

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

# **Supervisão em Terapia da Fala Ética e Humanização**

*Trabalho de natureza profissional apresentado no âmbito das  
Provas Públicas para obtenção do  
Título de Especialista em Terapia da Fala*

Ana Paula Nunes Vital

Lisboa, Agosto de 2013

## Preâmbulo

A experiência vivida do contexto da prática clínica, ainda em estágio académico, entre 1985 e 1986 fizeram despertar o interesse e a reflexão sobre diferentes aspectos, atores, acções e contextos inerentes à aprendizagem clínica em contexto real de vivência institucional sob a supervisão de um Terapeuta da Fala experiente. Essa reflexão continuou e complexificou-se quando, já como profissional (a partir de agosto de 1986), experienciei o contexto de estágio profissional, acrescentando a materialização do diploma da formação em Terapêutica da Fala.

Aos conhecimentos, saberes, habilidades e técnicas aprendidas associava-se uma cultura de atitudes e valores absorvida de forma consciente ou não. A dimensão ética da acção do terapeuta era, estruturalmente, aquela explicitada no código de conduta ou Código Deontológico.

Em 1993, a realização de um trabalho descritivo de análise de conteúdo documental, enquadrado no Curso Complementar de Ensino e Administração, proporcionou-me a análise dos *Curricula* da formação inicial dos Terapeutas da Fala desde a sua origem em Portugal na Escola de Reabilitação do Alcoitão, actualmente designada por Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA).

Então, duas áreas eram claramente inexistentes nos *curricula* mas estruturalmente e estrategicamente importantes para o desenvolvimento da Terapia da Fala em Portugal – a supervisão clínica e a gestão. A área da ética, embora explicitamente existente, focava-se na concretização do Código Deontológico (que existe desde a constituição da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala em 1978) e não tinha a dimensão de ética aplicada.

Na formação contínua organizada pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) as mesmas áreas eram igualmente deficitárias e no caso da ética as formações proporcionadas não tinham candidatos. Nos levantamentos de necessidades de formação (em que também colaborei) feitos aos Terapeutas da Fala estas não eram áreas sugeridas pelos profissionais.

De forma concreta e fundamentada tive oportunidade de propor tanto à ESSA como à APTF formação contínua e/ou pós-graduada nas áreas da Ética (aplicada), Supervisão Clínica e Gestão aplicada à Terapia da Fala.

A partir de 1994<sup>i</sup> (já em funções docentes na ESSA desde janeiro de 1992) para além da área da ética e deontologia, que leccionei desde que iniciei funções docentes, introduzi aspectos da temática da supervisão nas disciplinas de estágio. Então, o docente responsável pelos alunos em estágio nas instituições designava-se “supervisor” (supervisor de Estágio da Escola – docente). Foram também introduzidas várias ferramentas de gestão clínica e de garantia de qualidade, medição de resultados de intervenção e passaram a ser usados planos de intervenção terapêutica centrados na pessoa-utente com objectivos gerais e específicos definidos que foram paulatinamente substituindo a lista de tarefas, actividades e exercícios até aí utilizados.

Em 1998, quando assumi a responsabilidade da disciplina de Estágio, tornei explícita e apliquei algumas das dimensões da supervisão clínica no planeamento junto dos Terapeutas da Fala – monitores de estágio nas instituições (supervisor de Estágio da Instituição – Terapeuta) e no decorrer da unidade curricular junto dos alunos, tanto na introdução aos estágios como ao longo do seu acompanhamento assim como na elaboração do então designado “Dossier de Estágio”. Formaram-se grupos de alunos por supervisor de Estágio da Escola – docente e os alunos passaram a ter sessões de apresentação e discussão de casos clínicos e acompanhamento da construção do dossier

de estágio e ajuda na análise, construção e reflexão crítica dos aspectos clínicos e éticos da prática clínica.

Quando implementei (a partir do ano lectivo 2005/2006) o plano de estudos por mim proposto à Universidade Atlântica tive a oportunidade de interligar a supervisão clínica à ética aplicada à metodologia clínico-pedagógica aos estágio e consultoria em terapia da fala.

Posteriormente introduzi junto dos alunos a consciência e reflexão individual e partilhada sobre os seus estilos e estratégias de aprendizagem, a forma como estão no contexto de supervisão e as competências éticas.

O trabalho que se apresenta é a expressão da importância desta área no desenvolvimento da terapia da fala em Portugal – da parceria na comunicação como uma condição ética e de humanização, do meu envolvimento pessoal e profissional, da minha satisfação no caminho percorrido, dos desafios que esta área contempla.

A diversidade saberes, experiências e de formação que escolhi fazer ao longo da minha vida e do meu percurso profissional e académico; as escolhas conscientes que fiz para percorrer este caminho e criar mudança; a escuta ativa e reflexão crítica clínica, pedagógica e ética que me tem acompanhado na vivência como supervisora, tutora, docente, colega, juntos dos estudantes e dos colegas Terapeutas da Fala no contexto de estágio e de aprendizagem clínica permitiram a riqueza da experiência de ser fonte e objecto de transformação.

Lisboa, 01 de Agosto de 2013

Paula Vital

---

<sup>i</sup> Em 1994 foi feita a reconversão da Escola de Reabilitação do Alcoitão em Estabelecimento de Ensino Superior Privado, com a aprovação dos planos de Estudo e atribuição do grau de bacharel, ao abrigo da legislação em vigor. A escola passou a designar-se Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

*"Homem, torna-te no que és"*

(Píndaro, poeta grego)

## Índice

	Página
Preâmbulo	i
Introdução	1
Supervisão em Terapia da Fala	3
Parceiros de Comunicação: Ética e Humanização	9
- <i>Parceiros de Comunicação</i>	10
- <i>Ética e Humanização</i>	15
- <i>Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</i>	24
Considerações Finais	31

## **Introdução**

A supervisão clínica e a ética na atividade do Terapeuta da Fala têm sido áreas disciplinares de estudo e de intervenção.

A comunicação humana é o foco deste percurso conceptual, bem como a forma como é utilizada nas relações interpessoais nos mais variados contextos pessoais e sociais.

A comunicação humana saudável, indutora de bem-estar e em última análise de saúde, é guiada por princípios éticos num contexto de parceria, estando os seus intervenientes conscientes do seu estatuto de vulnerabilidade compartilhada.

A visão bioética é enquadrada pelo modelo principialista. Da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) das Nações Unidas, adotada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007 é apresentada uma seleção e análise cruzando os conceitos de comunicação, ética, educação, saúde.

Apresenta-se uma proposta integradora da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (2001) com a dimensão ética.

Sugere-se formação específica e investigação nas áreas da supervisão, da ética aplicada já que o tornar-se pessoa e o desenvolver-se como profissional do cuidar apela à participação ativa numa plataforma de comunicação humana.

### Supervisão em Terapia da Fala

O terapeuta da fala tem como objeto de estudo e de intervenção a comunicação e a linguagem humana como condição de saúde promotora do bem-estar e da qualidade de vida.

A educação e formação do profissional terapeuta da fala envolve uma formação de 1º Ciclo (no atual enquadramento do processo de Bolonha, correspondendo a 240 ECTS) ao longo da qual são realizadas diferentes e graduais atividades de aprendizagem clínica e de estágios. Estes contextos justificam atividades de supervisão e estas, no enquadramento da educação formal académica, têm duas dimensões:

- Supervisão pedagógica, no sentido da monitorização e agilização da relação entre teoria e prática, da regulação de processos de ensino e de aprendizagem;

- Supervisão clínica, no sentido do acompanhamento e orientação dos casos clínicos de forma antecipada, direta presencial e diferida e de todas as situações de gestão clínica e gestão administrativa da prestação dos cuidados, para garantia da qualidade dos mesmos e da satisfação mútua do cliente e do profissional.

A educação tem como um dos seus potenciais objetivos facilitar a adaptação dos indivíduos ao seu meio social, incluindo a coletividade e especificamente o grupo ou classe profissional.

A educação dirige-se ao indivíduo considerado em si próprio, para seu benefício e seu desenvolvimento pessoal (Savater, 2006) e é uma arte cuja prática deve ser aperfeiçoada ao longo de gerações (Kant, citado por Savater, 2006).

A aplicação prática dos resultados da aprendizagem deve ser acompanhada por supervisores (que podem ter o papel de tutores ou mentores) que enquadrem e acompanhem

cada um dos profissionais, sobretudo aqueles em que a sua ação está alicerçada na relação e comunicação.

O contexto e o processo de supervisão pedagógica e clínica são fundamentais para o enquadramento e desenvolvimento profissional, apelando a competências de análise e resolução de problemas para o qual concorrem o raciocínio clínico e o raciocínio ético e moral.

A supervisão é vista como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional enquadrável num referencial teórico dos movimentos de autotransformação em alinhamento com o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (adaptado ao desenvolvimento profissional por Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Oliveira-Formosinho (1997), referido por Alarcão e Roldão, 2009).

