

Comunicação aumentativa e alternativa: ações do terapeuta ocupacional em um hospital público de ensino

Augmentative and alternative communication: occupational therapy practice in a public teaching hospital

Priscilla Luvizotto Ferreira da Silva¹, Fernanda Zelinski²,
Rita Aparecida Bernardi Pereira³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5722-6647>. Terapeuta Ocupacional. Residente do Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: priscilla.luvizotto7@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0296-1759>. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce. Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: fernanda.zelinski@hc.ufpr.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4191-1252>. Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. Tutora na Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: ritaabpereira@gmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Rita Aparecida Bernardi Pereira | Endereço: Universidade Federal do Paraná, Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Lothário Meissner, 632 – Jardim Botânico - Bloco Didático II – Setor de Ciências da Saúde Campus Botânico. Jardim Botânico. CEP: 80210170 - Curitiba, PR – Brasil Telephone: (41) 3361-3781 E-mail: ritaabpereira@gmail.com

RESUMO

No contexto hospitalar, as características clínicas e/ou terapêuticas podem comprometer a comunicação verbal. A Comunicação Aumentativa e Alternativa é uma estratégia que possibilita ampliar o repertório de comunicação. Este estudo analisou o processo terapêutico ocupacional após pedidos de consulta para a implementação desse tipo de comunicação com pacientes hospitalizados. Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva



e retrospectiva, com dados bibliográficos e documentais (pedidos de consulta e respectivos prontuários). Foram incluídos na amostra 16 pedidos de consulta e os seus prontuários correspondentes. Verificaram-se os prejuízos na comunicação verbal, principalmente pelo uso de traqueostomia (31,2%). O principal recurso prescrito pelos terapeutas ocupacionais foi a prancha de comunicação (50%). Foi constatada comunicação parcial em 37,5% dos casos e efetiva em 12,5%. A demora no envio dos pedidos de consultas durante a internação inviabilizou ações mais diretas relacionadas à comunicação, e à elaboração de registros mais adequados. A dificuldade de acesso aos prontuários foi uma limitação para este estudo.

DESCRITORES: Auxiliares de Comunicação para Pessoas com Deficiência. Hospitais. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

In the hospital context, clinical and/or therapeutic characteristics may negatively influence verbal communication. Augmentative and Alternative Communication is a strategy that expands the communication repertoire. This study examined the occupational therapy process directed to hospitalized patients for whom was requested an implementation plan of Augmentative and Alternative Communication. A retrospective descriptive observational study was conducted and included consultation requests sent to the Occupational Therapy Service of a public hospital based in Curitiba, Paraná/Brazil and their respective health-care records. Sixteen consultation requests and their health-care records were obtained. It was found that impair in verbal communication was caused mainly due to the use of tracheostomy (31.2%) and the main devices of Augmentative and Alternative Communication prescribed were communication boards (50%). Partial communication was found in 37.5% of cases and effective communication in 12.5%. The delay in sending consultation requests during hospitalization made actions related to communication and the preparation of more adequate records unfeasible. The difficulty of access to healthcare records was a limitation of this study.

DESCRIPTORS: Communication Aids for Disabled. Hospitals. Occupational Therapy.

INTRODUÇÃO

A comunicação é essencial para a interação entre os indivíduos e, conseqüentemente, para a troca de informações que geram a formação dos laços sociais. Assim, barreiras comunicacionais, comumente ocasionadas pela incapacidade da fala e/ou da escrita ou pela presença de uma fala que não preenche as funções comunicativas, podem tornar necessário potencializar sistemas alternativos de comunicação¹.

No contexto hospitalar, a comunicação efetiva entre o paciente, seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial visa proporcionar a qualidade do cuidado e a segurança do tratamento prestado. No entanto, as características clínicas e/ou relacionadas às intervenções terapêuticas podem comprometer, temporária ou permanentemente a comunicação dos pacientes¹. A pandemia de COVID-19, desencadeou o aumento do uso de ventilação mecânica (VM) em pacientes com necessidade de suporte de oxigênio. Como resultado, a barreira de comunicação ocasionada pela intubação orotraqueal (IOT) e/ou pela traqueostomia (TQT) dificultou a expressão de necessidades do paciente e interferiu no acompanhamento do seu tratamento. E, ainda, frustrou os profissionais, devido os obstáculos para iniciar, manter e compreender as demandas desses pacientes².

