



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

ACÇÃO E COMUNICAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Cuidados Paliativos

Cristina Mello Vieira

Lisboa, Novembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

ACÇÃO E COMUNICAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Cuidados Paliativos

Cristina Mello Vieira

Sob a orientação do
Professor Doutor José Manuel Pereira de Almeida

Lisboa, Novembro de 2012

Resumo

A participação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos contribui para melhorar a qualidade de vida, aliviando a dor e promovendo o bem-estar. Boa parte da acção do fisioterapeuta desenvolve-se pela comunicação com o doente, com os seus familiares e com a equipa.

A comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informações sobre si mesmas e o que as rodeia. Os seus objectivos são reduzir incertezas, preocupações e expectativas, melhorar os relacionamentos e indicar uma direcção ao doente e à sua família.

A honestidade na comunicação é um imperativo ético para uma verdadeira prática clínica. Aprender e treinar técnicas de comunicação é cada vez mais uma necessidade, uma competência a adquirir para uma boa prática nos cuidados de saúde. A investigação da Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas permite iluminar este novo modelo de acção e comunicação.

Esta teoria envolve diferentes formas de acção (atitude performativa, agir para o entendimento mútuo, relação interpessoal e intersubjectividade) e de comunicação (onde aborda a ética do discurso e as suas regras; as pretensões de validade, a verdade, a correcção e a veracidade; indica as referências ao mundo objectivo, subjectivo e social). A sua aceitação é um garante da competência comunicativa, tão relevante para uma boa relação comunicacional.

A reflexão sobre a teoria de Habermas corresponde a uma perspectiva ética, com uma uniformização de critérios, sendo uma ferramenta teórica susceptível de passar à prática.

Penso conseguir contribuir não só para uma nova abertura de horizontes de um novo agir no acompanhamento dos doentes e suas famílias, como também para uma mudança de atitude dos profissionais de saúde, com vista a uma melhoria significativa no relacionamento humano, no respeito, na comunicação e na dignidade da pessoa humana. Esta mudança de atitude pode de igual modo ser alargada a outras áreas da saúde.

Palavras-chave: fisioterapia, cuidados paliativos, acção-comunicação, ética, dignidade.

Abstract

The physiotherapist participation in the palliative care process contributes to improve the quality of life, diminishing the pain and promoting the well being of the patient. Much of the physiotherapist action is developed through the communication with the patient, as well as with families and the work team.

Communication is a process in which people are allowed to change information not only about them, but also about the world in which they live. The objective is to reduce uncertainty, preoccupation and expectation, to improve relationships and to indicate a direction to the patient and his family.

Honesty in the communication process is an ethic imperative for a true clinical practice. Learn and practice communication techniques are an increasing need and necessary skill for a good practice in health care. The investigation of the Communicative Action Theory by Jürgen Habermas, illustrates this new model of acting and communication.

This theory involves different forms of acting (performative attitude, acting for mutual understanding, interpersonal relationship and intersubjectivity) and communicating (where speech ethic and its rules are mentioned; validity claims, truth, rightness and sincerity or authenticity; it indicates references of the objective, subjective and social world). Its acceptance is a guarantor of the communicative competence, so important to a communication relationship.

The reflection upon Habermas theory corresponds to an ethic perspective with standard criteria being itself, a theoretical tool capable of being put in practice.

I am determined to contribute not only with new forms of acting with patients and families, but also on the change of attitude of health professionals, aiming at a material improvement in the human relationship, respect, communication and dignity of the human being. This change of attitude can also be extended to other health departments.

Keywords: physiotherapy, palliative care, action-communication, ethic, dignity.

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de um objectivo pessoal que me propus e cuja conclusão representa para mim uma enorme satisfação.

Contudo, nada disto teria sido possível sem a inestimável ajuda de várias pessoas a quem não posso deixar de prestar aqui o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor José Manuel Pereira de Almeida, que, para além de ser meu amigo, foi o verdadeiro impulsionador e me orientou nesta empreitada.

Quero agradecer também:

À Eugénia Galvão Teles e ao André Folque (Mestres em Direito), pelo auxílio na revisão da prosa. Sem eles, a escrita não seria a mesma;

Ao Luís e aos meus filhos, pela paciência e apoio manifestados ao longo deste período;

Às minhas amigas, que me aturaram nos momentos de desespero e dúvida, nunca rejeitando qualquer palavra de encorajamento, conforto e ânimo;

À equipa da unidade de cuidados paliativos da Casa de Saúde da Idanha, que semana a semana me escutou, motivou e ajudou;

E quero agradecer a Deus, Ele sabe porquê.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	6
1. Fisioterapia e Cuidados Paliativos	6
2. Comunicação	18
3. Relação de Ajuda.....	21
CAPÍTULO 2 - LINGUAGEM, COMUNICAÇÃO E O AGIR COMUNICATIVO	25
1. Linguagem e Comunicação	25
1.1 – A Linguagem.....	25
1.2 - Comunicação	28
2. Agir Comunicativo	34
2.1 - Ética do Discurso.....	34
2.2- O Método.....	37
CAPÍTULO 3 - A TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO	40
1. Introdução.....	40
2. Hermenêutica, Linguagem e Comunicação	44
3. A Teoria. As Regras	46
4. Mundo de Vida.....	49
5. O Entendimento.....	51
6. O Outro. A Intersubjectividade	54
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO	56
BIBLIOGRAFIA	76

Introdução

Os dias de hoje confrontam os profissionais de saúde com crescentes dificuldades na relação com o doente: dificuldades, cada vez mais agudas e complexas, as quais reclamam ser ultrapassadas com sucesso. As dificuldades no relacionamento entre o profissional de saúde e o doente são, nos dias de hoje, cada vez mais notórias e prementes de resolver. De ambos os lados surgiram motivos de desconfiança recíproca que levam a erguer barreiras defensivas. O doente é hoje mais informado do que outrora, chamado a prestar o seu consentimento livre e esclarecido. O profissional de saúde, por seu turno, procura defender-se contra todas as possíveis imputações de erro. É hoje frequente ouvir falar-se de desumanização dos cuidados de saúde, não por falta de recursos materiais, não por falta de respostas terapêuticas, não por falta de formação e qualificação técnica e científica dos profissionais de saúde. De todas as dificuldades, ressalta um bloqueio no crescimento e na criatividade, cujas razões se justifica identificar. Em meu entender, as maiores dificuldades são fruto de problemas de comunicação entre as pessoas.

Este trabalho visa precisamente abordar algumas das questões de comunicação, do relacionamento humano, do respeito, da dignidade da pessoa humana.

Parte de uma intuição. A de que a reflexão de Jürgen Habermas, nomeadamente na sua Teoria do Agir Comunicativo, pode revelar-se um excelente contributo para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes ao seu cuidado. As barreiras na comunicação têm consequências ao nível do desenvolvimento, tanto pessoal, como das sociedades. A partir de Habermas, cremos ser possível melhorar o nível da comunicação entre as pessoas, cumprindo determinados pressupostos. O caminho apontado por Habermas revela-se um caminho que nos conduz ao entendimento mútuo e à intersubjectividade. E esse caminho percorre a reflexão ética em busca de premissas tendencialmente universais.

A Teoria do Agir Comunicativo desenvolveu um conceito de racionalidade, na medida em que esta é entendida como a disposição dos sujeitos capazes de falar e agir. Desenvolve um conceito de sociedade que, para o autor, se apresenta repartida por dois mundos: um mundo de vida e o mundo sistémico. E, bem assim, desenvolve uma teoria da Modernidade.

Em breves palavras, proponho-me reflectir sobre algumas formas por que a Teoria do Agir Comunicativo pode contribuir para uma nova abordagem da fisioterapia na relação interpessoal com o doente. É essa a atividade profissional que pratico há cerca de 30 anos.

A metodologia usada é exploratória. Como referem Bonita, Beaglehole & Kjellstrom (2009), este método é utilizado quando, como é o meu caso, são escassos e pouco desenvolvidos os conhecimentos sobre o assunto. Assim sendo, o objectivo destes estudos é proporcionar maior familiaridade com o problema analisado, com vista a torná-lo mais explícito e aumentar o conhecimento. Permitem também aumentar a experiência do investigador.

As normas para as referências bibliográficas utilizadas são as da American Psychological Association (APA).

No primeiro capítulo, concernente à revisão da literatura, pareceu-me importante começar por esclarecer o papel do fisioterapeuta e as suas competências, tanto em geral como, de um modo particular, no quadro dos cuidados paliativos, na medida em que é a partir da actuação do fisioterapeuta que analiso a acção e a comunicação.

Neste sentido, justifica-se uma breve referência à actuação da fisioterapia em Portugal, o seu enquadramento histórico e as competências de um fisioterapeuta na prestação de cuidados de saúde. Cumprir a promoção da saúde, a prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação. O objectivo da sua acção profissional é tratar, habilitar ou reabilitar doentes com disfunção de natureza física ou de desenvolvimento mental, domínio onde se lhe pede que ajude a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida. Fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, vou mencionar também o desempenho do fisioterapeuta na prevenção e promoção da saúde, sendo de realçar também a sua função educativa.

Em seguida, especifica-se o papel da fisioterapia nos cuidados paliativos e a sua contribuição no tratamento e acompanhamento de doentes e suas famílias. Twycross (2003) refere-se à fisioterapia como «...acrescentar vida aos dias...» (Ibid, p. 18). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos é bastante abrangente e tem definições e objectivos específicos, desde a promoção da actividade da vida diária, ao promover o conforto e bem-estar, melhorar a qualidade de vida, estabelecer objectivos realistas, entre outros.

Num segundo momento, abordarei o fenómeno comunicativo, enquanto ferramenta essencial para se aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente. Em cuidados paliativos, a comunicação é entendida como uma componente essencial de assistência aos doentes e suas famílias, fazendo parte das quatro áreas fundamentais dos cuidados paliativos. Entendendo a comunicação como um processo de troca de informações sobre as próprias pessoas e sobre as circunstâncias que as rodeiam, a sua aprendizagem e treino adequado são fundamentais para conseguir uma boa relação com o doente, a sua família e a equipa onde o fisioterapeuta se encontra integrado.

Ainda no tema da relação de ajuda, proponho-me reflectir acerca da importância de promover o crescimento e o desenvolvimento no outro, ou seja, no doente.

O segundo capítulo, é o lugar necessário para abordar a Linguagem, a Comunicação e o Agir Comunicativo. Nestes pontos, afigura-se importante procurar aprofundar o papel essencial destas funções no êxito do relacionamento do profissional de saúde e o doente.

Na linguagem, identifico o sistema que a constitui, abordando a dicotomia entre língua e fala, ao mesmo tempo que se percorre a diferenciação entre linguagem verbal e linguagem não-verbal e se cuida de saber quais as suas funções principais.

No que se refere à comunicação, após uma definição sumária, proponho-me recensear os vários modelos possíveis e as principais funções da comunicação. Haverá oportunidade de atentar na Comunicação Interpessoal, como meio

privilegiado de que cada um dispõe para criar identidades e relações, sendo indicadas igualmente algumas estratégias para a resolução de conflitos.

Uma abordagem à Ética do Discurso ainda se fundamenta na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. A Ética do Discurso é uma forma revolucionária de comunicação, onde se equacionam novos pressupostos que facultem relações intersubjectivas, com base em regras discursivas ao dispor de todos os participantes na comunidade comunicativa, proporcionando uma situação de igualdade universal.

No terceiro capítulo, centrado da Teoria do Agir Comunicativo, proponho-me proceder a uma análise detalhada do seu conteúdo. A Teoria do Agir Comunicativo permite resolver os conflitos sociais, não se atendo a uma mera solução, mas procurando efectivamente a melhor solução, que implica o consenso de todos os participantes. O seu ponto mais significativo parece-me ser a proposta de uma participação activa e igualitária de todos os cidadãos envolvidos em confrontos, e, assim, alcançar o entendimento mútuo e, em última análise, uma melhor realização da democracia, mesmo fora do contexto estritamente político.

Com a Teoria do Agir Comunicativo, foi possível abrir um novo caminho para a comunicação. Habermas aponta para diferentes formas de comunicação, a saber a ética do discurso, que integra um conjunto de regras discursivas, as pretensões de validade e as referências ao mundo. No que respeita às várias formas de acção, considera a atitude performativa, o agir para o entendimento mútuo, a relação interpessoal e a intersubjectividade. É o conjunto destes elementos que permite a aquisição de uma verdadeira competência comunicativa. É também daqui que resultam os fundamentos que se abrem as portas a um novo caminho ético, a uma nova maneira de as pessoas interagirem, com o objectivo final de se melhorar a sociedade e a democracia.

No último capítulo, com base nos elementos anteriormente analisados, apresentarei a minha resposta à pergunta como pode a Teoria do Agir Comunicativo contribuir para uma nova abordagem na relação interpessoal com o doente.

Em meu entender, a teoria apresentada por Habermas, não só é exequível na prática, como a sua aplicação se reveste de uma importância elevadíssima, pois os resultados previstos são francamente positivos.

Como corolário da investigação, concluo que a aplicação desta teoria aos cuidados de fisioterapia, em particular no contexto de cuidados paliativos, é igualmente exequível e extremamente enriquecedora da relação entre fisioterapeuta, doente, família e equipa. No futuro, conseguindo a transposição desta teoria, estou certa de que os resultados clínicos serão favorecidos, com benefícios para o doente, a sua família e a dignidade de todos.

Capítulo 1 - Revisão da Literatura

1. Fisioterapia e Cuidados Paliativos

1.1 - Etimologia

No Dicionário da Língua Portuguesa (Costa & Melo, n. d.), a fisioterapia é definida como o processo de curar por agentes físicos e naturais. A palavra tem origem no grego: *fisio* + *terapia*, ou «natureza» e «tratamento». A fisioterapia é, literalmente o tratamento natural.

O termo surge pela primeira vez em Florence Nightingale (1859) - «...*allowed patients to do for themselves*». No entanto, o conceito de fisioterapia no sentido moderno, segundo Kurma (2010), só se desenvolve no fim da Primeira Guerra Mundial, perante a necessidade de conseguir o tratamento e a recuperação dos milhares de grandes politraumatizados nas melhores condições possíveis para a sua reintegração na vida social e profissional.

O objectivo da fisioterapia é preservar, desenvolver, manter, restaurar, reabilitar ou habilitar a integridade da pessoa inserida no seu meio.

1.2 - Enquadramento Histórico

Em Portugal, segundo Lopes (1994), distinguem-se duas grandes linhas de organização de formação de Fisioterapeutas.

A primeira desenvolve-se nos hospitais do Estado, com a criação em 1961 do curso de Técnico de Fisioterapia / Auxiliar de Fisioterapia e de Técnico de Fisioterapia e a correspondente instituição destes dois grupos profissionais. Em 1962, surgem os centros de formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços de Saúde, dos quais em 1982 resultaram as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde

(ETSS) de Lisboa, Porto e Coimbra, que em 1983 passaram a Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (ESTS).

A segunda foi desenvolvida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a partir de 1957. Por esta via, nasce um terceiro grupo profissional designado por Fisioterapeutas, com o seu modelo de formação próprio. É aí que se encontra pela primeira vez uma formação específica de profissionais não médicos com a designação de Fisioterapeutas.

Nos cursos de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia foi usado o modelo de formação da Confederação Internacional de Fisioterapia. Em Novembro de 1960, os primeiros diplomados formaram a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), reconhecida pela Confederação Mundial de Fisioterapia em 1963 (Carvalho, 2003 citado por Silva, 2004).

Os referidos cursos de Reabilitação estão na origem da criação da Escola de Reabilitação, em 1966, integrada no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, regulamentada pela Portaria 22034, de 4 de Junho de 1966, da qual viria a resultar a Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), reconhecida pela Portaria 185/84, de 31 de Março. A Portaria 22034 reconhece pela primeira vez o título oficial de Fisioterapeuta em Portugal.

Desde a Portaria 22034, a formação de fisioterapeutas foi sempre operada num contexto escolar, com um corpo docente preocupado em dotar os formandos da capacidade de se integrarem em diversos tipos de equipas de saúde, ao mesmo tempo que se pretende fornecer uma formação específica, condição prévia para o exercício das actividades profissionais em Fisioterapia.

Os progressos na área da tecnologia médica, em particular no quadro do diagnóstico e da terapêutica tornaram mais complexas as funções do técnico. Em 1986, a Portaria nº256-A, de 28 de Maio, aprovou as definições do conteúdo funcional e das competências técnicas relativas às diferentes profissões e às categorias da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, carreira que abrange os fisioterapeutas.

Lopes (1994) considera essencial a constante actualização dos conhecimentos: não são suficientes os saberes adquiridos na formação base, é

fundamental a construção continuada de novos saberes face às novas necessidades. Só assim é possível garantir níveis de competência adequados da prática. No mesmo sentido, a Portaria nº256-A de 28 de Maio define a formação profissional contínua do Fisioterapeuta como um «direito ao aperfeiçoamento e actualização profissionais, em condições a estabelecer pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde, visando a melhoria da prestação de serviços e o aumento da qualificação dos profissionais».

O conteúdo funcional da profissão seria descrito em detalhe na Portaria nº256-A/86 de 28 de Maio: «O Fisioterapeuta **colabora** na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão, colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas, elabora programas adequados de tratamento com o fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas, tais como terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor, e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular; ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, consoante o seu estado, trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopédica, respiratória, cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo; elabora relatórios dos resultados obtidos». É visível o crescente aumento das competências e conhecimentos específicos inerentes à fisioterapia, contribuindo para a sua autonomia progressiva.

Em 1989, o Ministério da Saúde definiu o Fisioterapeuta como aquele que: «**trata** e/ ou **previne** perturbações do funcionamento músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, actuando igualmente no domínio da saúde mental. A sua intervenção processa-se numa perspectiva bio-psico-social e tem em vista a obtenção da máxima funcionalidade dos doentes. No seu desempenho, com base numa avaliação sistemática, planeia e executa programas específicos de intervenção, para o que utiliza, entre outros meios, o exercício físico, técnicas específicas de reeducação da postura e do movimento, terapias manipulativas, electroterapia e hidroterapia. Desenvolve acções e colabora em programas no âmbito da promoção e educação para a saúde. Actua essencialmente em Hospitais, Centros de Saúde, Estabelecimentos Termiais, Departamentos de

Saúde Ocupacional de empresas, Estruturas de desporto, Escolas desportivas, Escolas, Instituições de ensino especial e Instituições de apoio a idosos».

Só em 1993, aquando da regulamentação do exercício das actividades profissionais de saúde designadas como paramédicas, o Ministério da Saúde indica pela primeira vez no DL n° 261/93, de 24 de Julho, as funções do Fisioterapeuta da seguinte forma: «Centra na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas com base essencialmente no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promover a saúde, a prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação, e **de tratar, habilitar ou reabilitar**, indivíduos com disfunção de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras incluindo a dor com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida».

A própria evolução da postura do legislador português perante a função dos fisioterapeutas revela que este passou de mero executor de tarefas para o estatuto de verdadeiro profissional autónomo. O perfil do fisioterapeuta deixou de ser visto como um simples colaborador, assistindo-se à emergência de um profissional de saúde que trata, previne, habilita e reabilita. No sentido desta nova concepção do papel do fisioterapeuta, é particularmente expressiva a última definição de 1993. Aí, referem-se os aspectos chave que caracterizam a profissão, sublinhando-se de forma clara a especificidade e o carácter distinto dos seus processos de intervenção face à profissão médica e às restantes profissões de saúde, com o enquadramento da fisioterapia numa lógica de complementaridade com as mesmas. Tal resulta no reconhecimento de um corpo de conhecimentos próprio e de um modelo de intervenção autónoma.

