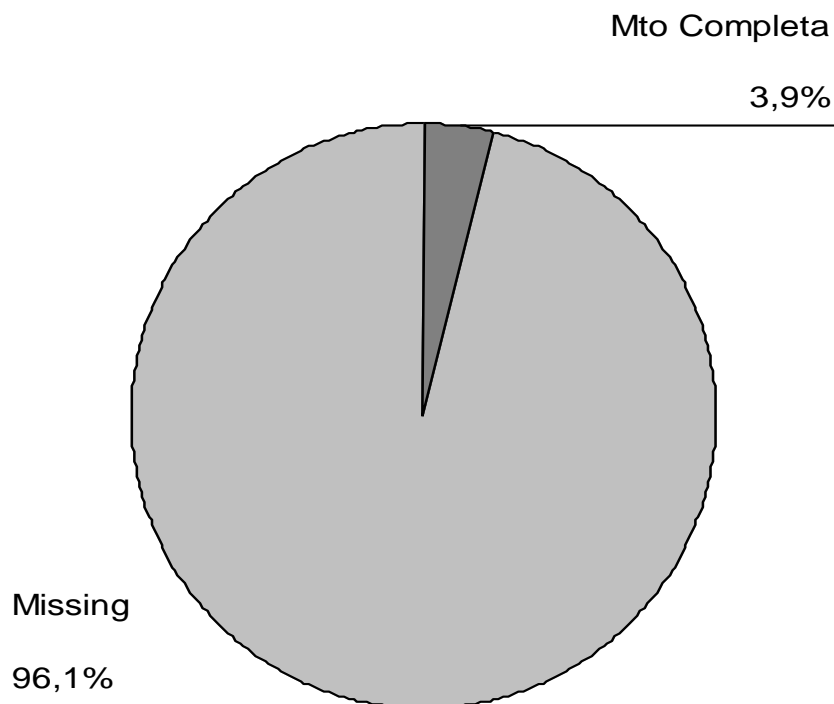
- Nenhum dos participantes posicionou esta frase como a que mais concordo;
- Segunda frase com que mais concorda 8,3% dos participantes (N=4);
- Terceira frase com que mais concorda 10,4% dos participantes (N=5);
- Quarta frase com que mais concorda 18,8% dos participantes (N=9);
- Quinta frase com que mais concorda 25% dos participantes (N=12)
- Frase com que menos concorda 37,5% dos participantes (N=18).

Quadro 66 – Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a formação actual

		Frequência	Percentagem
--	--	------------	-------------

Válidas	Mto Completa	2	3,9
Missing	999	49	96,1
Total		51	100,0

Gráfico 11 – Distribuição das respostas à questão sobre a formação actual



A questão número treze deveria ter sido respondida pelos participantes que reponderam negativamente à questão “Pensa que a formação actual poderia ser melhorada no sentido de habilitar os futuros fisioterapeutas com as competências em comunicação, necessárias a um bom desenvolvimento profissional?” (N=3). No entanto só dois desses três participantes responderam à questão que lhes era destinada. Para facilitar a apresentação dos dados incluímos esse e os que não tinham que responder no conjunto “Missing” embora em rigor, nesta questão, só exista um questionário a que faltam dados.

Os dois participantes que responderam escolheram a opção “ A formação actual é muito completa”.

Quadro 67– Mediana, moda e percentis das respostas à questão sobre a pertinência do estudo. Existem vários valores para a moda. Aparece na tabela o menor

		Obst Inv Quant	Centr Doent	Imagem Profss	Tackholders	Impertinência	Educar Saúde
	Válidas	50	50	50	50	50	50
	Missing	1	1	1	1	1	1
Mediana		4,00	1,00	3,00	4,00	6,00	3,00
Moda		5	1	3	4	6	4
Percentis	25	2,00	1,00	2,00	3,00	6,00	2,00
	50	4,00	1,00	3,00	4,00	6,00	3,00
	75	5,00	3,00	4,00	5,00	6,00	4,00

Na última questão pretendia-se que os participantes ordenassem seis afirmações sobre a pertinência do presente estudo.

A afirmação “A formação em comunicação é um imperativo para evitar que se constitua num obstáculo a estudos quantitativos fidedignos em fisioterapia” foi posicionada: em primeiro o segundo lugar por 25%; em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar por 50%; em primeiro, segundo, terceiro, quarto, ou quinto lugar por 75% dos participantes.

“É importante reflectirmos sobre o impacto da comunicação, se quisermos centrar a nossa intervenção nos doentes” foi posicionada: em primeiro lugar por 50%; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 75% dos participantes.

“A preocupação com a imagem que transmitimos aos utentes, da nossa actividade, é uma prioridade, se queremos sustentar o processo de profissionalização da fisioterapia” foi posicionada: em primeiro ou segundo lugar por 25%; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50% dos participantes; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50% dos participantes; em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar por 75% dos participantes.

“A pressão exercida pelos vários tack holders nos serviços de saúde, exige-nos que desenvolvamos melhores competências em comunicação” foi posicionada: em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 25%; em primeiro, segundo, terceiro ou quarto

lugar por 50% dos participantes; em primeiro, segundo, terceiro, quarto ou quinto lugar por 75% dos fisioterapeutas inquiridos.

A frase “Não acho que o estudo possa contribuir para melhores práticas em fisioterapia” foi posicionada: em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou em ultimo lugar por 25% dos participantes; em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou em ultimo lugar por 50%; em primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto ou em ultimo lugar por 75% dos participantes.

Dois dos inquiridos (N= 2), 3,9% em 2º lugar, três (N=3), 5,9% em 4 lugar, quatro (N=4), 7,8% em 5º lugar, quarenta e um (N= 41), 80,4% em último lugar.

“Educar para a saúde é uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, que exige dos profissionais maiores competências em comunicação” foi posicionada em: primeiro ou segundo lugar por 25%; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50% dos participantes; em primeiro, segundo ou terceiro lugar por 50%; em primeiro, segundo, terceiro ou quarto lugar por 75% dos participantes.

Quadro 68– Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Obstáculo à Investigação Quantitativa”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	11	21,6
	3º mais concordo	10	19,6
	4º mais concordo	11	21,6
	5º mais concordo	13	25,5
	menos concordo	2	3,9
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Obst Inv Quant – obstáculo à investigação quantitativa.

- Frase com que mais concorda 6% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 22% dos participantes (N=11);
- Terceira frase com que mais concorda 20% dos participantes (N=10);
- Quarta frase com que mais concorda 22% dos participantes (N=11);
- Quinta frase com que mais concorda 26% dos participantes (N=13);
- Frase com que menos concorda 4% dos participantes (N=2).

Quadro 69 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Cuidados Centrados no Doente”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	27	52,9
	2º mais concordo	10	19,6
	3º mais concordo	6	11,8
	4º mais concordo	4	7,8
	5º mais concordo	3	5,9
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Cuidados centrados no doente

- Frase com que mais concorda 54% dos participantes (N=27);
- Segunda frase com que mais concorda 20% dos participantes (N=10);
- Terceira frase com que mais concorda 12% dos participantes (N=6);
- Quarta frase com que mais concorda 8% dos participantes (N=4);
- Quinta frase com que mais concorda 6% dos participantes (N=3);
- Nenhum dos participantes posicionou esta fase como aquela com que menos concordo.

