



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
CURSO DE MESTRADO

Guilherme Valdir Baldo

COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA
NO PROCESSO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE: PROPOSTA
DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Florianópolis
2008

Guilherme Valdir Baldo

**COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA NO PROCESSO DE INTERAÇÃO
COM O PACIENTE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada no Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção.

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.
Orientador

Florianópolis
2008

Guilherme Valdir Baldo

**COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA
NO PROCESSO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE: PROPOSTA DE UM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de agosto de 2008.

Prof. Antônio Sérgio Coelho, Dr.
Coordenador do Programa

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Banca Examinadora:

Prof. Marco Antonio Tedeschi, Dr.
Universidade Federal do Paraná

Prof. Jadir Camargo Lemos, Dr.
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Antonio Renato Pereira Moro, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

*“Não basta descrever e produzir fatos;
não se pode escapar da tarefa que consiste em elaborar seu sentido”.*

Pierre Grieco.

AGRADECIMENTOS

Há tantos que gostaria de agradecer nesse momento, em que completo mais um ciclo em minha vida. Que, por mais que os listassem, poderia cometer a indelicadeza de deixar alguém de fora.

Contudo, não posso deixar de agradecer aos meus pais Bento e Sueli que em todos os momentos me apoiaram e incentivaram para que não desistisse dos sonhos.

Meu orientador e, hoje, amigo Roberto pelas oportunidades oferecidas, confiança depositada e toda paciência durante este percurso.

A Dai que nos difíceis momentos desta jornada me deu o suporte necessário para que eu não desistisse.

Também não posso deixar de agradecer aos amigos que fiz nesta jornada e, aos de longa data que me apoiaram.

RESUMO

BALDO, G. V. (2008). Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente: Proposta de um Instrumento de Avaliação. Florianópolis. *Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.

A dimensão das dificuldades que envolvem o processo de interação fisioterapeuta-paciente exige uma avaliação crítica dos aspectos que constituem as competências envolvidas nesse processo. Especula-se que parte das dificuldades encontradas no exercício profissional dos fisioterapeutas estão relacionada ao menor aprofundamento científico sobre um dos seus principais objetos de trabalho - o processo de interação com o paciente para fins de diagnóstico, tratamento e prevenção de patologias. A importância do profissional em perceber quais comportamentos são competentes na interação com o paciente significa desenvolver a capacidade de integrar comportamentos para realizar tarefas e produzir resultados valorizados em determinado contexto e cultura, fundamentando-se que as competências são mais ou menos valorizadas conforme a natureza das expectativas entre indivíduos. Método: Constituiu-se, de natureza descritiva-exploratória. No estudo o material de pesquisa constituía-se de duas tabelas contendo definições e comportamentos atribuídos ao processo de interação fisioterapeuta-paciente. O material foi remetido para 60 profissionais especialistas (em psicometria e fisioterapia) selecionados aleatoriamente. Dos quais se obteve 20% de devolutiva do material enviado. Resultados: A priori levantou-se um questão inerente ao trabalho do fisioterapeuta porém que pouco se discute. Como resultado obteve-se validação do construto teórico entre as dimensões que compõe o processo de interação fisioterapeuta-paciente e os comportamentos referentes a tais dimensões. Obtido por um nível de concordância entre os atributos comportamentais das competências o que resultou em um instrumento de avaliação de tais competências, proposto ao fim deste estudo.

Palavras-chave: competências, fisioterapeuta, paciente, interação.

ABSTRACT

BALDO, G. V. (2008). Competences of the Physiotherapist in the Process of Interaction with the Patient: Proposal of an Evaluation Instrument. Florianópolis. *Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.

The dimension of the difficulties that involve the interaction process physiotherapist-patient demands a critical evaluation of the aspects that constitute the involved competences in this process. It is speculated on that it has left of the difficulties found in the professional exercise of the physiotherapists are related to the lesser scientific deepening on the one of its main objects of work - process of interaction with the patient for diagnosis ends, treatment and prevention of pathologies. The importance of the professional in perceiving which behaviors is competent in the interaction with the patient means to develop the capacity to integrate behaviors to carry through tasks and to produce resulted valued in definitive context and culture, basing itself that the competence more or less are valued in agreement the nature of the expectations between individuals. Method: One consisted, of descriptive-exploratory nature. In the study the research material constituted of two tables I contend definitions and behaviors attributed to the interaction process physiotherapist-patient. The material was sent for 60 professional specialists (in psychometric and physiotherapy) chosen teams randomly. Of which if it got 20% of returnable of the sent material. Results: First an inherent question to the work of the physiotherapist was arisen however that little is argued. As result got validation theoretical between the dimensions that composes the referring process of interaction physiotherapist-patient and behaviors to such dimensions. Gotten for an agreement level it enters the mannering attributes of the abilities what it resulted in an instrument of evaluation of such competences, considered to the end of this study.

Key-words: competences, physiotherapist, patient, interaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Seleção dos Juízes - distribuição	35
Tabela 2: Reordenação das categorias conforme concordância dos juízes	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Método de busca na Plataforma Lattes	36
Figura 2: Malha de delineamento do processo de interação	37
Figura 3: Itens que compõem a dimensão pré-contato	38
Figura 4: Itens que compõem a dimensão contato inicial	39
Figura 5: Itens que compõem a dimensão comunicação	40
Figura 6: Itens que compõem a dimensão conhecimento profissional	40
Figura 7: Itens que compõem a dimensão participação ativa	41
Figura 8: Itens que compõem a dimensão pós-contato	41
Figura 9: Modelo genérico do atendimento fisioterapêutico	42
Figura 10: Itens com 100% de concordância entre os juízes	44
Figura 11: Itens com 75% a 99,9% de concordância entre os juízes	45
Figura 12: Itens com concordância inferior a 75% entre os juízes	46
Figura 13: Natureza dinâmica do Processo de interação	46
Figura 14: Reorganização das categorias segundo avaliação dos juízes	47
Figura 15: Atributos comportamentais da categoria pré-contato	48
Figura 16: Atributos comportamentais da categoria comunicação	49
Figura 17: Atributos comportamentais da categoria conhecimento profissional	49
Figura 18: Atributos comportamentais da categoria participação ativa	50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA	17
4.2 O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA	19
4.3 PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE	22
4.4 FISIOTERAPEUTA E PACIENTE	25
4.4.1 Relação x Interação	25
4.4.2 Paciente x Cliente	26
4.5 A INTERAÇÃO FISIOTERAPEUTA-PACIENTE	27
4.6 COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	30
5. MÉTODO	35
5.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	35
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E CAMPO DA PESQUISA.....	36
5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	37
5.3.1 Variáveis intervenientes	37
5.3.2 Variáveis dependentes	37
5.4 A PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	38
5.4.1 Desenvolvimento teórico	38
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	43
6. RESULTADO E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DOS JUÍZES	44
6.1 NÍVEL DE CONCORDÂNCIA DOS JUÍZES.....	44
6.2 REORDENAÇÃO DOS ITENS E DAS CATEGORIAS.....	47
6.3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA NO PROCESSO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE – Q- APIFP	51

7. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

A dimensão das dificuldades que envolvem o processo de interação fisioterapeuta-paciente exige uma avaliação crítica dos aspectos que constituem as competências envolvidas nesse processo. Especula-se que parte das dificuldades encontradas no exercício profissional dos fisioterapeutas estão relacionada ao menor aprofundamento científico sobre um dos seus principais objetos de trabalho - o processo de interação com o paciente para fins de diagnóstico, tratamento e prevenção de patologias.

O uso de técnicas de exame e tratamento fisioterapêuticos pré-estabelecidas e desconhecimento generalizado sobre as intercorrências sócio-afetivas que ocorrem no processo de interação fisioterapeuta-paciente, apontam para a necessidade de reflexão. Para tanto, aferir e avaliar as formas pelas quais vêm sendo construídas as competências profissionais dos fisioterapeutas, no âmbito da prestação de serviços em saúde é imprescindível para uma melhor atuação profissional.

A expressão “interação fisioterapeuta-paciente” é utilizada de forma generalizada e com múltiplas dimensões de significado, que nem sempre se fazem claro. No entanto, delimita-se a interação como a ação de interface de dois ou mais indivíduos onde geram um ou mais significados comuns. No contexto aqui tratado, interação fisioterapeuta-cliente, vê-se como o momento e o espaço onde as ações são de responsabilidade e significados múltiplos. E, apesar do que há de específico neste conceito, há aspectos que caracterizam a interação entre o fisioterapeuta e seu paciente (BASSET, 2003; LITCHFIELD e MACDOUGALL, 2002; POTTER et al, 2003; POTTER e HAMER, 2003) que também são comuns a outras práticas de saúde, e enquadra-se no campo de fenômenos que Soar Filho (1998) denomina de “relação profissional de saúde-cliente”.

Essa expressão remete a noção de equipe: os vários profissionais das equipes de saúde estão sujeitos a fenômenos interacionais, subjacentes às suas práticas. Ademais conota a idéia de que o paciente é, sobretudo, um cliente, ou seja, um *usuário*, um *comprador de serviços*, qualquer que seja o contexto em que é atendido. De fato, a palavra “paciente” traz implícita a idéia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior (SOAR FILHO, 1998; CAPRARA e FRANCO, 1999; CAPRARA e RODRIGUES, 2004), que pode estar associada ao fracasso terapêutico. Para Basset (2003), a não consideração das necessidades dos pacientes e suas respostas comportamentais ou psicológicas ensejam o problema existente na adesão do tratamento

fisioterapêutico onde este fica embasado apenas no estado físico dos pacientes. O processo de interação com os pacientes converge para o desenvolvimento de um sentimento de responsabilidade do profissional, bem como melhora os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente (CAPRARA e FRANCO, 1999).

Em uma breve revisão do tema percebem-se poucos estudos acerca das dimensões e suas respectivas repercussões no processo de interação fisioterapeuta-paciente recebem poucos interesses por pesquisadores no âmbito nacional. Em contraste, as áreas médicas e da enfermagem evidenciam uma preocupação e reflexão do tema como demonstrado nos estudos de Fernandes (1993), Soar Filho (1998), Caprara e Franco (1999), Caprara e Rodrigues (2004), Grossemann e Patrício (2004), Pereira e Azevedo (2005) e de Zerbeto e Rodrigues (1997).

Genericamente, os achados na área da fisioterapia privilegiam o desenvolvimento de técnicas de tratamento e avaliação, comparação entre técnicas etc. Esses estudos expressam, mesmo que implicitamente, uma relação de interação com um paciente, embora não descrevam ou explicitem como ocorre esse processo de interação e a dimensão dos processos subjetivos envolvidos. Contudo, May (2001) afirma que, o tratamento deveria ser firmado para satisfazer necessidades específicas dos pacientes, e aqueles resultados de tratamento efetivos não só requerem competência em certas técnicas, mas também que os fisioterapeutas tenham habilidades (empatia, contato, etc) interpessoais para ajudar no atendimento do paciente.

A usual aproximação no tratamento fisioterapêutico é no intuito de comunicar a ação desejada, uma mescla de instrução, explanação verbal, demonstração visual e auxílio manual entre outros. Há entre os pacientes e fisioterapeutas uma comunicação (verbal e não-verbal) que expressam elementos sócio-afetivos que influenciam a contexto desta interação. Para tanto a percepção dos fisioterapeutas das competências presentes neste processo de interação faz parte da sua atuação profissional, se não o seu foco principal.

Além disso, há uma clara relação entre a eficácia das interações sociais e o desempenho das pessoas, social e profissionalmente. Isso tem conseqüências para o grupo e merece estudos de suas especificidades. Pois o desempenho pessoal e profissional é uma forma de avaliar as próprias competências com que as pessoas lidam diante das diferentes situações sociais e de trabalho (DEL PRETTE, 2001). E, a eficácia do desempenho humano se mostra cada vez mais foco de interesse e preocupação dos pesquisadores e, no que diz respeito às competências, a compreensão deste processo de interação se destaca no gerenciamento efetivo do tratamento fisioterapêutico.

Del Prette (2001) defende a idéia de que as pessoas socialmente competentes são aquelas que maximizam ganhos e minimizam perdas para si e para aquelas pessoas com as quais interagem. Deste modo, descreve ser possível relacionar competência social aos desempenhos interpessoais na medida em que atendam aos critérios de consecução dos objetivos da interação: a) manutenção ou melhora da auto-estima; b) manutenção ou melhora da qualidade da relação; c) maior equilíbrio de ganhos e perdas entre os parceiros da interação; e d) respeito e ampliação dos direitos humanos básicos.

Entretanto, supor que o fisioterapeuta competente atinge sempre seus objetivos é uma noção equivocada, mas parece pertinente considerar que a pessoa competente consiga estabelecer alguns objetivos nas interações. Assim, Del Prette (2001) afirma que esses critérios não necessariamente precisam ocorrer de maneira simultânea, mas o fato de ocorrerem simultaneamente confere ao indivíduo mais competência.

Ademais, para o profissional fisioterapeuta, perceber quais comportamentos são competentes na interação com o paciente significa desenvolver a capacidade de integrar comportamentos para realizar tarefas e produzir resultados valorizados em determinado contexto e cultura, fundamentando-se que as competências são mais ou menos valorizadas conforme a natureza das expectativas entre indivíduos.

O fisioterapeuta em meio à interação com o paciente combina seus saberes adquiridos por formação e suas experiências com a exploração cognitiva do ambiente, formando uma compreensão do que se passa e de como agir sobre isso. Dado este que corrobora as afirmações de Ferreira (2002) que preconiza que na ergonomia há dois traços distintos. Um voltado na compreensão do seu objeto de estudo, denominado “produção de conhecimento” e, outro orientado em produzir soluções para transformar as situações problemas. Com a aplicação do conhecimento produzido, na perspectiva de propor alternativas que articulem harmoniosamente o bem-estar dos sujeitos, a eficiência e a eficácia de suas atividades (FERREIRA, 2002).

Pois, como afirma Cruz (2003) ser competente significa controlar quais comportamentos emitir e quais suprir em determinados contextos para realizar objetivos discriminados por si mesmos ou pelos outros. Argumento que leva ao estudo das competências do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente.

2. JUSTIFICATIVA

A evolução que perpassa o processo produtivo significa novos conhecimentos sobre o trabalho científico e, por conseguinte, uma formação profissional deve se adequar às demandas mercadológicas. Para Fonseca (2002), tal fato parece estar reduzindo a sensibilidade do acadêmico de fisioterapia para a necessidade de desenvolver atitudes de cuidado na relação com o paciente considerando, caso a caso, as especificidades das demandas profissionais. Nesse sentido, a atitude de zelo nas interações com os pacientes e a sensibilidade para as trocas sociais e afetivas, inerentes à atividade profissional dos fisioterapeutas e demais profissionais da saúde, deve ser objeto de preocupação desde as fases iniciais dos cursos de fisioterapia. No intuito de pleitear uma espécie de plataforma para o desenvolvimento de competências para os processos de interação com pacientes.

A resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 traça as diretrizes curriculares da graduação em fisioterapia e, refere que o objetivo da formação profissional do fisioterapeuta é contemplado em diferentes níveis de intervenção (ambulatorial, hospitalar, comunitários/unidades básicas de saúde). Contudo, no âmbito das competências gerais definidas para o profissional fisioterapeuta não há uma descrição objetiva acerca das competências que envolvem o processo de interação do fisioterapeuta-paciente no processo terapêutico.

A formação profissional deve contribuir para o aperfeiçoamento de valores éticos e morais da sociedade e no desenvolvimento do espírito ativo e participativo dos futuros graduados. Aspectos estes, que estão atrelados ao desenvolvimento da capacidade intelectual dos futuros profissionais a princípios éticos, de compreensão e de solidariedade. A educação visa prepará-los para lidar com mudanças e diversidades tecnológicas, econômicas e culturais, equipando-os com qualidades como, iniciativa, atitude e adaptabilidade. A graduação, nesse contexto, tem seu papel ampliado demonstrando que a necessidade de desenvolvimento de recursos humanos implica não somente numa resposta social às exigências da profissionalização para o atendimento das demandas de mercado, mas também na consciência de assuntos culturais, de meio ambiente e social envolvidos. E, a universidade, nesse sentido, cumpre papel fundamental no desenvolvimento pessoal dos estudantes, além da preparação técnico-científica necessária à vida profissional.

Para Teiger (1992), a ação ergonômica consiste essencialmente em operar, partindo da atividade dos sujeitos, um deslocamento de pontos de vista, uma mudança de olhar, uma desmontagem de representações estereotipadas, no intuito de renovar a abordagem na

concepção dos sistemas técnicos e organizacionais, da formação, etc. Dado o fato, deste estudo ser realizado por um pesquisador graduado em Fisioterapia se faz necessário, portanto, a busca pela integração de uma revisão de literatura que auxilie na compreensão dos processos de interação entre fisioterapeuta-paciente.

A busca de dados no âmbito dos estudos em Fisioterapia, onde até então, revela uma escassez na produção científica nacional disponível sobre o tema. E, ao mesmo tempo, em que revela, no âmbito da multidisciplinar da Ergonomia, um conjunto de definições sobre competências e diferentes entendimentos sobre os aspectos que constituem os processos de interação nas relações profissionais e pacientes.

Dada à limitação das referências encontradas nos estudos e suas limitações como, por exemplo, a pequena amostra utilizada que restringe a generalização dos resultados e também, remete a necessidade de pesquisas posteriores no intuito de explorar uma maior diversidade de populações.

As intercorrências que afetam o fisioterapeuta não se referem apenas à sua limitação diante do quadro clínico do paciente, mas principalmente em razão das dificuldades na condução de seu trabalho advinda, por exemplo, da insatisfação com o salário, da conduta de outros profissionais e do relacionamento com os colegas de profissão.

Esse estudo propõe uma discussão que pouco se faz por profissionais responsáveis pela formação dos fisioterapeutas. A reflexão acerca das competências que são desenvolvidas no processo de interação fisioterapeuta-paciente poderá proporcionar uma avaliação crítica de todo processo de interação não somente na prestação dos serviços de saúde, mas também da formação dos fisioterapeutas, hoje. Ademais identificar os comportamentos competentes no processo de interação poderá auxiliar o próprio profissional no sentido de um aprimoramento pessoal pois é de suma importância o fisioterapeuta assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis de ensino e do exercício da fisioterapia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as competências do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir as dimensões que envolvem o processo de interação fisioterapeuta-paciente.
- Identificar os atributos comportamentais do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente.
- Verificar a validade do conteúdo dos comportamentos do fisioterapeuta na interação com o paciente.
- Propor um instrumento para verificação dos comportamentos do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA

A formação em Fisioterapia é relativamente nova, tendo seu primeiro currículo aprovado em 1963, centrado em matérias como História e Fundamentos da Fisioterapia, Ética, Administração, Fisioterapia Geral e Aplicada e com um tempo de três anos para integralização curricular. Contudo, estas diretrizes podiam ser consideradas vagas, pois, não recomendavam os conteúdos, nem em que condições os cursos deveriam se instalar. E, o que é mais importante, não deixava claro que tipo de profissional iria formar, já que a profissão não estava regulamentada.

A profissão Fisioterapeuta foi regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, p. 1230, como “profissional de nível superior com atribuições de executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Aquele que pode dirigir serviços em órgãos públicos ou particulares, exercer magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional de nível superior ou médio e também supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos”.

Com essa amplitude do campo de atuação do fisioterapeuta permitiu construir, ao longo da trajetória da organização curricular dos cursos de Fisioterapia, a necessidade de integração de disciplinas teóricas e práticas desde as disciplinas que constituem formação básica dos fisioterapeutas. Isso, devido as diferentes terapêuticas utilizadas no tratamento dos processos patológicos e suas seqüelas, assim como as necessidades de promover a reabilitação dos pacientes em todas suas fases (recuperação, readaptação, recolocação ou reemprego).

No decorrer de sua evolução histórica, a resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, prescreve diretrizes curriculares da graduação em Fisioterapia que, compreendem um perfil do egresso desse curso a partir de uma formação: generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar em todas as áreas de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. A este profissional cabe uma visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas. Com o objetivo de preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e

funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

A formação do Fisioterapeuta pressupõe o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, com carga horária mínima em torno de 20% da carga horária total do curso de graduação em Fisioterapia, buscando assegurar a prática de intervenções preventivas e curativas nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde, dentre as principais.

Além de que a proposta nessas diretrizes tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais, assim descritos:

- *Atenção a Saúde*: Promoção, proteção e reabilitação da saúde (individual e coletiva). Pensar criticamente e analisar os problemas da sociedade e procurar solução para os mesmos.
- *Tomada de decisões*: Uso apropriado, eficácia custo-efetividade das competências e habilidades para analisar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas.
- *Comunicação*: Confiabilidade na interação com o público e outros profissionais da saúde. Comunicação verbal, não-verbal e habilidades de leitura e escrita.
- *Liderança*: Trabalho em equipes multiprofissionais, assumir posições de lideranças visando sempre o bem-estar da sociedade.
- *Administração e gerenciamento*: Tomar iniciativas, fazer o gerenciamento tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação.
- *Educação permanente*: Aprender continuamente tanto na sua formação quanto na sua prática. Compromisso e responsabilidade com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações.

Entende-se, com base na descrição dessas competências e habilidades, a necessidade de uma formação do profissional fisioterapeuta que leve em conta a sua participação em todo o processo de saúde-doença dos indivíduos. E, a integração da realidade dos dados epidemiológicos, dos procedimentos técnico-científicos e de condutas profissionais que proporcionem a integralidade da atividade do cuidar em Fisioterapia.

4.2 O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta, diplomado por escolas e cursos reconhecidos, é um profissional de nível superior, da área da saúde que executa métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do indivíduo.

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia caracteriza o fisioterapeuta como profissional da saúde, capaz de assumir responsabilidades desde a gestão até a execução e avaliação dessa assistência, bem como definir seu papel social na garantia da saúde da população.

Isso implica ao profissional uma série de procedimentos sumariamente descritos da seguinte maneira:

- *Exame*: o processo de obtenção de informações a respeito da queixa do paciente. Seleção e realização de testes e exames, cujos resultados serão acrescidos aos dados sobre o paciente.
- *Avaliação*: Processo dinâmico no qual o fisioterapeuta realiza análise clínica baseada em dados adquiridos durante o exame.
- *Diagnóstico*: organização dos resultados dos exames, em que o fisioterapeuta organiza em agrupamentos definidos, síndromes, ou categorias com objetivo de determinar o prognóstico, o plano de tratamento e as estratégias de intervenção mais apropriadas.
- *Prognóstico*: determinação do nível de melhora que pode ser atingida pela intervenção e quantidade de tempo necessária para alcançar esse nível. O plano de tratamento especifica as intervenções a serem utilizadas.
- *Intervenção*: interação qualificada do fisioterapeuta com o paciente utilizando-se vários recursos, métodos e técnicas. O profissional realiza reavaliações com objetivo de identificar mudanças no estado do paciente/cliente e assim modificar ou redirecionar a intervenção.
- *Resultados*: ao término de cada sessão ou de um tratamento o profissional analisa o impacto ou quantifica o impacto das intervenções da fisioterapia para o paciente/cliente considerando os seguintes aspectos: a patologia, limitações funcionais e inaptidões, diminuição dos riscos/prevenção, bem-estar e satisfação do paciente/cliente.

Como profissional da área da saúde, o fisioterapeuta, atua principalmente na reabilitação do indivíduo, promovendo o restabelecimento das funções sensório-motoras

afetadas por lesões e/ou patologias. Para tanto, faz uso de recursos físicos que podem ser alterados e/ou combinados, conforme evolução do quadro clínico do paciente, a patologia a ser tratada, o objetivo do tratamento, idade e características físicas do próprio paciente (KOTTKE et al., 1986; LEITÃO, 1970;).

Os recursos físicos utilizados são: termoterapia (uso de calor); crioterapia (uso do frio); cinesioterapia; eletroterapia (utilização de equipamentos que emitem ondas eletromagnéticas e corrente elétrica) e hidroterapia (uso dos efeitos físicos da água) (KISNER, 1992; KOTTKE et al, 1986; SHESTACK, 1987; THOMSON, SKINNER e PIERCY, 1994). Utilizando-se destes recursos, o fisioterapeuta atua em praticamente todas as especialidades da clínica médica, como: ortopedia, neurologia, pneumologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, entre outras.

Além dos recursos, o fisioterapeuta deve estar sensível às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e das relações de trabalho (MOHAY, 1999). A interação profissional-paciente pode agregar envolvimento emocional com o problema do paciente e impotência e limitação diante das condições do indivíduo e seus familiares. Surge também a cobrança e julgamento do paciente.

Muitos tratamentos fisioterapêuticos, principalmente na área de neurologia, são prolongados e com resultados lentos, o que exige mútuo comprometimento entre paciente e fisioterapeuta. Um paciente portador de seqüela de acidente vascular encefálico ou trauma raquimedular pode demorar em apresentar melhoras, mediante tratamento, ou nem apresentar melhora, realizando a fisioterapia para a manutenção do quadro clínico (THOMSON, SKINNER & PIERCY, 1994). Essa interação, muitas vezes por período prolongado, pode levar a uma assimilação do sofrimento emocional transmitido pelo paciente. Messias (1999) acrescenta ainda que essa absorção possa ser somatizada, em razão do número de pacientes que são atendidos em um dia de trabalho. Ademais, Freudenberger e Richelson apud Lautert (1997) relatam que os profissionais estão expostos, ao lado negativo da pessoa a que está atendendo.

Além da terapia em si, o fisioterapeuta é levado a planejar um ambiente enriquecido física e emocionalmente, no intuito de que o paciente contribua para a sua própria recuperação. O paciente muitas vezes encontra-se em um estado psicológico afetado (amedrontado, ansioso, apático ou deprimido) necessitando constantemente de confiança e estímulo para aderir ao tratamento.

Tal profissional detém o saber, executa e controla o processo de trabalho no campo da fisioterapia. A divisão do trabalho também pode ocorrer entre os profissionais

fisioterapeutas e o trabalho pode ser dividido pela especialização do conhecimento. O fisioterapeuta pode atuar em uma ou várias áreas/especialidades e suas atividades podem ser desenvolvidas em estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, asilos, domicílios, entre outros (BRASIL, 1969).

Embora a Lei Federal 8856 de 01 de março de 1994 limite a jornada de trabalho do fisioterapeuta em 30 horas semanais, na prática a realidade é diferente. Essa jornada especial é justificada principalmente pela carga de trabalho e envolvimento emocional com os pacientes (COFFITO, 1995).

Fisioterapeutas participam do mercado de trabalho na forma de uma inserção em que coexistem as situações de trabalho assalariado, de emprego público ou privado, com a situação de trabalho liberal da clínica/consultório particular e domicílio. O profissional recebe seus honorários por paciente atendido ou mediante salário, caracterizando-se esse último por um contrato com uma remuneração fixa, de acordo com as horas trabalhadas. Agosto, Peixoto e Bordin (1998) acrescentam à existência de uma regulação de mercado imposto pelas empresas de convênio e seguro-saúde que intermedeiam o profissional e o usuário como, por exemplo, limitando o número de sessões para tratamento do paciente o que pode comprometer o processo de reabilitação do mesmo.

Para Jales (2000), a profissão de fisioterapeuta exige muita responsabilidade em virtude da necessidade que os profissionais sentem em prestar assistência com qualidade. Além disso, a atividade requer muita criatividade, improvisação e atenção na execução da tarefa e nas informações transmitidas pelos pacientes.

Messias (1999) entende que a carga emocional do fisioterapeuta não se refere apenas à sua limitação diante do quadro clínico do paciente, mas principalmente em razão das dificuldades na condução de seu trabalho advinda, por exemplo, da insatisfação com o salário, da conduta de outros profissionais e do relacionamento com os colegas de profissão. Ademais, com o excesso de trabalho e os vários empregos, o profissional deve estar mais disponível para o trabalho e conseqüentemente restam-lhe menos tempo para o descanso, lazer, atividade física e contato com amigos e familiares. Com um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, o profissional se submete às precárias condições de trabalho e remuneração para poder estar ativo profissionalmente.

Observa-se que o atendimento individual vem sendo substituído, em muitos casos, pelo atendimento grupal, no qual mais de um paciente pratica condutas iguais ou semelhantes, e pelo atendimento simultâneo, no qual vários pacientes são supervisionados por um mesmo profissional fisioterapeuta que, acarreta em um distanciamento do

profissional ao paciente. Pois, a formação e vivência do fisioterapeuta implicam, certas vezes, em uma automação na conduta relativa ao seu paciente. Todavia, por mais que o paciente possua uma patologia já pertencente ao seu *know-how*, também traz consigo a sua subjetividade, em relação a sua própria vivência, cultura, história pessoal, etc. E, há ainda, uma exigência cada vez mais crescente, por parte do paciente, de reconhecimento e respeito, o direito de exigir qualidade e a necessidade de ser plenamente atendido quanto às suas expectativas. Pois, cabe ao profissional, um gerenciamento do atendimento no intuito de proporcionar ao paciente qualidade e resolubilidade.

