

Universidade Federal de Juiz de Fora  
*Campus* Avançado Governador  
Valadares Instituto Ciências da Vida  
Departamento de Fisioterapia

Breno Almeida Machado  
Matheus do Carmo Santos

**ANÁLISE DA HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO E FREQUÊNCIA DE  
PERGUNTAS ENGLOBANDO OS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DA DOR  
UTILIZADOS POR FISIOTERAPEUTAS DE UM MUNICÍPIO DO LESTE MINEIRO  
DURANTE A ANAMNESE**

Governador Valadares

2022

Breno Almeida Machado  
Matheus do Carmo Santos

**ANÁLISE DA HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO E FREQUÊNCIA DE  
PERGUNTAS ENGLOBANDO OS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DA DOR  
UTILIZADOS POR FISIOTERAPEUTAS DE UM MUNICÍPIO DO LESTE MINEIRO  
DURANTE A ANAMNESE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora  
Campus Avançado Governador Valadares, como requisito  
para obtenção de aprovação na disciplina Trabalho de  
Conclusão de Curso II.

Orientadora: Profa. Dra. Ludimila Forechi

Governador Valadares  
2022

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A comunicação é um processo amplo de interação, constituída pelos atos de falar e de ouvir. É de extrema relevância escutar e entender as necessidades de quem fala. Para profissionais da saúde, envolve o compartilhamento das informações entre o paciente/cuidador/familiar e os fisioterapeutas necessitam desenvolver ainda mais capacidades para otimizar a interação com o paciente.

**OBJETIVO:** Analisar a habilidade de comunicação e os aspectos biopsicossociais da dor utilizadas por fisioterapeutas de um município do leste mineiro durante a anamnese.

**METODOLOGIA:** Se trata de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado em uma amostra de conveniência com 39 fisioterapeutas que responderam a um questionário, com 69 perguntas sobre as características sociodemográficas, as habilidades de comunicação, e a frequência de utilização das 51 perguntas do método SCEBS na plataforma do *Google Forms*. O teste do qui-quadrado ou exato de Fischer foram utilizados para comparar os dados nominais.

**RESULTADOS:** o tempo gasto na anamnese foi variável, com duração mais frequente entre 21 e 60 minutos e realização de aproximadamente 6 e 20 perguntas. A escuta ativa e a aliança terapêutica foram classificadas como praticadas e estabelecidas com frequência. Além da comunicação verbal, o uso da comunicação não verbal foi relatado como frequente. Apesar disso, ao investigar as perguntas mais frequentes da abordagem biopsicossocial da dor, percebe-se maior frequência nas perguntas da dimensão somática, e menor frequência da dimensão social.

**CONCLUSÃO:** Constatou-se que os fisioterapeutas de um município do leste mineiro se autoconsideram bons comunicadores no primeiro contato com o paciente. A habilidade de comunicação é considerada tão importante quanto a competência clínica. Apesar disso, as perguntas feitas ainda estão vinculadas ao contexto biológico da dor, sendo as perguntas do contexto social e psicológico menos frequentes durante a anamnese.

**Palavras-chave:** Fisioterapeutas, Comunicação centrada no paciente, anamnese.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Communication is a broad process of interaction, consisting of the acts of speaking and listening. It is extremely important to listen and understand the needs of the speaker. For health professionals, it involves sharing information between the patient/caregiver/family and physical therapists need to develop even more capabilities to optimize interaction with the patient. **OBJECTIVE:** To analyze communication skills and biopsychosocial aspects of pain used by physical therapists in a city in the east of Minas Gerais during anamnesis. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, carried out in a convenience sample with 39 physical therapists who answered a questionnaire with 69 questions about sociodemographic characteristics, communication skills, and the frequency of use of the 51 SCEBS method questions on the Google Forms platform. Chi-square or Fisher's exact test were used to compare nominal data. **RESULTS:** the time spent in the anamnesis was variable, with the most frequent duration between 21 and 60 minutes and the completion of approximately 6 and 20 questions. Active listening and therapeutic alliance were classified as frequently practiced and established. In addition to verbal communication, the use of non-verbal communication was reported as frequent. Despite this, when investigating the most frequent questions of the biopsychosocial approach to pain, a greater frequency is observed in the questions of the somatic dimension, and a lower frequency of the social dimension. **CONCLUSION:** It was found that physical therapists in a city in the east of Minas Gerais consider themselves to be good communicators in the first contact with the patient. Communication skills are considered as important as clinical competence. Despite this, the questions asked are still linked to the biological context of pain, with questions from the social and psychological context being less frequent during the anamnesis.

**Keywords:** Physiotherapists, Patient-centered communication, anamnesis.

## SUMÁRIO

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                    | 5  |
| 2 OBJETIVOS.....                      | 7  |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....               | 7  |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....        | 7  |
| 3 MÉTODO .....                        | 8  |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA.....     | 8  |
| 3.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS..... | 8  |
| 3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....          | 9  |
| 4 RESULTADOS.....                     | 10 |
| 5 DISCUSSÃO.....                      | 18 |
| 6 CONCLUSÃO .....                     | 22 |
| 7 REFERÊNCIAS .....                   | 23 |

## 1 INTRODUÇÃO

O significado da palavra “comunicação” no dicionário é: “ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta”. Entretanto, esse conceito pode ser interpretado de forma mais ampliada, pois é através da comunicação que os seres humanos, e os animais realizam as atividades essenciais para a vida em sociedade. Juntamente a isso, temos a comunicação como um importante mediador da qualidade da relação profissional de saúde e paciente (MARTINS; D.; 2017). É crescente o número de estudos que abordam a necessidade de familiarização do terapeuta com a história biopsicossocial de dor do paciente..