Alarcão e Roldão (2009) quando se referem ao “saber profissional específico dos professores” salientam que “não pode ser compreendido, se o desligarmos da função social dos professores como alguém a quem a sociedade confia a tarefa de criar contextos de desenvolvimento humano que envolvam o educando na multiplicidade e interatividade das suas dimensões: cognitiva, afetiva, psicomotora, linguística, relacional, comunicacional, ética”.

Neste trabalho optou-se pela definição de supervisão apresentada por McCrea & Brasseur (2003):

*“Supervision is a process that consists of a variety of patterns of behavior, the appropriateness of which depends upon the needs, competencies, expectations and philosophies of the supervisor and the supervisee and the specifics of the situation (task, client, setting, and other variables).”*

A supervisão acontece num ambiente relacional, sistema ecológico complexo (Nassif et al.,2010), entre supervisor, supervisionado e cliente (s).

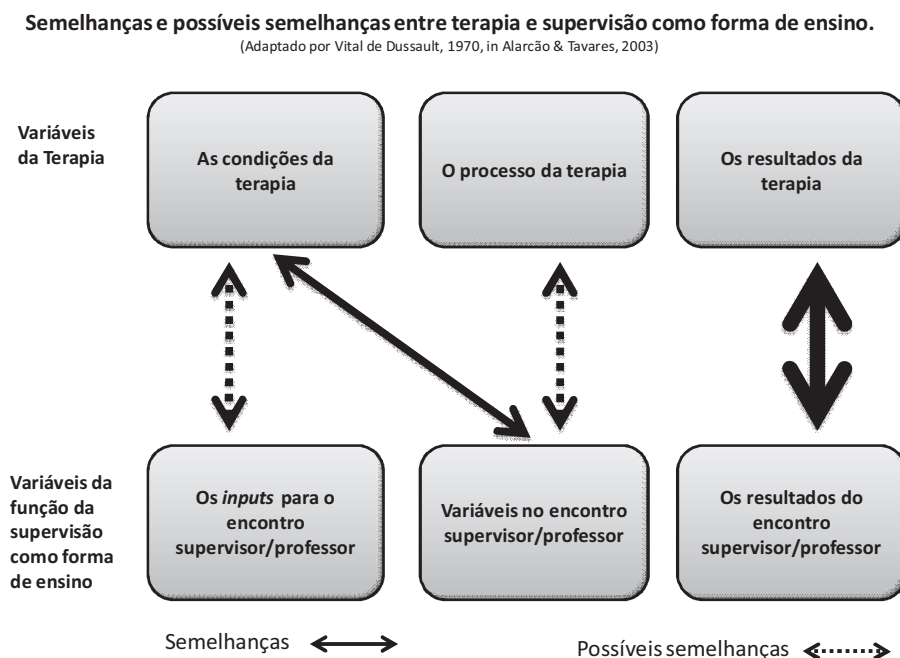
O estudo da supervisão tem vindo a ser realizado através das suas características, nomeadamente os aspetos interpessoais, como a comunicação, assim como dos estilos de supervisão sejam não-diretivo, de colaboração e diretivo.

A análise da supervisão e o seu estudo numa perspetiva psicossocial remetem-nos para o processo de supervisão como ensino (*as teaching*) desenvolvida na teoria de Dussault (1970, *apud* Alarcão e Tavares, 2003) em que a teoria de supervisão em formação de professores tem como base o modelo de Carl Rogers, “cujo objetivo terapêutico principal é o de ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa, assenta em três atitudes essenciais: o realismo, a aceitação e a empatia” (Alarcão e Tavares, 2003).

As semelhanças e possíveis semelhanças encontradas no estudo de Dussault (1970, citado por Alarcão & Tavares, 2003) entre as variáveis da terapia e as variáveis da função da supervisão como forma de ensino são apresentadas na figura 1.

No contexto pedagógico, D'Orey da Cunha (1996) define relação pedagógica como uma relação baseada na autonomia, considerada como um conceito positivo que se distingue de conceitos como liberdade, integração, autoritarismo, permissividade. Enuncia dez princípios da relação pedagógica baseada na autonomia: fascinação, expectativa, respeito, encorajamento, compreensão, confrontação, consequências, negociação criativa, diálogo, exigência.

Figura 1. Semelhanças e possíveis semelhanças entre terapia e supervisão como forma de ensino (Adaptado por Vital de Dussault, 1970, in Alarcão & Tavares, 2003).

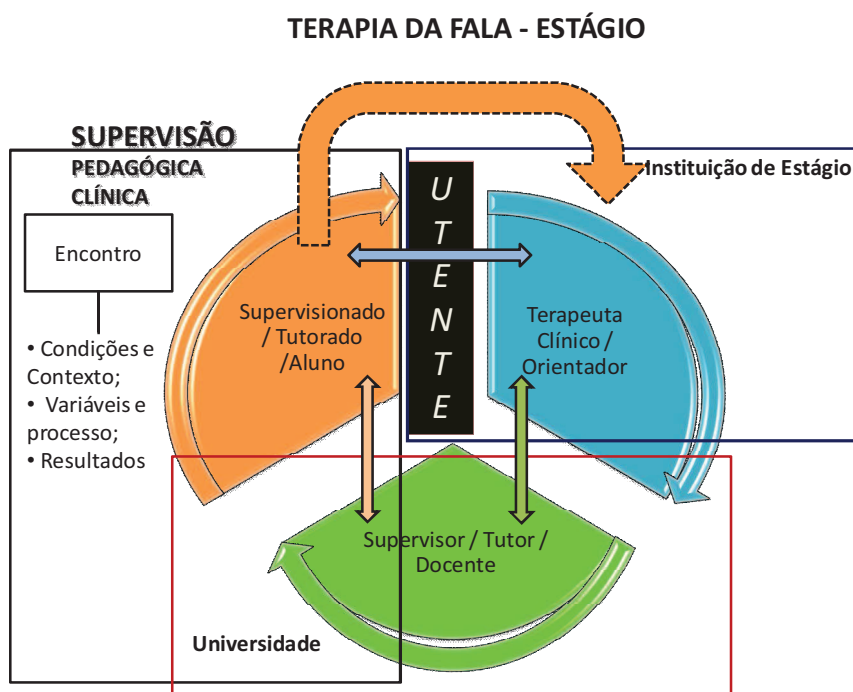


A relação inerente à supervisão, seja clínica e ou pedagógica, deve ser mútua, colaborativa, coerente, positiva, inspiradora e com benefícios para todos os intervenientes o que de novo nos remete para o conceito de comunicação.

As habilidades ou perícias da comunicação interpessoal em conjunto com a consciência e formação ética poderão ser os alicerces da aplicação e do desenvolvimento de boas práticas na supervisão.

O contexto de estágio de âmbito académico com a integração do estudante-estagiário-supervisionado na instituição prestadora de cuidados é diversificado e complexo que tentámos esquematizar num quadro concetual, figura 2.

Figura 2. Quadro conceptual da supervisão pedagógica e clínica no contexto de estágio na formação do terapeuta da fala (Vital, 2010).



No contexto de supervisão o supervisionado deve ser estimulado e acompanhado no desenvolvimento da motivação e ação orientadas pelas dimensões de integridade, responsabilidade, compaixão e perdão a que Lennick & Kiel (2005) designam de “bússola moral”, a partir da qual se pode identificar e desenvolver o seu posicionamento nas áreas de (1) agir consistentemente com princípios valores e crenças, (2) dizer a verdade, (3) defender o que é correto, (4) cumprir promessas, (5) assumir responsabilidade pelas escolhas pessoais, (6) admitir erros e falhas, (7) abraçar a responsabilidade para servir outros, (8) cuidar dos outros ativamente, (9) capacidade para desligar-se dos seus próprios erros e (10) capacidade para desligar-se dos erros dos outros. Este é um processo contínuo de autorreflexão e

autoanálise que, a partir de uma reflexão crítica e construtiva desenvolve o raciocínio ético e moral a par do desenvolvimento do raciocínio pedagógico e clínico.

O conhecimento empírico alicerça a nossa conceção de que, no curriculum da formação inicial graduada do terapeuta da fala, é a supervisão clínica e pedagógica que promoverá e facilitará o desenvolvimento integrado das competências explicitadas pelos descritores de Dublin como: instrumentais (capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas), interpessoais (capacidades individuais tais como as competências sociais (interação social e cooperação)) e sistémicas (capacidades e competências relacionadas ao sistema na sua totalidade (combinação da compreensão, da sensibilidade e conhecimento que permitem ao individuo ver como as partes de um todo se relacionam e se agrupam)).

A supervisão formal, integrada no processo de aprendizagem deverá ser considerada como uma boa prática e desta forma como garantia da qualidade da formação integradora de uma abordagem ecológica, holística e humanista.