A incapacidade para se comunicar dos pacientes em VM está associada a maiores níveis de insônia, frustração e medo. A IOT e a privação de comunicação estão também relacionadas a índices elevados de estresse, ansiedade e depressão. Todavia, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apesar do uso de VM, pacientes despertos podem apresentar potencial para se comunicar através de meios alternativos². Pesquisas demonstram que a comunicação desses pacientes está usualmente restrita à leitura labial, aos gestos e aos acenos com a cabeça, estratégias que, a depender do caso, podem ser inadequadas e pouco eficientes³.

Para minimizar as dificuldades comunicacionais entre os pacientes, os seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial, recursos de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) podem ser utilizados. A CAA é um conjunto de ferramentas e estratégias utilizadas pelos indivíduos para a produção de intenção e significado durante uma interação social, de modo a gerar uma mensagem compreensível sobre necessidades, sentimentos e desejos⁴. A CAA é uma categoria de Tecnologia Assistiva (TA) voltada para o aprimoramento da funcionalidade de pessoas com

deficiência por meio do uso de produtos, recursos, estratégias, métodos e serviços que possibilitem o desempenho de atividades necessárias ou pretendidas⁵.

Para a prescrição adequada dos recursos de CAA, além da própria viabilidade do seu uso na unidade na qual o paciente está internado, a condição de saúde e as comorbidades, como deficiências sensoriais e cognitivas devem ser consideradas⁶. Nesse panorama, os terapeutas ocupacionais são profissionais habilitados para avaliar as funções e as atividades dos pacientes, bem como os contextos e os ambientes em que eles estão inseridos para orientar o paciente, os seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial em relação à aplicabilidade dos recursos de CAA⁷.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) estabelece como uma das atividades do profissional de Terapia Ocupacional “ensinar formas alternativas de comunicação”^{7:n.p.}. Além do mais, a Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional (LPTO), definida pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), contém como procedimento terapêutico ocupacional a “prescrição e confecção de recursos de tecnologias outras assistivas”^{8:n.p.}, dentre eles, os recursos referentes à CAA. Ademais, o gerenciamento da comunicação está incluído como uma área de ocupação na qual ocorre a recepção, a interpretação e a emissão de informações e mensagens dentro de contextos e ambientes específicos e que oportunizam o engajamento e o desempenho em atividades cotidianas⁹.

Ressalta-se que houve um aumento da busca por programas específicos de CAA devido à pandemia de COVID-19 e, conseqüente dificuldade enfrentada pela equipe assistencial para se comunicar com os pacientes em VM. Além da VM, o barulho ocasionado pelos equipamentos das unidades intensivas e o uso de equipamentos pesados e abafadiços de proteção individual podem ser citados como agravantes às barreiras de comunicação².

Nessa perspectiva, torna-se necessário ampliar e qualificar a atuação do profissional de Terapia Ocupacional junto aos pacientes com dificuldades comunicacionais, de modo a avaliar, prescrever e treinar o uso de recursos de CAA adequados. Ademais, o terapeuta ocupacional também favorece a instrumentalização e o treino dos familiares/cuidadores e demais membros da equipe assistencial no que concerne aos recursos de CAA. Assim, este estudo analisou o processo terapêutico ocupacional após pedidos de consulta (PC) para a implementação de recursos de

CAA em pacientes hospitalizados em um hospital universitário público do município de Curitiba, Paraná, Brasil, no ano de 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados bibliográficos e documentais. Os dados bibliográficos são referenciais teóricos publicados em livros, artigos e teses que abordam recursos de CAA. Os dados documentais são dois tipos de documentos de fontes primárias, os Pedidos de Consulta (PC) e as anotações dos prontuários¹⁰.