A comunicação é um processo amplo de interação. É constituída pelos atos de falar e de ouvir, assim como, de outros recursos da linguagem corporal, como gestos e sinalizações (SILVA, 2000). Segundo Dunker e Thebasdo (2019), para que uma comunicação seja eficaz, o emissor deve transmitir uma mensagem que, supostamente, traduz o que pensa (fala e gestos). Assim o receptor entende e consegue produzir uma resposta dentro do processo comunicativo. É de extrema relevância proporcionar um ambiente de segurança, e desenvolver a sensibilidade para escutar e entender as necessidades de quem fala, e não apenas tentar compreender, de forma ambiciosa e precoce. Quando se fala em profissionais, percebe-se que o bom profissional é aquele que apresenta condições benevolentes de atuar com Habilidades de Comunicação (HC) eficazes (DUNKER; T., 2019). Nesse sentido Bellenzani e colaboradores, em 2013, dizem que uma "boa comunicação", nas práticas de saúde é aquela cuja ênfase se coloca na competência do profissional no uso da linguagem e na clareza de seus enunciados.

Todos os profissionais que atuam na área da saúde necessitam de maiores compreensões e habilidades, já que a comunicação envolve o compartilhamento das informações entre o paciente/cuidador/familiar e o profissional da saúde (AJJAWI; H., 2012). Sabe-se que com uma boa comunicação é possível obter inúmeras informações benéficas que interferem na tomada de decisões, e em toda a conduta terapêutica. Nesse processo, é

relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas (CORIOLANO; M. ET AL.; 2014). Com a adoção de procedimentos adequados é possível a atuação eficiente focada no real problema relatado, uma elucidação de todo contexto da narrativa, de forma que erros sejam minimizados, além de contribuir para a boa adesão do paciente ao tratamento (AJJAWI; H, 2012).

As dificuldades encontradas no processo de comunicação decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor ou emissor, além de imposição de valores e influência de mecanismos inconscientes (CORIOLANO; MARIA ET AL.; 2014). Dessa maneira, encontramos no trabalho de McGowan e Emma (2017), que quando se trata da fisioterapia, a comunicação eficaz é uma competência essencial, para que o atendimento seja eficiente e positivo ao paciente.

Tendo como enfoque os profissionais da fisioterapia, sabe-se da realização de uma abordagem biopsicossocial da dor no intuito de alcançar resultados ainda melhores nas condutas terapêuticas (WIJMA ET AL., 2017). O que é reafirmado por Potter e colaboradores (2003) quando destacam a importância da abordagem centrada no paciente, apontando a necessidade de fisioterapeutas desenvolverem mais capacidades de comunicação, e otimização da interação com o paciente.

Baseado que é importante ao fisioterapeuta utilizar meios viáveis de comunicação e, conseqüentemente de assistência, já o presente estudo pode contribuir para um diagnóstico inicial sobre as habilidades de comunicação dos fisioterapeutas. Além de embasar a necessidade de aprimoramentos da comunicação desses profissionais com estratégias ativas e não verbais. Dessa forma, o presente estudo visa análise da habilidade de comunicação e frequência de perguntas englobando os aspectos biopsicossociais da dor utilizados por fisioterapeutas de um município do leste mineiro durante a anamnese.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se as habilidades de comunicação e frequência de perguntas englobando os aspectos biopsicossociais da dor utilizados por fisioterapeutas aspectos biopsicossociais de um município do leste mineiro durante a anamnese.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Quantificar o tempo gasto na anamnese pela autodeclaração dos fisioterapeutas;
- Investigar se os fisioterapeutas praticam a escuta ativa e estabelecem uma aliança terapêutica com os pacientes durante a avaliação;
- Avaliar a opinião dos fisioterapeutas sobre sua autoavaliação de comunicação com o paciente e o nível de importância da comunicação quando comparado à competência clínica;
- Descobrir o interesse e a disponibilidade de fisioterapeutas para adquirir habilidade de comunicação, bem como a importância de serem trabalhadas no âmbito da graduação;
- Averiguar a frequência com que as perguntas propostas pelo método SCEBS (Somático, Cognição, Emoção, Comportamento e Social) são utilizadas pelos fisioterapeutas na anamnese.



### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

Este estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa foi realizado em uma amostra de conveniência composta por 39 fisioterapeutas que autodeclararam atuar e residir no município de Governador Valadares-MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFJF (CAAE 45480521.0.0000.5147, número do parecer: 4.689.362) (ANEXO I). Foram excluídos aqueles profissionais fisioterapeutas não atuantes da profissão fisioterapêuticas, excluídos aqueles que não responderam o formulário eletrônico dentro do prazo de coleta das informações. Incluídos os participantes com idade igual ou superior a 18 anos, e que responderam ao formulário eletrônico por completo no período de 21/06/2021 a 22/08/2021.

#### 3.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Para divulgação da pesquisa e recrutamento dos participantes foi utilizado um panfleto convite contendo as informações de pesquisa, um código QR, e um *link* de acesso para o questionário na plataforma do *Google Forms*. Esse instrumento foi disponibilizado nas mídias digitais, e entregue presencialmente pelos pesquisadores nas clínicas com atendimento fisioterapêutico particular, público ou filantrópico no município de Governador Valadares.

Os voluntários que concordaram em participar da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado como obrigatório no primeiro item do formulário *on-line*. As perguntas seguintes só foram visualizadas quando o participante escolheu a opção “Concordo em participar da pesquisa (APÊNDICE I).

Um total de 69 perguntas de pesquisa foram organizadas em três partes no formulário eletrônico. A parte I contendo 5 perguntas foi referente as características sociodemográficas; a parte II com 13 questões relacionadas à habilidade de comunicação do fisioterapeuta na anamnese, autoavaliação da habilidade de comunicação, tempo gasto durante uma avaliação inicial, a

quantidade e qualidade dos questionamentos comumente realizadas por fisioterapeutas. A parte III consta sobre avaliação da frequência de utilização das 51 perguntas do método SCEBS, um guia para entrevista clínica que compreendem as três dimensões da dor (somática, psicológica e social). A adaptação transcultural para a língua portuguesa do SCEBS demonstrou ser facilmente compreensível, mostrando boa validação semântica independentemente do nível de escolaridade ou idade e considerado adequado para o uso clínico (SANTOS ET AL., 2017).