“Se o impulso que guia o nosso tempo, uma vez conquistada a *liberdade de pensamento*, é a sua consecução até a essa plenitude em que se torna *liberdade de vontade*, o fim último da nossa educação já não poderá ser, para que a livre vontade se cumpra, o simples *saber*, mas antes o querer que se engendra no saber – e a expressão explícita daquilo a que uma tal educação deve aspirar é: *o homem pessoal ou livre*.”

(Max Stirner, “O Falso Princípio da Nossa Educação” , *in* Savater, 2006)

### **Parceiros de Comunicação: Ética e Humanização**

A citação de Daniel Webster "*Se perdesse todas as minhas capacidades, todas elas menos uma, escolheria ficar com a capacidade para comunicar, porque com ela depressa recuperaria tudo o resto...*" lança-nos uma provocação e desafia-nos a uma reflexão.

As reticências que Webster nos ofertou no seu pensamento, como omissão voluntária do que se podia dizer e fazer, corresponde ao espaço de cada um de nós, incluiu-nos como parceiros nesta mensagem e permite-nos pensar com detenção no nosso contexto individual, pessoal e ambiental e no nosso tipo e nível de participação como pessoa humana. Explicito que estamos perante a dimensão ética do agir.

A comunicação é o esqueleto de uma relação de cooperação, de parceria, de cuidado (*caring*) e de ajuda, envolvida num contexto de vulnerabilidade percebida e compartilhada que coloca questões éticas.

Será abordado, em primeiro lugar, o tema da parceria na comunicação e apresentam-se habilidades da comunicação interpessoal que podem ser aprendidas e/ou desenvolvidas para melhorar a competência comunicativa. No tema da ética e humanização salienta-se a apresentação do modelo bioético principialista, os aspetos mais importantes da comunicação na consulta médica/profissional de saúde, na perspetiva da pessoa utente dos serviços de saúde, a vulnerabilidade e o consentimento informado. No tema, funcionalidade, incapacidade e saúde os mesmos são definidos na visão da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (2001) e, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) das Nações Unidas, adotada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007, são abordadas algumas das suas orientações centradas nos

nossos conceitos de comunicação, ética, educação, saúde, apresentando-se uma proposta integradora da CIF com a dimensão ética e a humanização.

### ***Parceiros de Comunicação***

*... capacidade para comunicar...*

“Comunicar é viver, é dinamizar o progresso, é transformar mentalidades e o mundo em favor do bem-estar social e da felicidade de todos os cidadãos, sem discriminações, sem exclusões.” (Guerreiro, 2002).

Por comunicação entende-se o processo pelo qual é trocada informação entre um emissor e um recetor com o objetivo de atingirem compreensão mútua. Ao falar de processo de comunicação, referimo-nos a *o quê* se comunica - pensamentos e sentimentos e a *como* se comunica - verbal e/ou não-verbal. Sandholtz (1995) refere que no significado que se retira na comunicação 7% vem das palavras, 55% vem da expressão facial e da postura, enquanto 38% vem da entoação e inflexão vocal.

“A comunicação implica interação, inter-relação, há troca de informação entre duas pessoas e ação de uma sobre a outra. Para que, neste processo, a ação de um não se sobreponha à reação do outro (e reciprocamente), é necessário que, de uma forma explícita ou implícita, exista definição de papéis e de regras e um equilíbrio entre custo-benefício, inerente ao processo de dar-receber, de partilhar informação. Para que haja interesse na continuação do processo de comunicação, é necessário que na experiência anterior tenha havido prazer.” (Vital, 1999).

Os comunicadores mais efetivos são “orientados para o recetor” (*“receiver oriented”*) porque eles engrenam/transmitem as suas mensagens para o (colocando-se na posição do) recetor (Sandholtz, 1995). Eles perguntam a si mesmos - “Se eu fôsse o recetor, como é que esta mensagem iria atingir-me? Como é que eu a interpretaria?”.

Tanto a codificação como a descodificação são fortemente influenciadas por fatores individuais, tais como a formação ética e moral, a educação, a personalidade, o nível socioeconómico, o desenvolvimento infantil e familiar, as experiências pessoais, a cultura, a história profissional e o papel das organizações/instituições onde se encontram ou por onde passaram.

O potencial de distorção no processo de comunicação é muito grande, dado que, a forma como o emissor codifica a mensagem pode não refletir de uma forma rigorosa a mensagem que ele ou ela queria transmitir, e/ou, a forma de transmissão da mensagem pode não ter sido bem-sucedida, e/ou a forma como o recetor descodificou a mensagem está fortemente relacionada com o passado/antecedentes e a personalidade do indivíduo. Um facto inerente ao processo de comunicação é que as pessoas percebem as mensagens de diferentes maneiras e poderemos assim afirmar que o significado está ou encontra-se nas pessoas, não nas palavras. Quanto melhor se conhece a outra pessoa e se percebe/compreende o seu contexto pessoal, mais fácil se torna "ler" adequadamente as suas comunicações. Spitzberg (1993) define competência comunicativa como “interação apropriada e efetiva quer seja por desempenho e habilidades pessoais ou atribuídas pelo observador”.

Outra fonte de distorção no processo de comunicação é o “ruído”, que pode ser definido como interferência na mensagem desejada e projetada. Segundo Sandholtz (1995), existem três tipos de ruído que impedem uma escuta efetiva: (1) ambiental (sala barulhenta,

telefones que tocam, etc.); (2) fisiológico (cefaleias, dor aguda, “aflição”, etc.) e (3) emocional (preocupação, medo, ansiedade).

Dado que o processo de comunicação está cheio de potencial de/para distorção, é crucial o papel do *feedback* no modelo de comunicação. O *feedback* refere-se às tentativas do receptor, pedindo clarificação e parafraseando as palavras do emissor, para confirmar se a mensagem que descodificou é realmente aquela que o emissor pretendia transmitir. A menos que se confirme com o interlocutor, podemos erradamente assumir que determinada comunicação ocorreu quando afinal assim não foi. O *feedback* é uma forma de evitar ou ultrapassar falhas na comunicação. O conflito interpessoal decorre da comunicação porque é através dela, seja verbal ou não-verbal, que as pessoas iniciam, gerem e resolvem o conflito (Deen, 2000). Os conflitos podem ajudar as pessoas a encontrar e definir os limites e fronteiras da sua relação com os outros, se forem maduros, experientes e abertos à mudança (Lulofs (1994) citado por Deen, 2000). Segundo Sillars & Weisberg (1987, citado por Deen, 2000), o conflito implica duas dimensões particulares da comunicação: o afeto e o envolvimento, o compromisso (*engagement*). Ambos influenciam a comunicação, o afeto refere-se às mensagens que transmitem ao outro emoções positivas ou negativas e o envolvimento descreve como cada um é, seja no confronto ou no evitar do conflito.

Das competências comunicativas importantes para serem adquiridas e desenvolvidas temos a habilidade para diferenciar os pensamentos dos sentimentos e a congruência, que realça a eficácia da comunicação interpessoal. Desta forma, os sinais verbais e não-verbais que são transmitidos têm de ser congruentes com os pensamentos e/ou sentimentos que estão a ser experienciados no interior de cada um e consistentes uns com os outros, e assim, os sinais verbais não comunicam mensagens diferentes dos sinais não-verbais.

A escuta ativa é uma habilidade dinâmica na comunicação interpessoal. Entende-se por escuta ativa o ter como responsabilidade pessoal a garantia de que as mensagens enviadas são adequadamente decodificadas e, se alguma distorção for descoberta, deve ser clarificada antes de continuar com a conversação. A escuta ativa, envolve um alto nível de atenção e de disponibilidade para com o falante/emissor. Na escuta ativa o ouvinte tem que absorver e processar internamente a informação que recebeu, tem de encorajar a outra pessoa a falar, a comunicar e tem também de mostrar claramente que está a prestar atenção (Hartley,1993).

Escutar uma pessoa, o outro, é confirmá-la na sua existência, mostrando que é importante para nós, confirmando o seu espaço, o seu poder. Coloca-nos em simultâneo num contexto de assertividade, como de humildade (assumindo os deveres e os direitos relacionais) e de compaixão pela compreensão do estado emocional e situacional de outrem.

A comunicação transporta-nos para o contexto do cuidar (*caring*), do prestar atenção, presentes nas várias áreas da vida, seja na área familiar, na área social, na saúde, na educação, no emprego.

Mayeroff (citado por Watson, 1998) definiu a atividade do *caring* como a ação de ajudar uma outra pessoa a crescer e a atualizar-se, como um processo, uma maneira de entrar em relação com o outro que favorece o seu desenvolvimento.

A ação da comunicação e do cuidar implicam uma outra dimensão, sem a qual as anteriores não se desenvolvem – a parceria, entendendo-se como uma relação de colaboração entre duas ou mais pessoas com vista à realização de um objetivo comum.