Quadro 70 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “ Promoção da Imagem Profissão”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	9	17,6
	2º mais concordo	12	23,5
	3º mais concordo	13	25,5
	4º mais concordo	5	9,8
	5º mais concordo	9	17,6
	menos concordo	2	3,9
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Promoção da imagem da profissão

- Frase com que mais concorda 18% dos participantes (N=9);
- Segunda frase com que mais concorda 24% dos participantes (N=12);
- Terceira frase com que mais concorda 26% dos participantes (N=13);
- Quarta frase com que mais concorda 10% dos participantes (N=5);
- Quinta frase com que mais concorda 18% dos participantes (N=9);
- Frase com que menos concorda 4% dos participantes (N=2).

Só um dos participantes não respondeu a esta questão, as percentagens acima indicadas correspondem às respostas válidas.

Quadro 71 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de “Tackholders”

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	3	5,9
	2º mais concordo	7	13,7
	3º mais concordo	10	19,6
	4º mais concordo	14	27,5
	5º mais concordo	14	27,5
	menos concordo	2	3,9
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Tackholders

- Frase com que mais concorda 6% dos participantes (N=3);
- Segunda frase com que mais concorda 14% dos participantes (N=7);
- Terceira frase com que mais concorda 20% dos participantes (N=10);
- Quarta frase com que mais concorda 28% dos participantes (N=14);
- Quinta frase com que mais concorda 28% dos participantes (N=14);
- Frase com que menos concorda 4% dos participantes (N=2).

**Quadro 72 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“Impertinência”**

		Frequência	Percentagem
Válidas	2º mais concordo	2	3,9
	4º mais concordo	3	5,9
	5º mais concordo	4	7,8
	menos concordo	41	80,4
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Impertinência

- Nenhum dos participantes posicionou esta fase como aquela com que mais concordo.
- Segunda frase com que mais concorda 4% dos participantes (N=2);
- Nenhum dos participantes posicionou esta fase como a terceira com que menos concordo.
- Quarta frase com que mais concorda 6% dos participantes (N=3);
- Quinta frase com que mais concorda 8% dos participantes (N=4);
- Frase com que menos concorda 82% dos participantes (N=41).

**Quadro 73 – Distribuição das frequências e percentagens de posicionamento de
“Educar para a Saúde”**

		Frequência	Percentagem
Válidas	mais concordo	8	15,7
	2º mais concordo	9	17,6
	3º mais concordo	11	21,6
	4º mais concordo	13	25,5
	5º mais concordo	6	11,8
	menos concordo	3	5,9
	Total	50	98,0
Missing	999	1	2,0
Total		51	100,0

Educar para a Saúde

- Frase com que mais concorda 16% dos participantes (N=8);
- Segunda frase com que mais concorda 18% dos participantes (N=8);
- Terceira frase com que mais concorda 22% dos participantes (N=11);
- Quarta frase com que mais concorda 26% dos participantes (N=13);
- Quinta frase com que mais concorda 12% dos participantes (N=6);
- Frase com que menos concorda 6% dos participantes (N=3).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todos os participantes no estudo responderam afirmativamente à questão, “Acha que para ter um bom desempenho profissional os fisioterapeutas necessitam ser bons comunicadores?”. Podemos afirmar que os jovens fisioterapeutas inquiridos, pensam que é necessário ser bom comunicador para desenvolver um bom desempenho profissional.

Relativamente à relevância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas, 96% consideraram a comunicação relacional, a comunicação com o doente, mais importante.

Os participantes no estudo, partilham a ideia referida por vários autores de que a abordagem da fisioterapia tem objectivos só tangíveis na interacção fisioterapeuta utente, os cuidados prestados envolvendo sempre a interacção pessoal, entre o fisioterapeuta e o doente. (Ley, 1988, Heatley e Squires, 1991, Fleming, 1991, Partridge, 1996, Wilson et al, 1999, Grimmer, et al, 2000, Reynolds, 2004)

O facto de no âmbito da interacção com o doente terem valorizado mais a comunicação verbal, a motivação e a comunicação não verbal, reflecte a perspectiva da comunicação com o doente, ser central às práticas da fisioterapia. No entanto, a colocação da relação terapêutica posicionada globalmente em quarto lugar, indicia uma visão da comunicação consonante com a do modelo telegráfico bidireccional, em que a comunicação é sinónimo de troca de informação e onde a vertente relacional é ignorada.

Estes resultados estão em consonância com a ideia expressa por Dias (1994). Segundo a autora, actualmente, a partilha da informação é considerada um antídoto face ao deficit da dimensão relacional patente nas interacções entre profissionais de saúde e doentes.

O poder e a comunicação escrita entre o fisioterapeuta e o doente aparecem colocados em quinto e sexto lugar. O último lugar atribuído à comunicação escrita é reflexo da pequena parcela que ocupa este tipo de comunicação no quotidiano do exercício profissional. A colocação do poder em penúltimo lugar está em dissonância com as respostas à questão sobre doentes considerados à partida difíceis, onde os profissionais de saúde são considerados os mais difíceis, como será posteriormente analisado.

Reforçando os aspectos considerados mais relevantes na interacção com o doente os participantes no estudo deram do papel da comunicação, a imagem global de estratégia desenvolvida pelo fisioterapeuta para motivar o doente, transmitindo-lhe

informação. A comunicação como estratégia para estabelecer uma aliança terapêutica aparece em terceiro lugar seguida da comunicação como estratégia para compreender os objectivos do doente e da comunicação como recolha de informação. A comunicação como estratégia de manipulação foi colocada, pelos participantes no estudo, em último lugar.

Embora considerem que a comunicação não deverá ser estabelecida no sentido de manipular o doente, remetem para segundo plano a relação terapêutica, a compreensão dos objectivos do doente e a recolha de informação, dando prioridade à visão da comunicação como estratégia desenvolvida pelo fisioterapeuta para motivar o doente, transmitindo-lhe informação. Remetendo para um plano secundário a compreensão dos objectivos do doente, estão a conferir ao profissional, detentor do saber, toda a hegemonia, e ao doente, leigo, um papel passivo. Esta contradição, poderá indicar, por um lado, a parca reflexão sobre o impacto da distribuição do poder nas interacções entre os profissionais e os doentes, e/ou o insuficiente conhecimento do modelo de intervenção centrado no doente.

Dez dos participantes responderam à questão aberta “Existe para si algum outro aspecto que seja marcante, na comunicação, durante as interacções com os doentes, que não se encontre na lista anterior? Qual?”. As respostas foram sujeitas a análise de conteúdo da qual resultaram três categorias: Contexto; Atitudes e sentimentos das pessoas em interacção; Comunicação com os familiares.

Uma análise atenta aos questionários permitiu constatar que os fisioterapeutas que responderam à questão aberta acima citada, estão entre os onze que colocaram em primeiro lugar (N=6) ou segundo lugar (N=5) a relação terapêutica como o aspecto mais relevante da comunicação com o doente. Bem como entre os que posicionaram a comunicação como estratégia para estabelecer uma aliança terapêutica em primeiro lugar (N=5) ou segundo lugar (N=6).

O conteúdo destas dez respostas traduz uma visão sistémica da comunicação com o doente, em que a relação e o contexto são valorizados, a par com uma perspectiva dos cuidados centrados no doente que pressupõem o estabelecimento duma aliança terapêutica, a partilha do poder e a consideração do doente e do fisioterapeuta como pessoas (Mead e Bower, 2000).