O método SCEBS foi criado em 1995 e considera os cinco fatores para avaliação da dor. As letras da sigla SCEBS correspondem a esses fatores, sendo: letra S=somáticos, C=cognitivos, E=emocionais, B=Comportamentais e S=sociais. A dimensão somática ou biológica engloba as 10 perguntas iniciais do método (letra S). A dimensão psicológica engloba as perguntas de número 11 a 24, correspondentes aos fatores cognitivos (letra C: expectativas, catastrofização e autoeficácia), as perguntas 25 a 30 sobre os fatores emocionais (letra E), e as perguntas 31 a 41 sobre os fatores comportamentais (letra B: lidar com os sintomas, limitação das atividades, evitação e falando sobre as queixas). Por fim, a dimensão social inclui as perguntas de número 42 a 51 (SANTOS ET AL., 2017), (OOSTENDORP, ET AL., 2015).

Uma cópia digital das respostas do questionário eletrônico foi disponibilizada automaticamente para o e-mail do participante após o término do preenchimento.

### **3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados, como frequências absolutas e relativas. O teste do qui-quadrado ou exato de Fischer foram utilizados para comparar os dados nominais. Os dados foram tabulados e analisados no software JAMOVI (projeto jamovi 2021. Version 1.8; Sydney, Austrália; Recuperado de <https://www.jamovi.org>). Os gráficos foram construídos utilizando o software OriginPro (versão 2019b, OriginLab Corporation, Northampton, MA, EUA).

## 4 RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e habilidades de comunicação dos 39 fisioterapeutas no momento da entrevista/anamnese.

Os participantes de pesquisa foram em sua maioria do sexo masculino (61,5%). O tempo, autodeclarado, para anamnese foi variável, com 51,4% dos entrevistados gastando até 30 minutos, 35,9% entre 41 e 60 minutos, e 10,3% acima de 60 minutos, ( $p=0,017$ ). Aproximadamente 67% dos participantes declararam realizar entre 6 e 20 perguntas durante a entrevista com o paciente, apesar de não haver diferença significativa ( $p=0,059$ ). Entretanto, apenas 53,8% dos participantes relatam praticar a escuta ativa com muita frequência ( $p<0,001$ ). Apesar disso, quase a totalidade dos participantes afirmaram estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente (87,1%;  $p<0,001$ ) e autoavaliaram sua forma de comunicação como muito boa (46,1%) ou boa (46,1%;  $p=0,003$ ). Os participantes relataram frequentemente utilizar perguntas empáticas e compreensivas (43,6%;  $p<0,001$ ), raramente interrompem os relatos de seus pacientes (43,6%;  $p<0,001$ ), e perguntam ao paciente se deseja acrescentar informações após finalizar a entrevista (43,6%) (Tabela 1).

Um total de 41% dos entrevistados relatou nunca ser rude, desrespeitoso ou irônico com os pacientes no momento da anamnese, e 35,9% frequentemente autocorrigem quando isso acontece ( $p<0,001$ ) (Tabela 1).

O relato de uso da comunicação não verbal foi muito frequente (48,7%;  $p=0,002$ ). A maioria dos participantes tem interesse e disponibilidade para adquirir habilidade de comunicação (84,6%;  $P=0,001$ ), julga que comunicação e competência clínica tem igual importância (66,7%;  $p<0,001$ ), e acreditam ser muito importante trabalhar técnicas de comunicação durante a graduação (89,7%;  $p<0,001$ ) (Tabela 1).

**TABELA 01:** Características sociodemográficas e habilidades de comunicação dos 39 fisioterapeutas de um município do leste mineiro no momento da entrevista/anamnese.

| Variáveis  | N (%)     | P       |
|--|-----------|---------|
| <b>Sexo</b>  |           |         |
| Feminino   | 15 (38,5) | 0,150   |
| Masculino  | 24 (61,5) |         |
| <b>Duração (min) da entrevista/anamnese</b>                            |           |         |
| 05 – 10  | 4 (10,3)  | 0,017   |
| 11 – 20  | 5 (12,8)  |         |
| 21 – 30  | 11 (28,2) |         |
| 41 – 50  | 6 (15,4)  |         |
| 51 – 60  | 8 (20,5)  |         |
| 61 – 90  | 3 (7,7)   |         |
| > 90   | 1 (2,6)   |         |
| Não sabe   | 1 (2,6)   |         |
| <b>Média do número de perguntas</b>                                    |           |         |
| 1 – 5  | 1 (2,6)   | 0,059   |
| 6 – 10   | 10 (25,6) |         |
| 11 – 15  | 7 (17,9)  |         |
| 16 – 20  | 9 (23,1)  |         |
| 21 – 25  | 5 (12,8)  |         |
| 26 – 30  | 2 (5,1)   |         |
| Não sabe   | 5 (12,8)  |         |
| <b>Prática a escuta ativa</b>  |           |         |
| Muita frequência   | 21 (53,8) | < 0,001 |
| Frequentemente   | 13 (33,3) |         |
| Ocasionalmente   | 4 (10,3)  |         |
| Raramente  | 1 (2,6)   |         |
| <b>Frequência que estabelece aliança terapêutica</b>                   |           |         |
| Muita frequência   | 13 (33,3) | < 0,001 |
| Frequentemente   | 21 (53,8) |         |
| Ocasionalmente   | 3 (7,7)   |         |
| Raramente  | 2 (5,1)   |         |
| <b>Autoavaliação da forma de comunicação com o paciente</b>            |           |         |
| Muito boa  | 18 (46,1) | 0,003   |
| Boa  | 18 (46,1) |         |
| Regular  | 3 (7,7)   |         |
| <b>Frequência de perguntas empáticas e compreensivas</b>               |           |         |
| Muita frequência   | 16 (41,0) | < 0,001 |
| Frequentemente   | 17 (43,6) |         |
| Ocasionalmente   | 4 (10,3)  |         |
| Raramente  | 2 (5,1)   |         |
| <b>Frequência que interrompe o paciente</b>                            |           |         |
| Muita frequência (mais de 10 interrupções)                             | 1 (2,6)   | < 0,001 |
| Frequentemente (entre 6 e 9 interrupções)                              | 6 (15,4)  |         |
| Ocasionalmente (entre 3 e 5 interrupções)                              | 14 (35,9) |         |
| Raramente (entre 1 e 2 interrupções)                                   | 17 (43,6) |         |
| Não sabe   | 1 (2,6)   |         |
| <b>Pergunta se o paciente deseja acrescentar informação ao término</b> |           |         |
| Muita frequência   | 10 (25,6) | 0,368   |
| Frequentemente   | 17 (43,6) |         |
| Ocasionalmente   | 12 (30,8) |         |
| <b>Realiza autocorreção em momentos que falha de comunicação</b>       |           |         |
| Muita frequência   | 4 (10,3)  | < 0,001 |
| Frequentemente   | 14 (35,9) |         |
| Ocasionalmente   | 3 (7,7)   |         |
| Raramente  | 1 (2,6)   |         |