Na luz destes questionamentos, cabe uma reflexão acerca das competências que envolvem o processo de interação do profissional fisioterapeuta-paciente. Uma melhor qualificação do profissional se faz necessário no intuito de prover resultados no processo de reabilitação, a efetiva aderência do paciente em recuperação e a sua própria satisfação no trabalho realizado. E, o desenvolvimento de um método onde se possam mensurar tais competências envolvidas nesse processo pode prover uma integração do profissional no seu contexto de atuação visando imprimir atitudes mais humanizadas com uma real visão de seu universo de trabalho.

4.3 PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio das variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, a relação de causa efeito, uma distinção cartesiana entre mente e corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. (CAPRARA e FRANCO, 1999). Nesse mesmo contexto, por mais que se tenha obtidos importantes transformações (sucessos da genética, imunologia, etc.) têm sido desprezadas as dimensões humanas, vivencial, psicológica e cultural da doença.

As pessoas como seres sociais, sentem a necessidade de pertencerem a vários grupos e serem aceitas por estes e, procura conseguir maior relacionamento com os outros. Para Hersey e Blanchard (1986), no início, as ciências comportamentais limitavam-se a ampliar o nível de conhecimento das pessoas, sem induzir mudanças no comportamento. Estes dependem de um processo de mudanças nas pessoas; iniciando nos níveis de conhecimento, atitudes internas que evolui para mudanças de comportamento e conseqüentemente em mudanças de desempenho das pessoas.

Em conjunturas realizadas por Caprara e Franco (1999) em estudos levantados acerca da experimentação de médicos como pacientes afirmam que a formação médica é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente. Observaram-se dificuldades em questões como sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com os pacientes, estratégias que facilitem a sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença. E, estas dificuldades demandam a aquisição de competências na formação dos médicos que enquanto restritas ao modelo biomédico, encontram-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional.

Na afirmativa de Zerbeto e Rodrigues (1997), a interação entre o profissional da saúde e a pessoa que busca ajuda ocorre em um processo comunicativo pelo quais as pessoas agem e reagem. O comportamento se dá de acordo com modo próprio de reagir diante de cada situação com sentimentos emoções, ansiedade e preconceitos. Muchielli (1978), citado por Zerbeto e Rodrigues (1997), destaca alguns pontos que o terapeuta precisa considerar durante o processo interativo: estar atento ao outro e não julgá-lo; ter a intenção autêntica de compreender o outro em sua própria maneira de ser, de pensar em seus termos, permitindo descobrir seu universo subjetivo, possibilitando apreender as significações que a situação tem para o cliente.

Com relação aos padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como a variedade de padrões comunicacionais, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente: a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento (HELMAN, 1994; CAPRARA e FRANCO, 1999).

Todavia, Caprara e Franco (1999) destacam que na construção do mundo vinculado a língua, aos significados, aos signos, está se tratando dos processos de comunicação que diferenciam e unificam os grupos. Referem, também, que esse processo de compreensão não se restringe à linguagem verbal, mas inclui a linguagem corporal e gestual.

O processo de estabelecimento das relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

Em um estudo realizado por Zerbeto e Rodrigues (1997), objetivou-se avaliar a abordagem não-diretiva¹ utilizada na interação, a partir do embasamento teórico sobre relacionamento terapêutico, centrado na pessoa em relação de ajuda. Constatou-se um amadurecimento pessoal e profissional por parte do enfermeiro e uma reflexão acerca de suas atitudes não só como um elemento terapêutico, mas também como ser social. Conclui em sua pesquisa que o enfermeiro não encontra um corpo doente, mas uma pessoa singular, com sua história de vida e que tem dificuldades e potencialidades a serem superadas e desenvolvidas.

Nestas relações interpessoais, Pereira e Azevedo (2005) apontam que inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecendo que a empatia entendida pelos autores como troca de sensibilidade entre médico e paciente é essencial neste encontro. Em um estudo com 50 pacientes, realizado na FUNDHACRE, os autores, buscaram levantar as impressões dos pacientes acerca do tratamento recebido pelos médicos durante o seu período de internação. Como resultado, 70% dos pacientes informaram que os médicos não oferecem informações ou esclarecimentos suficientes sobre os estados clínicos ou que motivaram a internação. Alguns pacientes demonstraram a expectativa do estabelecimento da comunicação durante o tratamento e outros relataram certa frustração diante da pouca comunicação estabelecida. Relatos estes, que corroboram com a afirmativa destes autores de que a relação médico-paciente é um dos capítulos mais intrigantes na comunicação humana.

Em outro estudo, Caprara e Franco (1999), realizaram uma discussão acerca da relação médico-paciente em uma leitura ampla de vários autores, dentro de perspectivas que não necessariamente se complementam e afirmam que essa discussão se faz fundamental quanto à formação do médico. Guareschi (1998), por sua vez, refere que as relações humanas entre os seres humanos são influenciadas pela visão baseada no contexto histórico-social em que eles são inseridos.

Afinal, para se estabelecer relações construtivas de diálogos e uma verdadeira relação interpessoal é necessário valorizar o outro em sua identidade, respeitando seus

¹ “O relacionamento que o terapeuta não-diretivo estabelece não é frio, distante e profissional. É um contato de pessoa para pessoa, num clima afetivo de responsabilidade e profissional. O terapeuta tem para com o cliente consideração positiva incondicional e o indivíduo sente-se respeitado tal como é. Através da compreensão empática, o cliente sente que ele é para si, um “outro eu” tendo as ‘mesmas’ percepções e os ‘mesmos’ sentimentos, fontes de compreensão verdadeira. Assim, o cliente pode ser congruente, sendo realmente o que é, sem necessidade de esconder-se atrás de ‘máscaras’ ou ‘fachadas.” (Rudio, 1991).

valores e compartilhando suas experiências levando em conta a subjetividade de cada indivíduo.

4.4 FISIOTERAPEUTA E PACIENTE

Não é intuito, desta pesquisa, discutir a epistemologia dos termos e sim, expressar que por mais diferentes sejam os utilizados em trabalhos ou artigos científicos (relação/interação ou pacientes/clientes) a primordial importância está no seu significado com que é empregado. Contudo, cabe a seguir uma relação tais termos para um melhor entendimento da sua utilização.

4.4.1 Relação x Interação

Acerca da utilização do termo “relação” ou “interação”, observa-se na literatura, no campo da área da saúde, a utilização de ambos os termos sem que se faça uma precisa distinção dos mesmos. Observa-se que em várias pesquisas há utilização dos mesmos sem que se observe um limiar de definição para tal. Contudo os referenciais observados refletem em seu conceito o mesmo significado.

A compreensão intrínseca destes significados e a idéia de participação ativa estão subentendidas na expressão interação fisioterapeuta-paciente. Pois, o termo interação, conforme o *Dicionário Eletrônico Houaiss*, é definido como uma influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação recíproca de dois ou mais corpos e uma atividade ou trabalho compartilhado, em que existem trocas e influências recíprocas e; na rubrica da sociologia conjunto das ações e relações entre os membros de um grupo ou entre grupos de uma comunidade.

Em contrapartida, o *Dicionário Eletrônico Houaiss* define o termo relação como uma consideração que resulta da comparação de dois ou mais objetos; vinculação de alguma ordem entre pessoas, fatos ou coisas; ligação, conexão.

Na ótica da Psicologia, o dicionário de psicologia Dorsch (2001), interação é definida como a influência recíproca de indivíduos dentro e entre grupos sobre o comportamento, atitudes, opiniões dos envolvidos. Um processo de troca, uma matriz de possíveis conseqüências da ação, em que as perdas e os ganhos são contabilizados como efeitos das respostas dos parceiros. Já o termo relação é definido como sendo a dependência objetiva ou significativa da ação recíproca.

Na revisão bibliográfica observou-se a utilização da expressão “relação fisioterapeuta-paciente” de forma generalizada e com múltiplas dimensões de significado, e nem sempre claro. Pois, apesar do que há de específico neste conceito, várias características que caracterizam a interação entre o fisioterapeuta e seu paciente são comuns a outras práticas de saúde, e enquadra-se no campo de fenômenos que Soar Filho (1998) denomina de relação profissional de saúde-cliente.

Nesse sentido, delimitamos a interação como a ação de intersecção de dois ou mais sistemas ou elementos geradores de significados para cada um dos sistemas em interação. E no contexto aqui tratado, interação fisioterapeuta-paciente, vê-se como o momento e o espaço em que as ações são de responsabilidade mútua onde não se consegue as propriedades articulares entre os elementos que a compõem.

4.4.2 Paciente x Cliente

A palavra paciente traz implícita o sentido de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico. Em contraponto, não se pretende abandonar o termo paciente até mesmo porque é universalmente utilizado.

O termo cliente caracteriza uma visão do paciente como sujeito ativo e co-construtor do encontro terapêutico. E, a idéia é de que o paciente é, sobretudo, um cliente, ou seja, um *usuário*, um *comprador de serviços*, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Além disso, muitas vezes o cliente (aqui no sentido aquele que *busca* a ajuda) não é propriamente o paciente (no sentido de quem *necessita* de tratamento), podendo ser o seu responsável imediato, como nos casos de consultas pediátricas, geriátricas, de emergência etc. (SOAR FILHO, 1998).

Em suma, essas questões não são meramente semânticas, uma vez que as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e de compreender os objetos em questão. A relação fisioterapeuta-cliente, quer a chame-se de interação fisioterapeuta-paciente ou de relação profissional cliente pressupõe, como em todas as relações humanas, a existência de um contexto. O contexto é o que a configura, estabelece seus limites e possibilidades e determina os papéis e funções dos participantes.

4.5 A INTERAÇÃO FISIOTERAPEUTA-PACIENTE

As interações são de crucial importância para a vida pessoal, comunitária e profissional. Mais que isso, o próprio desenvolvimento do ser humano se dá a partir das constantes interações do indivíduo com o meio social onde se insere.

A condição das interações - seja do ponto de vista de seu estabelecimento, de seu desenvolvimento, de sua manutenção ou de sua dissolução - parece estar relacionada ao comportamento social, pessoal ou profissional, com conseqüências tanto para o indivíduo como para o grupo.

Nas relações de trabalho, a avaliação das interações é uma preocupação antiga, especialmente na Psicologia do Trabalho, disciplina esta que serviu como base para o surgimento da Ergonomia. E os interesses desta se voltam para o exame das condições de intercâmbio social que afetam o desempenho efetivo dos indivíduos nas tarefas profissionais que, por sua vez, regulam os processos de interação.

A chave do sucesso do processo de interação fisioterapeuta-paciente (tanto para um como para o outro) é o alcance mútuo de entendimento do problema. Contudo, esse sucesso não depende somente disto, mas também da percepção individual – do fisioterapeuta e paciente – deste processo de interação. As estratégias para o efetivo tratamento de pacientes requerem uma maior habilidade de comunicação para poder ganhar uma concordância entre as partes juntamente com uma escuta ativa, uma explicação adequada do processo de tratamento e uma indicação ou, envolvimento de outros na administração do paciente (POTTER et al, 2003a e 2003b; JENSEN et al, 1992 e 2000).

Potter et al (2003a) apud Corney et al (1988) afirmam a existência de uma tríade de fatores que envolvem a dificuldade da reabilitação do paciente que são: o próprio fisioterapeuta, o paciente e a interação entre eles. Que corrobora a uma série de características demonstradas no estudo de Gerrard e Riddell (1988) como: a) comportamento do paciente; b) características do fisioterapeuta; c) diferenças culturais e de crenças entre os dois; d) complexidade médica; e) fatores ambientais e sociais e; f) falha do paciente em descobrir importantes informações do fisioterapeuta.

Em outro estudo, Potter et al (2003b) referem que questões relativas à comunicação com o paciente foram uma grande preocupação entre fisioterapeutas e que algumas características dos pacientes estavam relacionadas na interação fisioterapeuta-paciente como: problemas de comportamento, expectativas dos pacientes, problemas físicos, dor, comunicação com o paciente e problemas psicológicos.

Segundo Jensen et al (2000), o paciente é fonte fundamental de conhecimento no atendimento fisioterapêutico. Isto, associado a afirmação de May (2001), em que o cuidado com o paciente deve ser com objetivo de satisfazer as necessidades específicas do paciente e que os resultados efetivos do tratamento não requerem somente competências em certas técnicas, mas também que os fisioterapeutas adquiram uma variedade de competências interpessoais para ajudar na administração do paciente. Como cita Jensen et al (1992 e 2000) o fisioterapeuta com menos experiência estão mais propensos a ser o foco do problema no processo de interação, pois, tem maior incomodo em diagnósticos incertos e menor confiança em predizer resultados do que os mais experientes.

Por vezes o fisioterapeuta tem de se colocar na posição do paciente e tentar entender a importância que se faz necessária esse processo de interação. Já que, segundo Dahlgren, Almquist e Krook (2000), compartilhar as experiências uns dos outros pode ser considerado uma maneira de realçar a compreensão do encontro paciente na prática clínica, e possivelmente ao benefício dos fisioterapeutas e dos seus pacientes.

Gyllensten, Gard, Salford e Ekdahl (1999) confirmam o aspecto essencial da interação entre paciente e fisioterapeuta e, referem que com a percepção destes fatores importantes os fisioterapeutas experientes influenciam a qualidade da interação no tratamento fisioterapêutico. Já que, durante o processo de interação utilizam-se disto para realçar os recursos do paciente e conduzi-los a um resultado positivo.

A utilização extensiva da orientação verbal e manual necessita de cuidados, pois Talvitie (2000) afirma que os fisioterapeutas parecem usar mais estas técnicas como a rotina do que em consequência da consideração cuidadosa. Em virtude do conhecimento de que a atmosfera sócio-afetiva parece influenciar maneiras dos fisioterapeutas de utilizar técnicas em seus pacientes.

Contudo, para Thornquist (1997), o fisioterapeuta exerce um controle que é importante, particularmente no uso da linguagem, da habilidade de escuta e, em promover envolvimento do paciente no tratamento. Isto destaca a importância das competências de comunicação na interação e confirma o indicativo de que a efetiva comunicação promove adesão e satisfação do paciente (POTTER et al, 2003a e 2003b; GYLLENSTEN et al, 1999).

Dito isso, a importância dada ao processo de interação é uma maneira de tornar o serviço diferenciado para o profissional da fisioterapia e pode-se considerar uma estratégia básica no processo competitivo. A falta de atenção por parte do profissional pode comprometer tanto o processo terapêutico como também a demanda futura do próprio

profissional. Pois, no processo terapêutico além da preocupação prevista no decorrer do tratamento, a satisfação do paciente para com o próprio tratamento e a atenção por parte do profissional são aspectos fundamentais.