Relativamente à importância da comunicação nas organizações de saúde – comunicação organizacional, na globalidade os participantes ordenaram os itens dando prioridade à comunicação dos fisioterapeutas entre si e com outros profissionais de saúde; Em terceiro lugar, posicionaram a comunicação entre doentes seguida da comunicação escrita entre fisioterapeutas e doentes; em quinto lugar a promoção da imagem da profissão e em último a comunicação na gestão.

É interessante na ordenação acima referida a prioridade dada à comunicação dentro do grupo profissional e entre os profissionais de saúde e à comunicação entre os doentes, reflectindo uma certa ideia de fechamento entre os vários intervenientes na organização de saúde. Os itens colocados nas três últimas posições dão a ideia que na organização é menos importante o que se partilha com os que não são fisioterapeutas nem profissionais de saúde. Esta delimitação de fronteiras entre os diferentes grupos dentro das organizações de saúde, esta incapacidade de partilha,” foi referido por vários autores (Morrison, Milliken, 2000, Mizrachi, Shuval, Gross, 2005).

A promoção da imagem da profissão, a que atribuem grande importância noutro contexto, como veremos adiante, não é encarada como relevante dentro da organização, o que parece revelador do desconhecimento do potencial de mudança e dos mecanismos de negociação e de afirmação dos diferentes grupos profissionais no seio das organizações de saúde (Carapinheiro, 1993, Allen, 1997, Mizrachi, Shuval, Gross, 2005).

A importância da comunicação organizacional na gestão da organização da saúde é o aspecto menos valorizado pelos participantes, o que pode ser explicado por 27,5% não ter ainda começado a trabalhar não tendo por isso nenhuma experiência laboral, por outro lado 49% dos inquiridos refere trabalhar numa clínica privada, situação que é encarada geralmente como provisória, onde o exercício é liberal e sem nenhuma espécie de vínculo institucional.

Numa visão geral da ordenação realizada pelos participantes, estudar o fenómeno da comunicação é importante:

- Em primeiro lugar para centrar a intervenção da fisioterapia no doente;
- Em segundo lugar para transmitir aos doentes uma imagem que sustente o processo de profissionalização da fisioterapia;
- Em terceiro lugar para dar corpo à prioridade de educar para a saúde;

- Em quarto lugar para responder à pressão exercida pelos diferentes tack holders dos serviços de saúde;
- Em quinto lugar compreender os fenómenos da comunicação para impedir que, na realização de estudos quantitativos, ela se constitua numa variável de confundimento;
- Em ultimo lugar não é importante compreender a comunicação, para desenvolver melhores práticas.

Da ordenação das frases que justificam a relevância do presente estudo, salienta-se o facto de nenhum dos participantes ter posicionado em primeiro lugar a afirmação: “O estudo não contribui para melhores práticas em fisioterapia”. Somente dois dos participantes a colocaram em segundo e nenhum a colocou em terceiro lugar. Três posicionaram-na em quarto lugar, quatro em quinto e quarenta e um (80,4%) em último lugar. Podemos pois afirmar, que a globalidade dos participantes do estudo pensa que estudar a comunicação é relevante para o desenvolvimento de melhores práticas em fisioterapia.

A prioridade que deram à frase que afirmava ser importante estudar a comunicação, para centrar a intervenção da fisioterapia no doente, revela que a maioria dos participantes associa a comunicação ao modelo de intervenção centrada no doente. Esta frase foi a primeira para 54% dos participantes e a segunda para 20%. Nenhum dos participantes posicionou esta frase em último lugar.

A frase que aparece globalmente colocada em segundo lugar afirma ser importante estudar a comunicação para transmitir aos doentes uma imagem que sustente o processo de profissionalização da fisioterapia. Foi a frase com que mais concordaram 18% dos participantes, a segunda para 24%, a terceira para 26%, a quarta para 10%, a quinta para 18% e a última para 4% dos participantes (N=2). Este posicionamento revela que os jovens profissionais, participantes no estudo, para além de estarem preocupados com a afirmação do seu grupo profissional, têm a percepção de que o processo de profissionalização está dependente da imagem que os consumidores dos serviços prestados pelos fisioterapeutas, tiverem deles e do seu trabalho.

A frase que sustenta que estudar a comunicação é importante para dar corpo à prioridade de educar para a saúde, foi posicionada, na globalidade em terceiro lugar.

Em quarto lugar aparece posicionada a frase que relaciona a importância de desenvolver estudos na área da comunicação com a necessidade de responder à pressão exercida pelos diferentes tack holders dos serviços de saúde.

Em quinto lugar colocaram a frase que afirma ser importante compreender os fenómenos da comunicação para impedir que, na realização de estudos quantitativos, ela se constitua numa variável de confundimento. O posicionamento desta última razão para estudar a comunicação mostra que os participantes reconhecem à comunicação, no contexto da fisioterapia, um valor diferente do que o de uma variável de confundimento.

Relativamente aos factores que, na opinião dos participantes, tornam as interacções com o doente mais difíceis, as respostas distribuíram-se da seguinte forma:

- 33,3% ” *Factores ligados à Relação que se estabelece com o doente*”;
- 29,4% “*Características Sócio culturais do doente*”;
- 19,6% “ *Factores ligados à Situação clínica*”;
- 17,6% “*Factores relacionados com a Organização do trabalho*”.

Consideramos os “ *Factores ligados à Situação clínica*” e as “*Características Sócio culturais do doente*” como características dos doentes. Vários estudos associam a dificuldade na interacção com o doente a atributos particulares do doente que o tornam difícil (Goodwin et al, 1979; John et al, 1987; Steinmetz e Tabenkin, 2001; Whitenack e McGaghie 1984). Assim podemos afirmar que 49% dos inquiridos considera estar no doente a origem da dificuldade, 33,3% situa a dificuldade na relação e 17,6% associa a dificuldade ao contexto de trabalho – “*Factores relacionados com a Organização do trabalho*”.

A questão número cinco solicitava aos participantes que ordenassem por ordem decrescente de dificuldade seis doentes difíceis. Na globalidade os participantes do estudo consideraram que o doente mais difícil seria o fisioterapeuta, seguido de outro profissional de saúde. Em terceiro lugar colocaram a criança. Em quarto e quinto lugar colocaram o doente de outra etnia e o homossexual. O idoso foi considerado, à partida, o doente mais fácil.

“*Fisioterapeuta*” e “*Outro profissional de saúde*” foram colocados pelos participantes como os doentes mais difíceis. A insegurança implícita nesta escolha poderá estar associada à pouca experiência dos participantes, no entanto, também denota uma necessidade de manter o doente como leigo à mercê do saber profissional, o que revela a necessidade e a tendência para exacerbar e afirmar o domínio profissional.

“*Criança*” foi posicionada em terceiro lugar. Esta escolha poderá relacionar-se com o facto de nas experiências clínicas, durante os estágios, se tratarem poucas crianças

em relação ao número de adultos, o que dará aos recém formados uma percepção de insuficiência nesta área.

Na mesma lógica a colocação em ultimo lugar do “*Idoso*” poderá ter explicação no facto da maioria dos doentes que realizam fisioterapia, estar situada nesta faixa etária.

“*Outra Etnia*” e “*Homossexual*”, foram posicionados, globalmente, em quarto e quinto lugar.

À questão aberta número seis só responderam dezassete dos participantes. Nela, pedia-se que invocassem uma situação vivida em que se tivessem sentido constrangidos e que relatassem a causa desse constrangimento.