|   |           |         |
|---|-----------|---------|
| Nunca é rude, desrespeitoso ou irônico  | 16 (41,0) |         |
| Não sabe  | 1 (2,6)   |         |
| <b>Frequência de utilização da comunicação não verbal</b>                                     |           |         |
| Muita frequência  | 19 (48,7) | 0,002   |
| Frequentemente  | 9 (23,1)  |         |
| Ocasionalmente  | 9 (23,1)  |         |
| Raramente   | 2 (5,1)   |         |
| <b>Interesse e disponibilidade para adquirir habilidade de comunicação</b>                    |           |         |
| Muito   | 15 (38,5) | 0,001   |
| Tenho   | 18 (46,1) |         |
| Razoável  | 3 (7,7)   |         |
| Não   | 2 (5,1)   |         |
| Não sei   | 1 (2,6)   |         |
| <b>Julgamento sobre comunicação e competência clínica</b>                                     |           |         |
| Igual   | 26 (66,7) | < 0,001 |
| Comunicação maior   | 10 (25,6) |         |
| Competência clínica maior   | 2 (5,1)   |         |
| Não sabe  | 1 (2,6)   |         |
| <b>Importância sobre disciplina/curso/palestra sobre técnicas de comunicação na graduação</b> |           |         |
| Muito   | 35 (89,7) | < 0,001 |
| Pouco   | 3 (7,7)   |         |
| Não é importante  | 1 (2,6)   |         |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022). Legenda: Os dados estão apresentados em valores relativos (N) e absolutos (%). Para variáveis categóricas: Qui-quadrado

Ao avaliar a dor pelo método SCEBS, percebe-se que as perguntas mais frequentemente realizadas são da dimensão somática (muita frequência = 46%, e frequentemente = 25%). Em seguida, as perguntas da dimensão psicológica, sendo mais frequentes do fator comportamental (31%), emocional (28%) e cognitivo (21%), respectivamente. Já as perguntas sobre a dimensão social foram marcadas como nunca (26%) ou raramente (23%) abordadas durante a anamnese do paciente (FIGURA 1).

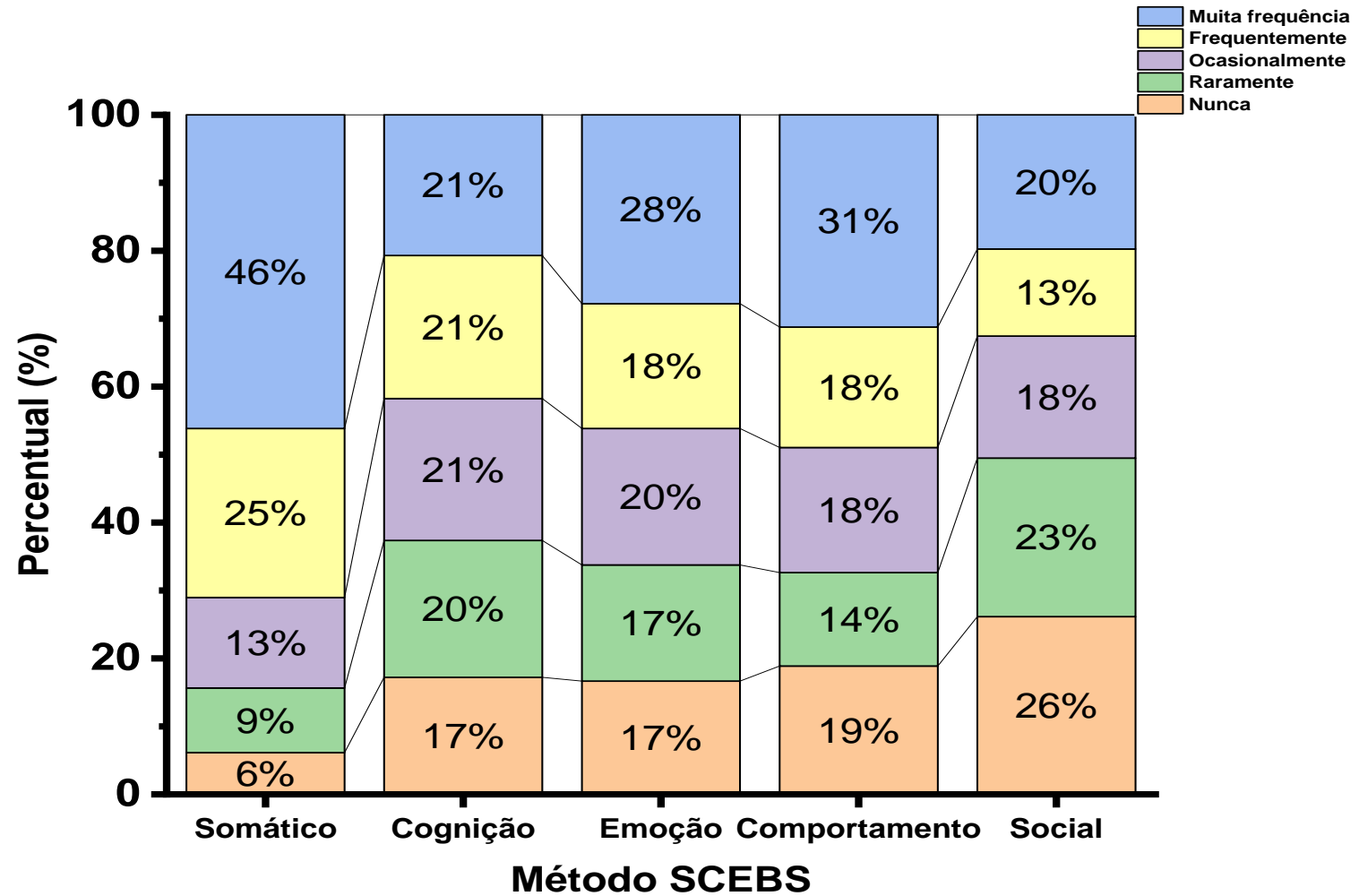
Discriminando as perguntas da dimensão somática do SCEBS que são perguntadas com mais frequência, destacam-se as que estão relacionadas com a identificação e duração da dor: "quais são as suas queixas?", e "quando os seus sintomas começaram?". Já as menos frequentes estão relacionadas com os exames laboratoriais: "O que mostram os testes de laboratório?" (QUADRO 1).