Segundo Lopes (1994), é possível distinguir duas grandes linhas de formação que marcam o desenvolvimento profissional do fisioterapeuta até à actualidade. A evolução processa-se numa permanente tensão entre a concepção do fisioterapeuta como um técnico que auxilia o médico especialista em medicina física, cuja actuação tem sempre lugar no quadro de equipas tuteladas por este, e uma visão que salienta a autonomia do fisioterapeuta como um profissional de saúde com capacidade de decisão e modelos próprios de intervenção, capaz de se

integrar em diferentes equipas e actuar em diferentes contextos, incluindo a prática liberal.

A afirmação da fisioterapia tem sido progressiva; mas actualmente reconhece-se indiscutivelmente o seu valor próprio, devido à funcionalidade que proporciona aos indivíduos e, conseqüentemente, à melhoria da sua qualidade de vida. Os bons resultados verificados têm credenciado a afirmação da fisioterapia como conjunto de aptidões e saberes profissionais autónomos.

1.3 - As Competências

Desde que iniciei a actividade como fisioterapeuta em 1983, a minha preocupação foi sempre o tratamento dos doentes com base numa avaliação adequada. Na altura, tal avaliação era essencialmente feita através da combinação de um «exame subjectivo», onde se considerava a história clínica do doente, com um «exame objectivo», em que eram avaliados os seus problemas físicos. Com base nesta avaliação, procedia-se à definição de um conjunto de objectivos de tratamento, fundamentais na obtenção de resultados (Downie, 1979; Campbell & Schonell, 1983).

No exame subjectivo, questionava-se o doente para identificar as suas queixas primárias. Procurava-se ainda obter informação sobre a história da sua doença, o seu estilo de vida, a existência de problemas anteriores, assim como apurar o grau de conhecimento do seu problema. Eram também investigados os hábitos de saúde, dores, sinais, alterações da sensibilidade, se o doente tinha ou não limitações, o seu estado geral saúde, quais os tratamentos anteriormente feitos e aqueles que se encontrava a fazer na ocasião. No exame objectivo, o doente era observado, por meio de testes específicos, por exemplo, exames dos movimentos (activos e passivos), das articulações, dos músculos, da força muscular e da amplitude de movimento.

Os objectivos eram determinados após a interpretação e avaliação dos dados apresentados, sendo definidos objectivos a curto e a longo prazo. Já então se insistia na necessidade de os objectivos do tratamento serem sempre realistas e irem ao encontro das necessidades do doente. De seguida, eram delineados os planos de

tratamento para a prossecução dos objectivos estabelecidos (O'Sullivan, 1983). Quando os objectivos a curto prazo eram atingidos, identificavam-se novos objectivos. Cada alteração era avaliada tendo em conta o seu efeito geral no plano de tratamento.

O sucesso do tratamento já dependia da capacidade de o fisioterapeuta avaliar correctamente o doente, a sua deficiência ou problema específico e o seu estilo de vida. Para o êxito do tratamento, era ainda fundamental estabelecer objectivos realistas, escolher e identificar um plano de tratamento adequado e específico e, acima de tudo, conseguir a colaboração e empenho do doente (Downie, 1979).

Passados estes anos, com o progresso dos conhecimentos em fisioterapia e o desenvolvimento do próprio conceito de *saúde* (Organização Mundial de Saúde, 1990), assistiu-se a uma alteração substancial na forma de avaliar, tratar e acompanhar os doentes. Especialmente, tem vindo a destacar-se a importância de a avaliação dos doentes não se limitar à dimensão física, mas atender também à dimensão social, psíquica e espiritual dos doentes. Tal evolução exigiu aos profissionais uma preparação adequada para um acompanhamento mais completo dos doentes (Rothstein, 1985). Na realidade, apesar de se ter tido sempre a ideia de que o doente era um todo e de se afirmar amiúde que «cada caso era um caso», na prática, o doente era sobretudo visto como um conjunto de «partes» que cabia ao fisioterapeuta «consertar» quando não se encontravam funcionais. A evolução na perspectiva do papel do fisioterapeuta resultou na emergência de uma alteração fundamental na forma como o doente é observado, insistindo-se numa abordagem holística, integrada da observação – o doente passa a ser visto, também na prática, como um ser único.

Paralelamente, os fisioterapeutas desenvolveram e aprofundaram outro tipo de competências. Enquadrado numa equipa multidisciplinar, ao fisioterapeuta compete, na sua área de especialidade, fazer uma avaliação, um diagnóstico, um prognóstico, um plano de tratamento e as subsequentes reavaliações que se afigurem necessárias. São avaliados, não só os aspectos relacionados com o movimento, a funcionalidade e a autonomia, como também a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação/habilitação. O plano de tratamento é feito

tendo em atenção a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar do doente e da sua família/cuidador, e consideração de todas as dimensões do doente (física, psicológica, social e espiritual). A fisioterapia envolve cada vez mais uma interacção entre fisioterapeuta/doente, fisioterapeuta/família e/ou cuidador e fisioterapeuta/profissionais de saúde. Estas linhas gerais das competências do fisioterapeuta, segundo a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT 2009), vão ao encontro de uma visão holística, mais completa ou integrada, do doente.

Como já foi referido, quando se analisaram as várias definições de fisioterapeuta, assistiu-se a um ganho, não só quantitativo, mas também qualitativo da função. Não só se verificou um alargamento das áreas e dos locais onde este actua, como a sua acção em relação ao doente tende a efectuar-se numa perspectiva mais ampla, senão global. Também é marcada a importância do fisioterapeuta na prevenção, promoção e educação da saúde. Por fim, afirma-se de forma clara a existência de uma função própria do fisioterapeuta quando avalia, procede ao planeamento e executa programas específicos de intervenção.

A intervenção do fisioterapeuta baseia-se num modelo de resolução de problemas, que assenta em procedimentos de avaliação e identificação dos problemas. Neste modelo, a avaliação e identificação dos problemas são elementos essenciais e inseparáveis dos meios a que o fisioterapeuta recorre na sua intervenção, assim como do objectivo da sua intervenção (Salter e Ferguson, 1991, citado por Lopes, 1994). É a especificidade da avaliação e do diagnóstico que determina a escolha das técnicas, assim como a sua adequação à resposta do doente.

Este processo é sempre dinâmico: impõe-se um constante ajustamento dos processos de intervenção utilizados perante a tomada em consideração sistemática dos resultados obtidos e das reacções ou respostas dos doentes. Ao requerer esta contínua atitude de avaliação, reavaliação e ajustamento à situação por parte do fisioterapeuta, reforça-se o carácter específico das decisões tomadas ao longo da sua intervenção, decisões que são sempre tomadas com base na sua responsabilidade profissional e na relação de cooperação estabelecida com o doente (Purtillo 1986, Stachura 1994, citado por Lopes, 1994).

Tendo em conta das normas nacionais e internacionais aplicáveis nesta área, assiste-se a uma redefinição do papel do fisioterapeuta, que desenha de forma mais

clara o seu contributo específico. A maior visibilidade do contributo específico trazido pelo fisioterapeuta é ainda potenciada por uma série de novos contextos de prática, mais diversificados, flexíveis e abertos, que requerem o desenvolvimento de novas competências. Além de consolidarem as suas competências tradicionais, cabe ao fisioterapeuta tomar consciência da sua autonomia e compreender a sua actuação na interdependência com outros profissionais.

Não obstante o desenvolvimento para uma concepção mais ampla da intervenção do fisioterapeuta, a posição ocupada pelo contacto físico na relação entre o fisioterapeuta e o doente apresenta-se como um dos traços mais característicos da fisioterapia relativamente a outros profissionais da mesma área. De facto, a relação terapêutica passa em grande parte pelas mãos e pelo corpo do fisioterapeuta, em acção directa com o corpo do doente, numa acção que se apresenta como elevadamente táctil. Primariamente, «physiotherapy is handling», como sublinha Williams (1986), citado por Lopes (1994). A «corporalidade» intrínseca à fisioterapia, expressa no contacto manual e físico, constitui um elemento nuclear de toda a relação terapêutica

A intervenção da fisioterapia não pode ser reduzida à aplicação de um conjunto de técnicas por si só consideradas, tão relevante é o contexto em que as referidas técnicas são executadas. As definições modernas da fisioterapia puseram inclusive em destaque uma faceta particularmente relevante do perfil do fisioterapeuta: a sua função educativa, que é reconhecida como um elemento inerente à profissão. Com esta nova dimensão do papel do fisioterapeuta, salienta-se a sua percepção como um profissional capaz de resolver problemas, apagando-se a visão que o reduzia a um mero executor de técnicas (Rothstein, 2005). Este reforço e alargamento da função do fisioterapeuta, com o correspondente afastamento do estigma mecanicista onde toda a sua intervenção era reduzida a uma simples aplicação de técnicas, implicou o reconhecimento da sua autonomia como profissional e da sua efectiva competência para a avaliação, o planeamento e a execução de programas de tratamento específicos.

Tendo em conta o modelo de resolução de problemas, a intervenção do fisioterapeuta parte dos problemas identificados no doente e das suas características próprias, desenvolvendo-se na forma como estas características vão interferir nos

resultados cuja obtenção se pretende, dentro do contexto em que a intervenção tem lugar. Neste sentido, o objecto primário, ou mais clássico, da fisioterapia está no movimento e na postura humanas e em todas as suas disfunções. Mas, numa visão mais ampla – que a concepção moderna das competências do fisioterapeuta permitem –, o objecto da fisioterapia é o ser humano na sua globalidade e multiplicidade, tendo em conta as várias dimensões. Naturalmente, o foco primário da fisioterapia ainda corresponde ao movimento e à funcionalidade do corpo humano, mas estes devem ser vistos apenas como elementos nucleares, sempre inseparáveis de uma globalidade mais vasta que corresponde ao ser humano. Esta dimensão global e holística do objecto da fisioterapia, que arreda definitivamente a perspectiva meramente mecanicista, é fulcral para a compreensão das competências do fisioterapeuta.

Para que se verifique uma intervenção dos fisioterapeutas com qualidade é necessário que estes conheçam e se rejam por normas e padrões de prática em fisioterapia, um documento aprovado pela Confederação Mundial em 1995 e adoptado pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, tem por objectivo de melhorar a qualidade dos serviços de fisioterapia. Segundo Salzitti (2001), com a prática baseada na evidência (PBE), o objectivo é não apenas a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente, como também se pretende que resulte deste desenvolvimento uma efectiva mudança de atitude dos profissionais acerca das escolhas de tratamento. Tal conduzirá a uma modificação dos comportamentos, o que, em última análise, melhora a qualidade dos serviços prestados e a própria evolução do estado do utente. Para Abalos (2005), o recurso à prática baseada na evidência é indispensável para os sistemas de saúde, ao permitir o aumento da sua qualidade, assim como um uso mais eficiente dos recursos limitados.

A fisioterapia e os fisioterapeutas representam um recurso cuja disponibilidade se deve propor onde e sempre que se verifique a sua necessidade (Confederação Mundial de Fisioterapia 1991). Neste sentido, e no que toca às potenciais áreas de intervenção, não podem ser colocados limites; tudo depende da sua necessidade.

1.4 - Os Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos assumiram-se como categoria autónoma quando, em 1967, Cecily Saunders fundou o St Christopher Hospice, em Londres (McCoughlan, 2003). O conceito era proporcionar um cuidado especializado dos doentes terminais. Saunders não só descreveu o sofrimento da pessoa com uma doença terminal, como também identificou vários elementos a que chamou «dor total», onde se integra não só a dor física, mas também o sofrimento psicológico e espiritual e todos os problemas sociais envolvidos numa doença terminal. A mesma autora reconhecia que o nosso dever, como profissionais de saúde, implica a utilização de todas as competências e recursos disponíveis no cuidado da pessoa com o objectivo de aliviar o seu sofrimento, promovendo a melhor qualidade de vida. Assim, o propósito é cuidar da pessoa como um todo e da sua família.

Para Twycross (2003, p. 16), os cuidados paliativos são «...cuidados activos e totais aos doentes com doenças que constituem risco de vida, e às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do doente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida». Respeitam diferenças culturais, por vezes assentes em diferenças étnicas, sociais, religiosas e intelectuais, quer do doente, quer da sua família.

A ideia-chave dos cuidados paliativos baseia-se na afirmação da vida e encara a morte como um processo normal. Não se apressa, nem se adia a morte, mas procura-se aliviar a dor e outros sintomas, tendo ainda em conta o aspecto psicossocial e espiritual dos doentes. Pretende oferecer-se um sistema de apoio e de ajuda aos doentes para que estes vivam o mais activamente possível até morrer. Para além do cuidado ao doente terminal, pretende ainda facultar um sistema de apoio à família, para a ajudar a lidar com a doença e com o seu próprio luto (McCoughlan, 2003; Haugen, Nauck & Caraceri, 2010).

No contexto dos cuidados paliativos, a fisioterapia tem um papel claramente definido, como surge nas *guidelines* de 2009 da *Charter Society of Physiotherapist*. Neste sentido, apresenta vários objectivos para o doente: melhorar a qualidade de vida; aliviar a dor e promover o conforto e o bem-estar; aliviar sintomas comuns em

doenças oncológicas (fraqueza muscular, rigidez, fibrose, linfedema, fadiga, dor); facilitar o controlo respiratório, prevenindo infecções e a ventilação não invasiva em caso de insuficiência respiratória grave; prestar conselhos acerca do posicionamento e o alívio de pontos de pressão e de relaxamento; apoiar e tratar na fase terminal; contribuir para o planeamento da alta hospitalar; estabelecer objectivos realistas no tratamento e acompanhamento; gerir as expectativas do doente e da sua família; promover a autonomia; fomentar a esperança (Robinson & English, 2010).

Vale a pena ter presente o Decreto-lei nº101/2006, de 6 de Junho, (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados): «O fisioterapeuta é um elemento indispensável das equipas de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados paliativos. Os fisioterapeutas podem praticar a sua actividade de forma autónoma ou integrados em equipas multidisciplinares relativamente a outros profissionais de saúde, constituindo uma área de actuação específica e relevante no contexto de programas e projectos interdisciplinares de habilitação/ reabilitação», o que foi reiterado na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 Setembro).

O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos é descrito por vários autores que reconhecem unanimemente ser esta uma parte integrante do tratamento destes doentes. Assim, para Marcucci (2005), a fisioterapia faz parte dos cuidados paliativos. Na prática, muitos doentes são desnecessariamente restringidos, inclusive pelos familiares, quando ainda têm capacidade para realizar tarefas e actividades, mantendo alguma autonomia. A intervenção da fisioterapia pode contrariar esta tendência, ao promover a realização pelo doente das suas actividades da vida diária assim como o retomar de algumas das suas actividades próprias. Deste modo, ajuda o doente a lidar com as suas perdas, o que estimula - senão restaura - a sua dignidade e a confiança, respeitando a sua vontade e a sua individualidade.

A fisioterapia não tem de se circunscrever à terapia física. Há uma avaliação que se desenvolve para promover, manter e recuperar também o conforto e o bem-estar psicológico e social. A actividade e a presença do fisioterapeuta podem enriquecer a solidão do doente, além de diminuírem a ansiedade e a dor,

potenciando as funções do doente, de acordo com o seu estado e a sua doença. O facto de serem ajudados e de reaverem algumas das suas capacidades, julgadas perdidas, permitem aos doentes e, por vezes às famílias, recuperarem algum controlo e dignidade, numa altura em que se sentem gravemente indefesos, dependentes e vulneráveis (Robinson et al, 2010).

O testemunho de Morrie Schwartz (1996, p. 19) vem corroborar este importante aspecto da fisioterapia na gestão das diferentes perdas do doente, quando escreve «...*quaisquer que sejam as capacidades que sintamos estar a perder, a locomoção, a fala... quanto mais cedo anteciparmos este impacto, mais fácil será a adaptação*». Assim, no lugar de se antecipar a angústia, a fisioterapia pode ajudar a diminuir a inclinação do plano no qual o doente terminal se encontra.

Os cuidados paliativos estão relacionados com a qualidade de vida, o que deveria incluir a fisioterapia. Como menciona Twycross (2003), a fisioterapia procura ajudar os doentes a conseguirem o seu máximo potencial, por muito incapacitados e diminuídos que tenham ficado em consequência da progressão da doença. O autor refere-se ainda à fisioterapia como uma forma de «...acrescentar vida aos dias, não dias à sua vida...» (Ibid, p. 18). Neste sentido, o fisioterapeuta tem acesso a uma relação única com o doente, na sua avaliação, no seu acompanhamento, tratamento e cuidado (Downie, 1979).

Nesta perspectiva, em grande parte das situações ocorre uma sobreposição das componentes típicas do tratar, do cuidar e do ensinar, que tornam muito específica a relação fisioterapeuta/doente (Levitt & Goldschmied, 1990, citado por Lopes, 1994).

Para Leonard Boof (2009), cuidar é mais do que um acto, é uma atitude, o que implica mais do que um momento de atenção ou zelo. Requer uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.

Como aponta Ries (2007), nos cuidados paliativos, a fisioterapia parece desenvolver-se num «sentido inverso» ao seu sentido normal, na medida em que os objectivos e as capacidades do doente vão diminuindo ao longo do tratamento. Mas esta «inversão» é apenas aparente. Na realidade, o princípio fundamental aqui em causa está na recusa do fisioterapeuta em abandonar os doentes só por eles não

atingirem os objectivos propostos, ou por não corresponderem às normas tradicionais.

Para Tester (2008), a fisioterapia em cuidados paliativos é realizada em função do doente, mesmo sabendo à partida que as suas capacidades se vão alterar constantemente. O grau destas alterações é muito variável. Por isso, planear a fisioterapia em cuidados paliativos torna-se um desafio exigente. A relação do fisioterapeuta com o doente é fundamental para a sua intervenção; a sua sensibilidade e compaixão são essenciais para acompanhar estes doentes e fomentar a sua confiança.

Numa outra reflexão, Felício, Pereira & Gomes, (2006) consideram que não há uma especialidade capaz de abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de um doente terminal. Neste contexto, o fisioterapeuta tem conhecimentos e recursos terapêuticos que podem e devem contribuir para o tratamento destes doentes.

Esta relação do fisioterapeuta com o doente deixa adivinhar, pela sua evidência, o quanto importa qualificar a comunicação entre ambos e de ambos com aqueles que se encontram em redor.

2. Comunicação

A comunicação consiste basicamente num processo de troca de informações, sobre as próprias pessoas que comunicam e sobre as circunstâncias que as rodeiam. O intercâmbio de informação passa pelos vários canais sensorio-perceptuais: audição, visão, olfacto, tacto e temperatura. Enquanto processo dinâmico e multidireccional, a comunicação está dependente da permanente adaptação a uma realidade caracterizada pela mutabilidade e é marcada por incessantes avanços, retrocessos e significados. Esta adaptação permanente às modificações próprias da realidade é essencial para uma relação interpessoal autêntica (Querido, Salazar & Neto, 2010).