As dezassete respostas foram tratadas mediante análise de conteúdo de onde emergiram cinco categorias: Desadequação da conduta do doente; Poder; Corpo; Outro código; Más notícias.

Em três dos relatos estavam presentes várias categorias. A categoria “*desadequação da conduta do doente*” ocorreu oito vezes; a categoria “*poder*” teve sete ocorrências; a categoria “*corpo*” teve quatro ocorrências; as categorias “*outro código*” e “*más notícias*” ocorreram uma vez.

A questão número sete reportava-se ao tratamento de doentes do sexo oposto. Era pedido aos participantes que ordenassem por ordem decrescente de identificação seis frases.

Cada frase transmitia uma ideia relativa à influência da diferença de sexos entre fisioterapeuta e doente, na interacção estabelecida durante o tratamento.

A frase “*O sexo do doente para mim é irrelevante*” traduz uma ideia de neutralidade do profissional face ao sexo do doente. Para o profissional o doente não tem sexo.

A frase “*É-me indiferente, mas alguns doentes preferem ser tratados por pessoas do mesmo sexo*”, reafirma a neutralidade do profissional, atribuindo ao doente a preferência de ser tratado por um profissional do mesmo sexo, o que interpretamos como sendo mais fácil tratar doentes do mesmo sexo.

“*Por vezes geram-se situações dúbias que são constrangedoras*”, traduz a ideia de que podem ocorrer situações dúbias quando se trata um doente do sexo oposto.

A frase *“Se o doente for idoso/a não há problema”* reflecte a visão do idoso como assexuado.

A frase *“Pode ser difícil, mas depende do tipo de patologia e do tratamento em questão”* repete a ideia transmitida em *“Por vezes geram-se situações dúbias que são constrangedoras”*. Mais objectiva, esta frase afirma que podem ocorrer situações dúbias quando se trata um doente do sexo oposto, dependendo da patologia e tratamento em questão.

A frase *“É mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto”* constata a maior facilidade em estabelecer empatia com doentes do sexo oposto.

Na globalidade, os participantes assinalaram, por ordem decrescente de identificação, as frases relativas ao sexo do doente da seguinte forma:

- *“O sexo do doente para mim é irrelevante”*, em primeiro lugar;
- *“É-me indiferente, mas alguns doentes preferem ser tratados por pessoas do mesmo sexo”*, em segundo lugar;
- *“Por vezes geram-se situações dúbias que são constrangedoras”*, em terceiro lugar;
- *“Se o doente for idoso/a não há problema”* e *“Pode ser difícil, mas depende do tipo de patologia e do tratamento em questão”*, ambas em quarto lugar;
- *“É mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto”*, em último lugar.

Desta ordenação destaca-se uma ideia de neutralidade do profissional face ao sexo do doente. Vários estudos têm demonstrado ser mais fácil estabelecer empatia com doentes do sexo oposto (Lage e McIntyre, 2002). Assim sendo essa ideologia, esse dever de neutralidade, não corresponde ao que de facto é vivido e sentido pelos profissionais.

A negação das emoções tem sido evocada como uma exigência, um dever, que se consubstancia numa obrigação implícita à socialização profissional *“(…) Integra-se num verdadeiro trabalho emocional que permite ao cuidador atingir um nível profissional na relação terapêutica que se caracteriza pela neutralidade”* (Mercadier, 2002: 253). Pensamos que os jovens fisioterapeutas, participantes no estudo, expressam esta ideia de neutralidade face ao sexo do doente por pensarem ser esse o seu dever enquanto profissionais.

As respostas dos participantes, relativas ao que pensam sobre a formação dos fisioterapeutas em comunicação, revelaram que 94,1% acham que a formação actual poderia ser melhorada no sentido de habilitar os futuros fisioterapeutas com competências em comunicação, necessárias a um bom desenvolvimento profissional.

Quanto aos currícula das escolas, nas quatro observações efectuadas, só no curriculum de uma delas, existe uma disciplina cujo título contém o termo comunicação. Essa unidade denominada “Comunicação e Ensino” é vocacionada para aprendizagens relativas a metodologias pedagógicas, e não para comunicação em saúde. Podemos pois afirmar que em nenhum dos currícula observados existe uma disciplina específica de comunicação em saúde.

A questão número onze requeria a ordenação de frases relativas à formação em comunicação. Esta questão destinava-se somente aos participantes que tivessem respondido afirmativamente a questão acima citada.

A globalidade dos participantes ordenou as frases sobre a formação dos fisioterapeutas em comunicação, dando prioridade àquela que afirmava que a formação em comunicação deve ser interdisciplinar, seguida da que afirmava dever ser criada uma nova unidade curricular de comunicação. Estas prioridades indicam que os participantes consideram que para além da comunicação dever ser uma temática interdisciplinar, deverá existir uma unidade curricular de comunicação no curso de fisioterapia.

Posicionaram em terceiro lugar a frase onde se afirma que a psicologia da saúde deverá ser orientada no sentido da comunicação, talvez por terem encontrado nessa unidade curricular conteúdos que pensam estar relacionados com a comunicação.

Em quarto e quinto lugar aparecem respectivamente “*a formação em comunicação deve ser contínua*” e “*a formação deve ser académica pós licenciatura*”. Por último, a frase com a qual, os participantes menos se identificaram foi “*as competências em comunicação são inatas*”, sendo que nenhum deles posicionou esta frase em primeiro lugar e somente 8,3% a colocou em segundo. A frase foi colocada em último lugar por 37,5% dos inquiridos.

Aos participantes que responderam negativamente à questão “*Pensa que a formação actual poderia ser melhorada no sentido de habilitar os futuros fisioterapeutas com as competências em comunicação, necessárias a um bom desenvolvimento profissional?*” (N=3), foi solicitado que escolhessem entre duas

opções: “*A actual formação é muito completa nesta área*”; “*O bom desenvolvimento profissional não depende das competências em comunicação*”. Só dois dos três participantes responderam à questão que lhes era destinada. Ambos optaram pela alternativa de resposta “*A formação actual é muito completa*”.

Ilustração 7 – Primeiros passos com canadianas
www.childrenshospital.org



CONCLUSÕES

Os jovens fisioterapeutas, participantes no estudo, consideram ser importante para um bom desempenho profissional ter competências em comunicação. Pensam também que para os fisioterapeutas a comunicação relacional é mais importante do que a comunicação organizacional. Achrom relevante desenvolver estudos sobre a comunicação em fisioterapia.

Na análise que realizamos aos currícula dos cursos de fisioterapia de quatro escolas verificamos que a comunicação não se encontra contemplada nos programas, tendo só uma das escolas uma unidade curricular denominada “Comunicação e Ensino” que visa o desenvolvimento de competências para comunicar a audiências.

Os participantes consideram que as competências em comunicação não são inatas, devendo ser objecto de formação específica. Pensam que a actual formação pode ser melhorada, e que para além de dever ser desenvolvida numa forma interdisciplinar, lhe deve ser atribuída uma unidade curricular específica. A sua opinião é consonante com a nossa observação dos currícula.

Apesar de identificarem a comunicação relacional como um aspecto importante do desempenho profissional, quando identificam o fundamento dessa importância, centram-se na transmissão de informação e na necessidade de motivar o doente. Não têm pois uma visão sistémica da comunicação e remetem a relação para um plano secundário.

Associam a comunicação ao modelo de intervenção centrado no doente. No entanto encaram-na como um instrumento para o motivar e transmitir informação.