É num contexto de parceria que é possível aplicar e desenvolver as três componentes da competência comunicativa referidas por Fisher & Adams (1994): adequabilidade, efetividade e flexibilidade.

Figura 3. Habilidades/perícias da comunicação interpessoal (Adaptado de Hartley (1993) por Vital (1999)).

Comunicação Não-Verbal	Também por vezes designada de comunicação corporal, inclui um conjunto de sinais não-verbais, como: expressão facial, olhar, gestos, postura, contacto corporal, forma de vestir e a aparência, vocalizações não-verbais, cheiro, etc.
Reforço	Comportamentos que encorajam a outra pessoa a continuar ou repetir o que está a fazer ou a dizer.
Questionar	Fazer a pergunta certa no tempo certo. As perguntas podem ser abertas (encorajam a pessoa a falar e a abrir-se) ou fechadas (encorajam respostas rápidas e curtas).
Reflectir	Fazer com que a outra pessoa fale em pormenor acerca dos seus sentimentos e atitudes. Funciona como uma ajuda para elaborar ou aumentar o que a pessoa tem estado a dizer. Existem diferentes formas de reflexão que podem provocar diferentes reacções: . <i>Palavras-chave</i> - o ouvinte identifica uma palavra ou frase chave, que irá encorajar o falante a dizer mais. . <i>Parafrasear</i> - o ouvinte sumariza aquilo que ouviu por suas próprias palavras. . <i>Reflexão de sentimentos</i> - o ouvinte identifica os sentimentos que o falante dá a entender na forma como fala.
Iniciar e Terminar	Refere-se à forma como se estabelece o início e o fim de uma determinada interacção. A forma como se inicia uma situação formal é muito importante, pode estabelecer uma atmosfera positiva ou negativa. De entre várias formas de iniciar uma interacção destacamos: . <i>abertura social</i> - o entrevistador/ouvinte tenta garantir que dá ao outro uma recepção ( <i>bem-vindo</i> ) positiva e que passa algum tempo em conversação social (“quebrando o gelo”) antes de iniciar o assunto específico. . <i>abertura factual</i> - o entrevistador/ouvinte começa com uma clara descrição dos factos importantes, talvez explicando como vê o seu papel, ou como vê os objectivos da entrevista/interacção ou resumizando o que aconteceu anteriormente. . <i>abertura motivacional</i> - o entrevistador/ouvinte começa com uma tentativa de motivar o entrevistado/falante talvez introduzindo algumas formas de ajuda para estimular o interesse. Há também uma variedade de formas de terminar ou concluir uma interacção, das quais salientamos o garantir que o entrevistado/falante teve oportunidade(s) de clarificar e esclarecer qualquer dúvida e que conhece o processo de entrevista /interacção assim como o seu resultado.
Explicar	Garantir ao entrevistado/falante todas as explicações e esclarecimentos necessários relativos ao conteúdo e processo da interacção.
Ouvir	Por ouvir entende-se escuta activa, conscientes de que há: 1 - problemas típicos ou <i>barreiras à escuta efectiva</i> - distrações externas, falta de interesse, “batalhas verbais”, “caça aos factos”, etc. 2 - <i>diferentes padrões de comportamento de escuta</i> : . <i>ouvintes simuladores</i> - parece que estão atentos e fazem sinais não-verbais apropriados mas o seu pensamento está noutro lado; . <i>ouvintes limitados</i> - dão, somente, atenção limitada aquilo que se diz, focam-se em tópicos específicos ou comentários e podem distorcer ou interpretar incorrectamente tudo ou outras coisas que estão a ser ditas; . <i>ouvintes auto-centrados</i> - estão apenas preocupados ou focados com as suas próprias opiniões ou perspectivas e podem simplesmente estar a querer a concordância do outro. Falar com alguém que utiliza um ou mais destes estilos pode ser muito frustrante. 3 - <i>comportamentos que parecem ajudar a outra pessoa a expressar-se e os quais ajudam-nos a ouvi-la</i> . Um bom ouvinte é aquele que utiliza escuta activa. A escuta pode ser sub-dividida num conjunto específico de habilidades, como: prestar atenção, seguir/compreender e reflectir. Os comportamentos que parecem estar associados com escuta efectiva envolvem comunicação corporal e pensamento interior, que inclui: . ser receptivo com a outra pessoa - mostrando que se está preparado para ouvir e se aceita o que está a ser dito. Os sinais não-verbais são muito importantes e é necessário evitar quaisquer sinais de tensão ou impaciência . manter a atenção - usando contacto visual, aceno de cabeça e expressão facial apropriada . remover distrações . atrasar ou evitar a avaliação do que foi ouvido até ter compreendido completamente.
“Self-disclosure” Auto-revelação	Refere-se ao processo de partilha de informação sobre nós próprios (quem somos, como sentimos), com outra pessoa.

As habilidades ou perícias da comunicação interpessoal (Figura 3) foram detalhadas por Hartley (1993) e incluem diversas áreas ou ações ao longo da interação: a comunicação não-verbal, o reforço, o questionar, o refletir, o iniciar e terminar, o explicar, o ouvir, a autorrevelação.

### *Ética e Humanização*

... escolheria...

“A Ética tem por objetivo facilitar a realização das pessoas. Que o ser humano chegue a realizar-se a si mesmo como tal, isto é, como pessoa. (...)” (Clotet, 1986)

“Bioética nada mais é do que os deveres do ser humano para com o outro ser humano e de todos para com a humanidade.” (André Comte-Sponville)

A ética tem raiz individual, refere-se à relação do Eu consigo próprio. A ética oferece um caminho de reflexão sobre os nossos comportamentos e a justificação moral para as nossas escolhas e ações, sendo reflexiva, e formula normas de conduta de forma autónoma. São considerados pré-requisitos para a ética a consciência, a autonomia e a coerência.

A alteridade é um princípio fundamental da ética e refere-se ao respeito ao outro e pelo outro como ser humano com a sua inerente dignidade.

Tom Beauchamp e James Childress apresentaram em 1979, no livro “*Principles of Biomedical Ethics*”, o modelo principialista (Beauchamp & Childress, 1994) que é um dos modelos de análise bioética mais divulgado e aplicado, sobretudo na área da saúde. Este modelo bioético apresenta-nos quatro princípios: princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não-maleficência e princípio da justiça.

Os quatro princípios morais são propostos para a aplicação no domínio da investigação científica, da medicina e dos cuidados de saúde e fundamentam-se em algumas regras que visam contribuir para a promoção das relações entre os profissionais de saúde e os utentes (Neves, 1996). Os quatro princípios não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie*, o mesmo ocorrendo com as regras (cit. Neves, 1996) que neles se fundamentam. Na Figura 4 apresentam-se as definições dos vários princípios assim como as regras inerentes aos mesmos e a forma de os operacionalizar.

Diego Gracia integra os quatro princípios aplicando-os à situação de doença na pessoa que está contextualizada socialmente: “A doença é um acontecimento tão dramático na vida humana, que põe à prova tanto a autonomia do doente, como a não-maleficência do prestador de cuidados de saúde, a beneficência da família e a justiça da sociedade.”.

Figura 4. Modelo Principlista de Beauchamp & Childress, 1979 (adaptado de Neves, 1996).

---

Princípio	Definição	Regra	Aplicação
<b>Autonomia</b>	Afirma a capacidade que a pessoa tem de se auto-determinar.	Veracidade	Consentimento informado
<b>Beneficência</b>	Enuncia a obrigatoriedade do profissional de saúde ou investigador de promover, primeiramente e sempre, o bem do paciente.	Confidencialidade	Ponderação acerca dos: . Custos . Riscos . Benefícios
<b>Não Maleficência</b>	Determina o não infligir de qualquer mal	Fidelidade	Princípio do duplo efeito
<b>Justiça</b>	Impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças	Privacidade	Diferentes modelos de justiça distributiva em função das várias teorias de justiça: igualitária, libertária e utilitária.

---

Os quatro momentos referidos por Gracia são necessários e complementam-se. Em primeiro lugar está a família que traz para a relação um princípio distinto do de autonomia e de não-malificência, é o chamado princípio de beneficência. Em segundo lugar está a sociedade depositária e garante do princípio de justiça. Se a ética do profissional de saúde se expressa sob a forma de indicação e a do doente sob a forma de eleição ou escolha, a ética da sociedade é a da distribuição de recursos e a instituição familiar como meio em que se realizam os ideais da vida das pessoas, é o lugar da ética da perfeição e das decisões de substituição (Gracia, 1992).

Na relação profissional de saúde-utente (PS-U) cada parte tem a sua especificidade moral, a ética do profissional de saúde rege-se pelo princípio da não-malificência e a do utente pelo princípio da autonomia.

Numa perspetiva atual de aplicação prática da ética e bioética, o princípio da autonomia é operacionalizado pelo consentimento informado, que tem como orientação central e obrigatória o requisito da veracidade.