A comunicação adequada é uma chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente. Por isso, no âmbito dos cuidados paliativos, entende-se que uma comunicação efectiva com os doentes, as suas famílias e com quem está envolvido nos seus cuidados, constitui uma componente essencial da assistência. Daí ser a comunicação uma das quatro áreas fundamentais dos cuidados paliativos, para além do controlo sintomático, do apoio à família e do trabalho em equipa (Barbosa, 2010).

Comunicar com o doente e com a sua família acerca de assuntos tristes e difíceis é um aspecto fundamental e inevitável do trabalho dos profissionais de saúde, mas no qual poucos receberam treino e ajuda suficiente (Fallowfield, 2010). O profissional de saúde, quando está em relação com pacientes e familiares, é colocado em situações de particular dificuldade, nomeadamente ao fazer um diagnóstico e prognóstico, comunicar más notícias, obter adesão a propostas terapêuticas, evitar conflitos, enfrentar problemas éticos, disponibilizar apoio emocional, acompanhar em processos de integração e ajudar quem sofre. Desta forma, torna-se necessário que os profissionais, além de ter conhecimentos sobre a sua profissão, possuam aptidões de relação, nomeadamente de relação de ajuda (Bermejo, 1998).

Como explica Barbosa (2002, p. 42), «...a grande maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano nos difíceis momentos que antecedem a sua morte...». Na verdade, «...estão poucos habituados a escutar o doente e sua família, a informar-se sobre o curso dos acontecimentos e deixá-lo tomar partido nas decisões importantes».

É geralmente reconhecida a existência de dificuldades e barreiras à comunicação quando se está perante questões do fim da vida; estas limitações só podem ser atenuadas através do treino das competências de comunicação dos profissionais (Jeffrey, 2010). Tais competências não se aperfeiçoam apenas pela acumulação da experiência clínica, mas requerem um treino próprio. Este treino específico pode resultar em mudanças eficazes e duradouras na actuação do profissional, aumentando não só a satisfação dos doentes, como também a sua adesão ao tratamento, peça fundamental do êxito deste processo (Fallowfield,

2010). Acrescenta Kovács (2003), que a comunicação em cuidados paliativos promove a inter-relação com os doentes, os seus familiares e a equipa multidisciplinar, onde a escuta do doente e dos familiares é essencial.

Um dos principais objectivos da fisioterapia em cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos doentes. Para que isto seja possível, é necessário manter um canal aberto de comunicação entre o fisioterapeuta, o doente e toda a equipa. A comunicação é essencial para ajudar o doente a não se sentir abandonado, podendo, do mesmo passo, aliviar o sofrimento e estimular a sua autonomia (*senso de controlo*) – (Marcucci, 2005).

Oien, Steihaug, Inversen & Raheim (2010) relatam uma investigação sobre comunicação em fisioterapia com o objectivo de identificar padrões de comunicação. Neste estudo, depararam com dois padrões típicos de comunicação: o padrão de ambivalência e incerteza e o padrão de impaciência e discórdia. A comunicação entre os participantes apresentou-se como um processo exigente e complexo de negociações realizadas no decurso do tratamento. O que parece facilitar a mudança destes padrões é a sensibilidade dos fisioterapeutas e a sua capacidade de negociar as tarefas, assim como as emoções e a natureza das relações. A capacidade dos doentes e fisioterapeutas de suportarem e passarem por situações exigentes criou novas formas de interacção. As situações mais difíceis representam um potencial espaço privilegiado para o desenvolvimento e a melhoria dos resultados do tratamento, quando adequadamente enfrentadas do ponto de vista relacional. Os autores concluem que o entendimento destas situações como particularmente abertas e dinâmicas, sem se ficar preso e reduzido ao preconceito das exigências do doente considerado difícil, sugere uma perspectiva útil para o tratamento.

Para Davis (2006), raramente comunicamos com o objectivo de tentar compreender e com o propósito de ser útil. Mesmo quando dedicamos maior atenção à comunicação, porque nos preocupamos e interessamos, raro é que a nossa intenção seja verdadeiramente útil. Uma comunicação eficaz requer uma aprendizagem, mas depende ainda mais do próprio desaprender das técnicas habituais, «nonhelpful ways of interaction». A comunicação qualifica-se como meio para ajudar a resolver problemas, ao mesmo tempo que respeita e dignifica o

ser humano, facilitando o processo de cura. Deste modo, a comunicação eficaz e verdadeiramente útil esforça-se, não só por clarificar o problema, como também por ajudar o doente a lidar com esse problema. Uma comunicação útil resiste à necessidade de reagir impulsivamente e de dar conselhos ou soluções rápidas para o problema. Como profissionais responsáveis e maduros devemos desaprender a tendência natural de ajudar com recurso a conselhos. Devemos respeitar e valorizar o processo de comunicação como uma ferramenta da nossa competência de respostas terapêuticas onde ajudamos a outra pessoa a ajudar-se a si mesma.

Partindo do pressuposto de que a comunicação é extremamente importante na interacção doente e fisioterapeuta, Roberts & Buckey (2007) realizaram um estudo com o objectivo de medir o teor e a prevalência da comunicação verbal e não-verbal na relação doente e fisioterapeuta. Os autores verificaram que os fisioterapeutas passam o dobro do tempo a falar, contando a história ou prestando conselhos. Na comunicação não-verbal prevaleceram o toque e o contacto visual. Estas duas atitudes servem para aumentar a segurança e a confiança do doente e demonstrar que o fisioterapeuta está realmente interessado na sua condição.

3. Relação de Ajuda

A partir destes pressupostos, que gravitam em torno da comunicação e reciprocidade nos cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta, aparece o conceito de relação de ajuda.

Rogers (2010, p. 63) definiu a relação de ajuda como a «relação em que pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida».

Etimologicamente, a expressão integra duas palavras: «relação» e «ajuda». Por «ajuda» entende-se o acto de ajudar, o que implica uma contribuição para que outrem faça alguma coisa, uma acção que pretende facilitar algo a outra pessoa. A noção de «relação», que tem origem no latim *relatio-onis*, significa a narração de factos sucessivos e sua interligação, sendo que no plural - «relações» -, a palavra

significa conhecimento, no sentido de pessoa que se conhece ou com que se tem amizade.

Carl Rogers (2010) verificou que, na sua relação com os outros, nomeadamente com os doentes, a «abertura de canais» através dos quais os outros podem comunicar os seus sentimentos e a sua percepção particular do mundo é extremamente enriquecedora. De facto, a relação terapêutica integra uma série de processos susceptíveis de facilitar a comunicação, tanto do doente, como com o doente. A possibilidade de comunicar é favorecida por uma atitude que revele sensibilidade na compreensão e crie um clima de segurança para o doente. Afirma ainda Rogers (2010, p. 57) que «...se posso proporcionar um certo tipo de relação, a outra pessoa descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer, e a mudança e o desenvolvimento pessoal ocorrerão...».

Para Bermejo (1998), a pessoa só é verdadeiramente humana quando se assiste a uma convergência das suas competências técnicas, relacionais, emocionais, éticas, espirituais e culturais. Fala-se, a este propósito, no «saber, saber fazer e saber ser». Esta convergência de competências situadas em planos diferentes constitui um requisito necessário da nossa actuação como bons ajudantes enquanto profissionais de saúde, mas depende da aquisição de maturidade humana. Tal requer uma efectiva formação na relação de ajuda que tenha em conta o crescimento pessoal do profissional, o entendimento do seu próprio mundo interior. Impõe ainda uma análise das motivações e mecanismos de defesa susceptíveis de surgir com maior frequência, em particular quando confrontados com dificuldades na interacção com os outros, sobretudo nos casos em que estes revelam a sua própria vulnerabilidade.

Martin Buber (1957), citado por Rogers (2010, p. 81), usava a expressão «confirmar o outro», para designar a aceitação de todas as potencialidades do outro. Deste modo, «eu posso reconhecer nele, conhecer nele a pessoa em que se tornaria por sua criação...eu confirmo-o em mim mesmo e nele em seguida, em relação a essas potencialidades... que agora se podem desenvolver e evoluir...». Se eu aceito o outro já rotulado, com o seu diagnóstico feito e «cristalizado» pelo seu passado, estou a contribuir para uma hipótese profundamente redutora. Ao contrário, se eu aceitar o outro como um processo de transformação, então estarei a contribuir para

desenvolver as suas verdadeiras e reais potencialidades. Buber sublinha a ideia da relação pessoal como uma oportunidade de «reforçar» tudo o que a pessoa é, com todas as suas possibilidades existentes. Daí o recurso à expressão «confirmar o outro», pela qual se reconhece a capacidade de desenvolvimento interior e criador da pessoa.

Em sentido próximo, Dietrich (1986) define a relação de ajuda como uma relação de auxílio, através da qual se pretende estimular, libertar e reorganizar o sujeito para a auto-ajuda, ou seja activar e estimular no ajudado as funções de aprendizagem, levando-o a tomar consciência das alternativas e possibilidades em que não tinha reparado. A possibilidade desta mudança de atitude depende de a relação entre ajudante e ajudado se caracterizar pelo acolhimento, a benevolência e a compreensão, assim como uma rejeição dos padrões de comportamento onde são dadas – se não mesmo ordenadas –, soluções ou orientações. Reencontramos no pensamento de Dietrich a reflexão central de Rogers: cada um possui os recursos necessários para se compreender a si mesmo e para modificar as suas atitudes e comportamentos; o acompanhamento deve desenvolver-se num processo de assistência na identificação das capacidades bloqueadas e na sua mobilização.

Contudo, a conversão destas relações em verdadeiras relações de ajuda depende da verificação de determinadas características, nomeadamente a empatia, a consideração positiva ou aceitação incondicional e a autenticidade e congruência.

Maslow (2003), como Rogers, afirma que o ser humano tem uma tendência natural para a sua auto-realização, e que esta é mesmo a principal força motriz. No entanto, para o autor, estas tendências só podem ser concretizadas quando as estiverem resolvidas necessidades básicas, onde se incluem as necessidades fisiológicas, mas também a segurança, o amor e a pertença, a estima e a auto-realização.

Carkhuff (1969), na sequência das propostas de Rogers, preocupado com a operacionalidade da relação de ajuda, procura ir mais longe. A fim de maximizar a eficiência da ajuda, introduz a ideia da necessidade de confronto do ajudado em certas situações. Neste sentido, desenvolveu um modelo próprio de ajuda, no qual, não apenas identificou mais características desta relação, e introduziu um conjunto

de comportamentos susceptíveis de serem transmitidos e treinados, com o objectivo de aumentar a própria eficácia da relação de ajuda.

Em suma, a relação de ajuda desenvolve-se numa relação interpessoal entre ajudante e ajudado, onde, por um lado, o ajudante atende, responde, personaliza e orienta, enquanto o ajudado, por seu turno, se envolve, explora, compreende e age. Em todas estas abordagens, é sempre imprescindível «escutar» e não apenas «ouvir», o que implica uma atitude activa e resposta empática, para que se possa ir ao encontro do outro na sua existência mais profunda.

Capítulo 2 - Linguagem, Comunicação e o Agir Comunicativo

1. Linguagem e Comunicação

1.1 - A Linguagem

Enquanto seres humanos, não existimos sem falar. Somos antes de mais «seres falantes». A linguagem e a comunicação são elementos integrantes da nossa própria definição como seres humanos. É a nossa capacidade notável para usar linguagem que nos torna únicos. Esta ideia é particularmente marcada na afirmação de Meyer (1992, p. 122): «os homens agem em função dos problemas que se lhes põem e que encontram necessariamente pelo simples facto de existirem. A este título, o uso da linguagem é a resolução do problema».

O estudo da linguagem pode caber à neurolinguística, a ciência que analisa a forma como os seres humanos processam a expressão. O cérebro humano está dividido em dois hemisférios, o direito e o esquerdo, com funções distintas. Muitas das áreas do cérebro trabalham em conjunto para controlar a fala, ambos contribuem para o processamento e a compreensão da linguagem. No hemisfério esquerdo, existem duas áreas, a área de Broca, situada na parte anterior frontal, que é responsável pela produção da linguagem (fala e sons), e a área de Wernicke, situada na parte posterior do lóbulo temporal, que é responsável pelo processamento da linguagem (compreensão e significado). Segundo indicam a maioria dos estudos, o papel dominante na linguagem cabe ao hemisfério esquerdo. Todavia, o hemisfério direito também tem uma função a realizar, na medida em que integra vários processos de cognição e percepção (Santos, 2011).

Deve-se a Ferdinand Saussure (1985) a identificação da linguagem verbal humana como um macro-sistema constituído por subsistemas organizados. Existe assim um pequeno conjunto finito de sons (fonemas), que os falantes articulam entre si para formarem unidades com sentido (morfemas), que constituem a base das palavras em todas as línguas. A partir da organização das palavras, em função

de regras de ordem, ocorrência ou concordância, são construídas as frases pelas quais exprimimos um número imenso de mensagens com vários sentidos. Os fonemas usados numa palavra podem ser reordenados, formando outra palavra, e o mesmo pode suceder às palavras da mesma frase que podem formar uma outra mensagem. Passamos assim do estudo da Fonologia, da Morfologia e da Sintaxe, para chegarmos à Semântica, que estuda o significado das palavras, da evolução do seu sentido e das relações das palavras com os objectos por elas designados.

A partir do modelo de Saussure, passou a entender-se cada língua como um código de signos, ou seja de unidades de significante no plano da forma e de significado no plano do conteúdo. Podemos dizer que o significante é a imagem acústica do significado. Assim, as mensagens não são mais do que diferentes combinações destas unidades de base. Os signos, por sua vez, são símbolos em sentido estrito, porque representam uma realidade para além de si próprios. As mensagens resultam das combinações dos signos linguísticos, onde são seleccionadas as unidades que se pretende combinar.

Foi estabelecida uma dicotomia entre as noções de língua e de fala – *langue* e *parole*. Para Saussure, língua é colectiva, social e sistémica, enquanto a fala é assistémica, individual e episódica.

Para Paul Ricoeur (2011), que também aborda a dicotomia entre língua e fala, o logos da linguagem requer um nome e um verbo, e é no entrelaçamento destas duas palavras que se constitui a primeira unidade da linguagem e do pensamento. Falar significa sempre alguma coisa. O erro e a verdade são «afecções» do discurso, e o discurso exige dois signos, um nome e um verbo, que se conectam numa síntese que vai para além das palavras. Segundo este autor, a principal vantagem da linguagem é comunicar. Pode também ser compreendida como «obra», um conflito entre explicação e compreensão, conflito aparente onde as atitudes se relacionam dialecticamente entre si.

Tendo em consideração a metodologia e os resultados da abordagem moderna da linguagem, podemos dizer com Ricoeur que o código linguístico fornece uma estrutura específica a cada um dos sistemas linguísticos, que conhecemos como as várias línguas faladas em diferentes comunidades linguísticas.

Língua é diferente da capacidade de falar. Língua é a estrutura específica do sistema linguístico particular.

Ricoeur também refere a distinção entre linguagem como língua (*langue*) e fala (*parole*). A língua é vista como um código ou um conjunto de códigos, com base nos quais, cada um produz a fala como mensagem particular. Esta mensagem particular representa um acontecimento temporal, intencional, intentado por alguém, mas também arbitrário e contingente. O código que corresponde à língua constitui um conjunto de elementos contemporâneos, sendo essencialmente crónico, anónimo, não intentado, compulsório e sistemático. Neste sentido, mensagem e código não pertencem ao mesmo tempo, nem actuam da mesma maneira.

As funções da linguagem são apresentadas em modelos. Em geral, estes modelos comportam seis parâmetros: emissor (função emotiva), receptor (função apelativa), referente (função referencial ou informativa), código (função metalinguística), canal de comunicação (função fática), mensagem (função poética ou lúdica). Estas funções não estão todas presentes numa única mensagem, mas também é difícil encontrar mensagens reduzidas a uma única função. A mensagem mais típica integra três destas funções: a informativa ou referencial, a lúdica ou poética e a apelativa.

Sempre que alguém fala está situado num contexto. Para além dos sentidos e da competência linguística, esse contexto é sempre um elemento fundamental na compreensão e interpretação da mensagem. Em última análise, pode encontrar-se em cada acto de comunicação uma espécie de «pacto de cooperação» implícito, que corresponde a um compromisso em fornecer o máximo de informação disponível, mas não mais do que a necessária, o que se designa como «máxima de quantidade». O mesmo pacto de cooperação requer ainda que seja dada informação verdadeira e comprovada – dita «máxima de qualidade» –, assim como transmitida informação pertinente e relevante – a «máxima da relação» –, com clareza, brevidade e sem ambiguidade, – a «máxima da maneira» (Santos, 2011, p. 27). Estas regras não são inflexíveis, sendo usadas de acordo com uma selecção feita pelos próprios participantes.

Quando falamos, para além das nossas competências verbais e cognitivas, temos objectivos e estamos integrados em situações que nos levam a canalizar as

nossas escolhas e recursos linguísticos e implicam, inclusive, formas de comunicação não-verbal.

Paul Ricoeur vem justamente humanizar estes modelos, ou melhor, personalizar, ao fazer regressar o conceito de pessoa para a reflexão filosófica e, em especial, para o campo da linguagem e da comunicação. É este percurso que traz consigo ideias tão caras a Ricoeur como as de cuidado, respeito e simpatia.

1.2 - Comunicação

«É impossível não comunicar» Paul Watzlawick (1977)

Tudo é comunicação. A linguagem é comunicação; a personalidade é comunicação; o gesto é comunicação.

A palavra comunicar remota etimologicamente ao latim *communicare*, que significa pôr em comum. Através da comunicação, o ser humano põe em comum ideias, informações, experiências, transmitindo-as e recebendo-as. As duas componentes fundamentais envolvidas na comunicação são a transmissão de informação e a dimensão do outro; ambas empenhadas no agir e compreender o mundo que nos rodeia.

A palavra comunicar remota etimologicamente ao latim *communicare*, que significa pôr em comum. Através da comunicação, o ser humano põe em comum ideias, informações, experiências, transmitindo-as e recebendo-as. As duas componentes fundamentais envolvidas na comunicação são a transmissão de informação e a dimensão do outro; ambas empenhadas no agir e compreender o mundo que nos rodeia.

A comunicação é frequentemente abordada com recurso a dois modelos fundamentais - os modelos processuais, onde se considera essencialmente a transmissão da informação e os modelos semióticos, que abordam o fenómeno comunicativo na perspectiva da significação.

Nos modelos processuais, a transmissão da mensagem esgota-se na relação entre um emissor e um receptor, por meio de um canal de comunicação, com

recurso a um código. Este modelo mede a eficiência do seu funcionamento através da codificação e descodificação de mensagens. A transmissão envolve um acto voluntário do emissor, pelo que a intencionalidade constitui um dos factores determinantes na comunicação. Estes modelos valorizam a importância da quantidade de informação emitida e recebida, assim como a rentabilidade dos meios postos em prática, a medição dos insucessos causados pelo ruído – ou seja das perturbações na transmissão ou na recepção da informação – com o objectivo de identificar as razões da falha na eficiência.

Estes modelos de comunicação conferem uma importância excessiva à transmissão da mensagem em prejuízo do receptor e da mensagem em si mesma considerada. Desta forma, as reacções do receptor - *feedback* - não são tidas em conta, sendo este considerado um elemento puramente passivo. Os comportamentos recíprocos das pessoas são influenciados pela forma como comunicam. Na realidade, uma transmissão adequada não resulta necessariamente numa compreensão efectiva, nem uma compreensão efectiva é necessariamente resultado de uma transmissão adequada. A concepção mais adequada da comunicação entende-a como um fenómeno cooperativo e interactivo entre pessoas, que se desenvolve e ajusta em sintonia com o *feedback* que vai sendo recebido.