A importância do atendimento focada nas necessidades do paciente tem sido reconhecida em fisioterapia bem como na área de enfermagem e outras relacionadas a profissionais da saúde (POTTER et al, 2003a). Nesta orientação, estudos apontam diversas dimensões existentes no processo de interação fisioterapeuta-paciente.

Mead e Bower (2000) identificaram cinco dimensões no âmbito da interação fisioterapeuta-paciente:

- Perspectiva biopsicossocial: adoção de uma aproximação centrada no paciente demandando do fisioterapeuta uma compreensão dos aspectos sociais, psicológicos bem como dos aspectos biológicos da doença ou dano.
- O paciente como pessoa: refere-se à exploração do significado da doença ou dano para o indivíduo bem como as expectativas, convicções, sentimentos e medos.
- Divisão de poder e responsabilidade: reconhecimento da discrepância na relação fisioterapeuta-paciente a favor do fisioterapeuta e, promoção de um envolvimento do paciente em colaboração com o fisioterapeuta como parte integral na aproximação centrada no paciente.
- Aliança terapêutica: importância de uma relação interpessoal positiva entre fisioterapeuta-paciente e o reconhecimento disto como sendo essencial na interação.
- O fisioterapeuta como pessoa: reflete o impacto que o profissional da saúde na relação e destaca a importância da autoconsciência emocional e comportamental do fisioterapeuta.

Outras cinco importantes dimensões foram identificadas por May (2001):

- Aproximação profissional: inspirar confiança, educação com o paciente enquanto exibe uma maneira pessoal de amizade e empatia.
- Fornecimento de explicações: explicações do fisioterapeuta para o paciente relativo à natureza do problema, prognóstico, processo de tratamento e o papel do paciente no tratamento.
- Consulta colaborativa: o fisioterapeuta promove uma colaboração junto ao paciente identificando uma auto-ajuda individual e monitorando a efetividade do

tratamento enquanto demonstra habilidade de escuta ativa e respostas as questões do paciente.

- Estrutura da consulta: assegurar flexibilidade programando os atendimentos, tempos de espera mínimos por parte do paciente, tempo adequado de tratamento com o fisioterapeuta e não sentir pressa.
- Bons resultados: reduzir ou eliminar dor, e promover estratégias de autogestão pelos próprios pacientes.

Nos estudos de Potter et al (2003a), as dimensões que caracterizam o que os autores classificam como um “bom” fisioterapeuta foram:

- *Habilidade de comunicação dos fisioterapeutas*, onde os mais importantes atributos de comunicação dos fisioterapeutas nas perspectivas dos pacientes foram: habilidades interpessoais e habilidades ensino. Também foi esperado que o fisioterapeuta fosse organizado e demonstrasse um apropriado comportamento profissional durante o período de reabilitação que não incluía somente, apropriado diagnóstico e tratamento, mas também forneciam estratégias de auto-ajuda para os pacientes, uma boa recepção e uma fácil acessibilidade ao ambiente.
- *As características do serviço fornecido pelo fisioterapeuta*, atributos relacionados à experiência com a fisioterapia. Os pacientes atribuíram frequentemente boas experiências com a efetiva habilidade na comunicação seguida por uma alta qualidade no serviço oferecido pelos fisioterapeutas. Reciprocamente as principais más experiências relatadas foram críticas ao serviço oferecido e então a ineficácia das habilidades de comunicação por parte dos fisioterapeutas.
- *Outros atributos do fisioterapeuta*, que se refere no relato da efetiva comunicação e a percepção dos pacientes da alta qualidade no fornecimento do serviço.

4.6 COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As transformações na formação profissional, face às exigências por especialização e a competitividade, tem provocado mudanças nos meios de comunicação, no relacionamento familiar e profissional. Nesse contexto, o conjunto das novas diretrizes curriculares implementadas nos últimos anos nos cursos superiores pelo Ministério da Educação do Brasil serve de lastro a adaptação de mudanças econômicas e sociais que influenciam a educação. Nesse sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional –

LDB nº 9.394/96, reza que - “a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social” (BRASIL, 1996, p.1).

Para Toffler (1998), estão em curso novas tentativas de organizar a formação profissional, desafiando a idéia de que a educação tem lugar restrito à sala de aula. Com efeito, ela se desenvolve nas mais diversas situações e precisa combinar aprendizado com trabalho, luta política, serviço comunal e mesmo lazer. Ademais, a matéria-prima mais básica de todas – e que não pode ser exaurida – é a informação que atua no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

O diploma, nesse caso, passa a não significar uma garantia de emprego. A empregabilidade está relacionada à qualificação pessoal; as competências técnicas deverão estar associadas à capacidade de decisão, de adaptação a novas situações, de comunicação oral e escrita e de trabalho em equipe. Tanto é assim que o profissional será valorizado na medida da sua habilidade para estabelecer relações e de assumir liderança. A atividade produtiva passa a depender de conhecimentos e o trabalhador deverá ser um sujeito criativo, crítico e pensante, preparado para agir e se adaptar rapidamente às mudanças dessa nova sociedade.

Na década de 1980, Boyatzis (1982), re-analisando os dados de estudos realizados sobre as competências gerenciais, identificou um conjunto de características e traços que, em sua opinião, definem um desempenho superior. Nessa perspectiva, a competência não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa.

Segundo Zarifian (1999), a competência é a inteligência prática para situações que se apóiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações. A competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento específico. As interações humanas não acontecem no vácuo. São dinâmicas, de inserção – e às vezes, de extrapolação – ambiental e se sustentam no contexto da cultura ou sub-culturas onde ocorrem. Hersey e Blanchard (1986) referem que as competências podem ser consideradas molas propulsoras da ação humana e esta implica num controle sobre fatores do meio, tanto físicos como sociais. É necessário um treinamento para o desenvolvimento para o desenvolvimento destas ações, sem que as mesmas levem o indivíduo à frustração.

A questão central ao tratar as competências parece ser a relação entre a aprendizagem e o ensino das aptidões que a pessoa precisa desenvolver para lidar com determinadas situações.

As aptidões descrevem capacidade para atuar, tanto no sentido da qualificação profissional (demonstrar saber fazer uma atividade), quanto filosófico ou político (aprender a lidar com as relações de poder). A exigência de realização de atividades coletivas e de cumprimento de tarefas por equipes de trabalho é cada vez mais acentuada. Isso acentua a necessidade de desenvolvimento de aptidões que qualifiquem socialmente, ou seja, que permitam que o trabalhador aprenda a melhorar seu relacionamento com os outros. Nesse sentido, é possível pensar que as competências comunicativas representem um diferencial na qualidade das interações na medida em que instrumentaliza os sujeitos para trabalharem em grupo.

Conforme Botomé (2000) há quatro níveis até os quais uma conduta pode ser desenvolvida: a) aptidão, b) competência, c) habilidade e d) perícia. A palavra aptidão é empregada pelo autor como algo que alguém precisa ser capaz de fazer, em outras palavras, significa um grau da capacidade de atuar. A palavra competência é definida pelo autor como um grau de perfeição com que a aptidão é desenvolvida. Dessa maneira, aptidão, competência, habilidade e perícia seriam diferentes graus de perfeição da capacidade de atuar do indivíduo, ou seja, graus de perfeição com que alguém consegue realizar uma ação em seu meio. Contudo, esta abordagem não deixa clara em que ponto esses graus de perfeição determinam competência, habilidade ou aptidão. Botomé (2000), afirma que cada um desses níveis é determinado pela relação entre informação adquirida e tempo.

O conceito de competência aparece em diferentes áreas de pesquisa (educação, saúde, ciências sociais e jurídicas, etc) o que lhe confere um caráter multidisciplinar. Então, parece pertinente apresentar um levantamento de como o conceito de competência tem sido definido pela Psicologia, bem como sua diferença conceitual com o termo habilidade. Carroll (1993) considera o termo "habilidade" referindo-se às "variações individuais nos potenciais para realização em uma classe definida de tarefas". Assim, ao afirmar que as habilidades definem tipos de tarefas para as quais as pessoas revelam possuir potencial diferenciado, distingue o conceito de habilidade do conceito de aptidão afirmando que: "à medida que as habilidades são relativamente estáveis e resistentes às tentativas de mudança por meio de experiências educacionais ou de treinamento, e ao mesmo tempo, são preditoras de sucessos futuros, elas são muitas vezes consideradas aptidões" (p.16).

Mayer, Caruso e Salovey (1999) fazem uma diferenciação entre habilidade (referindo-as como aptidões) e competência. Os autores argumentam que a habilidade

representa o potencial que se expressa, concretamente, em realizações ou desempenhos, envolvendo a apresentação de respostas corretas para problemas e conhecimento de determinado conteúdo e, competência então, indicaria um nível padronizado de realização, o que implicaria um determinado nível de realização atingido. Essa abordagem relaciona os conceitos: habilidade, conteúdo e nível de realização.

Por outro lado, habilidade, no sentido utilizado por Carroll (1993), pressupõe a idéia de potencial de realização, ou seja, a existência de uma relativa facilidade em lidar com informações e com problemas de uma determinada classe ou conteúdo. Dessa forma, é possível pensar que a habilidade não necessariamente implica competência. A habilidade indica facilidade em lidar com um tipo de informação. Portanto, para que se transforme em competência é necessário investimento em experiências de aprendizagem. Considerando o mesmo montante de experiência, com a mesma qualidade, duas pessoas com habilidades diferentes diferirão na facilidade com que se tornarão competentes em determinada atividade.

A definição de competência proposta por Botomé (2000) estabelece um ponto de partida para a discussão da competência social sob o enfoque da competência como comportamento. Assim, estar ‘apto a’ atuar, no contexto das relações interpessoais no trabalho é ser ‘capaz de’ atuar, ou seja, as habilidades sociais e comunicativas que a pessoa desenvolve não são pré-requisitos da competência, mas sim um grau de perfeição do comportamento.

Segundo Del Prette e Del Prette (2001), as pesquisas na área de treinamento de habilidades sociais têm demonstrado que as pessoas socialmente competentes tendem a apresentar relações profissionais mais duradouras, produtivas e satisfatórias. E, por outro lado, os *déficits* relativos às habilidades sociais frequentemente estão associados a conflitos na relação com os colegas de trabalho. Esses autores fazem uma diferenciação conceitual entre desempenho social, “emissão de um comportamento ou seqüência de comportamentos em uma situação social”; habilidades sociais, “existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais”; e competência social “sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo”.

Nas interações em grupos de trabalho, as habilidades sociais são um dos atributos do comportamento socialmente competente. Defendem Del Prette & Del Prette (2001) a idéia de que as pessoas socialmente competentes são aquelas que maximizam ganhos e

minimizam perdas para si e para aquelas pessoas com as quais interagem. Desse modo, descreve ser possível relacionar competência social aos desempenhos interpessoais na medida em que atendam aos critérios de consecução dos objetivos da interação: a) manutenção ou melhora da auto-estima; b) manutenção ou melhora da qualidade da relação; maior equilíbrio de ganhos e perdas entre os parceiros da interação; e c) respeito e ampliação dos direitos humanos básicos.

Entretanto, supor que uma pessoa socialmente competente atinge sempre seus objetivos é uma noção equivocada, mas parece pertinente considerar que a pessoa socialmente competente consiga estabelecer alguns objetivos nas interações.

Esses critérios não necessariamente precisam ocorrer de maneira simultânea, mas o fato de ocorrerem simultaneamente confere ao indivíduo mais competência social. Para eles, algumas habilidades, principalmente as habilidades sociais de comunicação, são complementares, ou seja, isoladamente não configuram um comportamento socialmente competente, como, por exemplo, a habilidade de manter um diálogo exige que o falante saiba se expressar (falar), mas também saiba ouvir o outro, perguntar e responder.

5. MÉTODO

5.1 NATUREZA DA PESQUISA

Para compreensão da natureza deste estudo se faz necessário descrever que, o método constitui um dos pontos centrais na organização da produção do conhecimento científico. Ele é, na verdade, um conjunto de princípios gerais que norteiam e orientam a conduta do pesquisador durante o processo pesquisa. É por meio do método que se garante à validade do conhecimento descoberto, e o seu delineamento é a parte mais importante da pesquisa (CAMPOS, 2001).

Portanto, qualquer objeto que possa ser eventualmente expresso em termos observáveis é susceptível de se tornar um objeto para fins de mensuração. Acontece, porém, que um objeto em si não pode ser medido. Os objetos podem apenas ser enumerados. O que pode ser medido são apenas as propriedades ou atributos de um objeto, desde que estes apresentem magnitudes, isto é, diferenças individuais, tais como intensidade, peso, altura, distância, etc. Por isso estes atributos são geralmente chamados de variáveis, dado que não são invariantes entre sistemas individuais diferentes ou entre mesmos sistemas em diferentes ocasiões e situações (PASQUALI, 1999).

Contudo, segundo Cruz² (2007), os axiomas compreendidos no estudo requerem uma exteriorização do processo de conhecer de um discurso e uma ação que, em ciência, é denominada atividade de pesquisar. Os axiomas e método de medida estão intrinsecamente conectados neste processo e demandam: a) um pensamento crítico, ou seja, a formulação de um problema; b) avaliar as condições por meio das quais é possível realizar um processo de conhecimento e; c) uma sistematização do conhecimento disponível em pesquisas anteriores impondo efetivamente uma melhoria na qualidade de apreensão dos aspectos diretos ou indiretamente envolvidos sobre o que se está estudando.

Constitutivamente, nos fenômenos psicológicos há a presença da ação humana e objetivar sua mensuração caracteriza-se o acesso a tal evento, mediado de um controle metodológico preciso que tem a pretensão de assegurar a fidedignidade dos fatos. Para tal, este estudo tem caráter teórico-empírico, pois, utiliza a literatura técnico-científica disponível e o depoimento dos participantes para delinear a investigação científica.

² Material extraído da disciplina Medidas e Produção de Conhecimento em Processos de Saúde e Trabalho, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, ministrada no segundo semestre de 2006 pelo Professor Dr. Roberto Moraes Cruz.

Constituiu-se, de natureza descritiva-exploratória, pois, segundo Gil (1991), objetiva descrever as características de determinada população, fenômeno ou relações entre variáveis, como também, proporcionar maior familiaridade com o problema aprofundando-o. Bem como, pretende estabelecer relações entre as variáveis investigadas (Vergara, 2004). E, também, caracteriza-se como um estudo transversal, dado que define o estudo do fenômeno no momento específico de sua coleta.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E CAMPO DA PESQUISA

Para a realização desta pesquisa foram selecionados profissionais considerados especialistas e divididos em áreas de conhecimento – psicometria e fisioterapia. A escolha destas áreas se deu em virtude da proposta de construção de instrumento de avaliação na área de fisioterapia.