Foram selecionados PC encaminhados ao Serviço de Terapia Ocupacional (STO) de um hospital universitário público do município de Curitiba/PR, através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e os respectivos registros contidos nos prontuários em resposta a eles. Foram incluídos neste estudo os PC encaminhados ao STO em 2020, com demanda específica para CAA em pacientes adultos e nos quais constavam avaliação de terapeuta ocupacional no respectivo prontuário. Foram excluídos os PC para pacientes pediátricos; aqueles em que não foi possível acessar o prontuário correspondente e os PC atendidos pelas autoras deste artigo.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário contendo itens referentes ao encaminhamento do PC e às informações sobre os dados clínicos e sociodemográficos dos pacientes. Dos prontuários, foram utilizadas as avaliações e evoluções dos atendimentos terapêuticos ocupacionais. A categorização e a análise dos dados foram realizadas com o auxílio de planilhas de fichamento. Utilizou-se estatística descritiva para análise quantitativa das frequências de dados com o software Microsoft Excel 2013.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) e aprovada sob o parecer nº 4.521.002, em 02 de fevereiro de 2021.

RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2021, sendo identificados 173 PC encaminhados ao STO em 2020. Desses, 62 estavam relacionados à necessidade de implementação de CAA. Porém, apenas 45 atenderam aos critérios

de inclusão e exclusão deste estudo. No entanto, durante o período da coleta de dados, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital, responsável pelo armazenamento dos prontuários físicos, iniciou um processo de reestruturação, de modo que, devido à disponibilidade dos prontuários correspondentes a esses PC, só foi possível o acesso a 16. Dessa maneira, a amostra para análise é composta por 16 PC cujos respectivos prontuários foram obtidos.

A partir da categorização dos dados verificou-se que os PC foram encaminhados ao STO de fevereiro a dezembro de 2020, sendo que o mês de maio recebeu o maior quantitativo relacionado à CAA (18,7%; n=3). Destaca-se que médicos (81,2%; n=13) e fisioterapeutas (18,7%; n=3) foram os profissionais solicitantes. Em relação a justificativa para a requisição dos PC foi mencionada a necessidade de melhorar a comunicação dos pacientes para facilitar sua interação com a equipe assistencial.

Quanto aos dados sociodemográficos dos participantes, constatou-se que 56,2% (n=9) eram do gênero masculino, 56,2% (n=9) eram casados, 37,5% (n=6) estavam aposentados e 74,9% (n=12) residiam nos municípios de Curitiba/PR e Região Metropolitana de Curitiba/PR. A faixa etária dos participantes apresentou-se ampla, estando entre 27 e 87 anos, sendo 31,2% (n=5) dos pacientes na faixa etária de 62 a 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

VARIÁVEIS	TOTAL N=16	FREQUÊNCIA (%)
GÊNERO		
Feminino	7	43,7
Masculino	9	56,2
FAIXA ETÁRIA		
27-32	3	18,7
52-59	3	18,7
62-69	5	31,2
71-72	2	12,5
81-87	3	18,7
ESTADO CIVIL		
Casado	9	56,2
Divorciado	2	12,5

Solteiro	2	12,5
Viúvo	2	12,5
Não informado	1	6,2
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	1	6,2
Ensino fundamental incompleto	4	25
Ensino fundamental completo	1	6,2
Ensino médio completo	5	31,2
Ensino superior completo	1	6,2
Não informado	4	25
PROCEDÊNCIA		
Curitiba/PR	9	56,2
Região Metropolitana de Curitiba/PR	3	18,7
Outras cidades do interior do Paraná	2	12,5
Outros estados	2	12,5
PROFISSÃO		
Agricultor	3	18,7
Auxiliar administrativo	2	12,5
Comerciante	1	6,2
Construção civil	1	6,2
Enfermeiro	1	6,2
Latoeiro	1	6,2
Segurança	1	6,2
Soldador	1	6,2
Não se aplica – nunca trabalhou	1	6,2
Não informado	4	25
APOSENTADO		
Sim	6	37,5
Não	5	31,2
Não informado	5	31,2

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Em relação ao perfil clínico-epidemiológico dos pacientes, as condições de saúde mais frequentes foram as doenças oncológicas, o Acidente Vascular Encefálico

(AVE) e as hepatopatias, respectivamente. A tabela 2 apresenta a prevalência dos diagnósticos na amostra deste estudo.