Possivelmente pensam que este modelo de intervenção é desejável, ou por desejabilidade social assim o afirmam, mas ao operacionalizar conceitos inerentes ao modelo, como sejam o estabelecimento numa relação e a consideração quer do doente quer do profissional como pessoas, optam por alternativas mais consonantes com o modelo biomédico do que com o modelo centrado no doente. Na realidade as suas

respostas denotam uma concepção da prática dos cuidados de saúde, hierarquizada e unidireccional onde ao doente cabe um papel passivo.

O poder, que afirmam ser um aspecto pouco importante da comunicação com o doente, aparece como determinante na escolha do doente mais difícil, revelando que embora não tenham consciência da importância da dinâmica do poder nas interacções com os doentes, estão muito preocupados com a afirmação do seu poder enquanto profissionais, considerando mais difíceis os doentes que têm igual conhecimento científico. Esta dificuldade está expressa em algumas das respostas dos participantes de que é exemplo o seguinte excerto:

“Não saber como agir não aconteceu propriamente, mas com algum receio quanto à crítica ao meu procedimento sim. Tratamento de respiratória ao filho de uma médica que me pediu o estetoscópio para auscultar também!”

O desconhecimento da importância do poder nas interacções terapêuticas, associado à necessidade patente de afirmação profissional poderá determinar condutas que sustentem uma exacerbação e afirmação do poder profissional, contrárias à partilha de responsabilidade com o doente e ao direito deste ter a última palavra nos cuidados que lhe são prestados.

Os fisioterapeutas pensam ter um dever de neutralidade face ao doente que tratam e afirmam que o sexo do doente é irrelevante para a interacção que com ele desenvolvem. No entanto duas das participantes referem ter vivido situações problemáticas relacionadas com “assédio sexual” por parte de doentes.

Esta suposta neutralidade profissional aparece em dissonância com alguns dos relatos de situações constrangedoras em que “o corpo doente” aparece como determinante de emoções que a maioria dos participantes julga ser seu dever ignorar, ou talvez mesmo não sentir, mas que mencionam em algumas respostas onde fazem referencia ao constrangimento sentido face a nudez do idoso ou à sujidade do corpo.

A comunicação nas organizações de saúde foi considerada, pelos fisioterapeutas menos relevante para o exercício profissional. Dão prioridade à comunicação dentro do grupo profissional. Na organização é menos importante o que se partilha com os que não são fisioterapeutas nem profissionais de saúde.

A promoção da imagem da fisioterapia dentro das organizações de saúde é pouco valorizada pelos participantes. O desconhecimento do potencial de mudança e dos mecanismos de negociação e de afirmação dos diferentes grupos profissionais no seio das organizações de saúde conjuntamente com a desvalorização da importância da comunicação na gestão, tornará difícil o objectivo que expressam de transmitir aos doentes uma imagem que sustente o processo de profissionalização da fisioterapia. Apesar dos currículos das escolas contemplarem alguns dos aspectos referidos, no âmbito da “Sociologia da Saúde”, parece ser necessário explorar as suas implicações na perspectiva da comunicação.

Os resultados do estudo apontam no sentido de que é necessário fornecer aos fisioterapeutas formação em comunicação e proporcionar aos alunos oportunidades para reflectirem acerca das implicações da comunicação no desenvolvimento de melhores práticas.

A necessidade de devolver ao doente o controlo sobre a sua saúde, de centrar a intervenção no doente, passa por uma visão sistémica da comunicação. É necessário que os fisioterapeutas compreendam que o tratamento e a reabilitação do doente pressupõem uma partilha de significados e a construção social duma nova realidade, que só é possível se com ele se estabelecer uma relação.

O contexto de mudança que decorre da aplicação do Processo de Bolonha pressupõe a possibilidade de alterar os programas curriculares dos cursos. O paradigma educacional que o inspira visa a estruturação do processo de ensino aprendizagem, no desenvolvimento de competências. O presente estudo servirá de fundamentação para o desenvolvimento de uma nova unidade curricular de comunicação no curso de fisioterapia.

Os prazos que são impostos para a execução do projecto de investigação desenvolvido durante o mestrado são limitadores, obrigando a rigorosa gestão do tempo. Desta limitação de tempo decorreram limitações quanto à abrangência do estudo e à dimensão da amostra.

A falta de experiência do investigador foi também um constrangimento de grande peso.

Temos a noção de que teria sido importante observar as interações desenvolvidas entre os fisioterapeutas e os doentes. Através da utilização do método fílmico poderíamos chegar a uma melhor identificação de dificuldades vividas pelos jovens profissionais, das quais não têm consciência, ou de que tendo, não ousaram connosco partilhar e a uma análise mais aprofundada do tipo de comunicação (verbal e não verbal) estabelecida entre fisioterapeutas e doentes. Seria importante desenvolver outros estudos comparando jovens profissionais com fisioterapeutas experientes.

É nossa intenção desenvolver futuramente esta temática observando as interações entre os alunos de fisioterapia e os doentes, durante os estágios, tentando compreender os processos de aquisição de modelos de intervenção, que a comunicação reflecte e de que é parte integrante.

BIBLIOGRAFIA

AMORIM,C. (2003) – *Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas e Académicos de Fisioterapia: Um Estudo Preliminar*. PEREIRA, A. M. B. (Org.) – **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Trabalhador**. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 93-104.

ALLEN, D. (1997) – *The Nursing-Medical Boundary: a Negotiated Order?* **The Sociology of Health and Illness**. Vol. 19, nº4, pp. 498-520.

BARDIN, Laurence (1997) – **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70.

BARR, J., THRELKELD A. J. (2000) – *Patient-practitioner collaboration in clinical decision making*. **Physiotherapy Research International**, 5, pp 254-260.

BATESON, G. et al (1981) – **La Nouvelle Communication**. Paris, Seuil.

BATESON, G. et al (1988) – **Communication et Societé**. Paris, Seuil.

BEELS, C. C. (1979) – *Profile: Albert E. Scheflen*. **Kinesis**, 2, 1, pp 1-15.

BENTON, D. (1999) – *Clinical effectiveness*. HAMER, S., COLLINSON, G. (Eds.) **Achieving evidence-based practice**. Edinburgh, Baillière- Tindall, pp. 67-108.

BENSING, J., SCHREURS, K., DE RIJK, A. (1996) – *The role of the general practitioner's affective behaviour in medical encounters*. **Psychology and Health**, 11, pp. 825-838.

BRANQUINHO, A. (2006) – **Relatório Sobre o Processo de Bolonha**. Lisboa, Assembleia da República.

BROWN J, B., WESTON W.W., STEWART, M. A. (1989) – *Patient centred interviewing Part II - Finding common ground*. **Canadian Family Physician**, 35, pp. 153-157.

BROWN, J.B., STEWART M., MCCRACKEN, E., MCWHINNEY, I. R., LEVENSEIN, J. (1986) – *The patient-centred method 2: Definition and application*. **Family Practice**, 3, pp. 75-79.

CAETANO, A. (1978) – **Sobre a Comunicação Interpessoal**. Lisboa, Ulmeiro.

CARAPINHEIRO, G. (1998) – **Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto, 3ª ed., Edições Afrontamento, (1ª ed. 1993).

CARMO, H., FERREIRA, M. (1998) – **Metodologia da Investigação Guia para a Auto-aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta.