Já os modelos semióticos valorizam a ligação entre a dimensão social da comunicação – a partilha – e a significação da mensagem. É também relevante a participação dos interlocutores, o contexto em que estão inseridos e os meios utilizados. Ao incluirmos o *feedback* na definição de comunicação, o receptor deixa de ser um elemento passivo e passa ele próprio a intervir na sua capacidade interpretativa. Deste modo, a mensagem passa a ser vista como uma realidade compartilhada e em constante construção.

Este modelo caracteriza-se pela interactividade da comunicação, o que permite um conhecimento progressivo do outro, construindo assim a própria relação social, onde o *feedback* tem um papel crucial. Enquanto tal, este processo coloca-se como a própria matriz das relações interpessoais. Acentua-se a dialéctica da comunicação que Paul Ricoeur identifica no binómio explicação/ compreensão. Deste modo, verificamos que o modelo semiótico integra pessoas e mensagens num dado contexto, investigando como interagem e como se constroem uns aos outros.

«Podemos então dizer que a comunicação humana se define como um processo em construção, interpretação e partilha do mundo (sentidos, sentimentos, experiências, conhecimentos, etc), processo esse que no âmbito das sociedades, garante a cooperação, ou mesmo o êxito, nas iniciativas dos seus membros e integra todos os elementos (signos, ícones ou símbolos) cujo sentido for produzido ou interpretado num dado contexto cultural» (Santos, 2003, p. 49).

Até aqui temo-nos cingido à comunicação verbal, mas não podem ficar à margem outras formas de comunicar, nomeadamente por meio da comunicação não-verbal, que se revela tão ou mais importante, chegando a abranger cerca de 60 a 80% da nossa comunicação, segundo o Manual de Cuidados Paliativos é mais de 75% (Querido et al, 2010, p. 468). Ao indivíduo é permitido optar por não falar, mas não lhe é dada a opção de não comunicar, já que existe um idioma do corpo. A compreensão da linguagem não-verbal é um dos fundamentos pelo qual a sociedade e a individualidade se definem (Malizia, 2006). Pode ser feita através de movimentos ou expressões faciais e corporais, por gestos, por olhares, por posturas, pela forma como nos tocamos, pela forma como nos movimentamos. Para além da comunicação não-verbal, podemos ainda distinguir a comunicação para-verbal que pontua o discurso e contribui decisivamente para a interpretação da linguagem verbal. Esta pode ser realizada através de gestos ou sons.

Dentro da comunicação não-verbal, devemos ainda distinguir duas categorias: a proxémia e a cinésica. À forma como usamos o espaço que nos rodeia e como nos posicionamos, movimentamos e organizamos, chamamos proxémia. Esta não é mais do que as distâncias e os limites que criamos na relação com o outro. Já a cinésica corresponde às nossas reacções ao próprio espaço, à forma como nos movemos e como nos relacionamos espacialmente com o outro. O significado das nossas atitudes não-verbais depende tanto da nossa intencionalidade como da sua interpretação pelos outros.

1.2.1 - Comunicação Interpessoal

São múltiplas e variadas as classificações possíveis da comunicação. Aqui, vamos considerar essencialmente a que distingue comunicação interpessoal, a comunicação em grupo e a comunicação pública. Na realidade, a maior parte das comunicações apresenta-se como comunicação interpessoal, isto é como comunicação que envolve duas ou mais pessoas. A comunicação interpessoal depende de uma participação recíproca dos seus intervenientes e do seu tratamento recíproco como indivíduos únicos. Enquanto tal, a comunicação interpessoal representa o meio privilegiado de que cada um dispõe para criar identidades e relações.

Um episódio comunicativo é sempre, por definição, interactivo e envolve pelo menos duas pessoas, sendo díade. No entanto, nem toda a ocorrência de comunicação se desenvolve numa realidade interpessoal. Para que se verifique uma díade interpessoal, para além de uma relação contínua, é ainda necessário que as percepções dos seus intervenientes se alterem e adaptem perante o *feedback* recebido no decorrer dos episódios comunicativos. Para tal, é necessário que se verifique uma projecção pelos intervenientes no episódio comunicativo das suas identidades, dos papéis que representam um em relação ao outro e ainda da relação que os une.

Nos episódios comunicativos são identificadas várias características, etapas de crescimento, regras e estratégias, avanços e recuos, sucesso e fracassos. É possível identificar três etapas: a etapa das regras culturais, das regras sociológicas e das regras psicológicas. A cada uma destas etapas corresponde uma fase de desenvolvimento interactivo da comunicação.

A comunicação interpessoal organiza-se como um processo que visa determinados objectivos, cuja realização será tanto melhor quanto mais se treinar. As sucessivas respostas correspondem à atitude adoptada e à relação pretendida. Será da aprendizagem das várias estratégias comunicativas, consciente ou inconsciente, que depende o nosso grau de competência como interlocutores, destacando-se a nossa capacidade em sermos «bons ouvintes».

Seguindo a terminologia de Saussure, a comunicação implica sempre um emissor e um receptor, ou seja a um *eu* e um *tu*. Quando se procura determinar melhor a intervenção do *eu* e *tu* no fenómeno comunicativo, verifica-se que no momento do registo do indivíduo no discurso como *eu*, o próprio indivíduo constrói-se «na e pela linguagem» e estabelece a alteridade dialógica com o *tu* a quem se dirige. O *eu* e o *tu*, que não são mais do que as pessoas que discursam e fazem parte da interacção verbal, são designados por interlocutores. A participação dos interlocutores no discurso é feita com base na sua bagagem pessoal, tanto intelectual como afectiva. Nesta bagagem integram-se as várias competências de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, assim como as diversas componentes culturais e ideológicas, as pistas de codificação e decodificação utilizadas para a construção de sentidos, as predisposições psicológicas e as matrizes discursivas. O funcionamento, bom ou mau, do fenómeno comunicativo vai depender da confluência destes elementos no discurso, consoante operem como contributos positivos ou se transformem em filtros e barreiras, ou seja, actuem como ruídos e obstáculos à realização da comunicação (Santos, 2011).

A forma como construímos a nossa relação na interacção comunicativa com o outro participa ao mesmo tempo da construção da nossa identidade pessoal, que muitas das vezes se apresenta de um modo diferente conforme as circunstâncias em que nos encontramos. Deste modo, identificam-se várias identidades múltiplas e alteráveis. Cada uma destas identidades reporta-se em parte ao «nosso verdadeiro eu», aquele «eu que queremos ser para os outros» e ao «eu que os outros vêem». Este último sofre uma constante alteração, conforme os diferentes interlocutores com que comunicamos.

Em consequência, pode afirmar-se que a nossa competência comunicativa aumenta proporcionalmente consoante a nossa capacidade em alterar e orientar os vários «eus» presentes nos diferentes episódios comunicativos. Na formação da nossa identidade, a linguística faz parte do nosso crescimento. É também – senão sobretudo – pela língua e através do que dizemos, que vamos transmitir aos outros quem somos e quem descobrimos que os outros são.

Sempre que aparecem problemas na comunicação, resolvê-los envolve a capacidade dos interlocutores em adaptar-se às situações, implicando uma opção

pelas estratégias mais adequadas. O evitamento, o confronto, a acomodação e a resolução conjunta constituem as estratégias paradigmáticas para a resolução de problemas na comunicação. A resolução conjunta e o compromisso apresentam-se como as técnicas mais adequadas para garantir a igualdade entre interlocutores, tanto numa perspectiva puramente comunicacional, como numa concepção mais ética da própria relação humana. De todas as estratégias consideradas, só a resolução conjunta envolve uma das competências mais significativas do relacionamento humano: o «colocar-se no lugar do outro», isto é, a capacidade de entender uma identidade diferente, condizente com a imagem, mais ou menos correcta, que temos do outro. Neste sentido, a resolução conjunta ultrapassa a mera capacidade de audição interactiva, ao implicar a intervenção de um elemento da socialização - «o pormo-nos na pele do outro» (Santos, 2011, p. 103).

Não se pretende apresentar aqui uma qualquer hierarquia de técnicas de resolução de problemas de comunicação. Na realidade, não existe nenhuma técnica melhor em si mesmo considerada. O que se afigura necessário é ir constantemente combinando as várias estratégias disponíveis nas diversas situações que vão ocorrendo. Também se reconhece em geral uma tendência para recorrer às técnicas que já se utilizou antes e que funcionaram. Ou seja, em princípio, confiamos mais naquilo que nos é conhecido e respondemos melhor às nossas expectativas.

Perante o que foi dito, torna-se claro que a comunicação não pode ser reduzida a uma questão de competências e de técnicas, envolvendo também atitudes, expectativas, percepções, preferências e identidades. A comunicação enquanto fenómeno humano depende essencialmente das pessoas que nela se empenham e envolve toda a sua formação intelectual, ética e emocional (Santos, 2011).

2. Agir Comunicativo

2.1 - Ética do Discurso

A ética do discurso surge como uma preocupação constante no pensamento de Jürgen Habermas, na sua busca incansável de pressupostos universais de uma comunicação verdadeira, inquieto sobretudo com o desenvolvimento da tecnologia e da ciência e consequentes novos desafios susceptíveis de se colocar no plano ético.

O desenvolvimento do estudo da linguagem permitiu ao homem uma nova reflexão teórica e prática. A partir de meados do século XX, a linguagem tornou-se um tema central para filosofia. Habermas vai assim tentar elaborar um conjunto de princípios da ética do discurso, a partir da análise das teorias de vários filósofos, entre os quais se contam Immanuel Kant, Karl-Otto Apel, John Rawls, Kierkegaard, George Herbert Mead, Strawson, Kollberg.

Particularmente significativa para a construção de Habermas é a posição de Apel quando defende a possibilidade de colocar uma comunidade de sujeitos apreensivos com a vida e as relações intersubjectivas entre grupos diversos numa perspectiva de uma comunidade mundial. Deste modo, quando um indivíduo concretiza um acto de fala e o outro se posiciona em relação a este facto, surge desta acção uma relação interpessoal numa chamada comunidade comunicativa. A ética do discurso surge como uma tentativa de organizar uma teoria baseada na razão comunicativa, que não é mais do que uma proposta alternativa de uma ética de «viver bem», de «felicidade» e de «solidariedade» entre sujeitos com capacidade de linguagem e acção.

Partindo da ideia de Apel, que reconhece a intervenção de regras e normas éticas numa comunidade de comunicação, Habermas acrescenta que argumentar é, desta forma, uma tarefa intrínseca à comunicação. Donde ser o discurso intersubjectivo o lugar próprio da argumentação.

A linguagem é, sem dúvida, o meio através do qual se estrutura e desenvolve toda a relação entre sujeitos, sendo por isso um elemento incontornável da comunicação humana. Onde houver verdadeira comunicação, há entendimento mútuo, não apenas em função do sentido mas também pelo significado das palavras, na medida em que, no uso linguístico, a argumentação implica regras, sendo estas regras que permitem o seu acesso a cada um dos participantes.

Para a identidade do Eu (um conceito fundamental em Habermas), encontramos um claro apoio nas noções existencialistas de Søren Kierkegaard, para quem as pessoas se transformam naquilo que são, na opção de assumir a responsabilidade pela história da própria vida (Reese-Schafer, 2008).

No entanto, por não se sentir satisfeito com a centralidade do conceito de decisão em Kierkegaard, Habermas encontrou em George Herbert Mead o modelo intersubjectivo de um Eu socialmente produzido. Deste modo, verifica-se a mudança linguística para a identidade do Eu. Agora, podemos dizer que «todo o sujeito está integrado num universo de discurso que permite ao sujeito de uma comunidade num determinado conflito ocupar um lugar para além da ordem vigente, de modo que eles possam também alcançar um consenso sobre costumes modificados e sobre redefinição de valores» (Reese-Schafer, 2008, p. 66).

As linhas gerais da ética do discurso parecem descortinadas a partir do momento em que o discurso do indivíduo solitário é ultrapassado em proveito da comunidade em comunicação. Das reflexões de Mead, retiram-se ainda os modelos fundamentais da moral pelo qual ficou conhecido, o «colocar-se no papel do outro» (Reese-Schafer, 2008).

A ética do discurso foi elaborada a partir da tentativa de uma descrição da actuação dos sujeitos no decurso dos processos comunicativos de entendimento, tendo em conta as suas predisposições e as condições para o sucesso do entendimento.

Por sua vez, para Habermas, a ética tem de poder esclarecer questões de moral prática, normas e pretensões de validade que se levantam a propósito dos actos de fala. A este respeito, a contribuição dada por Strawson revela-se importante, na medida em que ele teorizou sobre a fenomenologia linguística da consciência ética.

Parece-me pertinente explorar as reflexões deste autor por incidirem sobre atitudes e reacções que acompanham a nossa prática. Strawson iniciou o seu trabalho a partir das experiências morais na vida diária, ou seja como reagimos a uma ofensa e como essa se torna permanente no que chamamos ressentimento. Esse sentimento persistente é revelador da dimensão moral da ofensa de que se foi alvo. Em relação a este ponto, o mesmo autor expõe várias considerações relevantes, chamando nomeadamente a atenção para o facto de as atitudes ofensivas da integridade do outro serem passíveis de um pedido de desculpas, cuja aceitação pelo atingido resulta no desaparecimento do ressentimento.

É possível distinguir dois tipos de desculpas, consoante se considere a acção (por exemplo: ele não sabia que...) ou o actor (exemplo: um doente preocupado com a sua doença). O erro justifica. O estado de perturbação atenua a culpa. As reacções dos ofendidos podem ser reequilibradas por um pedido de desculpa. A pessoa ofendida pode perdoar a injustiça, o que significa que os diferentes sentimentos e as suas perturbações são elementos do no nosso dia-a-dia, aos quais só podemos aceder mediante uma atitude performativa. A indignação perante uma injúria alheia equivale à quebra de uma expectativa que corresponde a uma norma, válida não só para os intervenientes do facto comunicativo como para a generalidade da comunidade comunicativa. Deste modo, é fundamental ter sempre em conta os diversos sentimentos envolvidos na acção comunicativa para que não se perca o sentido das justificações morais práticas no agir. Há sempre oportunidade para alterar, modificar e redireccionar tais atitudes e sentimentos (Habermas, 2003).

A ética do discurso, à semelhança das ciências sociais, precisa de se apoiar em reconstruções hipotéticas para as quais é necessário encontrar indirectamente confirmações de outras teorias. A este propósito a teoria da consciência moral de Kohlberg parece contribuir de uma forma positiva para esta confirmação. O desenvolvimento da capacidade de julgar (moral) realiza-se desde a infância, passando pela adolescência até à idade adulta em concordância com o princípio de universalização. Para Kohlberg o conceito de moral envolve a reversibilidade, a universalidade e a reciprocidade.

Segundo Habermas, a ética do discurso será aquela que, de uma forma mais acessível, explica o «ponto de vista moral», ao apresentar a noção desenvolvimento moral como um processo de aprendizagem. Partindo do conceito de aprendizagem, remete-se para a Teoria do Agir Comunicativo (Habermas, 2003, p. 143).

Para Habermas, a ética discursiva assenta num conjunto de pressupostos, a saber, a competência comunicativa dos membros da comunidade, situações dialógicas sem coacção e violência e um sistema linguístico adequado à realização do discurso.

Segundo o autor a ética do discurso é fundamentalmente dialógica: os argumentos devem ser entendidos e aceites pela comunidade dos destinatários. No intuito de criar normas universais, os argumentos devem ser antecipados face aos demais, de acordo com critérios de coerência, justiça e adequação. Só pode participar na discussão quem aceitar as normas do processo argumentativo.

O autor reforça ainda que, na sua ética do discurso, impõe-se uma preocupação específica com a com a possível vulnerabilidade da pessoa e a defesa da sua integridade e dignidade.

2.2 - O Método

A ética do discurso pode ser entendida de duas formas. Por um lado, pode considerar-se como uma teoria que estabelece os requisitos necessários para que um discurso seja considerado válido. Também pode ser compreendida enquanto meio de avaliação dos enunciados morais.

Para Habermas, a ética do discurso é orientada para uma comunidade ideal, não só comunicativa, como também participativa, que possibilita um acordo de motivação racional, normativa e argumentativa. Nesse sentido, o método da ética do discurso assenta em dois princípios: o princípio da ética do discurso ou «D» diz que «toda a norma válida encontra o assentimento de todos os concernidos, se eles puderem participar de um discurso prático» (Habermas, 2003, p. 148); e o princípio da universalização ou «U» em que o discurso é seguido por todos os seus

participantes, assegurando desta forma as normas e os modos de agir de todos os participantes.

Podemos, deste modo, considerar que o princípio «D» significa o discurso feito de forma racional e sem imposição e que o princípio «U» significa a aceitação do discurso por todos os participantes.

A teoria da ética do discurso tem origem no sujeito comunicativo, onde a acção decorre à volta de um consenso entre todos os participantes e onde a intersubjectividade faz parte dos processos de entendimento. A concretização prática desta teoria promove a comunicação entre os cidadãos de uma comunidade através do consenso e de uma melhor argumentação. É neste sentido que Habermas se afasta das teorias de Kant e de Rawls, na medida em que esses autores não levam em consideração a função das normas da prática comunicativa do dia-a-dia. O sujeito monológico é assim substituído por um diálogo efectivo entre sujeitos.

O princípio da universalização é introduzido na sociedade como regra para os discursos práticos. Reforça a justificação da ética do discurso. Refere também que todas as normas têm que ter em conta as consequências e efeitos colaterais que podem resultar dos interesses de cada indivíduo. O facto de serem universais implica a sua aceitação por todos os concernidos, sem imposição.

Através destes dois princípios fica reforçada a ideia de que a ética do discurso favorece juízos morais. A teoria de Kohlberg, dita dos «estádios de juízo moral», à semelhança de Piaget, defende que a «pessoa em crescimento entende o seu desenvolvimento moral como um processo de aprendizagem» (Habermas, 2003, p. 155). Neste sentido, podemos dizer que é com este argumento que a ética do discurso se combina com o processo de aprendizagem, uma vez que entende a «formação discursiva de vontade (assim como a argumentação) como uma reflexão do agir comunicativo e na medida que exige da passagem do agir para o discurso, uma mudança de atitude» (Ibid, p. 155).

Os mesmos princípios «D» e «U» permitem o entendimento de discursos reais e realizados entre sujeitos que se regulam pelo princípio da argumentação com o objectivo do entendimento mútuo. A contribuição de Habermas, apoiado por

Robert Alexy para estabelecer estes processos, foi no sentido de propor regras do discurso, que se podem enunciar assim:

- 1.1- A nenhum falante é lícito contradizer-se;
- 1.2- Todo o falante que aplicar um predicado F a um objecto A tem que estar disposto a aplicar F a qualquer outro objecto que se assemelhe a A sob todos os aspectos relevantes;
- 1.3- Não é lícito aos diferentes falantes usarem a mesma expressão em sentidos diferentes;
- 2.1- A qualquer falante só é lícito afirmar aquilo em que ele próprio acredita;
- 2.2- Quem impugnar um enunciado ou norma que não for objecto da discussão tem que indicar uma razão para isso;
- 3.1- É lícito a todo o sujeito capaz de falar e agir participar em discursos;
- 3.2- É lícito a qualquer um problematizar qualquer asserção;
É lícito a qualquer um introduzir qualquer asserção no discurso;
É lícito a qualquer um manifestar suas atitudes, desejos e necessidades;
- 3.3- Não é lícito impedir falante algum, por coerção exercida dentro ou fora do discurso, de valer-se dos direitos estabelecidos em 3.1 e 3.2 (Habermas, 2003, p. 110-112).