Na dimensão psicológica foi utilizado para o fator cognição as perguntas: "como você se sente quando tem os sintomas?" e "os seus sintomas melhoram mais rapidamente quando você fica de repouso?" como mais frequentes. As que são mais raramente abordadas incluem: "você acha que é capaz influenciar

positivamente os seus sintomas?” “de que maneira?”, e “os seus sintomas diminuem quando você pensa em alguma coisa ou em alguém?”. Para o fator emoção, as perguntas “você acha que seus sintomas afetam seu equilíbrio emocional?” e “você se sente inseguro(a)?” foram mais marcadas no questionário eletrônico pelos fisioterapeutas, e a pergunta “você se considera deprimido(a)?” pouco abordada. Por fim, no fator comportamento destacamos a pergunta “quais atividades são prejudicadas pelos seus sintomas?” como mais lembrada, e “o que as outras pessoas percebem em seu comportamento quando você tem os sintomas?” como nunca questionada (QUADRO 1).

As perguntas “você precisou adaptar seu trabalho /lazer/esporte aos seus sintomas?” e “os sintomas afetam sua vida social?” apareceram como muita frequência na dimensão social. Já as que abordavam o envolvimento familiar foram menos questionadas: “para o seu parceiro, de onde é que surgem os seus sintomas?” e “como as pessoas ao seu redor reagiram quando você lhes contou o que o médico disse?” (QUADRO 1).

**FIGURA 1:** Frequência de utilização das perguntas dos cinco fatores do método SCEBS pelos fisioterapeutas de um município do leste mineiro.



**QUADRO 1:** Discriminação da frequência de respostas de cada pergunta do método SCEBS pelos fisioterapeutas de um município do leste mineiro.

|  |    | <b>PERGUNTAS</b>   | <b>Nunca<br/>N</b> | <b>Raramente<br/>N</b> | <b>Ocasionalmente<br/>N</b> | <b>Frequentemente<br/>N</b> | <b>Muita<br/>frequência<br/>N</b> |
|--|----|--|--------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Dimensão somática</b>                   | 1  | Quais são as suas queixas?   | 2                  | 3                      | 4                           | 7                           | 23                                |
|  | 2  | Quando os seus sintomas começaram?                                 | 1                  | 3                      | 3                           | 9                           | 23                                |
|  | 3  | Quais são o tipo, a localização e a intensidade dos seus sintomas? | 1                  | 3                      | 2                           | 11                          | 22                                |
|  | 4  | Com que frequência os sintomas ocorrem?                            | 2                  | 3                      | 2                           | 13                          | 19                                |
|  | 5  | Quanto tempo duram esses sintomas?                                 | 2                  | 2                      | 3                           | 10                          | 22                                |
|  | 6  | Você já teve esses sintomas antes?                                 | 1                  | 3                      | 6                           | 8                           | 21                                |
|  | 7  | Você consegue movimentar suas costas ou pescoço?                   | 3                  | 5                      | 8                           | 11                          | 12                                |
|  | 8  | Você teve alguma dificuldade para movimentar?                      | 3                  | 5                      | 5                           | 9                           | 17                                |
|  | 9  | O que mostram os resultados do raio-X?                             | 3                  | 6                      | 9                           | 10                          | 11                                |
|  | 10 | O que mostram os testes de laboratório?                            | 6                  | 4                      | 10                          | 9                           | 10                                |
|  |    | <b>TOTAL N (%)</b>   | 24 (6,1)           | 37 (9,5)               | 52 (13,3)                   | 97 (24,9)                   | 180 (46,1)                        |
| <b>Dimensão Psicológica<br/>(cognição)</b> | 11 | O que você espera de mim?  | 8                  | 6                      | 10                          | 5                           | 10                                |
|  | 12 | O que você acha que eu posso fazer por você?                       | 9                  | 6                      | 5                           | 10                          | 9                                 |
|  | 13 | Qual a sua opinião a respeito dos seus sintomas?                   | 6                  | 9                      | 9                           | 8                           | 7                                 |
|  | 14 | Você tem alguma explicação para os seus sintomas?                  | 6                  | 8                      | 9                           | 10                          | 6                                 |
|  | 15 | Você às vezes pensa se seus sintomas não seriam isto ou aquilo?    | 7                  | 10                     | 10                          | 6                           | 6                                 |
|  | 16 | Como você se sente quando tem os sintomas?                         | 1                  | 8                      | 7                           | 11                          | 12                                |
|  | 17 | O que você pensa nos momentos que tem os sintomas?                 | 7                  | 10                     | 6                           | 7                           | 9                                 |
|  | 18 | Como você reage?   | 5                  | 8                      | 4                           | 14                          | 8                                 |
|  | 19 | Você acha que tem alguma influência sobre seus sintomas?           | 3                  | 13                     | 8                           | 8                           | 7                                 |