CLARE, A. (2000) – *O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e de Entrevista*. CORNEY Roselyn (Ed.) – **Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina**. 2ªed, Lisboa, Climepsi, pp. 33-43.

COELHO, C., BRANCO, M., BRUGES, M., FERREIRA, T., NETO, L M. (2004) – *Um Olhar Diferente sobre Comunicação de Más Notícias à Luz do C.M.M.* **Pensar Enfermagem** Vol.8, nº2, pp. 46-52.

COLL, C. (1990) – *Un marco de referencia psicológico para la educación escolar: La concepción constructivista del aprendizaje y de la enseñanza*. COLL, C., PALACIOS, J., MARCHESI, A. (Eds.) – **Desarrollo psicológico y educación. II. Psicología de la Educación**, Madrid, Alianza, pp. 435- 453.

COLL, C., MARTÍN, E. (1993) – *La evaluación del aprendizaje en el currículum en el aula: Una perspectiva constructivista*. COLL, C et al – **El Constructivismo en el aula**. Barcelona, Graó, pp. 163-183.

CORNEY R. (Ed.) (1996) – **O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina.** Lisboa, Climepsi.

CORNEY, R. H., STRATHDEE, G., HIGGS, R., KING, M., WILLIAMS, P., SHARP, D., PELOSI, A.J. (1988) – *Managing the difficult patient: Practical suggestions from a study day.* **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 38, pp. 349-352.

COSNIER, J., GROSJEAN, M., LACOSTE, M. (Eds.) (1993) – **Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins.** Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

CRESPO, J. (1990) – **A História do Corpo.** Lisboa, Difel.

DICKSON, D., MAXWELL, M. (1985) – *The interpersonal dimension of physiotherapy: implications for training.* **Physiotherapy**, 71,7, pp. 306-310.

DOWNS, Cal W.(1988) – **Communication Audits.** Edição simultânea Illinois, London, Scott, Foresman and Company.

DUBAR, C. (1991) – **La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles,** Paris, Armand Colin.

ECO, U. (1975)– “O Hábito Fala Pelo Monge” **Psicologia do Vestir.** Lisboa, Assírio & Alvin, pp. 7-20.

FAULKNER, A. (1998) – **Effective Interaction with Patients.** New York, Churchill Livingstone.

FEATHERSTONE, M., et al. (1991) – **The Body.** London, Sage.

FLEMING, M. (1991) – *The therapist with the three-track mind.* **American Journal of Occupational Therapy**, 45, pp. 1007-1014.

FRIEDSON, E. (1986) - **Professional Powers**, Chicago, The University of Chicago Press.

FULFORD, K.W..M., ERSSER, S., HOPE, T. (1996) – **Essential Practice in Patient-Centered Care**, Oxford Blackwell Science.

GALLOIS, C., BENT, A., BEST, M., DWYER, J., FITCH, S., JACK, M., KALMAN, R. (1979) – *Non-verbal behaviour in same-sex and mixed-sex physiotherapist-patient interactions*. **Australian Journal of Physiotherapy**, 25, pp. 5-9.

GARD, G., GYLLENSTEN, A.L., (2000) – *The importance of emotions in physiotherapeutic practice*. **Physical Therapy Reviews**, 5, pp.155-160.

GARD, G., GYLLENSTEN, A.L., SALFORD, E., EKDAHL,C. (2000) – *Physical therapists' emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients*. **Physiotherapy**, 86, pp. 229-240.

GARROSA-HERNÁNDEZ, E. et al (2003) – *Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout*. PEREIRA, A. M. B. (Org.) – **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Trabalhador**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 228-271.

GARTLAND, G.J. (1984) – *Teaching the therapeutic relationship*. **Physiotherapy Canada**, 36, pp. 24-28.

GERRARD, T.J., RIDDELL, J.D. (1988) – *Difficult patients: Black holes and secrets*. **British Medical Journal**, 297, pp. 530-532.

GIDDENS, A. (2000) – **Sociologia**. 2ª ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

GOODWIN, JM, GOODWIN, J. S., KELLNER, R. (1979) – *Psychiatric symptoms in disliked medical patients*. **JAMA**, 241, pp. 1117-1120.

GOSS, M. (1963) – *Patterns of bureaucracy among hospital physicians*. FRIEDSON, E. – **The hospital in modern society**. New York, The Free Press.

GORDON, S., POTTER, M., FORD, I.W. (1998) – *Toward a psychoeducational curriculum for training sport-injury rehabilitation personnel.* **Journal of Applied Sport Psychology**, 10, pp. 140-156.

GRANT, R. (1994) – *Continuing education: does it make for a more competent practitioner?* **Australian Journal of Physiotherapy**, 40th Jubilee Issue, pp. 33-37.

GRIMMER, K. et al (2000) – *On the constructs of quality physiotherapy.* **Australian Journal of Physiotherapy**, Vol.46, pp. 3-7.

GYLLENSTEN, A.L., GARD, G., SALFORD, E., EKDAHL, C. (1999) – *Interaction between patient and physiotherapist: A qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective.* **Physiotherapy Research International**, 4, pp. 89-109.

HAMILTON-DUCKETT, P., KIDD, L. (1985) – *Counselling skills and the physiotherapist.* **Physiotherapy**, 71, pp. 179-180.

HAVE, P. (1991) – *Talk and institution: a reconsideration of the asymmetry of doctor-patient interaction.* BODEN, D., ZIMMERMAN, D. H. (Eds.) – **Talk and Social Structure**, Cambridge, Polity Press.

HEATLEY, M., SQUIRES, A. (1991) – *Physiotherapy with ethnic minority elders.* SQUIRES, Amanda J. – **Multicultural Health Care and Rehabilitation of Older People.** London, Edward Arnold, pp. 123-132.

HENBEST, R. J., STEWART, M. (1990) – *Patient- centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference?* **Family Practice**, 7, pp. 28-33.

HIGGS, R. (2000) – *O Apoio e a Supervisão do Terapeuta.* CORNEY Roselyn (Ed.) – **Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina.** Lisboa, Climepsi, pp. 180-189.

HUMPHRIS, D. (1999) - *Types of evidence*. HAMER, S., COLLINSON, G. (Eds) **Achieving evidence-based practice**. Edinburgh, Baillière- Tindall, pp. 13-40.

JARMAN, F. (1995) – *Communication problems: a patient' view*. **Nursing Times**, 91, pp. 30-31.

JENNINGS, B., LOAN, L. (2001) – *Misconceptions among nurses about evidence-based practice*. *Journal of Nursing Scholarship* 33 (2), pp. 765-769.

JENSEN, G.M., GWYER, J., SHEPHARD, K.F., HACK, L.M. (2000) – *Expert practice in physical therapy*. **Physical Therapy**, 80, pp. 28-43.

JENSEN, G.M., SHEPARD, K.F., GWYER, J. HACK, L.H. (1992) - *Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopedic settings*. **Physical Therapy**, 72, 10, pp. 711–722.

JOHN, C., SCHWENK, T.L., ROI LD, COHEN, M. (1987) – *Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients*. **Journal of Family Practice**, 24, pp. 607-610.

JORGENSEN, P. (2000) – *Concepts of body and health in physiotherapy: The meaning of the social/ cultural aspects of life*. **Physiotherapy Theory and Practice** 16, pp. 105-115.

KLABER-MOFFETT, J.A., RICHARDSON, P.H. (1997) – *The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability*. **Physiotherapy Theory and Practice**, 13, pp. 89-96.