Estas regras devem ser compreendidas e interiorizadas por todos os participantes da comunidade comunicativa na medida em que proporcionam uma situação de igualdade, com vista ao entendimento mútuo sem imposição por todos os participantes.

Capítulo 3 - A Teoria do Agir Comunicativo

1. Introdução

O pensamento de Jürgen Habermas percorre justamente as várias inquietações suscitadas na presente investigação. As suas reflexões em torno do consenso democrático, mas sobretudo a sua Teoria do Agir Comunicativo, interpelam quem está preocupado com o conhecimento e a melhoria da comunicação entre o doente, os profissionais de saúde e a família.

Habermas, nascido em 1929, viveu o período mais negro da história alemã: insatisfeito com a reconstrução de uma Alemanha dividida pela Cortina de Ferro, assistiu à reunificação e é hoje sem dúvida um dos mais influentes académicos no pensamento filosófico, na sociologia, no direito e nas teorias da comunicação. Desde cedo muito próximo da Escola de Frankfurt, Habermas haveria mais tarde de se interessar sobremaneira pelos trabalhos publicados por John Rawls, o que lhe valeu críticas várias de se atravessar do marxismo para o mais puro liberalismo.

Todos os rótulos colados a Habermas são demasiado prematuros, mas não é excessivo reconhecer na sua obra a partilha de uma incessante aspiração kantiana: encontrar as bases de uma moral universal, a partir de postulados fundamentais da comunicação.

Todos os dias as pessoas falam umas com as outras, e é nesta interacção que se desenvolve a construção de sociedades mais ou menos democráticas. A Teoria do Agir Comunicativo surge como resposta à preocupação com o relacionamento interpessoal e a sua tradução na prática comunicativa. Esta teoria implica uma nova visão do homem, focando a possibilidade do seu desenvolvimento e aprendizagem no quadro das relações sociais. A este propósito, entendemos ser pertinente procurar identificar os elementos centrais desta teoria e considerar a sua aplicação na prática da saúde.

A partir do Agir Comunicativo, procurámos descortinar uma nova perspectiva de os profissionais de saúde se relacionarem, tanto com os doentes e as suas famílias, assim como entre si no quadro de equipas multidisciplinares. A partir da Teoria do Agir Comunicativo é possível abrir portas e traçar novos caminhos com vista a uma melhoria significativa do relacionamento humano, do respeito, da comunicação e da dignidade da pessoa – aplicáveis também na área da saúde e dos seus profissionais.

É sugerida uma nova transformação social, estando ao alcance do homem a possibilidade de desenvolver novas formas de discurso e de agir, as quais têm como objectivo uma sociedade melhor. Esta teoria aponta para uma renovação da capacidade das pessoas comunicarem entre si, dialogando e construindo os seus valores, com respeito pela sua condição de alteridade.

O ponto de partida de Habermas está na competência comunicativa das pessoas e na sua aptidão para proporcionar consensos em relação às normas e actos sociais, incluindo os discursos quotidianos. É certo que a competência comunicativa tanto possibilita o dissenso como o consenso na comunicação humana. Esta competência, porém, enquanto base das próprias acções comunicativas, permite uma conceptualização da socialização, na qual todos os seres humanos se convertem em construtores do seu mundo de vida.

No pensamento de Habermas, em particular na sua construção da Teoria do Agir Comunicativo, deparamo-nos com a influência de outros filósofos e sociólogos, entre os quais destacamos Immanuel Kant, Émile Durkheim e Jean Piaget. De seguida, faremos uma muito breve referência ao contributo destes autores, que nos parecem especialmente relevantes neste contexto, para tentar compreender melhor como Habermas elaborou a Teoria do Agir Comunicativo.

A filosofia de Kant, em particular a ideia de imperativo categórico seria incontornável para quem procura as bases de uma moral universal. A noção de imperativo categórico, formulada na Crítica da Razão Pura e Crítica da Razão Prática, implica que toda a conduta humana deve ter por base valores susceptíveis de adopção universal. A razão pura permite o conhecimento do mundo da natureza, enquanto a razão prática possibilita o conhecimento do mundo social. A ética de Kant apresenta-se formalista, autónoma e até rigorista, ou seja, integra uma ética do

dever pelo dever. Ao mesmo tempo, é personalista, isto é, quando o homem respeita a lei que se impõe a si mesmo, honra a humanidade e a dignidade da pessoa. A razão prática apresenta uma dialéctica monológica, orientada pelo imperativo categórico.

Em contraposição, Habermas vem propor uma mudança da filosofia da consciência para a teoria da interacção, da razão reflexiva para a razão comunicativa. A razão comunicativa para Habermas é dialógica, em oposição a Kant para quem a razão é essencialmente monológica. Com efeito, Kant prestara pouca atenção ao processo comunicativo. A razão comunicativa implica um relacionamento dos membros do grupo através da linguagem. A partir dela é possível abordar os factos, a validade das normas e o próprio interlocutor, estando estes sempre livres de qualquer elemento coactivo. Ao contrário de Kant e do seu «imperativo categórico», Habermas entende a moralidade com o resultado de um «processo argumentativo».

O conhecimento da razão humana, para Kant, desenvolve-se a partir de um sujeito solitário que pensa em si mesmo monologicamente, ao contrário de Habermas para quem o conhecimento da razão é feito por sujeitos com capacidade de fala e acção ou seja sujeitos com competência comunicativa. Desta forma, os sujeitos, quando procuram compreender o mundo, estão sempre, à partida, integrados em relações intersubjectivas, que possibilitam o entendimento mútuo.

Habermas também foi, de alguma forma, influenciado pelas teorias positivistas, nomeadamente por Durkheim. Neste autor, o imperativo categórico de Kant é transformado num imperativo social, A actuação humana passa a ser exclusivamente determinada pelas normas sociais. Para Durkheim, a sociedade desempenha um papel predominante, sendo a origem e o critério de regulação de toda a vida, tanto social como individual. É na sociedade que se encontra a expressão daquilo de melhor e mais justo que a mente humana consegue gerar.

A questão da moralidade em Durkheim é deslocada para o plano da sociedade, retirando-se ao homem a competência do julgamento moral. A definição da moral centra-se num sistema de regras de acção que norteiam o comportamento; o agir correcto do indivíduo resulta da sua obediência às regras da sociedade.

Não obstante o uso por Durkheim de alguns conceitos da filosofia moral de Kant, estes adquirem um sentido diferente, a partir do momento em que o papel predominante da definição da moralidade é atribuído à sociedade. Não se trata mais da aceitação individual de regras que cada um reconhece como válidas enquanto regras ideais necessárias, mas sim do cumprimento de todas as regras com origem na sociedade. O âmago da moral é analisado no quadro da realidade social, não num plano ideal. Do individualismo de Kant, o centro de gravidade deslocara-se para a comunidade.

Para Habermas, a reflexão de Durkheim mais significativa está na mudança de óptica: a questão moral deixa de ser colocada na perspectiva do indivíduo isolado, como acontece na filosofia kantiana, e passa a ser concebida a partir do grupo social e da sociedade, um espaço essencialmente comunicativo.

Também o pensamento de Piaget deixaria uma marca profunda na construção da Teoria do Agir Comunicativo. Para este autor, a moralidade é concebida sobretudo numa perspectiva psicológica. A construção da razão humana realiza-se a partir do nascimento até à idade adulta, através do conhecimento da natureza e da sociedade. O crescimento resulta das diferentes experiências e vivências da criança no mundo, da sua interacção constante com o mundo físico e social. A sensibilidade, o entendimento e a própria moralidade são geradas através de etapas, num processo que implica a participação activa do sujeito no mundo.

Piaget opõe-se a Kant, ao entender a moral como um processo de tomada de consciência das regras sociais e da sua natureza, que se realiza em relação ao sujeito empírico concreto, onde não há espaço para a ideia de um qualquer imperativo categórico que se imponha de forma pura e *a priori*. Encontramos em Piaget elementos que irão ecoar na construção de Habermas, em particular, a importância do diálogo cooperativo e da reciprocidade, assim como a necessária fundamentação racional da regra numa argumentação que se desenvolve no contexto social.

2. Hermenêutica, Linguagem e Comunicação

Para Habermas, o conhecimento é feito através do «intercâmbio linguístico» de um sujeito, em relação com outros sujeitos. Os sujeitos têm a capacidade de falar e agir, a designada competência comunicativa. Em busca do conhecimento, ou de «algo do mundo», os sujeitos encontram-se sempre numa situação onde prevalecem as chamadas relações intersubjectivas, que envolvem um entendimento entre eles.

Por seu lado, as sociedades, para Habermas, integram dois mundos: o mundo sistémico e o mundo de vida. O mundo sistémico corresponde ao sistema económico e político, cujo objectivo é o domínio e o sucesso, enquanto o mundo de vida integra todo o habitat natural, as estruturas culturais, artísticas e científicas, o mundo das artes, da cultura e da ciência. O objectivo do mundo de vida é o entendimento, guiado pela acção comunicativa.

Comunicar, para Habermas, é um processo de cooperação, orientado para o entendimento comum, ou seja, trata-se de um processo dialógico e de relação intersubjectiva, nos termos do qual os sujeitos interagem com o objectivo de se entenderem (Habermas, 2012b). Este processo de comunicação implica uma partilha entre os seus intervenientes, que agem de acordo com o mundo da vida, através do uso da linguagem, e se orientam mutuamente segundo pretensões de validade.

É através da linguagem que os indivíduos comunicam entre si e se entendem mutuamente. Deste modo, «ao dar expressão de aquilo que tem em mente, o falante comunica-se com um outro membro da sua comunidade sobre algo no mundo» (Habermas, 2003, p. 40). Sempre que ocorre uma situação de fala, a hermenêutica da linguagem preocupa-se com a relação da expressão proferida: a expressão como intenção do falante, a expressão como possibilidade de relação interpessoal entre falante e ouvinte e a expressão como «algo do mundo».

A hermenêutica para Habermas é a arte de interpretar, «toda a expressão dotada de sentido» (Habermas, 2003, p. 39). Pode tratar-se de uma expressão verbal ou não verbal e não tem necessariamente que ter significado. Para que seja possível captar o seu significado, é necessário participar em acções comunicativas, ou seja, é

necessário que a expressão utilizada seja dita de tal modo que todos os participantes da comunidade comunicativa a possam entender.

A hermenêutica pode ser compreendida também como sendo ela própria parte da acção comunicativa. Neste sentido, apresenta-se como a arte de decifrar e entender a comunidade comunicativa com capacidade de crítica. A hermenêutica é uma ferramenta essencial sempre que nos deparamos com alguma situação indefinida, confusa ou desconhecida.

O objectivo central da linguagem é assim conseguir um entendimento recíproco de uma coisa ou «uma maneira de ver comum» (Habermas, 2003, p. 41). Quando o falante expõe algo não se refere unicamente ao mundo objectivo, está também a referir-se ao mundo social e ao seu mundo próprio. Por mundo objectivo, entende-se a totalidade da situação real aquando da ocorrência do acto de fala; o mundo social corresponde à totalidade das relações pessoais do falante; o mundo próprio ou subjectivo exprime a totalidade das suas vivências pessoais.

A linguagem desempenha, desta forma, três funções: uma função de reprodução cultural, uma função de socialização da interpretação cultural das necessidades e uma função de integração social. É nesta última função que tem origem e se desenvolve a Teoria do Agir Comunicativo.

O uso da linguagem para comunicar proporciona no agir comunicativo não apenas a socialização como a cultura da humanidade. Não se limita a permitir alcançar o entendimento, mas também possibilita a concepção e a crítica do conhecimento. O uso da linguagem permite a evolução comunicativa, social e cultural dos seres humanos.

Sempre que o falante participa num processo de comunicação – quando diz qualquer coisa, quando partilha algo com alguém ou quando compreende o que é dito - tem de adoptar uma atitude aberta, de modo a permitir a mudança necessária ao entendimento mútuo. Esta posição do falante no processo comunicativo é referida como atitude performativa.

A atitude performativa concorre para uma clara mudança na forma como se vai processar a comunicação entre as pessoas, afectando todos os intervenientes no acto comunicativo. Esta atitude permite, ao mesmo tempo que implica, uma

orientação conjunta por pretensões de validade, correspondentes à verdade, correcção e veracidade. Tais pretensões de validade são estabelecidas pelo falante para que o ouvinte as possa aceitar ou rejeitar, tomando uma posição de sim ou não. O falante e ouvinte, quando se compreendem reciprocamente na atitude performativa, ficam simultaneamente implicados nas funções concretizadas pelas acções comunicativas para a renovação do mundo da vida que lhes é comum.

Com o assumir de uma atitude performativa, é possível observar três conseqüências:

(i) Os intérpretes, enquanto protagonistas da acção comunicativa, recusam a superioridade que lhes é concedida pela ocupação de uma posição de observadores, uma vez que eles próprios estão implicados nas negociações;

(ii) Ao assumirem uma atitude performativa deparam-se com a necessidade de ultrapassar a dependência da sua interpretação em relação ao contexto;

(iii) Os intérpretes precisam de adquirir conhecimentos para além das pretensões de validade, as chamadas pretensões de validade adicionais, que correspondem a uma interpretação e um decifrar acrescido.

A compreensão do que é dito não se limita a uma mera observação, pois implica uma efectiva participação do intérprete.

3. A Teoria. As Regras

A Teoria do Agir Comunicativo coloca-se no campo da teoria da ciência, da filosofia da linguagem e da hermenêutica. Esta teoria tem como propósito desenvolver, não apenas um conceito de racionalidade individual, em função do qual os sujeitos são capazes de falar e agir, como também um conceito de sociedade, onde se relaciona o mundo da vida e o mundo sistémico, tendo ainda por fim último propor uma teoria da modernidade. Foi construída através da avaliação crítica e construtiva de vários autores, aos quais o próprio Habermas veio acrescentar a sua própria reflexão.

O foco central do agir comunicativo pode resumir-se da seguinte forma: como falantes – somos participantes de uma intersubjetividade racional (Habermas, 2012a). O agir comunicativo é fundamentado na linguagem e dirige-se para o entendimento intersubjectivo. A realização de tal entendimento faz-se através do entendimento linguístico, que considera a interpretação dos vários sujeitos quando interagem comunicativamente uns com os outros.

A Teoria do Agir Comunicativo rege-se por um conjunto de regras discursivas básicas, já referidas a propósito das regras da ética do discurso, entre as quais se destacam as seguintes:

(i) Todo e qualquer sujeito capaz de falar e agir pode participar no discurso;

(ii) Todo e qualquer participante de um discurso pode questionar qualquer afirmação, introduzir novas afirmações no discurso e exprimir as suas necessidades, desejos e convicções;

(iii) Nenhum dos interlocutores pode ser impedido por forças externas ou internas de usar os direitos que lhe são garantidos pelas regras anteriormente apresentadas.

A primeira regra implica a inclusão de todos os participantes; a segunda garante a existência de oportunidades idênticas para todos os participantes; a terceira regra impõe as condições de comunicação que permitem a inclusão de todos os participantes, com as mesmas oportunidades. Podemos assim falar num discurso essencialmente fundado num princípio de igualdade.

Por conseguinte, além das regras da produção das frases, cuja enunciação cabe à linguística, desenha-se um conjunto de orientações éticas que, para Habermas, integram a competência comunicativa. Tal competência vai mais longe do que a mera linguística, pois o conhecimento das regras gramaticais que permitem interpretar e construir frases é insuficiente para se chegar ao entendimento. Saber falar é diferente de saber comunicar: a competência comunicativa é «a capacidade de um falante orientado para o entendimento, de forma a poder conceber uma frase correctamente formulada em relação com a realidade» (Morais, 2009, p. 15). Esta competência dita «comunicativa» tem um papel central na teoria de Habermas, na medida em que envolve as relações

intersubjectivas e possui uma função de integração social. O indivíduo, enquanto parte de uma comunidade linguística e social, não se limita a ter a capacidade linguística de enunciar e compreender frases, também é capaz de adequar as mensagens às situações específicas.

A par destas regras, há que ter em conta um conjunto de pressupostos, já referidos, denominados como pretensões de validade, que são parte integrante dos actos comunicativos – a verdade, a veracidade e a correcção. As pretensões de validade apresentam-se como parâmetros fundamentais do acto comunicativo. O falante tem de descrever a realidade de forma verdadeira, deve ser sincero quando manifesta uma intenção e deve ser correcto na correspondência às expectativas socialmente reconhecidas. Um sujeito com capacidade para comunicar, se observar as pretensões de validade, torna possível a partilha dos seus conhecimentos pelo ouvinte, dá condições para que o ouvinte possa confiar no falante, permitindo o acordo entre o falante e ouvinte nas orientações de valor que partilham.

As pretensões de validade exprimem normas que guiam a comunicação, capazes de assegurar o seu sucesso quando aceites uniformemente por todos os participantes no acto comunicativo. A competência comunicativa é assim avaliada, não só pela capacidade de reconhecimento das pretensões de validade pelos falantes, como também por estas nortear todo o processo comunicativo.

A realização da relação comunicacional passa pela aceitação deste conjunto de regras e parâmetros.

A par das pretensões de validade, encontramos também em Habermas várias referências ao mundo objectivo, social e subjectivo. O mundo objectivo ou externo remete para a totalidade dos estados de coisas existentes; o mundo social ou normativo reporta-se à totalidade das relações sociais interpessoais legitimamente reguladas; o mundo subjectivo corresponde à totalidade das vivências internas do sujeito.

Para Habermas, a definição de sociedade está intrinsecamente relacionada com os actos de comunicação. Na sua concepção, a sociedade aparece como uma construção permanente, que se vai realizando em função das sucessivas relações comunicativas reproduzidas pelos sujeitos. Neste sentido, a comunicação apresenta-

se como uma acção social, criada pela linguagem e dirigida ao entendimento, ao consenso e à compreensão.

4. Mundo de Vida

O Mundo de Vida (*Lebenswelt*) pode ser entendido como o mundo onde se desenvolve a comunicação, tanto no que se refere à produção das normas, como à sua reprodução (Habermas, 2012a). É reconhecida a existência de um processo circular entre as normas que regulam a comunicação e o Mundo de Vida, proporcionando a comunicação e, do mesmo modo, a própria comunicação interpreta e, assim, valoriza e desenvolve o Mundo de Vida.

Para Habermas, é no Mundo de Vida que surgem as normas pelas quais os sujeitos se norteiam quando comunicam. Estas normas resultam das próprias interações e experiências do quotidiano entre os indivíduos (Morais, 2009, p .23). É na prática da comunicação que se estabelecem as relações entre indivíduos.

Podemos dizer que o Mundo de Vida se estabelece no «lugar transcendental», onde é possível encontrar ouvintes e falantes, onde podem ser erguidas as pretensões de uns em relação a outros que se referem ao mundo objectivo, social ou subjectivo. Da mesma forma, é possível criticar ou confirmar as pretensões de validade, conseguir esclarecer o dissenso e adquirir o consenso (Habermas, 2012b).