|                                      |    |   |           |            |            |            |            |
|--------------------------------------|----|---|-----------|------------|------------|------------|------------|
|                                      | 20 | Você acha que é capaz influenciar positivamente os seus sintomas?             | 12        | 4          | 7          | 10         | 6          |
|                                      | 21 | Se sim, de que maneira?   | 11        | 6          | 11         | 5          | 6          |
|                                      | 22 | Existe alguma coisa que você mesmo possa fazer para reduzir os seus sintomas? | 3         | 9          | 9          | 8          | 10         |
|                                      | 23 | Os seus sintomas melhoram mais rapidamente quando você fica de repouso?       | 5         | 5          | 10         | 7          | 12         |
|                                      | 24 | Os seus sintomas diminuem quando você pensa em alguma coisa ou em alguém?     | 11        | 8          | 9          | 6          | 5          |
| <b>TOTAL N (%)</b>                   |    |   | 94 (17,2) | 110 (20,1) | 114 (20,9) | 115 (21,1) | 113 (20,7) |
| Dimensão Psicológica (emoção)        | 25 | Visto que você tem esses sintomas, como você se sente em relação a eles?      | 6         | 7          | 9          | 7          | 10         |
|                                      | 26 | Você acha que seus sintomas afetam seu equilíbrio emocional?                  | 4         | 7          | 8          | 6          | 14         |
|                                      | 27 | Você se sente inseguro (a)?   | 8         | 6          | 7          | 4          | 14         |
|                                      | 28 | Você se considera deprimido (a)?  | 10        | 6          | 7          | 7          | 9          |
|                                      | 29 | Você se considera ansioso (a)?  | 7         | 8          | 7          | 7          | 10         |
|                                      | 30 | Você já se sentiu sobrecarregado pelos seus sintomas?                         | 4         | 6          | 9          | 12         | 8          |
| <b>TOTAL N (%)</b>                   |    |   | 39 (16,7) | 40 (17,1)  | 47 (20,1)  | 43 (18,4)  | 65 (27,8)  |
| Dimensão Psicológica (comportamento) | 31 | O que você faz quando tem os sintomas?  | 4         | 6          | 7          | 8          | 14         |
|                                      | 32 | O que você faz para reduzir os sintomas?                                      | 3         | 5          | 7          | 9          | 15         |
|                                      | 33 | Até que ponto isso funciona?  | 6         | 4          | 8          | 11         | 10         |
|                                      | 34 | Quais atividades são prejudicadas pelos seus sintomas?                        | 4         | 4          | 7          | 7          | 17         |
|                                      | 35 | Até que ponto os sintomas prejudicam suas atividades?                         | 6         | 5          | 5          | 7          | 16         |
|                                      | 36 | O que você não faz ou deixa de fazer quando tem os sintomas?                  | 10        | 2          | 5          | 6          | 16         |
|                                      | 37 | Desde quando?   | 7         | 4          | 5          | 7          | 16         |
|                                      | 38 | Você fica ansioso em relação a alguma atividade específica?                   | 7         | 5          | 9          | 7          | 11         |

|                        |    |   |            |           |           |           |            |
|------------------------|----|---|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                        | 39 | O que as outras pessoas percebem em seu comportamento quando você tem os sintomas?  | 12         | 9         | 7         | 4         | 7          |
|                        | 40 | Você conversa sobre seus sintomas? Com quem? Com que frequência?                    | 11         | 7         | 10        | 5         | 6          |
|                        | 41 | O que você diz a ele(a)(s)?   | 11         | 8         | 9         | 5         | 6          |
| <b>TOTAL N (%)</b>     |    |   | 81 (18,9)  | 59 (13,7) | 79 (18,4) | 76 (17,7) | 134 (31,2) |
| <b>Dimensão Social</b> | 42 | As pessoas ao seu redor percebem quando você tem os sintomas?                       | 10         | 10        | 9         | 5         | 5          |
|                        | 43 | O que elas percebem?  | 11         | 10        | 8         | 3         | 7          |
|                        | 44 | Como você reage aos seus sintomas?  | 8          | 8         | 8         | 7         | 8          |
|                        | 45 | O que as pessoas ao seu redor pensam sobre os seus sintomas?                        | 11         | 14        | 4         | 5         | 5          |
|                        | 46 | Como as pessoas ao seu redor reagem aos seus sintomas?                              | 10         | 13        | 7         | 4         | 5          |
|                        | 47 | Para o seu parceiro, de onde é que surgem os seus sintomas?                         | 14         | 9         | 7         | 4         | 5          |
|                        | 48 | Como as pessoas ao seu redor reagiram quando você lhes contou o que o médico disse? | 14         | 9         | 8         | 3         | 5          |
|                        | 49 | Como você se sente sobre isso agora?  | 11         | 7         | 8         | 7         | 6          |
|                        | 50 | Os sintomas afetam sua vida social?   | 6          | 6         | 6         | 6         | 15         |
|                        | 51 | Você precisou adaptar seu trabalho /lazer/esporte aos seus sintomas?                | 7          | 5         | 5         | 6         | 16         |
| <b>TOTAL N (%)</b>     |    |   | 102 (26,1) | 91 (23,3) | 70 (17,9) | 50 (12,8) | 77 (19,7)  |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022). Legenda: Os dados estão apresentados em valores relativos (N) e absolutos (%)

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que o tempo gasto pelos fisioterapeutas para a anamnese foi variável, com duração mais frequente entre 21 e 60 minutos e realização de aproximadamente 6 e 20 perguntas. A escuta ativa e a aliança terapêutica foram classificadas como praticadas e estabelecidas com frequência. A autoavaliação da comunicação pelos profissionais foi declarada como muito boa e boa, fazendo uso de perguntas empáticas e compreensivas, e raras interrupções na fala dos pacientes durante a entrevista. Foi destacado que o paciente tem espaço para acrescentar informações que não foram questionados pelos terapeutas. Além da comunicação verbal, o uso da comunicação não verbal foi relatado como frequente. Ambos os estilos de comunicação foram destacados como importantes de serem trabalhados durante a graduação por terem importância semelhante à competência clínica. Apesar disso, ao investigar as perguntas mais frequentes da abordagem biopsicossocial da dor, percebe-se maior frequência nas perguntas da dimensão somática, e menor frequência da dimensão social.