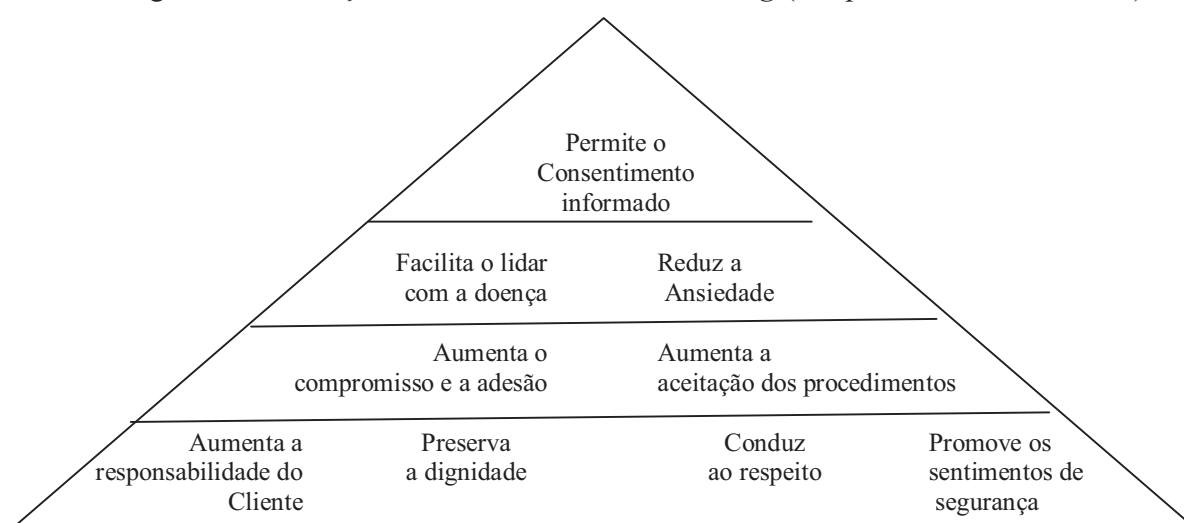
O consentimento informado tem vários pressupostos, referidos por Beauchamp & Childress (1994): competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento. As fases de informação para o consentimento são enunciadas (Serrão, s.d.): (1) descrição do procedimento proposto, tanto dos seus objetivos, como da maneira como se levará a cabo; (2) apresentação dos riscos, mal-estar e efeitos secundários possíveis; (3) benefícios do procedimento a curto, médio e longo prazo; (4) possíveis procedimentos alternativos, com os riscos, mal-estar e efeitos secundários de cada um, com uma explicação dos critérios que orientaram o médico na sua decisão de recomendar o tratamento escolhido; (5) efeitos previsíveis da não realização de nenhum dos procedimentos possíveis; (6) comunicação ao

doente da disposição do médico para ampliar toda a informação, se o doente assim o desejar e a tentar esclarecer todas as dúvidas que surjam após a aplicação do procedimento; (7) comunicação ao doente da sua liberdade para reconsiderar, em qualquer momento, a decisão tomada; (8) informação sobre os custos económicos de todo o processo.

Phaneuf (2005) salienta a importância de cuidados mais respeitosos e mais humanos através do cultivar de valores, atitudes e comportamentos particulares que se baseiam em princípios de natureza “caritativa” (*caring*) que devem favorecer tanto o profissional de saúde e o cuidador como a pessoa cuidada. É exemplo disso o consentimento informado.

Fornecer à pessoa (que pode estar doente) informação pertinente, necessária e adaptada e a oportunidade dela estar envolvida nas decisões vai de encontro a diferentes necessidades, nomeadamente o requisito médico-legal para o consentimento informado (Salmon, 2000). Este autor organizou em pirâmide e sistematizou os benefícios da transmissão de informação, relacionando-os com o envolvimento da pessoa no processo de cuidar (Figura 5) que culmina no consentimento informado.

Figura 5. Informação e envolvimento: *needs iceberg* ( adaptado de Salmon, 2000)



Da pirâmide de informação e envolvimento de Salmon (2000), salientamos na base dimensões que são estruturantes na edificação da “humanização”: respeito, dignidade, segurança e responsabilidade.

Humanizar tem como significado cultivar, fazer cultura, civilizar, educar. Assim, fica claro que implica um processo de aprendizagem socializado pelas “instituições” família, escola e a sociedade em geral que são em simultâneo as fontes e os sistemas de autorregulação. O processo de humanização envolve a comunicação e a satisfação da pessoa.

Os conceitos de comunicação, como já foi referido, e o de satisfação devem ser vistos de forma abrangente. Neste momento, vamos centrá-los no contexto do cuidar e em saúde. Assim, entende-se por comunicação, no contexto de saúde, o processo pelo qual é trocada informação, de onde se extrai dados pertinentes e necessários para a formulação do diagnóstico, prognóstico e elaboração de um plano de intervenção e que ocorre numa variedade de contextos clínicos e por satisfação do utente a medida e indicador de qualidade da prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente da eficácia da comunicação, que envolve uma avaliação cognitiva e uma reação emocional/afetiva aos cuidados de saúde recebidos (Vital, 1999).

No estudo realizado por Vital (1999) foi possível identificar os dez aspetos da comunicação importantes na consulta médica, na perspetiva da pessoa utente dos serviços de saúde (Figura 6).

Figura 6. Perspetiva do utente sobre os aspetos da comunicação (mais) importantes na consulta médica (Vital, 1999).

---

**Comunicação / Interação Médico-Utente**

---

- ◆ Fazer perguntas sobre sinais e sintomas
  - ◆ Tratar o utente com respeito
  - ◆ Aconselhar o utente em como evitar/prevenir as doenças e a manter-se saudável
  - ◆ Mostrar competência técnica
  - ◆ Atender o utente sem ser apressadamente
  - ◆ Informar sobre o diagnóstico
  - ◆ Explicar porque determinado tratamento é recomendado
  - ◆ Informar/explicar e discutir os resultados do exame físico, dos exames complementares de diagnóstico e do tratamento
  - ◆ Esforçar-se/mostrar interesse para que o utente compreenda a mensagem
  - ◆ Fazer o utente sentir-se como se pudesse falar de qualquer tipo de problema sem quaisquer receios
- 

A complexidade dos temas abordados e o como e em que medida se colocam na prática são, de forma cada vez mais frequente, referidos pelos profissionais que identificam dilemas na prática profissional, na gestão dos casos e dos clientes, na definição de critérios de prioridades, nas escolhas de vida, na adaptação e implementação de políticas e no suporte à autonomia do cliente, sendo que estes dilemas suportam a necessidade de se aumentar o foco na prática da ética aplicada, no local de trabalho (Belinda *et al.*, 2009).

A pesquisa médica e na área da saúde, de forma geral, abriu novas áreas de investigação para as quais a sociedade ainda não estava suficientemente preparada nas várias dimensões morais, legais e sociais (Fathalla & Fathalla, 2004). É fundamental a responsabilidade ética das instituições que investigam, dos investigadores, das instituições que patrocinam as investigações, dos editores de publicações, salientando a necessidade do estabelecimento de sistemas de revisão ética que assegurem a protecção dos potenciais participantes e contribuam para alcançar o nível mais elevado de qualidade na ciência e na ética da pesquisa em saúde. A constituição de Comissões de Ética de forma adequada aos níveis nacional, regional e institucional é a orientação da Organização Mundial de Saúde,

veiculada no guia prático para investigadores em saúde (Fathalla & Fathalla, 2004). É necessário ter presente que as comissões de ética não são painéis disciplinares (Steinkamp *et al.*, 2007).

Portugal foi um dos primeiros países europeus a sentir a necessidade de um comité de bioética a nível nacional, criado em 1990, como órgão independente e consultivo da Presidência do Conselho de Ministros (Archer, s.d.) - Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Na mesma altura, o Conselho de Ministros criou e nomeou a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.

É necessário criar as condições para a avaliação da investigação por pares investigadores (*peer review*), por profissionais de saúde para possível aplicação clínica, desenvolvendo tanto a prática baseada na evidência como a evidência baseada na prática, para tal, reconhecendo e aplicando a hierarquia dos níveis de evidência (Fathalla & Fathalla, 2004).

O *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS) publicou em 2002, o documento *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* que enfatiza três grandes princípios: respeito pela pessoa, beneficência e justiça. No princípio da justiça define vulnerabilidade, termo que já tinha sido introduzido no Relatório de Belmont (1978) e que enunciava os mesmos três princípios orientadores na pesquisa em seres humanos.