A seleção foi feita aleatoriamente e composta de uma população de 60 profissionais especialistas, atuação na área de pesquisa e titulação. (tabela 1).

Tabela 1 - Seleção dos juízes – distribuição

Nº de Profissionais	Área de conhecimento	Titulação
17	Fisioterapia	Pós Doutor
37	Fisioterapia	Doutor
1	Psicometria	Doutor
5	Psicometria	Mestre
TOTAL	60	

Em virtude da logística para entrega do material alguns profissionais que por ventura são de fácil acesso ao pesquisador – 5 profissionais que praticam atividades de pesquisa junto ao Fator Humano (Laboratório de Pesquisa situado nas dependências do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina) – a entrega foi pessoalmente e, para os demais, 55 profissionais foi remetido por meio de correio eletrônico.

Na escolha dos profissionais para o envio do correio eletrônico optou-se por um rastreamento via Plataforma Lattes³, utilizando a ferramenta de busca da própria

³ A Plataforma Lattes é a base de dados de currículos e instituições das áreas de ciência e Tecnologia. Dado seu grau de abrangência, as informações constantes da Plataforma Lattes podem ser utilizadas tanto no apoio a atividades de gestão, como no apoio à formulação de políticas para a área de ciência e tecnologia.

plataforma por assunto, área de atuação e atividade de orientação (fisioterapia), titulação (mestres doutores e pós-doutores) (fig. 1). E o envio do correio eletrônico ao endereço registrado na plataforma. E, no envio do material utilizou-se o item “acusar recebimento” fornecido pelo software de correio eletrônico para a ciência do pesquisador quanto ao recebimento ou não do material de pesquisa.

Fig. 1 - Método de busca na Plataforma Lattes

Fonte: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>

5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.3.1 Variáveis intervenientes

São variáveis que, de alguma forma, tendem influenciar nos resultados de uma pesquisa, quando confrontados com as variáveis dependentes (competências no processo de interação fisioterapeuta-paciente), revelando distinções no perfil dos participantes ou no contexto da pesquisa. Neste estudo foram consideradas as variáveis intervenientes os critérios de seleção dos juízes. Ao quais foram: a) área de conhecimento (psicometria e fisioterapia); b) titulação (doutor, pós-doutor, mestre).

5.3.2 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes definem o objeto de estudo – competências no processo de interação fisioterapeuta-paciente – que são deduzidas com base no estudo das condutas de atendimento de fisioterapeutas percebidos por seus clientes. O processo de decomposição teórica das características que integram o processo de interação e as competências que são derivadas nesse processo originou uma malha de delineamento no

intuito de apresentar os aspectos da presente pesquisa. E, a partir da caracterização do processo de interação foram definidas categorias, posteriormente atributos e por fim comportamentos dos profissionais fisioterapeutas (Fig. 2).

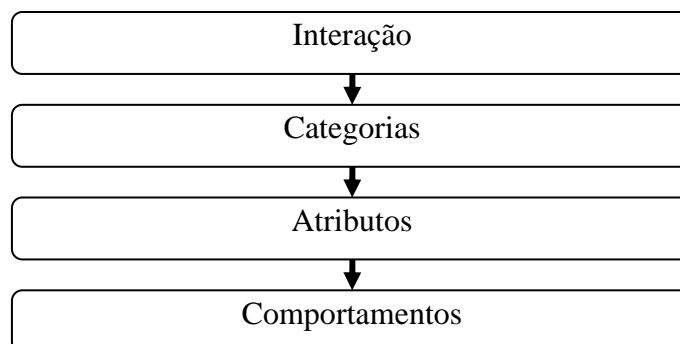


Fig. 2: Malha de delineamento do Processo de Interação

5.4 A PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

5.4.1 Desenvolvimento teórico

Inicialmente foram levantados dados bibliográficos sobre o processo de interação fisioterapeuta-paciente. O delineamento desta pesquisa pressupõe a construção de um instrumento de coleta de dados e sua caracterização de acordo com algumas premissas existentes na literatura acerca de competências. E, de uma corroboração dos comportamentos competentes impostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação; das competências identificadas por Klussner (2004), relativa às características comportamentais de pessoas socialmente competentes denominado, Questionário de Atributos da Competência Social, Q-ACS –; nos comportamentos da Escala de Auto-Percepção de Competências elaborada por Nascimento (1999) e; no Questionário de Avaliação de Competências Profissionais do Mediador Familiar – Q-CMF de Müller (2007).

E, com base na literatura pesquisada, na avaliação de instrumentos referentes a competências e, de acordo com a descrição genérica do processo de interação fisioterapeuta-paciente identificaram-se algumas dimensões distintas que permeiam esse essa interação e, necessárias à construção do instrumento de pesquisa. Estas dimensões remetem a uma série de atributos com a relação de comportamentos que permitem sua averiguação.

Na categoria *pré-contato* tem-se os atributos relativos a características que antecedem o contato onde se tem aspectos comportamentais (Fig. 3) que são relevantes ao processo de interação como: pontualidade, cordialidade, empatia, ambiência. Para tal, é definida como: capacidade do profissional em fornecer aspectos referentes a atributos anteriores ao contato como, a ambiência do local de atendimento promovendo um local que propicie conforto e aconchego aos pacientes que aguardam atendimento ou estão em atendimento, pontualidade para com o horário de atendimento, organização do ambiente, etc. E, o quadro abaixo enumera os comportamentos relativos a esta categoria.

Comportamentos referentes ao pré-contato

Ser pontual no atendimento.
 Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.
 Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.
 Manter os equipamentos em bom estado de conservação.
 Disponibilizar no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.
 Ter som ambiente.
 Conter sala de espera com poltronas confortáveis.
 Ambientar local bem higienizado.
 Manter o piso em bom estado de conservação.
 Marcar previamente o atendimento do paciente.
 Comunicar previamente ao paciente caso haja atraso.
 Manter organização dos equipamentos.
 Possuir ambiente com boa ventilação.

Fig. 3: Itens que compõem a dimensão pré-contato.

No *contato inicial* comportamentos (Fig. 4) inerentes a este processo se fazem presentes na interação fisioterapeuta-paciente os quais são definidos como: atributos referentes ao primeiro contato feito com o paciente a ser tratado no que concerne cordialidade (demonstrar afabilidade, boa vontade, disposição) e empatia (tentar compreender o indivíduo, impressão) no intuito de estabelecer o processo de interação.

Comportamentos referentes ao contato inicial

Demonstrar contentamento ao atender o paciente.
 Demonstrar disposição para com o paciente.
 Ser prestativo.
 Tentar compreender o indivíduo.
 Causar boa impressão.
 Demonstrar paciência para com o paciente.
 Ser solidário.
 Conquistar confiança.
 Demonstrar otimismo.
 Demonstrar estar contente com o trabalho.

Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.
 Explicar previamente o que vem a ser o tratamento.
 Ceder às vontades do paciente.
 Ser chamado pela titulação de doutor.
 Manter um distanciamento hierárquico entre fisioterapeuta e paciente.

Fig. 4: Itens que compõem a dimensão Contato Inicial

Dado o primeiro contato atributos de *comunicação* (Fig. 5) fisioterapeuta-paciente contribuem para a efetiva realização do atendimento por parte do fisioterapeuta aqui definidos como: meios com os quais o fisioterapeuta se utiliza para passar informações ao paciente compreendendo processos de comunicação verbal (comunicar-se de forma clara e objetiva, explicar objetivamente o que será realizado, utilizar termos compreensíveis ao paciente, evitar termos pejorativos, etc.); comunicação não-verbal (utilizar gestos para explicar procedimentos, demonstrar em si o que será realizado, realizar mobilização passiva no paciente para exemplificar procedimentos, etc).

Comportamentos referentes à Comunicação

Controlar a impulsividade ao responder.
 Falar com tonalidade de voz agradável.
 Explicar termos difíceis.
 Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos.
 Expressar-se com clareza.
 Expressar-se com objetividade.
 Discordar do paciente.
 Manter contato visual durante a conversa.
 Transmitir de forma lógica o procedimento.
 Exemplificar programas de tratamento.
 Expor limitações do tratamento.
 Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.
 Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.
 Usar gestos para explicar procedimentos.
 Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.
 Exemplificar os movimentos.
 Utilizar jargões para explicar termos.
 Incentivar verbalmente durante os procedimentos.
 Delegar tarefas.
 Exigir a execução dos procedimentos.
 Criticar atitudes do paciente.
 Discordar do paciente.
 Executar os movimentos antes do paciente.
 Elogiar a execução dos procedimentos.
 Admitir erros.
 Admitir defeitos.
 Persistir para execução dos procedimentos.

Fig. 5: Itens referentes à dimensão Comunicação

Referente a aspectos intrínsecos ao profissional há características profissionais descritas como *conhecimento profissional* (Fig. 6), definidas como: capacidade do profissional em planejar e organizar procedimentos, demonstrar conhecimento referente à patologia em questão, indicações e contra-indicações fisiológicas e biomecânicas dos procedimentos utilizados. Identificar as limitações individuais de cada paciente. Atualizar-se constantemente, dominar técnicas específicas de tratamento, etc.

Comportamentos referentes ao Conhecimento Profissional

- Demonstrar domínio sobre a patologia.
 - Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.
 - Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.
 - Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.
 - Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.
 - Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
 - Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
 - Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.
 - Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.
 - Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.
 - Manter-se em constante atualização profissional.
 - Dominar técnicas diferenciadas.
 - Planejar previamente os procedimentos utilizados.
 - Buscar informações acerca da patologia.
 - Admitir limitações profissionais ao paciente.
 - Indicar tratamentos alternativos.
 - Identificar limitações do paciente.
 - Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.
 - Capacidade de identificar erros no diagnóstico de outros profissionais.
 - Demonstrar disponibilidade para aprender.
-

Fig. 6: Itens referentes à dimensão Conhecimento Profissional

Pressupõe-se aos profissionais comportamentos participativos no processo de interação descritos como *participação ativa* (Fig. 7) e definido como: capacidade de escutar ativamente o paciente, demonstrar comprometimento com o tratamento, permanecer junto ao paciente durante o tratamento, questionar durante a sessão acerca do conforto em relação ao atendimento. Demonstrar interesse acerca da evolução do tratamento.

Comportamentos referentes à Participação Ativa

Manter contato visual com o pacientes.
 Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.
 Responder prontamente aos questionamentos feitos pelo paciente.
 Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.
 Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.
 Colocar-se no lugar do paciente.
 Respeitar diferenças (culturais, raça, etc.)
 Demonstrar confiança na capacidade do paciente.
 Aceitar críticas.
 Compartilhar experiências com tratamentos similares.
 Compartilhar assuntos pessoais.
 Estabelecer relação de amizade.

Fig. 7: Itens referentes à dimensão Participação Ativa

Por fim, outras características extrínsecas ao contato também se fazem importantes para o processo de interação fisioterapeuta-paciente e referem-se ao *pós-contato* (Fig. 8) e é definida como: a capacidade do profissional em monitorar efetividade do tratamento no decorrer do tratamento, evolução do quadro patológico, resultados, feedback.

Comportamentos referentes ao Pós-contato

Prover feedback quanto a evolução do tratamento.
 Explicar dificuldades encontradas ao paciente.
 Cobrar medidas preventivas para a melhora do quadro patológico.
 Orientar medidas preventivas.
 Ser capaz de identificar erros nos procedimentos executados.
 Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.
 Realizar auto-crítica.
 Buscar atingir objetivos propostos
 Admitir próprios erros.
 Incentivar o paciente quanto a atividade preventiva.
 Explicar ao paciente quanto a evolução do tratamento.

Fig. 8: Itens referentes à dimensão Pós-contato

A descrição genérica do atendimento fisioterapêutico dada por seis categorias (Fig. 9) (pré-contato, contato inicial, comunicação, conhecimento profissional, participação ativa, pós-contato) definem os efeitos do processo de interação de fatores intrínsecos e extrínsecos ao contato propriamente dito e são dependentes da atuação tanto do fisioterapeuta com também do paciente.

Pré-contato	Ambiência
	Pontualidade
Contato Inicial	Cordialidade
	Empatia
	Estabelecer relação
Comunicação	Comunicação verbal
	Comunicação não-verbal
Conhecimento Profissional	Conhecimento técnico
	Conhecimento prático
Participação Ativa	Escutar ativamente o paciente
	Demonstrar comprometimento
Pós-contato	Efetividade dos procedimentos
	Resultados
	Feedback

Fig. 9: Modelo genérico de atendimento fisioterapêutico

Este quadro caracteriza de forma didática e genérica o processo de interação fisioterapeuta paciente. Transcreve de maneira sucinta os pontos importantes de diversos estudos anteriormente citados o que para a pesquisa caracteriza-se como fio condutor para a posterior construção do instrumento.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em todos os aspectos, a pesquisa será desenvolvida sob o cuidado ético, seguindo as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, serão solicitadas as autorizações do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Em função disto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém todas as informações a respeito da pesquisa, como também explica as condições de participação e o comprometimento do pesquisador para com os participantes.

6. RESULTADO E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DOS JUÍZES

6.1 NÍVEL DE CONCORDÂNCIA DOS JUÍZES

As categorias presentes no protocolo foram delineadas através do levantamento bibliográfico relativo às pesquisas nacionais e internacionais realizadas em concordância ao tema categorizando os aspectos relativos às competências no processo de interação e da análise de juízes.

Ademais, buscou-se no dimensionamento das competências no processo de interação fisioterapeuta-paciente uma articulação para identificar comportamentos relevantes para uma boa prática do profissional fisioterapeuta.

Nesta fase da pesquisa foi realizada a validação do conteúdo obtida pelo julgamento juízes (peritos no assunto ou pesquisadores). Para tanto foi entregue aos mesmos instruções relativas ao processo de validação e duas tabelas (Anexo 2): uma contendo o nome das categorias, suas siglas e suas respectivas definições e; outra contendo os itens (comportamentos) com o espaço adequado para a associação das categorias.

A tarefa do juiz consistiu em utilizar seu conhecimento técnico profissional para relacionar as categorias correspondentes da primeira tabela e os comportamento expressos na segunda tabela averiguando assim o conteúdo. Pois, segundo Pasquali (1999), para que se alcance a *validade de conteúdo*, é necessário que os itens atinjam pelo menos 70% de concordância entre os juízes.