Na óptica de Habermas, o Mundo de Vida é constituído por três elementos: a Cultura, a Sociedade e a Personalidade. A interpretação e descodificação de cada um destes elementos, evidenciando a sua diferenciação, provocam a reprodução do Mundo de Vida.

Estes três elementos podem ser definidos da seguinte forma:

(i) A cultura corresponde ao conjunto de conhecimentos que os participantes adquirem através da comunicação, com o objectivo de compreenderem algo no mundo através da interpretação;

(ii) A sociedade integra o conjunto de ordens legais que orientam os participantes na comunicação, garantindo a solidariedade entre eles e dando-lhes uma noção de pertença a grupos sociais;

(iii) A personalidade apresenta-se como a compreensão das competências que transformam o sujeito e o tornam apto para falar e agir, com capacidade para participar em processos de comunicação, formando assim a sua identidade.

Numa outra perspectiva, diferente da análise dos elementos da própria sociedade, encontramos o conceito de Sistema, que consiste na visão externa da sociedade, ou seja, da sociedade vista por alguém de fora.

Partindo do Mundo de Vida, o Sistema desenvolve e avalia os seus próprios elementos, como a Família, o Sistema Judiciário e a Economia. Como no Mundo de Vida, o desenvolvimento destes elementos do Sistema cria uma diferenciação crescente, com maior complexidade, da mesma forma que contribui para a sua auto-suficiência.

Habermas considera ser necessário integrar com êxito as análises do Mundo de Vida e do Sistema. Nesse âmbito, tanto a perspectiva da integração social como a perspectiva da integração do sistema revelam limitações importantes.

A alternativa de Habermas, integrando os aspectos positivos das referidas perspectivas, consiste na aceitação das mesmas, com as suas diversidades, evoluindo para uma racionalização mais profunda. A diversidade daí resultante significa a base da colonização do Mundo de Vida.

Sucedem porém que o Sistema tem vindo a assumir uma predominância sobre o Mundo de Vida, desvalorizando a dialéctica entre estas duas perspectivas. Esta sobreposição do Sistema sobre o Mundo de Vida cria pressões e actua com violência, através de formas que limitam a comunicação entre os membros da sociedade, criando, assim, imperativos sobre a linguagem. O dinheiro e o poder (conceitos económicos), provenientes do Sistema, imperam sobre a comunicação, alcançando um grau de auto-suficiência.

5. O Entendimento

O conceito de racionalidade comunicativa, que corresponde na Teoria do Agir Comunicativo à capacidade intrínseca dos sujeitos de competência comunicativa, tem de ser considerado perante o entendimento linguístico. Este entendimento pressupõe um acordo dos participantes, medido pelas pretensões de validade. Tais pretensões correspondem, como já foi referido, aos parâmetros da verdade, da correcção e da veracidade, que se podem traduzir em «...exteriorizações realizadas pelos indivíduos que através delas se vão relacionar com algo do mundo». (Habermas, 2012a, p. 148). Assim, o conceito de racionalidade não se limita às pretensões de validade como também envolve as referências do mundo - objectivo, social e subjectivo – reconhecidas pelos sujeitos que agem comunicativamente.

O entendimento não resulta unicamente da compreensão do que é comunicado, implica o reconhecimento intersubjectivo da comunicação e das suas normas.

A noção do agir comunicativo pretende fornecer um modelo para uma reorganização dos vários estádios de interacção. Podemos assim distinguir o agir orientado para o entendimento mútuo, o agir teleológico ou finalístico e o agir regulado por normas ou agir estratégico.

Na tentativa de explicitar o sentido do agir orientado para o entendimento mútuo, Habermas procede a várias contraposições e considera diversos elementos e contextos, que se relacionam entre si.

Deste modo, quando observamos a orientação do agir para o entendimento em contraposição com o agir para o sucesso, verificamos que quando o agir é orientado unicamente para o sucesso, ou seja para os seus resultados, os meios utilizados para atingir os fins propostos são a coacção e a ameaça. A acção orientada para o sucesso resulta em ganhos egocêntricos, sendo orientada pelos interesses dos próprios. Ao contrário, no agir comunicativo, os participantes tentam conciliar as suas acções de forma a obter um acordo entre todos os participantes.

Este modelo de agir comunicativo implica uma explicação prévia para o acordo alcançado, na medida em que «Alter pode anexar as suas acções às do Ego» (Habermas, 2003, p. 165).

O entendimento mútuo representa um meio de coordenação de acções, o que significa que, qualquer que seja o acordo, este não pode ser imposto à contraparte. Para a obtenção deste consenso sem intervenção de uma qualquer imposição é fundamental a forma como se estabelece o entendimento, sendo necessário que este assente na verificação de uma comunidade de convicções. O sucesso de um acto de fala só ocorre quando a oferta nele contida é aceite pela outra parte.

O entendimento pode ainda ser considerado no contexto de uma situação de acção e de uma situação de fala. Nestas, os sujeitos que participam simultaneamente da acção e da fala adoptam na comunicação não só os papéis de falantes e destinatários, como de pessoas presentes. A estes papéis correspondem respectivamente as perspectivas dos participantes na primeira e segunda pessoa, e da terceira pessoa em relação às perspectivas do observador. Os intervenientes adoptam simultaneamente um papel activo, mas também passivo, como observadores. O sentido aponta para a relação interpessoal entre o Eu e Tu enquanto estrutura de uma intersubjectividade que desta forma pode ser concretizada.

O entendimento pode ser compreendido entre o mundo e o mundo de vida, no qual o mundo de vida proporciona uma situação de fala e facultar recursos para os processos de interpretação utilizados pelos participantes das acções comunicativas. Para o êxito dos processos interpretativos, os participantes têm que se entender sobre «algo do mundo», ou seja, estabelecer relações entre o actor e o mundo. Podemos distinguir três mundos sobre os quais se funda o entendimento nos actos de fala. Assim relacionamo-nos com o mundo objectivo, quando reproduzimos estados e acontecimentos, com o mundo social, que ajuda na construção e renovação das relações interpessoais, e com mundo subjectivo, quando exprimimos as vivências a que o falante tem um acesso privilegiado para auto representação. As referências aos três mundos servem como suporte aos sujeitos que participam em acções comunicativas e têm como base o entendimento. Deste modo, podemos afirmar que a prática comunicativa há-de sustentar-se num saber

partilhado intersubjectivamente, na confiança recíproca e na concordância das normas.

Consideremos agora o entendimento em que estão envolvidas as referências ao mundo e as pretensões de validade. Nestas situações, quando se participa na interação comunicativa podemos ou não chegar a um acordo, sendo este avaliado caso a caso, através de uma tomada de posição, em termos de «sim» ou «não». Neste processo, o destinatário pode aceitar ou rejeitar as pretensões de validade levantadas pelo falante. Num acto de fala, quem rejeita uma oferta contesta pelo menos uma das três pretensões, questionando a sua verdade, correcção ou veracidade. O significado desta rejeição implica que o que foi dito não realiza adequadamente as funções de representação do estado das coisas, nem permite a relação interpessoal e a exteriorização de uma vivência. Por outras palavras, aquele que rejeitou está a recusar conformar-se com o mundo do estado das coisas existentes, o mundo das relações interpessoais e o mundo particular das vivências subjectivas. Na comunicação do dia-a-dia, estas perspectivas nem sempre são fáceis de identificar. No entanto, quando se verificarem discordâncias e problemas constantes, os falantes com competência têm a possibilidade de distinguir as referências ao mundo e considerar as pretensões de validade, podendo desta forma tomar uma posição em cada caso, dependendo de se tratar de algo objectivo, subjectivo ou normativo.

Ao encarar o entendimento do ponto de vista das perspectivas do mundo, permite-se a um falante com competência comunicativa utilizar os recursos para os actos de fala. Assim, ele tem a capacidade de optar pelos modos cognitivo, interactivo e expressivo da linguística, seleccionar entre as três pretensões de validez e adaptá-las às perspectivas do mundo. Permite esta perspectiva que, perante a natureza externa, a sociedade ou a natureza interna, se possa optar por três atitudes, respectivamente atitude expressiva, objectivante e conforme as normas.

6. O Outro. A Intersubjectividade

A comunicação, para Habermas, é essencialmente dialógica, o que implica deixar de recorrer somente à razão individual como forma de conseguir o domínio e a autoridade, projectando-a para além das relações entre sujeito e objecto, de maneira a incluir o universo social. Na racionalidade da Teoria do Agir Comunicativo está incluída a comunicação quotidiana e a relação dos sujeitos com a alteridade. A relação intersubjectiva é intrínseca ao agir comunicativo, o autor considera-a mesmo o modelo paradigmático da comunicação.

Habermas propõe, na Teoria do Agir Comunicativo, o desenvolvimento de um conceito de actividade em sociedade, no qual a função de coordenação das acções é realizada nos termos de um saber compartilhado intersubjectivamente.

A acção comunicativa leva os participantes a afastarem-se do modelo egocêntrico e a submeterem-se a critérios de racionalidade que implicam o seu julgamento pelos outros. Assim, os participantes têm como principal objectivo o entendimento, que passa a ser do interesse colectivo, abrindo mão dos seus interesses próprios. Este entendimento é alcançado pela cooperação e pela intercompreensão. Neste modelo, o consenso é o resultado de um processo em que todos os participantes manifestaram os seus pontos de vista, sem imposição, fundamentados nas pretensões de validade.

Para que haja entendimento entre os participantes na comunicação, é necessário que este seja recíproco e, insiste-se, não imposto. Um acordo não deve ser forçado, nem manipulado pelos interlocutores para que se mantenha a convicção partilhada. Desta forma, o princípio do argumento da força é substituído pela força dos argumentos. A racionalidade e a competência argumentativa implicam a inexistência de elementos coactivos. Como tal, o sucesso da comunicação realiza-se através do reconhecimento entre interlocutores.

Os processos de comunicação concretizam-se através do modelo de intersubjectividade, pelo qual a relação «Eu e o Outro» se estabelecem. Esta relação é constituída, não só pela identidade dos sujeitos, como também pela relação com a alteridade. A alteridade requer a colocação no lugar do outro nas relações

interpessoais. O sujeito é, deste modo, consequência das experiências culturais e sociais que o definem pelo encontro, pelo diálogo e pelas interações com vários outros.

As reflexões preconizadas por Mead sobre a intersubjectividade e a importância do Outro na constituição da identidade constituem um contributo assinalável na construção de Habermas. Para o autor, a consciência nasce da interação entre sujeitos, ou seja, a identidade do Eu é concebida e estabilizada através do Outro. A aquisição da identidade do Eu efectua-se através das relações sociais, no contacto permanente com o Outro, estando dependente da pertença a uma comunidade.

Neste contexto é introduzida a noção de expectativas: a utilização dos mesmos símbolos ou instituições na comunicação linguística permite aos participantes prever o comportamento do Outro e desta forma nortear também o seu próprio comportamento.

O colocar-se no lugar do Outro não se limita a ser uma forma de prever o seu comportamento, mas proporciona a própria comunicação. A comunicação concebida como modelo de intersubjectividade implica entender que o Outro tem uma perspectiva diferente e tomar em conta essa outra perspectiva.

Assiste-se na comunicação intersubjectiva a um constante vai e vem entre o Eu e o Outro - «Eu sou o Outro de alguém que é um Eu para quem sou um Outro» (Habermas, 2012b, p. 111). Os sujeitos tornam-se conscientes de si próprios quando reconhecem que a sua própria identidade é construída através das relações que unem o Eu aos Outros que o rodeiam. Esta permanente teia relacional realiza-se através das relações comunicacionais que estabelecem.

Capítulo 4 - Discussão

De que forma pode a Teoria do Agir Comunicativo contribuir para uma nova abordagem da relação interpessoal com o doente?

Sem escamotear os contributos dos autores que o precederam, Habermas conseguiu construir, na sua base, uma teoria própria da comunicação, que se apresenta como caminho potencial para uma relação interpessoal eficaz e verdadeira.

O Agir Comunicativo revela-se como uma nova perspectiva ética que visa proporcionar aos indivíduos inseridos no mundo um modelo de relacionamento interpessoal através da comunicação, de forma a obter um entendimento mútuo. Na busca deste entendimento, Habermas identifica novas formas de comunicação e de acção, sendo estas exequíveis por todos os interessados.

Não será exagerado reconhecer que Habermas nos oferece um verdadeiro modelo de comportamento, susceptível de ser universalizado e passível de ser aprendido e interiorizado nas nossas relações com os outros.

No contexto da comunicação, Habermas estabeleceu uma verdadeira ética do discurso, na qual se integra um corpo de regras discursivas, reforçadas por um conjunto de parâmetros orientadores do discurso – as referidas pretensões de validade – conjugadas, por seu turno, com uma série de referências necessárias ao mundo.

Já no plano da acção, parecem-me particularmente relevantes o entendimento mútuo, a atitude performativa, a relação interpessoal e a intersubjectividade.

Como indica a própria designação - Teoria do Agir Comunicativo - verifica-se uma ligação incindível entre acção e comunicação. A comunicação não é apenas um acessório da acção. Todos os elementos relativos ao momento da acção

encontram-se dependentes de uma competência comunicativa a adquirir por meio da aceitação e utilização da Teoria do Agir Comunicativo.

Jürgen Habermas vem, deste modo, colmatar uma lacuna entre acção e comunicação, desde logo, ao propor-nos um conjunto de ferramentas para, verdadeiramente, comunicamos uns com os outros; ferramentas que são susceptíveis de uma concretização pragmática.

Indica-nos um percurso que reequilibra comunicação e acção. Isto, no contexto da saúde, suscita uma nova abordagem na relação dos profissionais com os doentes. Esta implica, nomeadamente, ao fisioterapeuta, uma nova postura na sua prática profissional.

I. A evolução que a **fisioterapia** tem conhecido nas últimas décadas e as profundas alterações no quadro das relações humanas, designadamente por crescente especialização de cada profissional de saúde e pelo universo dos novos canais de comunicação e de acesso ao conhecimento, reclamam um novo posicionamento na atitude profissional dos fisioterapeutas.

Em geral, as relações que se estabelecem entre o fisioterapeuta e o doente tendem a repudiar um certo paradigma de distância e superioridade do profissional relativamente ao paciente, colocado numa posição passiva e subalterna. Assiste-se presentemente a uma inequívoca rejeição de uma concepção do relacionamento entre fisioterapeuta e doente como uma relação onde todos os elementos activos estariam concentrados no lado do primeiro, relegando o segundo para um estatuto meramente passivo, quase reduzido à condição de «objecto» do tratamento.

Emerge uma nova relação do fisioterapeuta com o doente, onde os dois sujeitos se encontram interligados no desenvolvimento de toda a intervenção, sendo que a função do primeiro se adapta constantemente à realidade do segundo. Realidade que conhece alterações, por vezes, subtis, ao longo da relação.

Um dos princípios nucleares da fisioterapia é o da abordagem de cada situação como uma realidade única na sua singularidade - «cada caso é um caso». Não só a própria terapia, como toda a comunicação indispensável ao tratamento, têm ser ajustadas às circunstâncias particulares de cada caso, não podendo ser exercidas com preconceitos, mais ou menos conscientes, pré-definidos.

Quando descrevi e sistematizei as competências do fisioterapeuta, tive oportunidade de sublinhar a sua ampliação nas concepções mais modernas da sua actividade, associada ao reconhecimento da autonomia como profissional da saúde. E sublinhei, bem assim, a tendência para uma percepção, cada vez mais integrada, do doente. Ao relacionar-se com o doente, o fisioterapeuta tem em mente, não apenas entender correctamente o diagnóstico, a fisiopatologia e a terapêutica, como também o tratar, o acompanhar, o cuidar, o acolher. Por outro lado, e tendo em conta o modelo de resolução de problemas, o objectivo da fisioterapia não pode ser outro que não o ser humano, na sua globalidade e multiplicidade, tendo em conta as várias dimensões.

Neste sentido, se a comunicação foi sempre um elemento importante na intervenção do fisioterapeuta, na medida em que esta implica uma relação interpessoal com o doente, o alargamento das competências próprias do fisioterapeuta e o reconhecimento simultâneo de uma necessária visão integral dos doentes, coloca a relação interpessoal num lugar fulcral do tratamento e aumenta a importância de uma comunicação adequada e eficaz. Por outras palavras, o papel da comunicação não pode ser valorizado apenas fortuitamente ou apenas com alguns doentes.

Para o sucesso do tratamento é uma condição básica que a relação entre o doente e o fisioterapeuta se caracterize pela total confiança. Sem comunicação, não há confiança que perdure. Quanto mais prolongado ou difícil for o tratamento, mais importante será consolidar esta confiança.

Como se mencionou, o cuidar, mais do que um acto, é uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.

Quando se considera um fisioterapeuta nos cuidados paliativos, verifica-se que as atribuições deste são muito diversificadas, obrigando-o a perceber o significado de cada uma delas e a forma de as abordar. Em acções tão diferentes como aliviar a dor e promover o conforto e bem-estar, aliviar sintomas, facilitar o controlo respiratório, apoiar e cuidar na fase terminal, estabelecer objectivos realistas, gerir as expectativas ou promover a autonomia e fomentar a esperança, não mais é possível manter o mesmo comportamento ou a mesma atitude. É indispensável adequar o tratamento e a comunicação a cada uma das situações. Se

nuns casos, profissionalmente, é o contacto físico que prevalece, já noutros é a comunicação; logo, há que ter cuidado em dar o enfoque necessário e real, de forma a conseguir o objectivo desejado.

Se a relação entre o fisioterapeuta e o doente é o elo central da sua acção, não se pode esquecer a frequente intervenção de outras relações interpessoais envolvidas em todos os tratamentos, nomeadamente com a família e os demais próximos do doente, nem esquecer os outros profissionais de saúde que integram as equipas multidisciplinares de que o fisioterapeuta faz parte.

Em todas estas dimensões de relações interpessoais, não há decerto uma fórmula para se obter um resultado pleno. Mas, em verdade, sem uma boa e eficaz comunicação, o fracasso é altamente provável.

II. Na sua essência, a **comunicação** corresponde a um intercâmbio de informações, relativas aos sujeitos que intervêm nos actos comunicativos e às realidades que os circundam. Trata-se de um processo dinâmico, caracterizado pela multidireccionalidade. Enquanto tal, implica uma constante adaptação a uma situação em permanente mudança, o que resulta num processo não linear, mas sempre marcado pela ocorrência de progressos e recuos. A atitude do fisioterapeuta não pode ser indiferente a esta dinâmica nem pode ser errática. O ajustamento contínuo ao fluxo de uma situação em vicissitudes permanentes apresenta-se como uma peça fundamental da autenticidade das relações interpessoais. A comunicação com o doente e com os demais profissionais de saúde é algo mais do que uma tarefa acessória ou episódica.

A introdução de uma comunicação apropriada na relação do profissional de saúde com aquele de quem se cuida afigura-se como um elemento fundamental para ter acesso a todas as dimensões da pessoa doente e para o considerar com a dignidade que lhe é devida. Todas as ferramentas comunicacionais legítimas devem ser usadas para conseguir atingir estes objectivos.

Particularmente revelador da importância da comunicação é o seu efectivo reconhecimento como uma das quatro áreas fundamentais dos cuidados paliativos, a par do controlo sintomático, do apoio à família e do trabalho em equipa. Entende-se aí que uma comunicação efectiva com os doentes, as suas famílias e todos

aqueles que estão envolvidos nos seus cuidados, representa uma parte essencial da assistência.