KUTEEV – MOREIRA, J. P. , EGLIN, G. J. (2004) – *Strategic challenges for corporate communication in public service*. SANDRA M. – **Handbook of Corporate Communication and Public Relations – Pure and Applied**, 1ªed., London, Routledge, pp. 110 –128.

LAGE, M., MCLINTYRE, T. (2002) – *Enfermagem Agora – A empatia e a comunicação não verbal nas perspectivas da enfermeira e do cliente*. **Enfermagem** n°

27/28 (2ª série), (Jul. – Dez.), pp. 26-33.

LAW, M., BAPTIST, S., MILLS, J. (1994) – *Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference?* **Canadian Journal of Occupational Therapy**, 62, pp. 250-257.

LE BRETON, D. (1990) – **Anthropologie du Corps et Modernité**. Paris, PUF.

LE BRETON, D. (1999)– **L' Adieu au corps**. Paris, Métailié.

LE BRETON, D. (2002) – **La sociologie du corps**. 5ªed, Parris, PUF.

LETTINGA A., MOL, A., HELDERS, P., RISPENS, P. (1997) - *Differentiation as a qualitative research strategy: a comparative analysis of Bobath and Brunnstrom approaches to treatment of stroke patients*. **Physiotherapy**, 83, 10, pp. 538–46.

LEVINSON, W. (1994) – *Physician-patient communication: A key to malpractice prevention*. **JAMA**, 272, pp. 1619-1620.

LEY, P (1988) – **Communicating with patients: improving communication, satisfaction and compliance**. London, Chapman Hall.

LITTLEJOHN, S. W.(1998) – **Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana**. Rio de Janeiro, Guanabara.

LOPES, H. (2001) – **Da Pedagogia dos Valores ao Ensino da Ética e da Comunicação Relacional**. s.l., Ed. Horácio Lopes.

LOPES, N. (2000) – *A Dimensão Social e Cultural do Corpo*. DIAS, M. R., AMORIN, A. (coordenadores) – **Clínica Dentária Integrada: Contributos Bio- Psico- Sociais**. Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte da Caparica, Egas Moniz Publicações, pp. 73-80.

LORBER, J. (1981) – *Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital.* in CONRAD, P., KERN, R. (Eds) – **The Sociology of Health and Illness.** New York, St Martin's Press, pp. 395-404.

MALTZAR, R. (1988) – *Patient performance level during inpatient physical rehabilitation: Therapist, nurse and patient perspectives.* **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** 69, 1988, pp. 363-365.

DIAS, M. R. (1994) – *Os valores da informação nos valores da ciência médica.* **Análise Psicológica.** 12 (2/3), pp. 349-353.

DIAS, M. R. (2000) – *Relação Médico – Doente: Que Cumplicidade.* DIAS, Maria do Rosário, AMORIN, Armanda (coordenadores) – **Clínica Dentária Integrada: Contributos Bio- Psico- Sociais.** Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte da Caparica, Egas Moniz Publicações, pp. 53-66.

MAUSS, M. (1983) – **Sociologie et Anthropologie.** Paris, PUF, pp. 365 - 386.

MAYNARD, D.W. (1991) – *Interaction and asymmetry in clinical discourse.* **American Journal of Sociology,** 97, 2, pp. 448–95.

MAY, S. J. (2001) – *Patient satisfaction with management of back pain. Part 2: An explorative, qualitative study into patients' satisfaction with physiotherapy.* **Physiotherapy,** 87, pp. 10-20.

MEAD, N., BOWER, P. (2000) – *Patient-centredness: A conceptual framework and review of empirical literature.* **Social Science and Medicine** 51, pp. 1087-1110.

MERCADIER, C. (2002) – **Le Travail Emotionnel des Soignants à l'hôpital. le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné.** Paris, Seli Arslan.

MINTZBERG, H. (2004) – **Estrutura e dinâmica das organizações.** Porto, Dom Quixote, (1ª ed. 1995).

MISHLER, E.G. (1984) - **Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews**. Norwood, NJ: Ablex.

MIZRACHI, N, SHUVAL, J., GROSS, S. (2005) – *Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings*. **Sociology of Health and Illness**. Vol. 27, nº 1, pp. 20-43.

MONCEAU, M. (1999) – *Faut-il s'accommoder des violences à l'hôpital?* **Santé Mentale**, nº42, pp 16-20.

MORRIS, D. (1996) – **O Animal Humano. Uma Perspectiva Pessoal da Espécie Humana**. Lisboa, Gradiva.

MORRISON, E. W., MILLIKEN, F. J. (2000) – *Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World*. **Academy of Management Review**, New York University, vol. 25, nº 4, pp. 705-725.

MUCCHIELLI, A., GUIVARCH, J. (1998) – **Nouvelles méthodes d'étude des communications**. Paris, Masson & Armand Colin.

NASCIMENTO, J. R., JESUÍNO, J. C. (2003) – “Atitudes e Representações Sociais em Saúde”. MOREIRA, A. S. P., JESUÍNO, J. C. (organizadores) – **Representações Sociais teoria e prática**. 2ª ed, Paraíba, João Pessoa, pp. 137- 160.

NETO, L. M. (2003) – *Dez Questões sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações (CMM)*. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, 7:1, pp. 22-31.

ONG, L., DE HAES, J., HOOS, A. AND LAMES, F. (1995) - *Doctor-patient communication: a review of the literature*. **Social Science and Medicine**, 40, 7, pp. 903–18.

PACHECO, J. C. (1989) – **Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica**. Porto, Lab. Bial.

PACHECO, J. A. A. (1996) – **Currículo Teoria e Práxis**, Porto, Porto Editora, pp. 51-59.

PARRY, R. H. (2004) – *The interactional management of patients' physical incompetence: a conversation analytic study of physiotherapy interactions*. **Sociology of Health & Illness**, Vol. 26 n° 7 ISSN 0141- 9889, pp. 976-1007.

PARSELL, G., SPALDING, R., BLIGH, J. (1998) – *Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students*. **Medical Education**, vol. 32, n° 3, pp. 304-311.

PARTRIDGE, C. (1996) – *Evidence based medicine – implications for physiotherapy*. **Physiotherapy Research International** 1, pp. 69-73.

PAYTON, O. D., NELSON, C. E. (1996) – *A preliminary study of patients' perceptions of certain aspects of their physical therapy experience*. **Physiotherapy Theory and Practice**, 12, pp. 27-38.

PEARCE, W. B. (1994) – **Understanding Conversation in Interpersonal Communication: Making Social Words**. New York, Harper Collins College.

PEARCE, W. B., Cronen V. (1980) –**Communication, action, and meaning: The creation of social realities**. New York, Praeger.

PEASE, A. (2002) – **O Pequeno Livro da Linguagem Corporal**. Lisboa, Bizâncio.

PILNICK, A. (1998) – *Why didn't you say just that? Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter*. **Sociology of Health and Illness**, 20, 1, pp. 29–51.

POTTER, M., GORDON, S., HAMER, P. (2003) – *The physiotherapy experience in private practice: The patient perspective*. **Australian Journal of Physiotherapy** 49, pp. 195-202.

POTTER, M., GORDON, S., HAMER, P. (2003*) – *The difficult patient in private practice physiotherapy*. **Australian Journal of Physiotherapy** 49, pp. 53-61.