Para esta análise, profissionais especializados receberam um material contendo as dimensões, categorias, suas respectivas definições e os comportamentos associados a esses itens. Para tal, este material foi disposto em duas tabelas nas quais: a primeira continha uma coluna com o nome de cada uma das categorias e ao seu lado sua respectiva definição e; na segunda tabela, os comportamentos atribuídos a cada uma das categorias de forma randomizada.

A tarefa deste profissional especialista consistia em averiguar a compreensão das categorias apresentadas e suas definições e, por conseguinte, associar aos comportamentos da segunda tabela. Neste processo, o juiz avaliou a semântica das descrições e enquadrava os comportamentos às categorias associando a uma ou mais definições caso julgasse apropriado.

Com base no referencial de Pasquali (1999) os níveis de concordância adotados para esta pesquisa foram três: itens com 100%, itens com percentual de concordância entre

75%-100% de concordância e itens com concordância inferior a 75%, conforme descrito a seguir.

De acordo com a análise dos juízes 14 itens obtiveram concordância entre todos os juízes (Fig. 10).

Item	Comportamento
9	Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.
11	Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.
23	Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
30	Expressar-se com clareza.
37	Usar gestos para explicar procedimentos.
47	Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.
55	Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.
59	Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.
69	Explicar termos difíceis.
70	Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.
72	Demonstrar domínio sobre a patologia.
79	Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
80	Manter-se em constante atualização profissional.
86	Dominar técnicas diferenciadas.

Fig. 10 – Itens com 100% de concordância entre os juízes

Dos 87 itens avaliados 43 tiveram concordância entre 75% a 99,9% de juízes (Fig. 11).

Item	Comportamento
1	Compartilhar experiências com tratamentos similares.
2	Buscar informações acerca da patologia.
4	Transmitir de forma lógica o procedimento.
5	Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.
16	Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos
19	Conquistar confiança.
20	Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.
21	Dispor de sala de espera com poltronas confortáveis.
22	Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento
24	Criticar atitudes do paciente.
25	Ambientar local bem higienizado.
27	Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.
29	Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.
31	Demonstrar paciência para com o paciente.
33	Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.
34	Manter os equipamentos em bom estado de conservação.
35	Ter som ambiente.
38	Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.
39	Exemplificar programas de tratamento.

40	Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.
42	Manter o piso em bom estado de conservação.
44	Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.
45	Indicar tratamentos alternativos.
46	Expressar-se com objetividade.
49	Identificar limitações do paciente.
50	Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.
52	Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.
54	Utilizar jargões para explicar termos.
56	Marcar previamente o atendimento do paciente.
58	Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.
60	Demonstrar previamente os movimentos a serem executados
63	Demonstrar disposição para com o paciente.
64	Exigir a participação do paciente no tratamento
65	Possuir ambiente com boa ventilação.
67	Demonstrar estar contente com o trabalho.
68	Dispor no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.
71	Incentivar verbalmente durante os procedimentos.
73	Demonstrar otimismo.
74	Prover feedback quanto a evolução do tratamento.
82	Motivar o paciente na participação do tratamento
83	Manter organização dos equipamentos.
84	Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.
85	Planejar previamente os procedimentos utilizados.

Fig. 11- Itens com concordância entre 75% a 99,9% entre os juízes

E, 30 itens apresentaram concordância inferior a 75% de concordância entre os juízes (Fig. 12).

Item	Comportamento
3	Admitir próprios erros.
6	Buscar atingir objetivos propostos
7	Ser capaz de identificar erros nos procedimentos executados.
8	Controlar a impulsividade ao responder.
10	Ceder às vontades do paciente.
12	Cobrar medidas preventivas para melhora do quadro patológico
13	Colocar-se no lugar do paciente.
14	Delegar tarefas.
15	Causar boa impressão.
17	Aceitar críticas do paciente quanto ao tratamento
18	Comunicar previamente ao paciente caso haja atraso.
26	Demonstrar confiança na capacidade do paciente.
28	Demonstrar disponibilidade para aprender.
32	Explicar previamente o que vem a ser o tratamento.
36	Discordar de atitudes do paciente que possam interferir no tratamento
41	Incentivar o paciente quanto a atividade preventiva.
43	Expor limitações do tratamento.
48	Explicar ao paciente quanto a evolução do tratamento.

51	Manter um distanciamento hierárquico entre fisioterapeuta-paciente.
53	Realizar auto-crítica.
57	Manter contato visual durante a conversa.
61	Orientar medidas preventivas.
62	Ser solidário.
66	Tentar compreender o indivíduo.
75	Responder prontamente aos questionamentos feitos pelo paciente.
76	Estabelecer relação de amizade.
77	Demonstrar contentamento ao atender o paciente.
78	Ser prestativo.
81	Respeitar diferenças (culturais, raça, etc.)
86	Ser pontual no atendimento.

Fig 12 –Itens com concordância inferior a 75%

6.2 REORDENAÇÃO DOS ITENS E DAS CATEGORIAS

Os pontos da análise remetem aos comportamentos descritos do processo de interação e, estes, se constituem de natureza dinâmica podendo surgir a qualquer momento independente da sua classificação nas categorias. E, as categorias apresentadas (suas definições) demonstram lógica temporal para análise dos comportamentos no processo de interação fisioterapeuta-paciente (fig.13).

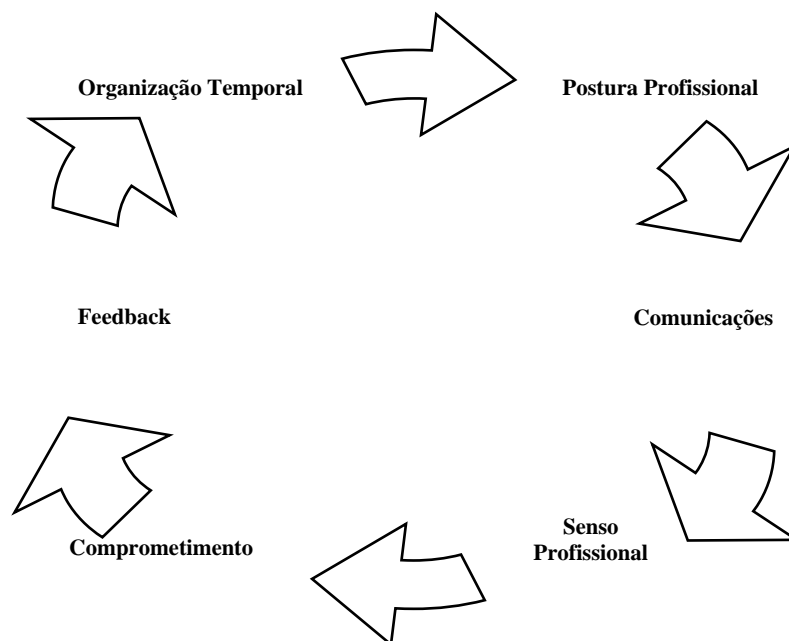


Fig. 13 – Natureza dinâmica do Processo de Interação

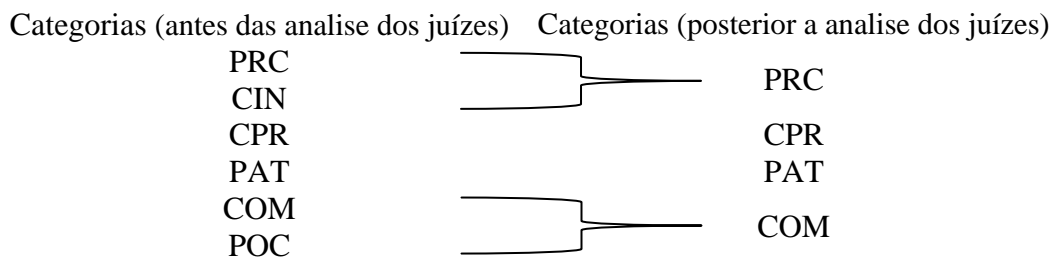
Dado isto, os atributos comportamentais e as categorias foram reordenados conforme a concordância entre juízes no processo de avaliação (Tabela 2).

Categorias	Itens	100%	75% - 99,9%	<75%
PRC	13	0	11	2
CIN	9	0	1	8
COM	17	4	9	4
CPR	23	10	10	3
PAT	20	0	11	9
POC	5	0	1	4
	87	14	43	30

Legenda: PRC, pré-contato; CIN, contato inicial; COM, comunicação; CPR, conhecimento profissional; PAT, participação ativa; POC, pós-contato.

Tabela 2 – Reordenação das categorias conforme concordância entre os juízes

Conforme esta reordenação observa-se que a categoria contato inicial e pós-contato apresentaram somente um atributo comportamental de concordância entre os juízes e, conforme sugestão postadas pelos mesmos quanto a estas categorias optou-se pela junção da categoria pré-contato e contato inicial e, da categoria pós-contato e comunicação. E, assim um redimensionamento das categorias assim descrito: pré-contato, comunicação, conhecimento profissional e participação ativa (Fig. 14).



Legenda: PRC, pré-contato; CIN, contato inicial; COM, comunicação; CPR, conhecimento profissional; PAT, participação ativa; POC, pós-contato.

Fig. 14 – Reorganização das categorias segundo os juízes

A redefinição da categoria *Pré-Contato* que define a forma de perceber o trabalho do fisioterapeuta, sua organização temporal e o primeiro contato feito com o paciente a ser tratado a fim de identificar se realmente esse ambiente e a postura do profissional são propícios para um atendimento adequado ficou assim:

Capacidade do profissional em fornecer aspectos referentes à ambiência do local de atendimento promovendo um local que propicie conforto e aconchego aos pacientes incluindo ventilação e iluminação adequada, organização, facilidade de acesso ao local. E, atributos referentes a disposição para formar vínculo com o usuário e comportamentos relativos a cordialidade e empatia no intuito de estabelecer vínculo no processo de interação.

Dado o nível de concordância realizado pelos juízes os seguintes itens contemplam a categoria pré-contato foram reordenados (Fig. 15).

PRÉ-CONTATO	
5	Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.
19	Conquistar confiança.
21	Dispor de sala de espera com poltronas confortáveis.
25	Ambientar local bem higienizado.
34	Manter os equipamentos em bom estado de conservação.
35	Ter som ambiente.
42	Manter o piso em bom estado de conservação.
52	Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.
56	Marcar previamente o atendimento do paciente.
65	Possuir ambiente com boa ventilação.
68	Dispor no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.
83	Manter organização dos equipamentos.

Fig. 15 – Atributos comportamentais da categoria Pré-Contato

Como citado anteriormente as categorias *Comunicação* e *Pós-Contato* foram reordenadas e descritas como a maneira com que o profissional se coloca (linguagem rebuscada ou acessível) e, as informações que ele dispõe ao paciente. E, remete aos comportamentos posteriores ao contato com o paciente propriamente dito (Fig. 16).

Para tal sua redefinição ficou: meios com os quais o fisioterapeuta se utiliza para passar informações ao paciente compreendendo processos de comunicação verbal (comunicar-se de forma clara e objetiva, explicar objetivamente o que será realizado, utilizar termos compreensíveis ao paciente, evitar termos pejorativos, etc.); comunicação não-verbal (utilizar gestos para explicar procedimentos, demonstrar em si o que será realizado, realizar mobilização passiva no paciente para exemplificar procedimentos, etc). E, a capacidade do profissional em monitorar efetividade do tratamento no decorrer do tratamento, evolução do quadro patológico, resultados da intervenção e ofertar feedback ao paciente.

COMUNICAÇÃO	
1	Compartilhar experiências com tratamentos similares.
4	Transmitir de forma lógica o procedimento.
9	Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.
16	Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos
22	Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento
29	Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.
30	Expressar-se com clareza.
37	Usar gestos para explicar procedimentos.
39	Exemplificar programas de tratamento.
46	Expressar-se com objetividade.
54	Utilizar jargões para explicar termos.

60	Demonstrar previamente os movimentos a serem executados
69	Explicar termos difíceis.
74	Prover feedback quanto a evolução do tratamento.

Fig. 16 – Atributos comportamentais da categoria Comunicação

No item, *Conhecimento Profissional* os atributos comportamentais (Fig. 17) remetem ao senso do profissional e sua capacidade técnica no delineamento do processo de tratamento. A sua redefinição ficou: como a capacidade do profissional em planejar e organizar procedimentos, demonstrar conhecimento referente à patologia em questão, indicações e contra-indicações fisiológicas e biomecânicas dos procedimentos utilizados. Identificar as limitações individuais de cada paciente. Atualizar-se constantemente, dominar técnicas específicas de tratamento, etc.

CONHECIMENTO PROFISSIONAL

2	Buscar informações acerca da patologia.
11	Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.
20	Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.
23	Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
38	Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.
44	Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.
45	Indicar tratamentos alternativos.
47	Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.
49	Identificar limitações do paciente.
50	Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.
55	Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.
58	Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.
59	Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.
70	Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.
72	Demonstrar domínio sobre a patologia.
79	Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
80	Manter-se em constante atualização profissional.
84	Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.
85	Planejar previamente os procedimentos utilizados.
86	Ser pontual no atendimento.

Fig. 17 – Atributos comportamentais da categoria Conhecimento Profissional

A *Participação Ativa* descreve comportamentos (Fig. 18) acerca da compreensão, o comprometimento e o interesse do fisioterapeuta no decorrer da interação com o paciente. Aqui definido como a capacidade de escutar ativamente o paciente, demonstrar comprometimento com o tratamento, permanecer junto ao paciente durante o tratamento, questionar durante a sessão acerca do conforto em relação ao atendimento. Demonstrar interesse acerca da evolução do tratamento.

PARTICIPAÇÃO ATIVA

- 24 Criticar atitudes do paciente.
 - 27 Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.
 - 31 Demonstrar paciência para com o paciente.
 - 33 Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.
 - 40 Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.
 - 63 Demonstrar disposição para com o paciente.
 - 64 Exigir a participação do paciente no tratamento
 - 67 Demonstrar estar contente com o trabalho.
 - 71 Incentivar verbalmente durante os procedimentos.
 - 73 Demonstrar otimismo.
 - 82 Motivar o paciente na participação do tratamento
-

Fig. 18 – Atributos comportamentais da categoria Participação Ativa

6.3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA NO PROCESSO DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE – Q-APIFP

Ao comprovar-se o desenvolvimento teórico, no que concerne a revisão da literatura até o posterior envio do material para profissionais especialistas obteve-se, como resultado, atributos referentes do comportamento dos profissionais fisioterapeutas no processo de interação com o paciente.

Com isto e, utilizando-se de critérios psicométricos para a validação do construto por meio da concordância realizada entre profissionais especialistas, foram descartados itens que não atingiram uma concordância mínima de 75% entre os juízes. Posteriormente remodelou-se as definições das dimensões, dada as sugestões dos mesmos e, então, obteve-se um instrumento o Questionário de Avaliação de Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente – Q-APIFP (Anexo 3).