A anamnese deve ser realizada de forma objetiva, já que diante dela o fisioterapeuta pode planejar um tratamento eficaz de acordo com as necessidades de cada paciente (LLANO, J. ET AL; 2013). A literatura sobre o tempo mínimo para uma boa avaliação é escassa. O número de variáveis que interferem no tempo de avaliação é grande, como disponibilidade de tempo do profissional, condição clínica do paciente, ambiente para a entrevista, questões salariais, humanização do acesso, entre outros. Essas questões não foram abordadas no presente estudo, mas verificamos uma discrepância no tempo gasto para a anamnese, com 51,4% dos entrevistados gastando até 30 minutos, 35,9% entre 41 e 60 minutos, 10,3% acima de 60 minutos. Entretanto, chama a atenção que alguns profissionais utilizem apenas 10 minutos em suas avaliações, o que foi declarado por 10,3% dos respondentes.

Assim como a duração da anamnese, é notável uma grande variação no quantitativo de perguntas feitas. Notamos que os respondentes formulam de 6 a 20 pergunta na entrevista. A criação de vínculo e de uma boa relação terapeuta-

paciente pode variar por vários motivos. Pode-se considerar que o tempo de conversa, o teor e a forma de se pergunta ao paciente estão relacionados. Tal atitude é muito positiva. Peiris e colaboradores (2012) afirmam que os pacientes valorizam os fisioterapeutas empáticos e atenciosos (PEIRIS, C. ET AL; 2012), tendo em vista que os tempos atuais exigem um fisioterapeuta mais humanizado e com visão mais integrada do sujeito em tratamento (BORTAGARAI E RAMOS; 2012). As respostas obtidas nesse estudo corroboram o fato de não existir uma forma padrão de se abordar e realizar a anamnese do paciente.

Ao longo de muito tempo, as pesquisas na área de comunicação em saúde se concentraram em estudar os efeitos que as mensagens produzidas exerciam. Porém, para Araújo, Silva e Puggina (2007), a comunicação não é somente um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas sim uma competência e uma capacidade interpessoal, na qual permite atender as necessidades do paciente em todas as suas dimensões. Nessa perspectiva, a prática da escuta ativa é essencial, e ela foi relatada por mais da metade dos participantes do presente estudo. Para que o processo de escuta se desenvolva satisfatoriamente, é importante que o profissional tenha habilidades para dar suporte emocional e prático ao paciente, para que ele se identifique com a situação e se sinta capaz de confiar neste profissional (MESQUITA, A. ET AL; 2014).

A preocupação em passar uma mensagem eficiente ao paciente contribui com a criação de aliança terapêutica, tendo em vista que o receptor não é apenas o decodificador de mensagens, mas também atua como produtor de novos significados (VIANNA, A; 2017). O uso do tempo de maneira adequada e necessário e houve uma preocupação por grande parte dos participantes em estabelecer essa aliança.

Ser profissional da área da saúde exige grande maleabilidade ao comunicar com as pessoas. Uma "boa comunicação" nas práticas de saúde é aquela cuja ênfase se coloca na competência do profissional no uso da linguagem e na clareza de seus enunciados. Para que isso ocorra, o profissional deve ter habilidade e competência nas duas áreas. Nossos resultados mostraram que a maioria dos fisioterapeutas consideram importante tanto a competência clínica como a comunicativa. Assim, o profissional pensa, formula

e transmite enunciados; o paciente assimila, processa as mensagens recebidas, e as converte em comportamentos. Características "negativas" do paciente ou "má qualidade da mensagem" emitida podem interferir em seu processamento e conversão em "respostas" comportamentais pelo paciente (BELLENZANI, R. ET AL, 2013).

Em convergência a isso, percebe-se que 41% dos entrevistados relataram nunca ser rude, desrespeitoso ou irônico, e 35,9% se autocorrigem quando isso acontece. Alguns estudos apontam que as falhas na boa evolução do paciente e na prescrição correta do tratamento mais adequado são decorrentes de uma comunicação ineficiente, diminuindo a qualidade do cuidado. Porém, há pouca ou nenhuma explicitação sobre em que bases teórico-metodológicas se nortear, o que se agrava pelas poucas análises qualitativas (BELLENZANI, R. ET AL, 2013)

Ao questionarmos sobre a disponibilidade e interesse dos participantes em aprimorar suas habilidades comunicativas, a maior parte deles apenas relataram como "tenho" interesse. No âmbito da fisioterapia, a informação e a comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica. É por meio dela que podemos influenciar significativamente a adesão e a evolução dos pacientes nos cuidados em saúde, inclusive na adaptação psicológica ao processo. O ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho com pacientes permitindo que externalizem o que sentem (NOGUEIRA, J; RODRIGUES, M.; 2015). Segundo Soares e colaboradores (2022) a comunicação se constitui como uma das principais bases de assistência, já que envolve relacionamentos interpessoais (SOARES, A.; 2022).

Porém não devemos esquecer que existem várias maneiras de comunicação. Para Silva (2000), a comunicação não verbal manifesta-se por sinais paralinguísticos, ou seja, volume, velocidade, ritmo, tom e expressão da voz, e sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial. A linguagem não verbal influencia a mensagem e tem efeito maior que as palavras (SILVA, 1998). Portanto, é satisfatório notar que, praticamente, metade dos participantes relataram utilizar com "muita frequência" esta comunicação.

No decorrer do estudo, o profissional deve ser um bom comunicador e se fazer entender. Para tanto, deve ser criativo e dinâmico e buscar formas de lidar com as diversas pessoas e culturas. Nesse sentido, o método SCEBS permite identificar os fatores que estão relacionados com as três dimensões da dor. Santos e colaboradores (2017) enfatizam que o instrumento é capaz de definir quais fatores estão contribuindo para a cronicidade da dor e direcionar o plano de tratamento mais eficaz. Entretanto, percebemos que as perguntas não são feitas de forma homogênea entre as 3 dimensões da dor. Sendo a dimensão biológica a mais explorada, e a psicológica e social menos investigada pelos terapeutas durante a anamnese do paciente. Isso pode ser justificado pela carência de priorização biopsicossocial durante a graduação, fazendo com que os fisioterapeutas iniciem suas carreiras ainda muito vinculados à visão biomédica (DESCONSI. ET AL., 2019).