Não se vê razão para limitar a essencialidade da comunicação aos cuidados paliativos. Se a sua importância é aí mais marcada, tal deve-se à particular visibilidade da situação de fragilidade da pessoa doente e daqueles que o rodeiam. Mas toda a doença acarreta uma posição de vulnerabilidade que exige considerar sempre a comunicação como uma parte essencial do tratamento.

Não obstante uma aceitação generalizada da importância da comunicação nas relações envolvidas no tratamento de doentes, são frequentes as constantes dificuldades e obstáculos encontradas e criadas pelos profissionais de saúde – situação que é reconhecida. Superar este estado de coisas depende de uma aprendizagem profunda, sistemática e permanente. Esta pretende originar, não apenas a aquisição de um conjunto de conhecimentos, mas uma verdadeira interiorização desses conhecimentos de que resultará a assunção de uma nova postura e a alteração da própria cultura onde se inserem os profissionais de saúde.

Devemos respeitar e valorizar o processo de comunicação como uma ferramenta da nossa competência de respostas terapêuticas, onde ajudamos a outra pessoa a ajudar-se a si mesma.

III. A relação de ajuda é definida como a «relação em que, pelo menos, uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida» (Rogers, 2010, p. 20). Para Bermejo, a pessoa só é verdadeiramente humana quando se assiste a uma convergência das suas competências técnicas, relacionais, emocionais, éticas, espirituais e culturais. Fala-se, a este propósito, no «saber, saber fazer e saber ser».

Deve-se a Martin Buber a feliz expressão «confirmar o outro», para designar a aceitação de todas as suas potencialidades, potencialidades que se pretende desenvolver e evoluir. Buber insiste na ideia da relação pessoal como uma oportunidade de «reforçar» tudo o que a pessoa é, com todas as suas possibilidades existentes. Daí o recurso à expressão «confirmar o outro», pela qual se reconhece a capacidade de desenvolvimento interior e criador da pessoa.

Se é certo que o imperativo categórico de Kant, na *Metafísica dos Costumes*, pressupõe o cuidado do Outro como um fim em si mesmo e não como um meio ou um instrumento, não é demais reconhecer que Habermas dá mais um passo. É um passo decisivo. O Outro é tanto mais um fim em si mesmo, quanto eu estabeleça com ele uma comunicação paritária, quanto eu o escute e me encontre disposta a rever o meu agir por efeito da sua expressão no processo comunicativo. O Outro não é um ser abstracto, um logótipo de toda a humanidade, mas alguém cuja personalidade e dignidade são singulares e com quem comunico. Não me limito a explicar o meu agir. Nem me limito a ouvi-lo. Aquilo que exprime, aquilo que me transmite tem de poder contar com a minha abertura para o acolhimento, eventualmente, para rever a minha acção.

A relação de ajuda desenvolve-se numa relação interpessoal entre ajudante e ajudado, onde, por um lado, o ajudante atende, responde, personaliza e orienta, enquanto o ajudado, por seu turno, se envolve, explora, compreende e age. Em todas estas abordagens, é sempre imprescindível «escutar», o que implica uma escuta verdadeiramente activa e uma resposta empática, para que se possa ir ao encontro do outro na sua existência mais profunda.

Conclui-se, portanto, não ser viável nem eficaz uma «*relação de ajuda*» sem uma boa «*comunicação*». Não se pode transmitir, muito menos conseguir uma escuta activa, se não se conseguir comunicar com total eficácia.

IV. **A linguagem** é, desde sempre, a forma de comunicar entre os seres humanos, exprimindo-se, para além da verbal, em formas tão diversas como a gestual, a corporal e a sinalética.

A importância da linguagem é indiscutível. Contudo, ao longo do século XX, tomou-se maior consciência do seu papel fundamental nas relações humanas e nos objectivos que a mesma pretende atingir. A filosofia, a sociologia, a psicologia, a antropologia e a história debruçaram-se intensamente sobre a linguagem. Neste contexto, é hoje compreendido que a forma como se utiliza a linguagem torna-se vital. Esta pode ser agressiva, complacente, paternalista, bondosa, carinhosa, frontal ou simplesmente cordial.

Na relação que o fisioterapeuta estabelece com o doente é indispensável um cuidado extremo na forma de utilizar a linguagem. Abordar cada tema e cada palavra correctamente será um trunfo inquestionável para o êxito da sua missão. Parece existir, subjacente a cada acto de comunicação, um pacto de cooperação implícito que corresponde a um compromisso de fornecer o máximo de informação possível, mas não mais do que a necessária, o que se designa como «máxima de quantidade». O mesmo pacto de cooperação requer ainda que seja prestada informação verdadeira e comprovada – dita «máxima de qualidade» - e, bem assim, transmitida informação pertinente e relevante – a «máxima da relação» - com clareza, brevidade e sem ambiguidade - a «máxima da maneira».

Um dos maiores contributos vem de Paul Ricoeur (1913-2005) que personaliza os modelos de linguagem, remetendo o conceito de pessoa para a reflexão filosófica e, em especial, para a linguagem e a comunicação. Neste percurso, valoriza, precisamente o cuidado, o respeito e a simpatia.

V. Tudo é **comunicação**. Dentro da comunicação, é possível distinguir dois modelos: os modelos processuais e os modelos semióticos.

Nos modelos processuais a transmissão da mensagem esgota-se na relação entre um emissor e um receptor. Este modelo envolve um acto voluntário do emissor e a intencionalidade é um factor determinante na comunicação, onde se valoriza essencialmente a transmissão da mensagem.

No entanto, no contexto desta discussão, são sobretudo relevantes os modelos semióticos. São estes os modelos que valorizam a ligação entre a dimensão social, a partilha e a significação da mensagem. É, do mesmo modo, a participação dos interlocutores, o contexto em que estão inseridos e os meios utilizados. Particularmente relevante aqui é o chamado *feedback*, que corresponde às reacções do receptor, ou melhor, daquele que já não se limita ao estatuto de receptor. A noção de *feedback* implica compreender a comunicação como um fenómeno cooperativo e interactivo entre pessoas, que se desenvolve e ajusta em sintonia com o *feedback* que se vai recebendo. Assim, a mensagem passa a ser vista como uma realidade compartilhada e em constante construção.

Este modelo é caracterizado pela interactividade da comunicação, o que permite um conhecimento progressivo do outro, construindo assim a própria relação social, onde o *feedback* tem um papel crucial. Como tal, este processo coloca-se como a própria matriz das relações interpessoais. Acentua-se a dialéctica da comunicação que Paul Ricoeur identifica no binómio explicação/compreensão.

Deste modo, verificamos que o modelo semiótico integra pessoas e mensagens num dado contexto, investigando como interagem e como se constroem uns aos outros.

VI. A **comunicação interpessoal** representa o meio privilegiado de que cada um dispõe para criar identidades e relações.

Para que se verifique uma díade interpessoal, para além de uma relação contínua, é ainda necessário que as percepções dos seus intervenientes se alterem e adaptem perante o *feedback* recebido no decorrer dos episódios comunicativos. Para tal, é necessário que se verifique uma projecção pelos intervenientes no episódio comunicativo das suas identidades, dos papéis que representam um em relação ao outro e ainda da própria relação que os une.

A comunicação interpessoal produz-se tanto melhor quanto mais for praticada e experienciada. As respostas correspondem à atitude adoptada e à relação pretendida. Será da aprendizagem das várias estratégias comunicativas, consciente ou inconsciente, que depende o nosso grau de competência como interlocutores, destacando-se a nossa capacidade em sermos «bons ouvintes».

A nossa própria identidade pessoal é organizada a partir da forma como construimos a nossa relação com os outros na interacção comunicativa. Tipicamente, esta identidade exhibe variações ditadas pelas circunstâncias, situações concretas que vivemos, o que permite concluir pela existência de uma pluralidade de identidades susceptíveis de sofrerem mutações. Estas várias identidades referem-se, parcialmente, ao «nosso verdadeiro eu», ao «eu que queremos ser para os outros» e ao «eu que os outros vêem», sendo que este último se encontra em constante alteração, por depender do sujeito com que nos estamos a relacionar.

Pode assim afirmar-se a existência de uma relação directa entre a nossa competência comunicativa e a nossa capacidade de que dispomos para modificar e

guiar os vários «eus» que intervêm nos episódios comunicativos em que tomamos parte. A língua é um elemento essencial da formação da nossa identidade, porquanto é através das nossas palavras e mensagens que transmitimos aos outros toda a nossa identidade, múltipla e variável, e descobrimos a identidade alheia, em toda a sua complexidade.

Quando se depara com um obstáculo na comunicação, é necessário recorrer à nossa capacidade de adaptação para o resolver. A solução de um problema comunicacional confronta-nos perante a necessidade de uma opção, envolvendo a escolha das estratégias mais adequadas. De todas as estratégias, a resolução conjunta e o compromisso parecem ser as técnicas mais adequadas pelo facto de garantirem a igualdade entre interlocutores, tanto na perspectiva da comunicação como da relação humana.

Enquanto estratégia de solução de um problema de comunicação, a resolução conjunta envolve a «colocação no lugar do outro», correspondente à capacidade de entender uma identidade diferente, condizente com a imagem mais ou menos correcta que temos do outro.

Tendo em conta o que foi dito, a comunicação não se resume a uma questão de competências e técnicas, pois envolve atitudes, expectativas, percepções, preferências e identidades. Enquanto fenómeno humano, a comunicação depende essencialmente das pessoas que nela se empenham e envolve a toda a sua formação intelectual, cultural e emocional e toda a sua atitude comportamental.

Perante a Teoria do Agir Comunicativo, abre-se um desafio ao fisioterapeuta de adoptar uma nova postura.

Baseada em que pressupostos?

Na sua teoria, Habermas introduz a ética do discurso nas diferentes formas de comunicação, onde indica as regras discursivas, as pretensões de validade e as referências ao mundo.

Recordemos as regras essenciais do discurso:

- todo e qualquer sujeito capaz de falar e agir pode participar no discurso;

- pode questionar qualquer afirmação, introduzir novas afirmações as suas necessidades, desejos e convicções;

- a nenhum dos interlocutores deve ser negado o uso dos direitos garantidos por estas regras

A sua observância mostra-se indispensável para criar uma situação de igualdade entre todos os que participam no discurso com vista ao entendimento mútuo. Este discurso é iniciado por um sujeito comunicativo, realizando-se a acção em torno de um consenso entre todos os participantes.

Estas regras, quando estabelecidas, marcam concretamente a diferença, não apenas do discurso, como também na própria acção. Este tipo de abordagem é normalmente realizado quando o fisioterapeuta avalia o doente, traça objectivos, trata e acompanha o doente. Por sabermos que o outro, o doente, à nossa frente tem os mesmos direitos a falar, questionar, duvidar, exprimir necessidades e desejos, somos confrontados com uma nova realidade que vai permitir um entendimento mútuo e uma relação intersubjectiva. Para que exista um verdadeiro diálogo é necessário que o profissional tenha capacidade de ouvir, escutar o seu doente, tratando-o como igual.

A par destas regras discursivas, há ainda que considerar as pretensões de validade, correspondentes à verdade, correcção e veracidade.

Se integrarmos estes parâmetros no nosso diálogo com o doente e com sua família, fica aberto o caminho para a partilha e para a confiança. A comunicação fica mais clara e aberta ao entendimento mútuo. Podemos dizer então que estamos a tratar o doente, integrando todas as suas dimensões, com dignidade e respeito, estabelecendo uma verdadeira relação de ajuda.

Como foi referido, o sucesso do tratamento tem como condição primária a existência de uma situação de total confiança entre o doente e o fisioterapeuta, confiança que é tão mais necessária quanto mais complexo e demorado for o tratamento.

Neste contexto, o desenvolvimento da comunicação, segundo um princípio de igualdade, afigura-se essencial para que a confiança se estabeleça através do diálogo.

As denominadas pretensões de validade também concorrem para a confiança: se o diálogo com o doente for guiado pela verdade, correcção e veracidade por parte de ambos os intervenientes, vai desenvolver-se num espaço de confiança propício à adesão do doente ao tratamento, o que se afigura particularmente favorável ao seu êxito.

Na realidade, só com a assunção de uma atitude performativa por ambos os intervenientes, aberta ao outro e dirigida à partilha e ao entendimento comum é possível cuidar no sentido pleno da palavra. Para que a sua acção de cuidar se desenvolva na totalidade, o profissional tem de aceitar tornar-se permeável ao outro, neste caso o doente, colocando-se no seu lugar. Uma atitude deste tipo pode encontrar vários bloqueios, em particular o receio do profissional de saúde em vulnerabilizar-se, ele próprio, ao abandonar a situação de predomínio de que goza em consequência da sua posição como profissional, assim como ao baixar a guarda e permitir o envolvimento com o doente. A aprendizagem de um modelo de comunicação assente na atitude performativa e dirigido ao entendimento comum podem ajudar a ultrapassar esses receios.

Quando um profissional de saúde se encontra com um doente, nem sempre convergem nas mesmas ideias, nomeadamente sobre o tratamento mais adequado e os objectivos pretendidos. Tal não significa que seja impossível, em conjunto, chegar a um entendimento. Este entendimento pode ser facilitado se considerarmos que o ser humano é um ser construtivo e criador, devendo, por isso, ser ajudado a desenvolver todas as suas potencialidades e capacidades para a sua evolução. Na comunicação com o doente, ter-se-á de ter em conta a verdade, a correcção e a veracidade das palavras, das opiniões, das explicações dadas e fundamentadas pelo fisioterapeuta. Estas pretensões de validade revelam-se de extrema importância na promoção da relação comunicacional e na emergência de um entendimento mútuo.

O uso das pretensões de validade na comunicação revela-se extremamente eficaz, pois estas não só mantêm abertos os canais propícios a uma boa

comunicação, como proporcionam o espaço necessário para o doente crescer e evoluir por si só. E esta autonomia é indispensável à sua dignidade.

Como é referido por Ricoeur, a humanização destes modelos permite o cuidado, o respeito e a simpatia. Não é pouco. Este tipo de atitude parece ser decisivo para os fisioterapeutas quando tratam, cuidam e acompanham doentes, famílias e equipa.

Muito próximas das pretensões de validade, e também úteis para se pensar a relação com o doente, são as já enunciadas máximas de «quantidade», «qualidade», «relação» e «maneira», que se encontram implícitas no pacto de pacto de cooperação subjacente a cada acto de comunicação. A comunicação com o doente, tendo em conta estas máximas, concorre para um diálogo esclarecido, onde o «ruído» da informação desnecessária, superficial ou descontextualizada é reduzido ao mínimo. Um diálogo esclarecido e dirigido ao entendimento mútuo permite a substituição do argumento da força – baseada na posição de superioridade do profissional – pela razão dos argumentos, num espaço livre de qualquer elemento coactivo.

Há ainda que ter em conta as necessárias referências ao mundo objectivo, subjectivo e social próprio do doente. Ao atender ao mundo objectivo, referimo-nos ao que está a preocupar o doente e a sua família no momento presente; o mundo subjectivo implica a consideração da totalidade das vivências específicas do doente, ao seu mundo próprio; o mundo social refere-se às relações interpessoais, nomeadamente aquela que se estabelece entre o fisioterapeuta e o doente.

Quando, na avaliação dos doentes, temos como preocupação as referências ao mundo, estamos realmente a demonstrar preocupação com o doente, de onde veio, como está e para onde vai. O objectivo é ajudar o doente de uma forma holística, integrada, proporcionando-lhe a melhor ajuda possível. O doente deve ser tratado como sendo ele próprio um objectivo.

Para que este conjunto de regras e pressupostos sejam aplicados na prática, é necessária uma mudança clara e inequívoca de atitude. A atitude performativa é indicada por Habermas como a mais correta e eficaz. Esta atitude implica, não só o abrir mão do estatuto de superioridade de quem fala primeiro, como ainda exclui

uma interpretação automática e superficial do contexto que é normalmente feita. Para além disso, é também necessário desenvolver esforços de verdadeira interpretação e compreensão, exibindo uma atitude aberta de modo a permitir o entendimento mútuo.

Este tipo de atitude tem uma especial relevância no contexto dos cuidados de saúde. O profissional de saúde, em situação alguma, deverá adoptar uma atitude de superioridade e de julgamento do doente, da sua família e do seu contexto. As pessoas, quando estão doentes, podem encontrar-se numa situação de extrema fragilidade e de vulnerabilidade e, por isso, ainda é mais importante o respeito dos seus direitos e o tratamento paritário no discurso comunicacional.

Na realidade, só com uma efectiva interiorização pelos fisioterapeutas e por outros profissionais de saúde de um conjunto de regras éticas do discurso (essencialmente baseadas num princípio de igualdade na linha das propostas de Habermas) é possível garantir que o ‘mito’ da superioridade do profissional em relação ao não profissional é efectivamente afastado. Para que exista um verdadeiro diálogo no decurso de todo tratamento impõe-se que cada contacto seja regulado por directrizes, as quais garantem ao doente – e à sua família – as mesmas oportunidades e direitos de intervir em todos os actos de comunicação que tiverem lugar. Para tal, é necessária a consciência de que as competências profissionais podem actuar como um elemento opressivo e evitar as situações em que isto possa acontecer.

Na minha experiência, na área dos cuidados paliativos, esta atitude que recusa a posição de superioridade do profissional em relação ao doente e à sua família tem sido particularmente desenvolvida e com resultados muito positivos. No quadro dos destes cuidados, assiste-se a um exacerbar da vulnerabilidade da situação do doente. A extrema fragilidade do sujeito, confrontado com uma doença terminal, implica um redobrar de atenção dos profissionais envolvidos no desenvolvimento de um diálogo que reconhece a posição de igualdade de todos os intervenientes no discurso. A orientação de toda a comunicação pelas pretensões de validade afigura-se particularmente ordenada a uma gestão comum das expectativas e apta, como nenhuma outra, a conseguir a adesão de todos os envolvidos na identificação de objectivos realistas.

No entanto, em outras áreas de saúde, esta prática tem sido menos implementada sem se ver razão para tal. Todo o doente está numa situação de vulnerabilidade. Esta apenas é mais visível no contexto de uma doença terminal. Nada justifica que não se transponha a asserção do princípio fundamental da necessidade de um diálogo entre iguais para todas as relações entre os profissionais de saúde e os doentes.

Outra forma de acção é o entendimento mútuo. Este não resulta unicamente da compreensão do que é comunicado, mas implica o reconhecimento intersubjectivo da comunicação e das suas normas. A obtenção do entendimento mútuo depende do reconhecimento da relação interpessoal e da intersubjectividade. Estas são adquiridas através de uma competência comunicativa. Tal comunicação implica uma partilha entre os seus intervenientes. A verificação de uma efectiva partilha entre os participantes consegue-se através do reconhecimento dos modelos de comunicação, principalmente os semióticos, onde é identificado o *feedback*, e da relação interpessoal, e onde cada interveniente tem a possibilidade de criar identidades e relações.

Este tipo de atitude é a indicada aos fisioterapeutas quando acompanham os seus doentes, quando estabelecem objectivos, traçam planos de tratamento, fomentam a esperança e promovem a dignidade em conjunto com o doente e a sua família. A fisioterapia nos cuidados paliativos pode prolongar-se por algum tempo e é aconselhável esta forma de agir, já que dela pode resultar uma maior satisfação dos doentes e consequentemente uma maior adesão ao tratamento. Pode ainda promover a inter-relação com os doentes, as suas famílias e a equipa multidisciplinar.