PUCHELLE, M.-C. (1995) – *Transports hospitaliers extra-vagance de l'âme*.
LAUTMAN, F., MAITRE, J. – **Gestion religieuses de la santé**. Paris, L'Harmattan.

QUIVY, R. e CAMPENHOLDT, L.V. (1998) – **Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos**. 2ªed, Lisboa, Gradiva.

RAMOS, N. (2004) – **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa, Universidade Aberta.

REDFERN, L., HULL, C. (1996) – *Power and authority: Is there a difference?* **Nursing Times**, 92, pp. 36-37.

REYNOLDS, F. (2004) – **Communication and Clinical Effectiveness in Rehabilitation**. London, Elsevier.

RIBEIRO, J. L. P. (1998) – **Psicologia da Saúde**. Lisboa, ISPA.

RILEY, J. B. (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. Camarate, Lusociência.

SARAIVA, C. (1996) – *Diálogos Entre Vivos e Mortos*, ALMEIDA, Miguel Vale et al
Corpo Presente – Treze reflexões antropológicas sobre o corpo. Oeiras, Celta, pp. 172-183.

SHARROCK, W. (1979) – *Portraying the professional relationship*. ANDERSON, D. C. (Ed.) – **Health Education in Practice**. London, Croom Helm.

SHILLING, C. (1993) – **The Body and Social Theory**. London, Sage.

SLUIJS, E. et al (1993) – *Differences between physiotherapists in attention paid to patient education*. **Physiotherapy Theory and Practice**, 9, 2, pp. 103-117.

- SMITH, (1958) – **Double System of Authority**. New York, The Free Press.
- SOCZKA, L. (1993) – *Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em Psicologia Social*. VALA, J., MONTEIRO, M. B. (coordenadores) – **Psicologia Social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 503-541.
- SOOTHILL. K., Heny, C., KENDRICK, K. (1996) – *Interpersonal and relational communication skills: a continuous curricula challenge*. **Themes and perspectives in nursing**. London, Chapman & Hall.
- ST CLAIR, L., WATKINGS, J., BILLINGHURST, B. (1996) – *Differences in meanings of health: An exploratory study of general practitioners and their patients*. **Family Practice**, 13, pp. 511-516.
- STEERS, R., PORTER L (1991) – **Motivation and work behaviour**. New York, Mcgraw-Hill.
- STEINMETZ, D., TABENKIN, H. (2001) – *The 'difficult patient' as perceived by family physicians*. **Family Practice**, 18, pp 495-500.
- STEUDLER; F. (1974) – **L'Hôpital en observation**. Paris, Armand Colin.
- STEVENSON, F. A. *et al* (2000) – *Doctor- patient communication about drugs : the evidence for shared decision making*. **Social Science and Medicine**, 50, pp. 829-840.
- STEWART , M. .A., MCWHINNEY I. R ., BUCK, C.W.(1979) – *The doctor-patient relationship and its effect upon outcome*. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 29, pp 77-82.
- STEWART, M. A., BROWN, J. B., WESTON, W. W. (1990) – *Patient-centred interviewing. III: Five provocative questions about the patient-centred approach*. **Canadian Family Physician**, 35, pp 159-161.
- TALVITIE, U. (1996) – *Guidance strategies and motor modelling in physiotherapy*. **Physiotherapy Theory and Practice**, 12, pp. 49- 60.

TALVITIE, U., REUNANEN, M. (2002) – *Interactions between physiotherapists and patients in stroke treatment*. **Physiotherapy**, 88, 2, pp. 77-88.

THOM, D. H., CAMPBELL, B. (1997) – *Patient-physician trust: An exploratory study*. **Journal of Family Practice**, 44, pp. 169-176.

THOMPSON, J. A., ANDERSON, J. L. (1982) – *Patient preferences at the bedside manner*. **Medical Education**, 16, pp. 17-21.

THORNQUIST, E. (1992) – *Examination and communication: A study of first encounters between patients and physiotherapists*. **Family Practice**, 9, pp. 195-202.

THORNQUIST, E. (1994) – *Profession and life: separated worlds*. **Social Science and Medicine**, 39, pp. 701-713.

VIGARELLO, G. (1988) – **O Limpo e o Sujo**. Lisboa, Fragmentos.

WATTS, N. (1971) – *Task analysis and division of responsibility in physical therapy*. **Physical Therapy**, 51, 1, pp. 23-35.

WHITENACK, D.D., MCGAGHIE, W. C. (1984) – *Toward an empirical description of problem patients*. **Family Medicine**, 16, pp. 13-16.

WINKIN, Y. (1981) – *Présentation Générale*. in BATESON, G. et al – **La Nouvelle Communication**. Pris, Seuil, pp. 10-109.

WILLIAMS, S., HARRYSON, K. (1999) - *Physiotherapeutic interactions: A review of the power dynamic*. **Physical Therapy Reviews**, 4, pp. 37-50.

WILSON L., et al (1999) – *Intertester reliability of a low back pain classification system*. **Spine** 24, pp. 248-254.

WILSON-BARNETT, J.(2000) – *A Divulgação de informação relevante para os doentes e suas famílias*. CORNEY Roselyn (Ed.) – **Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina**. Lisboa, Climepsi, pp 45-58.

ZABALA, A.(1993) – *La evaluación, esa gran desconocida*. **Aula Comunidad suplemento nº 1 de Aula de Innovación Educativa**, 13, pp. 10-13.

ZABALA, A. (1998) – **A Prática Educativa – Como ensinar**. Porto Alegre, Artmed.

ZABALZA, M. A.(1994) – **Planificação e Desenvolvimento Curricular na Escola**. 2ª ed., Rio Tinto, Asa, pp. 57-65.

LEGISLAÇÃO

Decreto nº 13.974 de 27 de Junho de 1901.

Decreto nº 293 de 27 de Dezembro de 1901.

Decreto Regulamentar nº 87/77 de 30 de Dezembro de 1977.

Decreto-Lei 274/91, de 07 de Agosto de 1991.

Decreto-Lei nº 371 de 10 de Setembro de 1982.

Decreto-Lei nº 384-B de 30 de Setembro de 1985.

Decreto-Lei nº 415/93 de 23 de Dezembro de 1993.

Decreto-Lei nº 455.41 de 23 de Julho de 1964.

Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro de 1999

Decreto-Lei nº 230/79 de 2 de Agosto de 1979.

Despacho do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde Nº 38 da II Série de 16 de Fevereiro 1983.

Despacho do Ministério da Saúde 18/90 Nº 208 II Série de 8 de Setembro de 1990.

Portaria nº 18.523 de 12 de Junho de 1961.

Portaria nº 220.34 de 04 de Junho de 1966.

Portaria nº 3/2000 de 4 de Janeiro de 2000.

Portaria nº 471/95 de 17 de Maio de 1995.

CONSULTA ELECTRONICA

www.apfisio.pt/diamundial/fiodescreport.html, 20-01-2006.

www.childrenshospital.org, 19-06-06.

www.cphs.wayne.edu, 19-06-06.

www.dgct.msst.gov.pt/profissoes2005/fisioterapeuta.htm, 10-05-2006.

www.pedagogicosensinosuperior.pt/PEDAGOGICO/REDE/, 05-01-2006.

www.uhs.uga.edu, 19-06-06.

www.ups.edu, 19-06-06

ANEXOS

ANEXO I – Grelha de observação

ANEXO II – Questionário Sócio-demográfico

ANEXO III – Guião da entrevista

ANEXO IV – Questionário