Apontamentos, estes, que contemplam instrumento com os comportamentos esperados no processo de interação fisioterapeuta-paciente. Contudo, como sugerido, alguns comportamentos podem ser associados a mais de uma categoria predefinida. E, como diagnosticado na concordância entre os itens, o processo de interação é de continua retro alimentação e tais comportamentos em dado momento poderiam ser associado a duas ou mais categorias distintas dado à dinâmica deste processo. Na construção do instrumento e sua organização teórica-descritiva optou-se por mantê-las em apenas uma categoria para tornar o instrumento didático.

O Q-APIFP foi organizado na forma de itens (57 itens) com base em uma escala ordinal – *não é importante (0), pouco importante (1), importante (2), muito importante (3)*.

Cabe ressaltar que os comportamentos que foram supridos não deixam de ter sua relevância, porém somente foram retirados do instrumento proposto, pois não atingiram a concordância necessária segundo os critérios psicométricos utilizados, como observado na discussão dos resultados.

Posteriormente, pretende-se, a partir deste instrumento, realizar uma análise de sua sensibilidade aplicando-o em uma população de fisioterapeutas. E, após realizada esta fase sugere-se sua adequação e avaliação para posteriormente uma aplicação em grande escala no intuito de realizar uma análise fatorial.

7. CONCLUSÃO

A interação é uma questão ética, pois são deveres do fisioterapeuta exercer com atividade de zelo, respeitar o pudor e a intimidade do paciente, respeitar o direito do mesmo decidir sobre sua pessoa e seu bem estar. Informar o paciente quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico (salvo quando tais informações lhe causar danos). Manter segredo sobre os fatos fisiológicos que contém conhecimento em razão de sua atividade profissional.

A caracterização do conjunto de competências básicas que referem a interação fisioterapeuta-paciente não delimita um instrumento propriamente dito. Este estudo fez metodologicamente a validação do conteúdo entre a definição das dimensões proposta na revisão da literatura pesquisada (estudos científicos, diretrizes curriculares, etc.) e os comportamentos pertinentes a cada dimensão.

Tal caracterização remete a uma perspectiva de contribuir com a formação do fisioterapeuta e, motivos que os levam a falhar no processo de interação são diversos e vinculados à formação. Um grande domínio de métodos e técnicas de nada vale se ele não souber se colocar em determinadas situações. O indivíduo acaba por construir habilidades deixando as competências em segundo plano, pois na formação do fisioterapeuta as habilidades são mais facilmente compreensíveis e as competências acabam por não acompanhar.

A validade obtida por meio de especialistas comprovou que o processo de interação é dinâmico. Com a associação de alguns comportamentos a mais de uma dimensão demonstra a diversidade no entendimento do processo de interação dada pelos especialistas participantes. A análise dos juizes foi diagnosticou que por mais que um dos comportamentos pudesse ser associado a mais de uma categoria o instrumento como um todo contempla os comportamentos esperados no processo de interação fisioterapeuta-paciente.

A síntese ocorrida nas dimensões – de seis para quatro dimensões – possibilita uma configuração mais concisa e generalista do processo que envolve o processo de interação. Porém, suas definições delimitam substancialmente a qual cada uma abrange bem como os comportamentos associados a elas.

Não obstante o fato de que alguns comportamentos que em primeira análise pertenciam a um determinada dimensão após a validação do construto migraram para outra

dimensão fato este corrobora a dinâmica no processo de interação na própria análise dos especialistas.

A evolução das ciências aponta para a necessidade de avaliar os fatores referentes aos comportamentos humanos no trabalho. Os processos de interação - dado o elevado grau de interdisciplinaridade, das ações em grupo hoje exigidas tanto na pesquisa e no meio social - têm sua eficácia parcialmente atingida, pois, dentro das relações humanas, a compreensão do relacionamento de pares se destaca no manejo destes processos.

A qualidade dos processos de interação se mostra cada vez mais um foco de interesse e preocupação dos pesquisadores. As linhas de pensamento das ciências do trabalho - como a Ergonomia - passam, hoje, por um momento importante de avaliação da qualidade desses processos de intervenção sobre a natureza do trabalho e das interações humanas.

Estas interações são de inserção ambiental e se sustentam no contexto da cultura ou sub-culturas onde ocorrem. Que, para a Ergonomia (que estuda as relações de trabalho) a avaliação das interações é uma preocupação re-ascendente, cujo interesse se volta para o exame das condições de intercâmbio social que afetam o desempenho efetivo dos indivíduos nas tarefas profissionais que, por sua vez, regulam os processos de interação.

Uma deficiência nesse processo de interação pode criar obstáculos para alcançar a excelência na atividade de trabalho e comprometer o desempenho pessoal e profissional, afetando por essa via, a realização pessoal no trabalho. A regulação, no processo de interação com o paciente, como modalidade de manejo comportamental, envolvem procedimentos complexos (cognitivos e emocionais) que permitem que a pessoa aja de forma independente e apropriada. Um desempenho competente promove a integração do indivíduo em seu meio, o avanço cognitivo e a compreensão dos sentimentos e emoções de si próprio e dos outros.

Por fim, este estudo, até então, nos oferece um instrumento de avaliação destas competências no processo de interação fisioterapeuta-paciente. E, conforme a devida avaliação de conteúdo proposta pelos critérios psicométricos conduzirá uma pesquisa posterior para averiguar sua sensibilidade na população de estudo (fisioterapeutas). Tais argumentos são imprescindíveis, na tentativa da validação de um instrumento que possa servir tanto para análise de profissionais bem como, para avaliação de acadêmicos dos cursos de fisioterapia.

REFERÊNCIAS

- AGOSTO, Flavio Moura de; PEIXOTO, Rui; BORDIN Ronaldo. **Riscos da Prática Médica**. Porto Alegre: Dacasa, 1998.
- BASSET, Sandra F. **The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation**. New Zeland, Journal of Physiotherapy, Vol 31, 2. 2003.
- BASSETT S F.; PETRIE K J. **The effect of treatment goals on patient compliance with physiotherapy exercise programmes**. Physiotherapy 85: 130-137. 1999.
- BOTOMÉ S. P. **Diretrizes para o ensino de graduação: o projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**. Curitiba: Champagnat, v. 1. 88 p. 2000.
- BOYATZIS R.E. **The competent manager: a model for a effective performance**. New York: Wiley. 1982.
- BRASIL. **Decreto-Lei n ° 938 de 13 de outubro de 1969**. Lex. Leg. Fed.1969, p.1230. Brasilia, 1969.
- BRASIL. **Lei 6316 de 17 de dezembro de 1975**. Diário Oficial, 18 de dezembro de 1975. (Seção 1. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). 1975.
- BRASIL. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro 1996**. Dispõe sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional. São Paulo: Editora Saraiva. 1996.
- BRASIL. **Resolução CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. 2002.
- BROWN J.B., STEWART M., Mccracken E., MCWHINNEY I.R., LEVENSTEIN J. **The patient-centred clinical method. 2: Definition and application**. Family Practice, 3: 75-79. 1986.
- CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. Campinas: Alínea, 2001.
- CAPRARA A.; FRANCO L.S.A. **A relação paciente-médico.Para uma humanização da prática médica**. Cadernos de Saúde Pública 15 (3):647-654. 1999.
- CARROLL, John Bissell . **Human cognitive abilities: a survey of factor-analytic studie**. Cambridge; New York: Cambridge University Press. 1993.
- CRUZ, R. M. Competências sociais e técnicas dos psicólogos que realizam avaliação psicológica. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). **Comportamento humano no trânsito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

- CRUZ, R. M.; Alchieri, J. C. & Sardá Jr, J. J. **Avaliação e medidas psicológicas - produção do conhecimento e da intervenção profissional.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 183-189. 2002.
- DAHLGREN M. A.; ALMQUIST A.; KROOK J. **Physiotherapists in Balint group training.** *Physiotherapy Research International: the journal for researches and clinicians in physical therapy*, 5 (2) 85-95. 2000.
- DAHLGREN M.A. **Learning physiotherapy: students' ways of experiencing the patient encounter.** *Physiotherapy Research International: the journal for researches and clinicians in physical therapy*, 3 (4) 257-73. 1998.
- DAWE P.A. **The role of the physiotherapist in relation to the young handicapped.** *Physiotherapy*; Sep, 58 (9) 309-12. 1972.
- DEL PRETTE, A., DEL PRETTE, Z. A. P., Branco, U. V. C. **Competência social na formação do psicólogo.** *Paidéia, Cadernos de Educação*, 2, 40-50. 1992.
- DEL PRETTE, Z. A. P., DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prete): Manual de aplicação, apuração e interpretação.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
- DORSCH F., Häcker H., Stapf K.H. **Dicionário de Psicologia Dorsch.** Rio de Janeiro: Vozes. 2001.
- FERNANDES, J. C. L. **A Quem Interessa a Relação Médico-Paciente?** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan/mar, 9 (1): 21-27. 1993
- FIALHO, F.; Santos, N. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho.** Curitiba: Gênese. 1995.
- FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências.** São Paulo: Atlas. 2000.
- FONSECA, Maria Antonia da. **Graduação em Fisioterapia: um estudo no ciclo de formação básica rumo a melhoria da qualidade do ensino profissional.** (2002) Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção), Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1987.
- FULFORD K.W.M., ERSSER S., HOPE T. **Essential Practice in Patient-Centred Care.** Oxford: Blackwell Science. 1996.
- GERRARD TJ and RIDDELL JD. **Difficult patients: Black holes and secrets.** *BMJ* 297: 530-532. 1988.
- GIBBON B. **An investigation of interprofessional collaboration in stroke rehabilitation team conferences.** *Journal of Clinical Nursing*; May, 8 (3) 246-52. 1999.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas. 1991.

- GONZÁLEZ de Gomez, MARIA Nélida. **A globalização e os novos espaços.** Informare, Rio de Janeiro, Jan, 3 (2-3). 1997.
- GRAMSCI, Antonio. **Os Intelectuais e a Organização da Cultura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1995.
- GRANT D. **The physiotherapist as patient counsellor.** Physiotherapy, Jul, 65 (7) 218-20. 1979.
- GRANT, R. **Continuing education - does it make for a more competent practitioner?** Australian Journal of Physiotherapy, 40th Jubilee Issue: 33-37. 1994.
- GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO Zuleica Maria. **A relação médico-paciente e o cuidado humano: Subsídios para a educação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, maio/ago, 28 (2), 99-105. 2000.
- GUARESCHI, P. **Alteridade e relação: uma perspectiva crítica.** In: ARRUDA A. (org). Representando a alteridade. Petrópolis (RJ): Vozes, 149-161. 1998.
- GUÉRIN, F.; Laville, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda. 2001.
- GYLLENSTEN A.L.; GARD G.; SALFORD E.; EKDAHL C. **Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective.** Physiotherapy Research International: the journal for researches and clinicians in physical therapy, 4 (2) 89-109. 1999.
- HAILSTONE J.D. **The importance of the relationship between physiotherapist and patient.** Physiotherapy, Jun, 55 (6) 230-2. 1969.
- HAIR, Babin; MONEY, Samouel. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração.** Porto Alegre: Artmed. 2005.
- HENBEST R.J., STEWART M. **Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference?** Family Practice, 7: 28-33. 1990.
- HERSEY, Blanchard. **Psicologia para administradores.** São Paulo: EPU. 1986.
- JALES, Walnia. **Avaliação comparativa de dois métodos que identificam fatores de risco de doenças e acidentes do trabalho.** 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2000.
- JARMAN F. **Communication problems: a patient's view.** Nursing Times, 91: 30-31. 1995.
- JENSEN G.M., GWYER J., SHEPHARD K.F.; HACK L.M. **Expert practice in physical therapy.** Physical Therapy 80: 28-43. 2000.
- JENSEN G.M.; SHEPHARD K.F.; GWYER J.; HACK L.M. **Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopaedic settings.** Physical Therapy 72: 711-722. 1992.

KISNER, C.; LYNN A. C. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**, 2 ed. São Paulo: Manole, 1992.

KLÜSENER, C. S. **Características comportamentais de pessoas socialmente competentes no trabalho**. (2004) Dissertação (Mestrado Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

KOTTKE F. J. et al. **Krusen: tratado de medicina física e reabilitação**. São Paulo: Manole, 1986.

KUMLIN I.W.; KROKSMARK T. **The first encounter. Physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships**. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 6 (1) 37-44. 1992.

LAUTERT, Liana. **O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 83-93, jul., 1997.

LAW M., BAPTISTE S., MILLS J. **Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference?** Canadian Journal of Occupational Therapy, 62: 250-257. 1995.

LE BOTERF, G. **De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations**. Paris: Quatrième Tirage. 1995.

LEITÃO, Araújo. **Elementos da Fisioterapia**. Rio de Janeiro: Art Nova, 1970.

LITCHFIELD R., Macdougall C. **Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings**. Australian Journal of Physiotherapy. 48 (2) 105-12. 2002.

MALZER R.L. **Patient performance level during in patient physical rehabilitation: Therapist, nurse and patient perspectives**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69: 363-365. 1998.

MAY S.J. **Patient satisfaction with management of back pain. Part 2: An explorative, qualitative study into patients' satisfaction with physiotherapy**. Physiotherapy 87: 10-20. 2001.

MAYER, J. D., CARUSO, D. R., & SALOVEY, P. **Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence – Intelligence**. Canada: MHS Publishers. 1999.

MCCLELLAND D. C. **Identifying Competencies with Behavioral-Event Interviews, Psychological Science**. 9:5 331. 1998.

MEAD N., BOWER P. **Patient-centredness: A conceptual framework and review of empirical literature**. Social Science and Medicine, 51: 1087-1110. 2000.

MESSIAS, I.A. **O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo**. (1999). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Universidade de São Paulo – São Paulo. 1999.