Nosso estudo é apenas um demonstrativo e não permite generalizações das conclusões. Temos como principal limitação o tamanho da amostra. Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4), o número de profissionais registrados no município de Governador Valadares-MG no ano de 2022 é de 418, sem dados específicos para as áreas e locais de atuação. Assim, a amostra estudada correspondeu a apenas 9,33% do total de fisioterapeutas atuantes no município, não sendo, portanto, representativa para quaisquer generalizações. Além da baixa adesão, nosso estudo abrange um único município brasileiro, sendo também importante aumentar a área de pesquisa para compreensão das diferenças regionais. Sugerimos a realização de pesquisas futuras com profissionais graduados, bem como, dos profissionais em formação na área de fisioterapia para compreender os inúmeros elementos envolvidos no processo de comunicação terapeuta e paciente durante a anamnese.

## **6 CONCLUSÃO**

Os fisioterapeutas se autodefinem como bons em comunicação no primeiro contato com o paciente. É frequente a criação de uma aliança terapêutica e a realização da escuta ativa. Tanto a comunicação verbal como a não-verbal são utilizadas com frequência. A habilidade de comunicação é considerada tão importante quanto a competência clínica. Os profissionais têm interesse em adquirir habilidades de comunicação e acham importante treiná-las durante a graduação em fisioterapia. Apesar disso, as perguntas feitas ainda estão vinculadas ao contexto biológico da dor, sendo as perguntas do contexto social e psicológico menos frequentes durante a anamnese.

## 7 REFERÊNCIAS

SILVA, L. M., et al. “[Non-Verbal Communication; Reflections on Body Language].” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 8, no. 4, 1 Aug. 2000, pp. 52–58, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11235239.

DUNKER, C.; THEBAS, C. **O Palhaço E O psicanalista: Como Escutar Os Outros Pode Transformar Vidas.** [s.l.: s.n.], 2019.

AJJAWI, ROLA, AND JOY HIGGS. “Core Components of Communication of Clinical Reasoning: A Qualitative Study with Experienced Australian Physiotherapists.” *Advances in Health Sciences Education*, vol. 17, no. 1, 3 June 2011

MCGOWAN, EMER, AND EMMA STOKES. “Leadership and Leadership Development within the Profession of Physiotherapy in Ireland.” *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 33, no. 1, 13 Oct. 2016, pp. 62–71,

SANTOS, L. *et al.* Competências de comunicação clínica do fisioterapeuta: revisão integrativa da literatura. In: **13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde–Actas.** Edições ISPA, p. 213-220, 2020.

CORIOLOANO M., MARIA W. DE L., et al. “Comunicação Nas Práticas Em Saúde: Revisão Integrativa Da Literatura.” *Saúde E Sociedade*, vol. 23, no. 4, Dec. 2014, pp. 1356–1369.

POTTER, M.; GORDON, S.; HAMER, P. The physiotherapy experience in private practice: The patients’ perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, v. 49, n. 3, p. 195–202, 2003.

BELLENZANI, R., et al. “Comunicação Profissional-Paciente E Cuidado: Avaliação de Uma Intervenção Para Adesão Ao Tratamento de HIV/Aids.” *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 17, no. 47, Dec. 2013, pp. 803–834.

NOGUEIRA, J. W. DA S., MARIA, C. S. R. “Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente.” *Cogitare Enfermagem*, vol. 20, no. 3, 23 Sept. 2015.



SOARES, A. K. F., ET AL. “Comunicação Em Saúde Nas Vivências de Discentes E Docentes de Enfermagem: Contribuições Para O Letramento Em Saúde.” **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, no. 5, May 2022, pp. 1753–1762.

LLANO, J. Dos S., ET AL. “Investigação Dos Métodos Avaliativos Utilizados Por Fisioterapeutas Na Especificidade Da Neurologia Funcional.” **Fisioterapia E Pesquisa**, vol. 20, no. 1, Mar. 2013, pp. 31–36.

BORTAGARAI, F. M.; RAMOS, A. P. “Discurso de Fisioterapeutas Acerca Da Comunicação Com Sujeitos Com Encefalopatia Crônica Não Progressiva.” **Fisioterapia Em Movimento**, vol. 25, no. 4, Dec. 2012, pp. 737–746.

PEIRIS, C. L, ET AL. “Patients Value Patient-Therapist Interactions More than the Amount or Content of Therapy during Inpatient Rehabilitation: A Qualitative Study.” **Journal of Physiotherapy**, vol. 58, no. 4, 2012, pp. 261–8.

MESQUITA, A. C., EMILIA, C. DE C. “Therapeutic Listening as a Health Intervention Strategy: An Integrative Review.” **Revista Da Escola de Enfermagem Da USP**, vol. 48, no. 6, Dec. 2014, pp. 1127–1136.

OOSTENDORP, ROB A. B.; ELVERS, HANS; MIKOŁAJEWSKA, EMILIA; ET AL. Manual Physical Therapists’ Use of Biopsychosocial History Taking in the Management of Patients with Back or Neck Pain in Clinical Practice. **The Scientific World Journal**, v. 2015, p. 1–8, 2015.

SANTOS, M. R. P. DOS, ET AL. “Transcultural Adaptation into Portuguese of an Instrument for Pain Evaluation Based on the Biopsychosocial Model.” **Fisioterapia Em Movimento**, vol. 30, no. suppl 1, 2017, pp. 183–195.

ARAÚJO, M. M. T. DE, ET AL. “A Comunicação Não-Verbal Enquanto Fator Iatrogênico.” **Revista Da Escola de Enfermagem Da USP**, vol. 41, no. 3, Sept. 2007.

SILVA, M.J.P. da. “Análise comparativa da aplicação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares”. São Paulo, 1998b. p. 104 **Tese (Livre-Docência)** - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

DESCONSI, M. B.; BARTZ, P. T.; FIEGENBAUM, T. R.; *et al.* Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, v. 26, n. 1809-2950, 2019.

WIJMA, A. J; BLETTERMAN, A. N; CLARK, J. R; *ET AL.* Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 33, n. 11, p. 825–840, 2017.