As ideias apresentadas por Habermas apontam para um caminho de entrega a ser percorrido em conjunto, uns com os outros, ao contrário daquilo que é habitual, quando, cada um defende a sua ideia própria sem escutar o outro. Sempre que as pessoas estiverem dispostas a entrar por este caminho, então, ficam abertas as portas da relação de ajuda, do apoio mútuo, do entendimento e da intersubjectividade. Esta deve ser a atitude de eleição dos fisioterapeutas no exercício da sua função.

A este propósito, considere-se o estudo apresentado por Walseth e Schei (2011) que pretende desenvolver a teoria de Habermas no contexto do trabalho clínico com doentes crónicos. O objectivo proposto era saber se era possível uma mudança efectiva através do diálogo, à luz da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, assim como fornecer directrizes para saber «o que falar com os doentes e como».

Os autores citados insistem e reforçam a importância do diálogo entre os seus pares e com os doentes, segundo as pretensões de validade da verdade, correcção e veracidade. De igual modo, o discurso tem de ter em linha de conta as referências ao mundo objectivo, social e subjectivo do doente. Uma das conclusões a que chegaram foi a de que a criação de uma base de diálogo para o entendimento mútuo é crucial no relacionamento entre o doente e o profissional e que a Teoria do Agir Comunicativo ajuda a criar esta base de diálogo comum. O diálogo baseado na Teoria do Agir Comunicativo significa dar vida à linguagem do quotidiano e fazer uma ponte para um processo não opressivo que resulta numa mudança qualitativa na saúde dos doentes.

No entanto, o sucesso, segundo os autores, depende sempre da visão particular que cada profissional tem sobre a vida e do seu bom senso na decisão de como usar a sua própria visão.

Coloca-se então a questão de como actuar nestas circunstâncias. No mundo em que vivemos, com as constantes alterações e as diferentes políticas de saúde, não é possível excluir uma reflexão sobre as questões éticas. Podemos questionar o que deve ser feito, mas mais importante ainda é como deve ser feito e sobre que alicerces?

Aqui, a Teoria do Agir Comunicativo revela-se como um caminho, pois, a meu ver, Jürgen Habermas conseguiu estabelecer um conjunto de fundamentos teóricos susceptíveis de universalização e de serem transpostos para modelos de aprendizagem. Conseguiu encontrar sólidos fundamentos éticos para a comunicação e que podemos aplicar às acções quotidianas, em todos os domínios, nomeadamente nas relações dos profissionais de saúde com os doentes.

Na prática, o diálogo ideal pode nunca chegar a acontecer. A doença, a insegurança e a preocupação do doente e das suas famílias criam uma tal vulnerabilidade que pode ser impossível o entendimento. Mas, se usarmos as ferramentas propostas por Habermas, é possível afirmar que os procedimentos usados podem ser caracterizados como certos ou errados.

É imprescindível ter uma visão dos aspectos inesperados e ímpares de cada situação, da cada pessoa, de cada família e até de cada dia. A nossa capacidade de improvisar com sabedoria sobre objectivos que ainda não conhecemos bem requer experiência e envolve questões práticas e teóricas que vão além da nossa capacidade de adaptar os conhecimentos que já possuímos a novas situações. É sabido que a comunicação é caracterizada por várias etapas de crescimento, regras, estratégias, avanços e recuos, sucessos e fracassos, mas cada uma destas etapas corresponde a uma fase de desenvolvimento interactivo de comunicação.

Não basta construir saber, é preciso buscar sabedoria. A transmissão dos saberes é importante, mas há outro processo de aprendizagem que é o testemunho. Neste caso, é a aplicação do saber. Este modelo de aprendizagem, com uma uniformização dos critérios que orientam a comunicação e as relações interpessoais no domínio da saúde, afigura-se uma ferramenta útil e susceptível de aplicação na prática. No nosso relacionamento diário com os doentes, com as suas famílias, e mesmo com a equipa onde nos integramos, justifica-se a aplicação deste saber à prática, que se irá potencialmente traduzir na melhoria da abordagem aos doentes e no entendimento entre todos, resultando numa efectiva alteração do modelo das nossas práticas.

O ser humano, como ser criador e construtivo em reflexão, na busca de mais e melhor, tem capacidade para conseguir apreender a verdadeira dimensão desta teoria. O problema fundamental estará provavelmente na sua aplicação à prática quotidiana, onde é fácil o ressurgimento dos reflexos e hábitos enraizados. A sua verdadeira implementação e interiorização dependem, em muito, quer da alteração das posturas individuais, quer de uma verdadeira renovação da própria cultura que impera nos locais de trabalho.

Conclusão

Ao longo desta investigação, moveu-me sobretudo o objectivo de compreender e entender de que forma a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas poderia contribuir para uma nova abordagem da relação interpessoal do fisioterapeuta com os doentes, ao seu cuidado.

Foi possível reconhecer que a Teoria do Agir Comunicativo partiu de uma preocupação com o relacionamento interpessoal, não meramente especulativa, mas com directrizes concretas para a prática comunicativa. Habermas acaba por trazer a pessoa humana e sua dignidade para a teoria da comunicação, de olhos postos no seu desenvolvimento e aprendizagem no quadro das relações sociais.

Jürgen Habermas enuncia novas formas de acção e de comunicação.

Na comunicação, introduz uma verdadeira ética do discurso, onde estabelece os requisitos necessários para que um discurso seja considerado válido, enunciando as premissas essenciais. A par dessas premissas, verdadeiras regras de ouro, expõe um conjunto de pressupostos denominados de pretensões de validade, os quais devem também fazer parte dos actos comunicativos: a verdade, a correcção e a veracidade. Do mesmo passo, situa-nos no mundo: mundo objectivo, mundo social e mundo subjectivo.

Nas formas de acção, aposta na atitude performativa, o agir para o entendimento mútuo, a relação interpessoal e a intersubjectividade. A realização da relação comunicacional passa pela aceitação deste conjunto de regras e pressupostos.

Apesar de críticas pelo relativismo em que este consenso comunicativo pode degenerar, a verdade é que Habermas lança verdadeiros fundamentos teóricos universalizáveis.

O seu ponto de partida encontra-se na competência comunicativa das pessoas e na sua aptidão para proporcionar consensos em relação às normas e actos sociais, incluindo os discursos quotidianos. É certo que a competência comunicativa tanto possibilita a discórdia como o consenso na comunicação humana. Esta competência, porém, enquanto base das próprias acções comunicativas, permite conceber melhor a socialização, na qual todos os seres humanos se convertem em construtores do seu mundo de vida.

A partir do Agir Comunicativo, procurámos descortinar uma nova perspectiva para os profissionais de saúde se relacionarem, tanto com os doentes e as suas famílias, como também entre si, no quadro de equipas multidisciplinares.

Se é através da linguagem e da comunicação que adquirimos a competência comunicativa, então as regras do discurso, as pretensões de validade (a verdade, a correcção e a veracidade), as referências ao mundo (objectivo, subjectivo e social) do doente, são as referências que temos que ter constantemente em mente quando usamos a linguagem para comunicar.

Se é através da linguagem que chegamos, na comunicação, a uma relação intersubjectiva, caracterizada pela colocação no lugar do outro, esta é a atitude que um fisioterapeuta deve adoptar perante o doente e a sua família.

Com um trabalho criterioso ao nível da comunicação, da competência comunicativa, podemos chegar a uma relação mais próxima, a um privilégio do encontro pessoal com o outro, neste caso com o doente, e porventura a um entendimento mútuo.

Habermas lembra-nos que «sobre as coisas pode-se talvez conversar, com pessoas concretas tem que se falar» (Habermas, 2012a, p. XX). Em concreto, isto quer dizer que o fisioterapeuta, ao avaliar um doente, a traçar objectivos, a planear o seu tratamento ou a tentar chegar à melhor solução, há-de ter em conta, não só o que é preciso para a terapia, em sentido estrito, mas também as suas necessidades.

Ora, esta relação só é possível através de uma boa comunicação. A boa comunicação, por seu turno, só pode ser alcançada tendo em consideração as regras discursivas, as pretensões de validade e as referências ao mundo. Estas sim, têm que ser aprendidas e apreendidas, para depois serem praticadas.

Se o cuidar é uma acção tão cara à fisioterapia nos cuidados paliativos, o cuidar, o acompanhar e habilitar é mais do que uma atitude: é um momento onde há uma preocupação e um envolvimento afectivo com o outro. Então, aqui, a comunicação (ou seja a competência comunicativa) revela-se crucial. A forma e a maneira como comunicamos com o doente pode ter um resultado melhor ou pior (bom ou mau). Sem dúvida que desejamos um bom resultado, que permita chegar a uma relação pessoal com o doente.

A Teoria do Agir Comunicativo não se centra apenas no uso da linguagem e nas formas de comunicação. Centra-se na valia dos sujeitos que participam. Não só melhora a relação do fisioterapeuta com o doente, como a do fisioterapeuta com a família e até entre o fisioterapeuta e a equipa. Não tem necessariamente que ficar restrita à fisioterapia, pode alargar-se a outros campos da saúde. Alargando a mais áreas, pode melhorar o viver das pessoas no dia-a-dia, porque se conseguirmos modificar o viver no trabalho, no emprego, se cada um fizer a sua parte podemos, de facto, introduzir mudanças de atitude.

Se modificar o meu agir no trabalho, (com mais respeito e dignidade por todos), as repercussões podem também ser visíveis no ambiente quotidiano de casa, o que se pode propagar de casa em casa, instituição em instituição. Se cada profissional fizer a sua parte, então vou, justamente, ao encontro do que Habermas defende, ao afirmar que, melhorando a comunicação, melhoramos a democracia.

Barbosa recorda-nos que a reumanização da saúde deve ser capaz de dar respostas mais adequadas às necessidades dos doentes, não esquecendo que os cuidados prestados pela sociedade aos seus cidadãos são um precioso indicador do seu grau de civilização. Parece estar na hora de nos lançarmos à mudança. O comportamento actual dos profissionais pode ser melhorado para que se colham frutos num futuro próximo.

Os fundamentos de Habermas não ficam prisioneiros das páginas em que foram escritos. Podem e devem ser usados no dia-a-dia, representando um conjunto de regras e modelos éticos que podem ser universalizáveis. De certo modo, mais do que uma filosofia, retiramos do Agir Comunicativo uma forma de sabedoria, a qual não se ensina na formação teórica dos profissionais de saúde, mas transmite-se pelo exemplo, pela experiência e pela socialização. Com a construção, na sua base, de

um novo modelo de aprendizagem será possível levar a cabo uma maior uniformização dos comportamentos individuais e institucionais.

Mulheres e homens, como seres criadores e construtivos têm ao seu alcance propagar ou difundir este saber ou esta proposta ética, que faculta uma nova abordagem e um novo tipo de relacionamento.

Uma maior realização profissional é, sem dúvida, gratificante. Ela precisa de uma melhoria das relações entre as pessoas, não só dos profissionais e doentes, como também dos demais elementos do ambiente humano.

O homem é um ser criador, no sentido de estar sempre à descoberta, sem nunca se sentir satisfeito com a sua actuação. A busca e a procura constantes fazem parte da sua natureza: busca de sentido, de partilha, de diálogo, de se colocar ao lado do Outro, de buscar soluções mais humanas. Trata-se da busca da relação, do entendimento que é um caminho que podemos fazer com o outro, a relação dialógica, a capacidade de escuta, de compreender o outro tal como ele é. Este caminho aponta para uma possibilidade de mudança.

Os frutos do Agir Comunicativo encontram-se na possibilidade de abrir portas e traçar novos caminhos com vista a uma melhoria significativa do relacionamento humano, do respeito, da comunicação e da dignidade da pessoa aplicáveis também na área da saúde e dos seus profissionais.

Ao conseguir compreender e praticar a comunicação e a acção na linha de Habermas, o fisioterapeuta torna-se mais competente comunicativamente e, por conseguinte, estará em posição de estabelecer melhores relações, relações de ajuda, doente/família e equipa. Permite-se também aumentar o seu saber: o saber fazer e o saber ser, algo que se vai traduzir também em boas práticas.

Esta competência comunicativa adquirida e interiorizada possibilita um crescimento e desenvolvimento pessoal do doente e de nós próprios.

Creemos que, alargando progressivamente o Agir Comunicativo a outros campos da saúde, há-de ser possível um estudo de campo para, mais tarde, colher bons resultados.

Bibliografia

- Abalos, E. (2005). The Tools and techniques of evidence-based medicine. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 19 (1), 11-26.
- Barbosa, A. & Neto, I. (Eds.) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª edição). Lisboa. Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL.
- Barbosa, A. (2002). *Pensar e morrer nos cuidados de saúde. Análise social*; vol XXXVIII (166). 35-49.
- Bermejo, J.C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. (9ª edição) Santander: Sal Tarrae.
- Boof, L. (1999). *Saber Cuidar. Ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Campbell, I. & Schonell, M. (1984). *Respiratory Medicine*. (2ª edição). New York. Churchill Livingstone.
- Carkhuff, R. R. (1969). Relação interpessoal. *Centro de Estudos em Psicologia* Acedido Setembro 10, 2012, em <http://www.cemp.com.br/artigos.asp?id=47>.
- Chartered Society of Physiotherapy (2002). *The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people*. Acedido Outubro 29, 2010, em <http://www.csp.org.uk>.
- Chartered Society of Physiotherapy (2009). *The role of physiotherapy in oncology and palliative care*. Acedido Junho 12, 2012, em <http://csplis.csp.org.uk/olibcgi?infile=details.glu&luid=33368>.
- Costa, J.A. & Melo, A.S. (sem data). *Dicionário da língua portuguesa* (7ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Davis, M.C. (2006). *Patient practitioner interaction*. (Fourth edition). United States of America: Slack.
- Dietrich, G. (1988). *Psicologia general del counseling*. Barcelona: Herder.
- Downie, P.A. (1979). *Cash's Textbook of Medical Condition for Physiotherapist*. London: Faber and Faber.
- Erickson, M. & McKnight, B. (2005). *Documentation basics. A Guide for Physical Therapist Assistant*. United States of America. Slack.

- Fallowfield, L. (2010). Communication with the patient and family in palliative medicine. In Hanks, G., Cherny, N.I., Christakis, N.A., Fallon, M., Kaase, S. & Portenoy, R.K. (4ª edição). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (333-341). New York. Oxford University Press Inc.
- Felício, E.C.S., Pereira, E.F., Gomes, D. (2006). Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões actuais. *Cadernos Centro Universitário São Camilo*. 12 (2), 87-91.
- Habermas, J. (2003). *Consciência moral e agir comunicativo*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Habermas, J. (2012a). *Teoria do agir comunicativo: Racionalidade da acção e racionalização social*. São Paulo: Martins Fontes.
- Habermas, J. (2012b). *Teoria do agir comunicativo: Sobre a crítica da razão funcionalista*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haugen, D.F., Nauck, F. & Caraceni, A. (2010). The core team and the extended team. In Hanks, G., Cherny, N.I., Christakis, N.A., Fallon, M., Kaase, S. & Portenoy, R.K. (4ª edição). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (165-175). New York. Oxford University Press Inc.
- Jeffrey, D. (2010). Communication between professionals. In Hanks, G., Cherny, N.I., Christakis, N.A., Fallon, M., Kaase, S. & Portenoy, R.K. (4ª edição). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (348-353). New York. Oxford University Press Inc.
- Kurma, P.S. (2010). Thinking out of the box: From physiotherapy to rehabilitation. *International Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*. 1 (1), 1-4.
- Kovács, M.J. (2003). Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. Acedido Setembro 3, 2012, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=366413&indexSearch=ID#top>.
- Lopes, A.M.F. (1994). Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas. Papel e modalidades de formação contínua. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, área de especialização, pedagogia na saúde - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa, Portugal.
- Malizia, P. (2006). *Comunicazioni. Strutture e contesti sociali dell'agire comunicativo*. Milão: Franco Angeli.
- Marcucci, F.C.I. (2005). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51 (1), 67-77.

- Maslow, A. (2003). Hierarchy of needs. Acedido em Setembro, 5, 2012, em <http://psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/hierarchyneeds.htm>.
- McCoughlan, M. (2003). A necessidade de cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 27 (1), 81-88.
- Meyer, M. (1982). *Lógica, linguagem e argumentação*. Lisboa: Teorema.
- Morais, S. (2009). *Comunicação e estranheza. Contingências da intersubjectividade*. Covilhã: Labcom.
- Oien, A.M., Steinhaug, S., Inversen, S. & Raheim, M. (2010). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sci*; 25, 53-61
- O'Sullivan, S.B. (1983). Tomada de decisões clínicas: Planejamento de Tratamentos efetivos. In O'Sullivan, S.B., Cullen, E.K. & Schmitz, J.T.. *Fisioterapia, tratamento, procedimentos e avaliação*. (1-7). São Paulo. Manole.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Eds.) *Manual de cuidados paliativos*. (461- 485). Lisboa. Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL.
- Reese-Schafer, W. (2008). *Compreender Habermas*. Petrópolis: Vozes.
- Ricoeur, P. (2011). *Teoria da interpretação: O discurso e o excesso de significação*. Lisboa. Edições 70.
- Ries, E. (2007). A special place: Physical therapy in hospice and palliative care. *PT magazine of physical therapy*. 42-47.
- Roberts, L. & Buckey, S.J. (2007). Communicating with patients: What happens in practice?. *Physical Therapy*, 87 (5), 586-594.
- Robinson, D. & English, A. (2010). Physiotherapy in palliative care. In Hanks, G., Cherny, N.I., Christakis, N.A., Fallon, M., Kaase, S. & Portenoy, R.K. (4ª edição). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (227-232). New York. Oxford University Press Inc.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rothstein, J.M. (1985). *Measurement in physical therapy*. New York: Churchill Livingstone.
- Rothstein, J.M., Roy, S.H. & Wolf, L.S. (2005). *The Rehabilitation specialists handbook*. (Third edition). Philadelphia. F A Davis Company.

- Salzitti, D. (2001). Evidence-based guidelines: Application to clinical practice. *Physical Therapy*, 81 (10), 1622-1628.
- Santos, J.V. (2011). *Linguagem e comunicação*. Coimbra: Almedina.
- Schartz, M. (2006). *Amar e viver, Lições de um mestre inesquecível*. Cascais, Portugal: Pergaminho.
- Silva, J. (2004). As qualidades importantes num fisioterapeuta que presta cuidados na área do desporto. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Portugal.
- Tester, C. (2008). Palliative rehabilitation. In Boog, M.K. & Tester, C.Y. *Palliative care: A Practical guide for the health professional* (45-53). New York. Churchill Livingstone.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Walseth, L.T. & Schei, E. (2010). Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med health care and philos*, 14, 81-90.
- World Confederation for Physical Therapy (2011). *Policy statement: Description of physical therapy*. Acedido Fevereiro 22, 2012, em <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>.

Legislação

- Decreto-Lei nº 261/93 de 24 de Julho. Diário da República nº 172/93 - I Série A. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República nº 109/2006 - I Série A. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social.
- Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República nº 172/2012 - I Série. (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos).
- Portaria nº 22034/66 de 4 de Junho. Diário da República nº 131/66 - I Série. Ministério da Saúde e Assistência.
- Portaria nº 256-A/86 de 28 de Maio. Diário da República nº 122/86 - I Série. Ministério das Finanças e da Saúde.

Portaria nº 185/94 de 31 de Março. Diário da República nº 76/94 - I Série B.
Ministério da Educação e da Saúde.