- MOHAY, H. **Focalizando a criança, a família e o terapeuta.** In: BURNS, Y. R., MACDONALD, J. *Fisioterapia e crescimento na infância.* São Paulo: Santos Livraria, 1999.
- MÜLLER, Fernanda Graudenz. **Competências Profissionais do mediador de conflitos familiares.** (2007) Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.
- NASCIMENTO, Juarez Vieira do. **Escala de Auto-precepção de competência profissional em educação física e esporte.** *Revista Paulista de Ed. Física.* São Paulo, 13(1), jan/jun. 1999.
- PASQUALI, Luiz. **Instrumentos Psicológicos: Manual prático de elaboração.** Brasília: LabPAM; IBAPP, 306p. 1999.
- PEREIRA, Maria das Graças A.; AZEVEDO, Eliane S. **A relação médico-paciente em Rio Branco sob a ótica dos pacientes.** *Revista da Associação Médica Brasileira.* 51 (3). 2005.
- POTTER, M.; GORDON S., HAMER P. **The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study.** *Australian Journal of Physiotherapy.* 49 (1) 53-61. 2003a.
- POTTER, M; GORDON S., HAMER P. **The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective.** *Australian Journal of Physiotherapy,* 49 (3) 195-202. 2003b.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais.** 2 ed. Lisboa: Gradiva. 1998.
- ROSS C.A.; ROBERTS L.W.; OLSON L. **The doctor-physiotherapist relationship: the physiotherapists' perspective.** *Physiotherapy Canada,* Jul/Aug, 32 (4) 219-23. 1980.
- SHESTACK, R. **Fisioterapia Prática.** 3 ed. São Paulo: Manole, 1987.
- SILVA, Edna Lúcia da; CUNHA, Miriam Vieira. **A formação profissional de século XXI: desafios e dilemas.** *Ciência da Informação,* Brasília, Set/Dez, 31 (3) 77-82. 2002.
- SOAR FILHO, E. J. **A interação Médico-cliente.** *Revista da Associação de Medicina Brasileira.* 44 (1). 1998.
- SRIVASTAVA P.N. **Physical therapy and the physiotherapist.** *The Nurse Journal of Índia,* Aug, 64 (8) 277. 1973.
- ST CLAIRE L, Watkins J., BILLINGHURST B. **Differences in meanings of health: An exploratory study of general practitioners and their patients.** *Family Practice,* 13: 511-516. 1996.
- STEWART M.A., BROWN J.B., WESTON W.W. **Patient centred interviewing. III: Five provocative questions about the patient-centred approach.** *Canadian Family Physician,* 35: 159-161. 1989.

TALVITIE U. **Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy.** *Physiotherapy Research International: the journal for researches and clinicians in physical therapy*, 5 (3) 173-89. 2000.

TEIGER, C. **Représentation du travail, travail de la représentation.** In: WEILL-FASSINA A., RABARDEL P.; DUBOIS D. (orgs.). **Représentation pour l'action.** Toulouse: Octarès Editions. 1993.

THOMSON A; SKINNER A; PIERCY J. **Fisioterapia de Tidy.** São Paulo: Editora Santos, 1994.

THORNQUIST E. **Body communication is a continuous process. The first encounter between patient and physiotherapist.** *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Sep, 9 (3) 191-6. 1991.

THORNQUIST E. **Communication: what happens during the first encounter between patient and physiotherapist?** *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Sep, 8(3): 133-8. 1990a.

THORNQUIST E. **Three voices in a Norwegian living room: an encounter from physiotherapy practice.** *Medical Anthropology Quarterly*, Sep, 11(3): 324-51. 1997.

THORNQUIST E. **What happens during the first encounter between a patient and a physiotherapist?** *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, Nov 10; 110(27): 3494-8. Norwegian. 1990b.

TOFFLER, Alvin. **A terceira onda.** Tradução de João Távora. 23ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record. 1998.

ZARIFIAN, P. **Objectif compétence.** Paris: Liaisons. 1999.

ZERBETO, S.R.; RODRIGUES, A.R.F., **Relacionamento não diretivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização.** *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 77-83, maio 1997.

ANEXOS

Anexo 1



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Tecnológico
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Mestrado em Engenharia de Produção**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Guilherme Valdir Baldo e sou aluno do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a) a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob a orientação do Professor Dr. Roberto Moraes Cruz.

A pesquisa que intitula "**Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente**", tem como objetivo avaliar quais as competências desenvolvidas na interação fisioterapeuta-paciente no processo de formação profissional.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, consentindo a minha presença junto a você e a observá-lo e entrevistá-lo. Qualquer dado que possa lhe identificar, não será usado. A sua participação é absolutamente voluntária. Caso se recuse a participar, isto não trará qualquer penalidade ou prejuízo para você. Mantém-se o direito de desistir da participação a qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicito a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser, poderá falar com o pesquisador pelo telefone (48) 3721-9904.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro por meio deste documento, meu consentimento e em participar da pesquisa "**Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente**".

Declaro ainda estar ciente de seu objetivo, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura

Anexo 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prezado,

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de caracterizar as competências no processo de interação fisioterapeuta-paciente.

O processo de interação com o paciente é um ato imprescindível na atuação profissional do Fisioterapeuta.

Faz parte do procedimento desta pesquisa criar um Questionário de Competências do Processo de Interação Fisioterapeuta-Paciente, com base em uma avaliação prévia das definições de competências e de seus respectivos itens de aferição, procedimento esse denominado de validade de conteúdo.

O objetivo desta atividade é, portanto, realizar a validade de conteúdo das competências no processo de interação Fisioterapeuta-paciente, obtida por meio do julgamento de juízes (peritos e/ou pesquisadores). Convidamos você a ser o juiz neste procedimento, que deve ser conduzido da seguinte maneira:

Na Tabela 1 constam, na primeira coluna, as competências do fisioterapeuta e na segunda coluna, as respectivas definições, a partir das quais foram elaborados os itens listados na Tabela 2. Esses itens descrevem comportamentos dos Fisioterapeutas no processo de interação com os pacientes. A tarefa do juiz é classificar cada item da Tabela 2, assinalando no campo correspondente à sigla da definição que consta na Tabela 1. Se algum item se referir a mais de uma definição, por favor, indique a quais são correspondentes.

Se você tiver sugestões quanto às definições dos construtos da Tabela 1, possíveis alterações na redação dos itens ou outras observações que julgar pertinente a este trabalho, por gentileza escreva no verso da folha.

Agradecemos sua colaboração.

Guilherme V. Baldo
Mestrando

Roberto Moraes Cruz
Orientador

Tabela 1: COMPETÊNCIAS E SUAS DEFINIÇÕES

<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>
<i>Pré-contato PRC</i>	Capacidade do profissional em fornecer aspectos referentes a atributos anteriores ao contato como, a ambiência do local de atendimento promovendo um local que propicie conforto e aconchego aos pacientes que aguardam atendimento ou estão em atendimento, pontualidade para com o horário de atendimento, organização do ambiente, etc.
<i>Contato inicial CIN</i>	Atributos referentes ao primeiro contato feito com o paciente a ser tratado no que concerne cordialidade (demonstrar afabilidade, boa vontade, disposição) e empatia (tentar compreender o indivíduo, impressão) no intuito de estabelecer o processo de interação.
<i>Comunicação COM</i>	Meios com os quais o fisioterapeuta se utiliza para passar informações ao paciente compreendendo processos de comunicação verbal (comunicar-se de forma clara e objetiva, explicar objetivamente o que será realizado, utilizar termos compreensíveis ao paciente, evitar termos pejorativos, etc.); comunicação não-verbal (utilizar gestos para explicar procedimentos, demonstrar em si o que será realizado, realizar mobilização passiva no paciente para exemplificar procedimentos, etc).
<i>Conhecimento profissional CPR</i>	Capacidade do profissional em planejar e organizar procedimentos, demonstrar conhecimento referente à patologia em questão, indicações e contra-indicações fisiológicas e biomecânicas dos procedimentos utilizados. Identificar as limitações individuais de cada paciente. Atualizar-se constantemente, dominar técnicas específicas de tratamento, etc.
<i>Participação ativa PAT</i>	Capacidade de escutar ativamente o paciente, demonstrar comprometimento com o tratamento, permanecer junto ao paciente durante o tratamento, questionar durante a sessão acerca do conforto em relação ao atendimento. Demonstrar interesse acerca da evolução do tratamento.
<i>Pós-contato POC</i>	Capacidade do profissional em monitorar efetividade do tratamento no decorrer do tratamento, evolução do quadro patológico, resultados, feedback.

Tabela 2: Os itens do questionário e as siglas correspondentes às competências

Comportamentos		Definições					
		PRC	CIN	COM	CPR	PAT	POC
1	Compartilhar experiências com tratamentos similares.						
2	Buscar informações acerca da patologia.						
3	Admitir próprios erros.						
4	Transmitir de forma lógica o procedimento.						
5	Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.						
6	Buscar atingir objetivos propostos						
7	Ser capaz de identificar erros nos procedimentos executados.						
8	Controlar a impulsividade ao responder.						
9	Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.						
10	Ceder às vontades do paciente.						
11	Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.						
12	Cobrar medidas preventivas para a melhora do quadro patológico.						
13	Colocar-se no lugar do paciente.						
14	Delegar tarefas.						
15	Causar boa impressão.						
16	Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos.						
17	Aceitar críticas do paciente quanto ao tratamento						
18	Comunicar previamente ao paciente caso haja atraso.						
19	Conquistar confiança.						
20	Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.						
21	Dispor de sala de espera com poltronas confortáveis.						
22	Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento						
23	Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.						
24	Criticar atitudes do paciente.						
25	Ambientar local bem higienizado.						
26	Demonstrar confiança na capacidade do paciente.						
27	Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.						
28	Demonstrar disponibilidade para aprender.						
29	Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.						
30	Expressar-se com clareza.						
31	Demonstrar paciência para com o paciente.						
32	Explicar previamente o que vem a ser o tratamento.						

Comportamentos		Definições					
		PRC	CIN	COM	CPR	PAT	POC
33	Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.						
34	Manter os equipamentos em bom estado de conservação.						
35	Ter som ambiente.						
36	Discordar de atitudes do paciente que possam interferir no tratamento						
37	Usar gestos para explicar procedimentos.						
38	Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.						
39	Exemplificar programas de tratamento.						
40	Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.						
41	Incentivar o paciente quanto a atividade preventiva.						
42	Manter o piso em bom estado de conservação.						
43	Expor limitações do tratamento.						
44	Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.						
45	Indicar tratamentos alternativos.						
46	Expressar-se com objetividade.						
47	Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.						
48	Explicar ao paciente quanto a evolução do tratamento.						
49	Identificar limitações do paciente.						
50	Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.						
51	Manter um distanciamento hierárquico entre fisioterapeuta-paciente.						
52	Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.						
53	Realizar auto-crítica.						
54	Utilizar jargões para explicar termos.						
55	Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.						
56	Marcar previamente o atendimento do paciente.						
57	Manter contato visual durante a conversa.						
58	Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.						
59	Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.						
60	Demonstrar previamente os movimentos a serem executados						
61	Orientar medidas preventivas.						
62	Ser solidário.						
63	Demonstrar disposição para com o paciente.						
64	Exigir a participação do paciente no tratamento						
65	Possuir ambiente com boa ventilação.						

Comportamentos		Definições					
		PRC	CIN	COM	CPR	PAT	POC
66	Tentar compreender o indivíduo.						
67	Demonstrar estar contente com o trabalho.						
68	Dispor no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.						
69	Explicar termos difíceis.						
70	Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.						
71	Incentivar verbalmente durante os procedimentos.						
72	Demonstrar domínio sobre a patologia.						
73	Demonstrar otimismo.						
74	Prover feedback quanto a evolução do tratamento.						
75	Responder prontamente aos questionamentos feitos pelo paciente.						
76	Estabelecer relação de amizade.						
77	Demonstrar contentamento ao atender o paciente.						
78	Ser prestativo.						
79	Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.						
80	Manter-se em constante atualização profissional.						
81	Respeitar diferenças (culturais, raça, etc.)						
82	Motivar o paciente na participação do tratamento						
83	Manter organização dos equipamentos.						
84	Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.						
85	Planejar previamente os procedimentos utilizados.						
86	Ser pontual no atendimento.						
87	Dominar técnicas diferenciadas.						

Anexo 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTERAÇÃO

FISIOTERAPEUTA-PACIENTE

Q-APIFP

<i>Baldo & Cruz (2008)</i>

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino ()

Feminino ()

Estado Civil: Solteiro(a) ()

Casado(a)/convivente ()

Separado(a)/divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

Contexto do Atendimento: Particular ()

público ()

Especialização: Sim ()

Não ()

Se sim: qual área? _____

Tempo de atuação profissional: _____

Eu, _____ RG n°.

_____ autorizo o uso sigiloso dos dados deste questionário em pesquisa.

_____/_____/_____
Data_____
Assinatura

Os itens listados abaixo descrevem comportamentos no processo de interação fisioterapeuta paciente.		Não se aplica	Pouco importante	Importante	Muito Importante
ASSINALE O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI PARA CADA ITEM					
1	Compartilhar experiências com tratamentos similares.				
2	Buscar informações acerca da patologia.				
3	Transmitir de forma lógica o procedimento.				
4	Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.				
5	Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.				
6	Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.				
7	Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos.				
8	Conquistar confiança.				
9	Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.				
10	Disponer de sala de espera com poltronas confortáveis.				
11	Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento				
12	Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.				
13	Criticar atitudes do paciente.				
14	Ambientar local bem higienizado.				
15	Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.				
16	Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.				
17	Expressar-se com clareza.				
18	Demonstrar paciência para com o paciente.				
19	Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.				
20	Manter os equipamentos em bom estado de conservação.				
21	Ter som ambiente.				
22	Usar gestos para explicar procedimentos.				
23	Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.				
24	Exemplificar programas de tratamento.				
25	Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.				
26	Manter o piso em bom estado de conservação.				
27	Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.				
28	Indicar tratamentos alternativos.				
29	Expressar-se com objetividade.				
30	Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.				

Os itens listados abaixo descrevem comportamentos no processo de interação fisioterapeuta paciente.		Não se aplica	Pouco importante	Importante	Muito Importante
ASSINALE O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI PARA CADA ITEM					
31	Identificar limitações do paciente.				
32	Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.				
33	Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.				
34	Utilizar jargões para explicar termos.				
35	Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.				
36	Marcar previamente o atendimento do paciente.				
37	Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.				
38	Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.				
39	Demonstrar previamente os movimentos a serem executados				
40	Demonstrar disposição para com o paciente.				
41	Exigir a participação do paciente no tratamento				
42	Possuir ambiente com boa ventilação.				
43	Demonstrar estar contente com o trabalho.				
44	Dispor no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.				
45	Explicar termos difíceis.				
46	Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.				
47	Incentivar verbalmente durante os procedimentos.				
48	Demonstrar domínio sobre a patologia.				
49	Demonstrar otimismo.				
50	Prover feedback quanto a evolução do tratamento.				
51	Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.				
52	Manter-se em constante atualização profissional.				
53	Motivar o paciente na participação do tratamento				
54	Manter organização dos equipamentos.				
55	Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.				
56	Planejar previamente os procedimentos utilizados.				
57	Dominar técnicas diferenciadas.				