Para enquadrar o conceito de vulnerabilidade optamos por citar Neves (2006), num artigo esclarecedor “(...) *das referências circunstanciais da bioética de expressão anglo-americana à vulnerabilidade para sua frequente tematização na bioética de expressão europeia, as diferenças são significativas, se bem que complementarmente articuláveis: de função adjectivante, qualificadora de alguns grupos e pessoas, a vulnerabilidade passa a ser*

*assumida como substantivo, descrevendo a realidade comum do homem; de característica contingente e provisória, passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos; da consideração privilegiada do âmbito da experimentação humana, passa para uma atenção constante também no plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do consentimento informado, passa à solicitação da responsabilidade e da solidariedade. (...)“O princípio da vulnerabilidade excede a lógica preponderante da reivindicação dos direitos que assistem às pessoas e anuncia a lógica da solicitude dos deveres que a todas competem, visando a complementaridade entre uma consolidada ética dos direitos, firmada na liberdade do indivíduo e desenvolvida pelo reforço da autonomia, e uma urgente ética dos deveres, firmada na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade.”*

A necessidade de aplicação generalizada e obrigatória de princípios de carácter ético e moral leva à necessidade de haver diretrizes, regulamentações e leis.

A atenção e especificidade da pessoa com deficiência (identificadas como pessoas com deficiência ou como grupo de pessoas vulneráveis) são contempladas em diversos documentos que aqui apresentamos de forma geral e cronológica: Constituição da República Portuguesa (1976), Lei de Bases da Saúde (1990), Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (OMS, 1993), Carta dos Direitos das Pessoas Doentes (1996), Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (MS - DGS, 1998), Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2001), Declaração Universal sobre Bioética e direitos Humanos (2006), Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

Em Portugal, em 2006, foi publicada a Lei que proíbe e pune a discriminação em

razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde e em 2007, a Portaria que a regulamenta - Regulamentação da lei que previne e proíbe as discriminações em razão da deficiência e de risco agravado de saúde. No artigo 4º da Lei n.º 46/2006 de 28 de Agosto é identificado o que se consideram práticas discriminatórias contra pessoas com deficiência as acções ou omissões, dolosas ou negligentes, que, em razão da deficiência, violem o princípio da igualdade, e em que salientamos:

d) A recusa ou o impedimento da utilização e divulgação da língua gestual;

g) A recusa ou a limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

h) A recusa ou a limitação de acesso a estabelecimentos de ensino, públicos ou privados, assim como a qualquer meio de compensação/apoio adequado às necessidades específicas dos alunos com deficiência;

l) A adoção de ato em que, publicamente ou com intenção de ampla divulgação, pessoa singular ou coletiva, pública ou privada, emita uma declaração ou transmita uma informação em virtude da qual um grupo de pessoas seja ameaçado, insultado ou aviltado por motivos de discriminação em razão da deficiência;

m) A adoção de medidas que limitem o acesso às novas tecnologias.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, adotada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007 (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 de 30 de Julho de 2009) no seu Artigo 3º refere-se aos princípios fundamentais da Convenção:

a) O respeito pela dignidade inerente, autonomia individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas, e independência das pessoas;

b) Não discriminação;

- c) Participação e inclusão plena e efectiva na sociedade;
- d) O respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e humanidade;
- e) Igualdade de oportunidade;
- f) Acessibilidade;
- g) Igualdade entre homens e mulheres;
- h) Respeito pelas capacidades de desenvolvimento das crianças com deficiência e respeito pelo direito das crianças com deficiência a preservarem as suas identidades

### ***Funcionalidade, Incapacidade e Saúde***

*Se perdesse todas as minhas capacidades  
...(com a comunicação) ...  
recuperaria tudo o resto...*

A comunicação deve ser considerada como uma dimensão e uma condição de saúde, conforme também já referido por Ramos (2008).

O conceito de funcionamento refere-se às funções do corpo, às atividades e participação e o conceito de incapacidade refere-se à interação entre a(s) deficiência(s), que podem ser biológicas, funcionais e cognitivas, e as limitações ou restrições à atividade na participação.

A incapacidade refere-se à participação reduzida devido a falha social para acomodar as necessidades das pessoas.

Sabe-se que a visão e a experiência das pessoas em contexto de incapacidade vai de

encontro ao modelo social de incapacidade e o conceito de limitação funcional é influenciado pelos papéis sociais. O modelo individual da incapacidade, centrado no indivíduo coloca a ênfase na aceitação individual e no *coping*.

Reportando-nos ao contexto do equilíbrio instável saúde/doença, sabe-se que os utentes revelam diferenças relativamente à quantidade de informação que pretendem (aspectos relacionados com o processo de *coping*) e que apresentam níveis diferentes de conhecimento biomédico, baseados sobretudo na experiência anterior, assim como revelam expectativas diferentes face ao médico em função do tipo/natureza de consulta e da especialidade médica (Vital, 1999).

Para facilitar a adesão às abordagens de intervenção adaptadas, disponíveis e possíveis, os prestadores dos cuidados de saúde têm de considerar a perspetiva, as expectativas e as necessidades da pessoa em contexto de incapacidade e vulnerabilidade. Centrado na pessoa doente, Turk & Meichenbaum (1991, citado por Vital, 1999) referem alguns fatores relacionados com a adesão: expectativas sobre o encontro clínico, crenças e má conceção sobre a causa, severidade ou sintomas da doença e suscetibilidade para complicações ou exacerbações, perceções dos objetivos do tratamento, perceções do custo e riscos *versus* os benefícios do tratamento, existência de conhecimentos, habilidades e práticas relacionadas com a saúde, grau de adaptação à doença, sentimentos de desespero ou falta de autoeficácia, limitações de aprendizagem e envolvimento da família.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 de 30 de Julho de 2009), entre outros aspetos, assume a compreensão de que o indivíduo, tendo deveres para com os outros indivíduos e para com a comunidade à qual ele ou ela pertence, tem a responsabilidade de se esforçar por promover e observar os direitos consignados na Carta Internacional dos Direitos Humanos e reconhece a

importância da acessibilidade ao ambiente físico, social, económico e cultural, à saúde e educação e à informação e comunicação, ao permitir às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

A Convenção (CDPD), no âmbito da sua operacionalização, define conceitos (artigo 2º) como comunicação (inclui linguagem, exibição de texto, braille, comunicação tátil, caracteres grandes, meios multimédia acessíveis, assim como modos escrito, áudio, linguagem plena, leitor humano e modos aumentativo e alternativo, meios e formatos de comunicação, incluindo tecnologia de informação e comunicação acessível) e linguagem (inclui a linguagem falada e língua gestual e outras formas de comunicação não faladas).

A CDPD estabelece várias obrigações gerais dos Estados Partes (Artigo 4º), das quais salientamos:

. Ter em consideração a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência em todas as políticas e programas;

. Realizar ou promover a investigação e o desenvolvimento e promover a disponibilização e uso das novas tecnologias, incluindo as tecnologias de informação e comunicação, meios auxiliares de mobilidade, dispositivos e tecnologias de apoio, adequados para pessoas com deficiência, dando prioridade às tecnologias de preço acessível;

. Disponibilizar informação acessível às pessoas com deficiência sobre os meios auxiliares de mobilidade, dispositivos e tecnologias de apoio, incluindo as novas tecnologias assim como outras formas de assistência, serviços e instalações de apoio;

. Promover a formação de profissionais e técnicos que trabalham com pessoas com deficiências nos direitos reconhecidos na presente Convenção para melhor prestar a assistência e serviços consagrados por esses direitos.

Relativamente à criança (artigo 7º) a CDPC orienta para o assegurar da capacidade de assentimento da criança estabelecendo no ponto 3 que os Estados Partes asseguram às crianças com deficiência o direito de exprimirem os seus pontos de vista livremente sobre todas as questões que as afetem, sendo as suas opiniões devidamente consideradas de acordo com a sua idade e maturidade, em condições de igualdade com as outras crianças e a receberem assistência apropriada à deficiência e à idade para o exercício deste direito. Está implícito que a dimensão ética do agir da criança através da sua capacidade de assentimento será concretizada através da comunicação e linguagem na abrangência dada pela CDPD.

Na área da sensibilização social (artigo 8º), salientamos:

. Sensibilizar a sociedade, incluindo a nível familiar, relativamente às pessoas com deficiência e a fomentar o respeito pelos seus direitos e dignidade;

. Promover perceções positivas e maior consciencialização social para com as pessoas com deficiência;

. Promover, a todos os níveis do sistema educativo, incluindo em todas as crianças desde tenra idade, uma atitude de respeito pelos direitos das pessoas com deficiência;

. Encorajar todos os órgãos de comunicação social a descreverem as pessoas com deficiência de forma consistente com o objetivo da presente Convenção;

. Promover programas de formação em matéria de sensibilização relativamente às pessoas com deficiência e os seus direitos.

No âmbito da liberdade de expressão e opinião e acesso à informação (artigo 10º) e relacionando com um dos aspetos da acessibilidade (artigo 9º) valorizamos o aceitar e facilitar o uso de língua gestual, braille, comunicação aumentativa e alternativa e todos os outros meios, modos e formatos de comunicação acessíveis e da escolha das pessoas com deficiência nas suas relações oficiais, no sentido do exercício legítimo da cidadania.

O assegurar um sistema de educação inclusiva a todos os níveis e uma aprendizagem ao longo da vida (artigo 24º) com vista ao pleno desenvolvimento do potencial humano e sentido de dignidade e autoestima e ao fortalecimento do respeito pelos direitos humanos, liberdades fundamentais e diversidade humana lança um desafio global, familiar, social (nomeadamente os contextos da escola, emprego e lazer), político e económico de forma a garantir que sejam fornecidas medidas de apoio individualizadas eficazes em ambientes que maximizam o desenvolvimento académico e social, consistentes com o objetivo de plena inclusão.

Ainda na área do direito à educação, valorizamos a ênfase dada à exigência de formação específica dos profissionais explicitado no ponto 4, que transcrevemos: “De modo a ajudar a garantir o exercício deste direito, os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para empregar professores, incluindo professores com deficiência, com qualificações em língua gestual e/ou braille e a formar profissionais e pessoal técnico que trabalhem a todos os níveis de educação. Tal formação compreende a sensibilização para com a deficiência e a utilização de modos aumentativos e alternativos, meios e formatos de comunicação, técnicas educativas e materiais apropriados para apoiar as pessoas com deficiência.”.

O direito à saúde (artigo 25º) é (re)afirmado e salienta-se o “Exigir aos profissionais de saúde a prestação de cuidados às pessoas com deficiência com a mesma qualidade dos dispensados às demais, com base no consentimento livre e informado, *inter alia*, da sensibilização para os direitos humanos, dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência através da formação e promulgação de normas deontológicas para o sector público e privado da saúde”

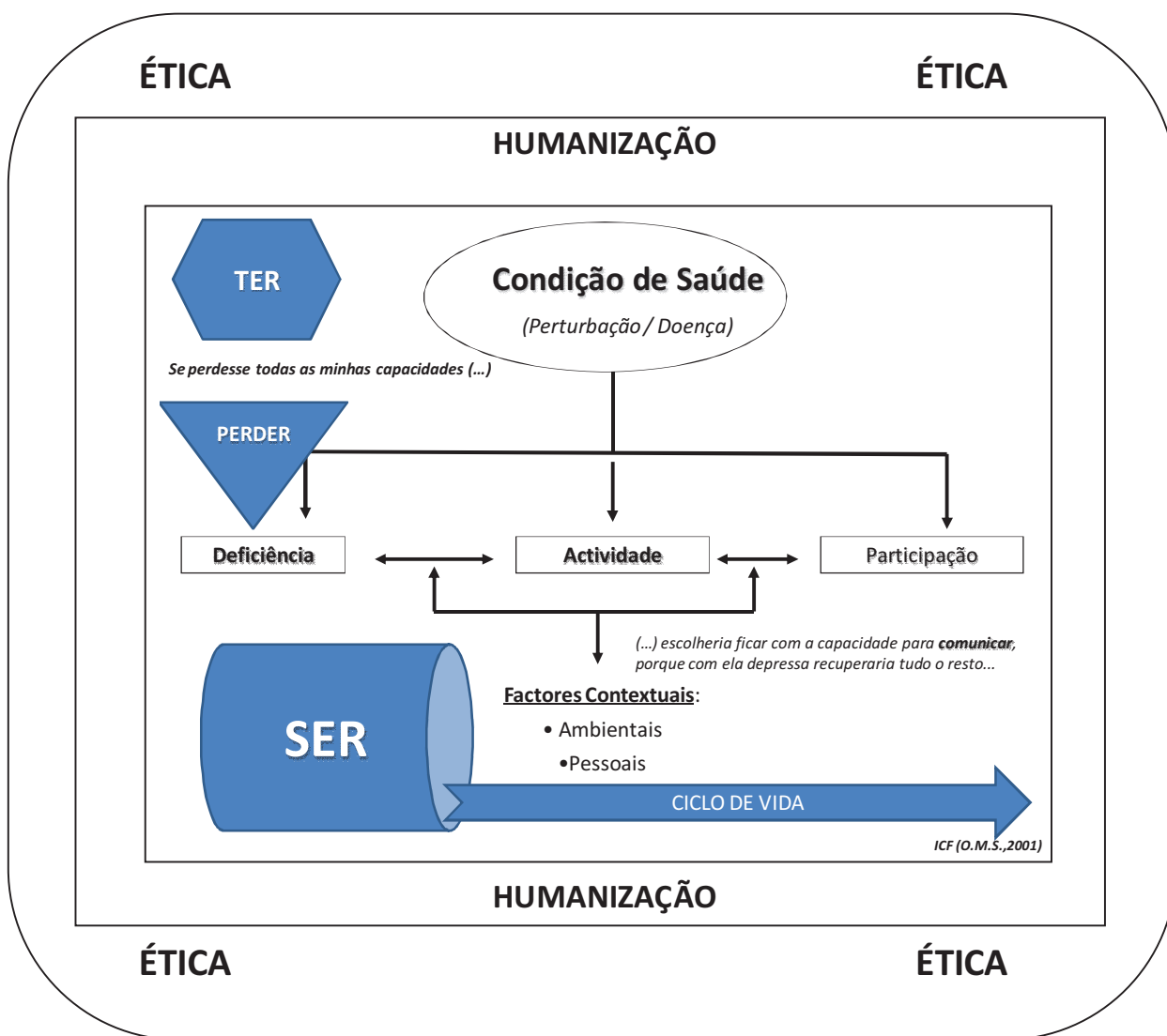
Consideramos ser pertinente e lógica a ligação entre os conteúdos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) das Nações Unidas (2007; DR, 2009) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (2001; DGS, 2004) e a aplicação prática de ambos, em simultâneo, orientados por princípios bioéticos sendo concretizados numa ética aplicada à vida humana.

Sugerimos um modelo holístico e integrador que alia as diferentes áreas: social, educação, saúde e ética.

Integramos a capacidade e competência de comunicar que nos eleva ao estatuto de ser humano, aplicando ao modelo o exemplo da comunicação refletida no pensamento de Webster conforme apresentamos na figura 7.

Assumimos o pressuposto do Ter (o ter capacidades), a possibilidade de Perder (perder capacidades / não ter / não desenvolver) e as consequências dessa situação, na condição de Ser – pessoa, que através da capacidade de Comunicar, é capaz de se autodeterminar, e de agir de forma autónoma.

Figura 7. Ética e Humanização no contexto da CIF e Direitos Humanos (Vital, 2009).



No contexto da reflexão de Webster – a perda de todas as capacidades menos a de comunicar – e a necessidade da comunicação para agir na recuperação de “tudo o resto...” tem inerente o conceito de Parceria e de existência do outro, do “Tu”. Continuamos enquadrados na dimensão ética do agir enformada pelo uso da Comunicação, dimensão central do contexto e do processo de Humanização no ato de cuidar e de educar.

### Considerações Finais

A comunicação efetiva e funcional é a base e o motor de desenvolvimento pessoal e social. A comunicação é uma condição de se ser pessoa e está para além do uso da linguagem e da fala. Manter constante o desejo e a intenção de comunicar, permite-nos receber e compreender as mensagens que dia-a-dia nos envia e poder agir de forma adaptada às nossas necessidades e ao nosso contexto pessoal e social.

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência a abrangência do uso dos modos, meios e formas de comunicação e linguagem, é enquadradora e facilitadora da aplicação das capacidades e competências do consentimento informado e de assentimento, no caso das crianças, no exercício do princípio de autonomia.

A experiência vivida e refletida, de cada um de nós, mostra-nos que todos estivemos, estamos ou poderemos estar em contexto de vulnerabilidade e incapacidade.

A incapacidade pode e deve ser vista como expressão da diversidade humana balizada por fatores contextuais ambientais e pessoais. A promoção e desenvolvimento de soluções para minimizar ou ultrapassar incapacidades é assim uma responsabilidade social que nos envolve a todos como cidadãos ou como profissionais. Sugerimos formação específica e prática nas áreas da ética aplicada e da comunicação humana, para os profissionais que se relacionam diariamente com pessoas em situação de incapacidade seja da área da educação, da saúde ou da área social. Sugerimos também e acima de tudo supervisão clínica e educacional. Os resultados dessas ações devem ser acompanhados, monitorizados e avaliados. A formação parental é também uma área importante a desenvolver, dando-lhes os recursos e as estratégias que lhes permitirá desenvolver competências e consolidar a confiança e

segurança nas mesmas.

Da citação inspiradora de Daniel Webster "*Se perdesse todas as minhas capacidades, todas elas menos uma, escolheria ficar com a capacidade para comunicar, porque com ela depressa recuperaria tudo o resto...*", continuemos o caminho de reflexão agora acompanhados pelo pensamento de Werner Ehrard:

*A Felicidade é a faculdade de aceitar o que existe.*

*O Amor é a faculdade de comunicação.*

*A Saúde é a faculdade de participação.*

*A expressão de Si é a faculdade de responsabilidade.*

### Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina, Coleção de Ciências de Educação e Pedagogia.
- Alarcão, I.; Roldão, M. C. (2009). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.
- Archer, L. (s.d.). Breve Historial do CNECV. Acesso em <http://www.cneqv.gov.pt/cneqv/pt/CNECV/Historial/> , 2009-09-10.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1994). *Principles of Bioemdicinal Ethics*. 4ed. New York: Oxford.
- CIOMS ( 2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). URL: [http://www.cioms.ch/frame\\_guidelines\\_nov\\_2002.htm](http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm)
- D'Orey da Cunha, P. (1996). *Ética e Educação*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Deen, M. Y. (2000). Differences in the solution-oriented conflict style of selected groups of 4-H youth development volunteer leaders. *Journal of Extension*, 38(1). URL: <http://joe.org/joe/2000february/rb5.html>
- DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 2, June 2008 . URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso)

- Fathalla, M. F.; Fathalla, M.M.F. (2004). A Practical Guide for Health Researchers. WHO Regional Publications Eastern Mediterranean, Series 30. Cairo: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. URL: [http://www.emro.who.int/Publications/pdf/healthresearchers\\_guide.pdf](http://www.emro.who.int/Publications/pdf/healthresearchers_guide.pdf)
- Fisher, B.A.; Adams, K.L. (1994). Interpersonal Communication. Pragmatics of Human Relationship. New York: McGraw-Hill, Speech Series.
- Gracia, D. (1992). La Relación Clínica. *Revista Clínica Espanola*, Vol. 191(2), 61-63.
- Guerreiro, A.D.(2002). Para uma comunicação mais inclusiva. *Análise Psicológica* (2002), 3 (XX): 367-371. URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a10.pdf>
- Hartley, P. (1993). Interpersonal Communication. London: Routledge.
- Kenny,B.J.; Lincoln, M. Blyth, K.; Balandin, S. (2009). Ethical perspective on quality of care: The nature of ethical dilemmas identified by new graduate and experienced speech pathologists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44:4, 421-439. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13682820902928711>
- Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53, 344-359.
- McCrea, E. S.; Brasseur, J. A. (2003). *The Supervisory Process in Speech-Language Pathology and Audiology*. Allyn & Bacon.
- Nassif, C.; Schulenberg, S. E.; Hutzell, R.R.; Rogina, J.M. (2010). Clinical Supervision and Logotherapy: Discovering Meaning in the Supervision Relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40:21-29. Doi: 10.1007/s10879-009-9111-y.
- Neves, M.C.P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, Vol.2, n.2. URL: [http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/biblio/htm\\_RBB/RBB%202-2/Art01.pdf](http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/biblio/htm_RBB/RBB%202-2/Art01.pdf)

- Neves, M.C.P. (Coord.) (1996). *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Centro de Estudos de Bioética / Pólo Açores.
- Orange, J. B. (2001). Family caregivers, communication, and Alzheimer's disease. In M. L. Hummert and J. F. Nussbaum (Eds.), *Aging, communication, and health: Linking research and practice for successful aging*. (pp. 225-248). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução para Português Europeu de Leitão, A. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Payne, H.J. (2005). Reconceptualizing Social Skills in Organizations: Exploring the Relationship between Communication Competence, Job Performance, and Supervisory Roles. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, January 1.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ramos, C. (2008). *O impacto da comunicabilidade da pessoa com afasia na sua participação: um mundo para além das palavras*. Dissertação de Mestrado em Comunicação Alternativa e Tecnologias de Apoio. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Comunicação, Artes e Tecnologias da Informação, Lisboa. 157 pp
- Salmon, P. (2000). *Psychology of medicine and surgery: a guide for psychologists, counsellors, nurses and doctors*. Chistester: John Wiley & Sons.
- Sandholtz, K. (1995). *Interpersonal Communication*. In Kolb, D.; Osland, J.S.; Rubin, I.M., *Organizational Behavior. An Experimental Approach*. New Jersey: Prentice-Hall International.
- Savater, F. (2006). *O valor de educar*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Serrão, D. (s.d.). *Consentimento informado*.

<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=109>

Spitzberg, B. H. (2006). Preliminary development of a model and measure of computer-mediated communication (CMC) competence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11(2), article 12. <http://jcmc.indiana.edu/vol11/issue2/spitzberg.html>

Spitzberg, B.H. (1993). The dialectics of (in)competence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 137-158.

Steinkamp, N.; Gordijn, B.; Borovecki, A.; Gefenas, E.; Glasa, J.; Guerrier, M.; Meulenbergs, T.; Rozynska, J.; Slowther, A. (2007). Regulation of health care ethics committees in Europe. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:461–475 \_ Springer 2007. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/q34k61421263735j/fulltext.pdf>

Vital, A. P. (1999). Comunicação Médico-Utente. A importância da comunicação e satisfação com a consulta médica para a população-utente em geral. Dissertação de Mestrado na especialidade de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Vital, A. P. (2011). Parceiros de Comunicação: Ética e Humanização. In Guerreiro, AD (Coord.). *Capacidade para Comunicar e Interagir: Um Novo Paradigma para o Direito à Participação Social das Pessoas com Deficiência*.

Watson, J (1998). *Le caring*. Paris:Éditions Sli Arslan.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

### **Bibliografia consultada**

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2009).

<http://www.cneqv.gov.pt/cneqv/pt/>

Diário da República (2009). Ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e do Protocolo adicional à Convenção. Diário da República, 1.ª série — N.º 146 — 30 de Julho de 2009. Acessível em <http://www.inr.pt/content/1/830/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-publicacao-oficial> ; (1) [Resolução da Assembleia da República nº56/2009, que ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência](#) (315 kB) (2) [Resolução da Assembleia da República nº57/2009, que ratifica o Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência](#) (217 kB) (3) [Decreto do Presidente da República nº71/2009, que ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência](#) (193 kB) (4) [Decreto do Presidente da República nº72/2009, que ratifica o Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência](#) (193 kB)

Diário da República (2007). Regulamentação da Lei que Previne e Proíbe as Discriminações em Razão da Deficiência e de Risco Agravado de Saúde . Decreto-Lei n.º 34/2007 de 15 de Fevereiro, MTSS , *Diário da República, 1.ª série—N.º 33—15 de Fevereiro de 2007*, <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/02/03300/11761177.PDF>

Diário da República (2007). Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Lei n.º 41/2007 de 24 de Agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 163 — 24 de Agosto de 2007.  
[http://www.ers.pt/legislacao\\_atualizada/carta-dos-direitos](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/carta-dos-direitos)

Diário da República (2006). Lei que Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde. Lei n.º 46/2006 de 28 de Agosto. *Diário da República, 1.ª série—N.º 165—28 de Agosto de 2006*, AR. [http://www.cm-porto.pt/users/0/58/14606Lein462006de28deAgostoprobeepuneadiscriminaoemrazodade ficincia\\_46d5378773670ffa0db58fca63d6312e.pdf](http://www.cm-porto.pt/users/0/58/14606Lein462006de28deAgostoprobeepuneadiscriminaoemrazodade ficincia_46d5378773670ffa0db58fca63d6312e.pdf)

Diário da República (2005). Constituição da República Portuguesa. (Sétima revisão constitucional , 2005)

<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Portugal/SistemaPolitico/Constituicao/Pages/default.aspx> , Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto (Sétima revisão constitucional), D.R., I Série –A, nº155. <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>

Diário da República (2001). Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

Resolução da A.R. nº1/2001, D.R., I Série- A, nº2 de 03 de Janeiro de 2001.

[http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy\\_of\\_anexos/convencao-para-a4805/downloadFile/file/STE\\_164.pdf?nocache=1200589304.62](http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/downloadFile/file/STE_164.pdf?nocache=1200589304.62) e Protocolo adicional (2002), [http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy\\_of\\_anexos/protocolo-adicional-a8911/](http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/protocolo-adicional-a8911/)

Diário da República (1990). Lei de Bases da Saúde. Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Diário da República – I Série, Nº195,

[http://www.ers.pt/legislacao\\_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico/822864.pdf/view](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico/822864.pdf/view) , com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Enable, United Nations (2007). Rights and Dignity of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150> . [A/RES/61/106] (2007) <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=61> ; Annex I - Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=199> ; Annex II - Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=62#annex2>

Instituto Nacional para a Reabilitação (2009). <http://www.inr.pt/>. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Opcional - instrumentos de ratificação de Portugal (23 de Setembro de 2009), <http://www.inr.pt/content/1/881/convencao-das-nacoes-unidas-portugal-depositou-os-instrumentos-de-ratificacao/>

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for

the protection of human subjects of research.

<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>

UNESCO (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Comissão Nacional da UNESCO Portugal.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>