Tabela 2. Condições de saúde da amostra

CONDIÇÕES DE SAÚDE	TOTAL N=16	FREQUÊNCIA (%)
Acidente Vascular Encefálico	3	18,7
COVID-19	1	6,2
Demência Vascular	1	6,2
Encefalite	1	6,2
Encefalopatia hipóxico-isquêmica	1	6,2
Esclerose Lateral Amiotrófica	1	6,2
Fístula traqueo-esofágica	1	6,2
Hepatopatia	2	12,5
Linfoma Não-Hodgkin	1	6,2
Mieloma Múltiplo	1	6,2
Neoplasia cerebral	1	6,2
Neoplasia de laringe	1	6,2
Neoplasia de mama	1	6,2

FONTE: Elaborado pelas autoras (2021)

Os PC foram encaminhados para pacientes que estiveram internados por um período médio de 44 dias, majoritariamente em enfermarias respiratórias (31,2%; n=5), UTI (25%; n=4) e enfermaria de clínica médica (25%; n=4). Outras unidades de internamento representaram 18,8% (n=3) da amostra.

A pandemia de COVID-19 começou durante o período estabelecido para a coleta de dados, e, em decorrência da alta transmissibilidade e contagiosidade do novo coronavírus, houve uma reestruturação gradativa das unidades do hospital onde ocorreu esta pesquisa para ampliar o atendimento aos pacientes acometidos por essa doença. Deste modo, houve a organização de um conjunto das unidades respiratórias.

Nesse panorama, apesar de a maioria dos PC, estarem registrados como provenientes das Enfermarias Respiratórias (31,2%; n=5), alguns foram encaminhados previamente à reestruturação das unidades. Assim, a partir da renomeação desses setores, passou a constar no SIH o PC encaminhado por uma enfermaria respiratória. Por isso, apesar do quantitativo expressivo de PC das

enfermarias respiratórias, o paciente nem sempre apresentava o diagnóstico de COVID-19.

Ressalta-se, que, em virtude da complexidade e da instabilidade do quadro clínico dos pacientes com COVID-19 no ano de 2020 e previamente às campanhas de vacinação, houve baixa demanda de PC encaminhados para pacientes com esse diagnóstico e que pudessem se beneficiar da implementação de CAA. Observou-se, porém, que somente após o término do período da coleta de dados e da redução dos impactos causados pela pandemia de COVID-19, houve um aumento de PC para a prescrição de CAA. Isso pode estar associado às sequelas ocasionadas pela interrupção do acompanhamento contínuo de pacientes com consultas, procedimentos e exames eletivos, a fim de prevenir aglomerações, bem como por aquelas relacionadas ao próprio quadro pós-COVID.

Ademais, entre a data de internamento dos pacientes até o encaminhamento dos PC para o STO, o período médio foi de 22 dias. Por outro lado, o tempo para a resposta dos PC foi estimado em uma média de 4 dias. No entanto, é estabelecido pelo hospital em que ocorreu este estudo um intervalo de 48h do encaminhamento de um PC até a sua resposta. Ressalta-se que o prolongamento do tempo de resposta dos PC pode estar associado com a escassez no número de profissionais terapeutas ocupacionais que compõem o STO e a alta demanda para essa especialidade.

AVALIAÇÕES

Nesta pesquisa, as terapeutas ocupacionais que responderam aos PC referentes à CAA, utilizaram como fontes de informação para a coleta de dados: o paciente, os seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial. Para compor a avaliação de Terapia Ocupacional, foi empregada anamnese dirigida do STO e, quando definida pelo profissional, aplicada a escala de Medida de Independência Funcional – MIF (37,5%; n=6). Pontua-se que a MIF foi projetada para mensurar o nível de independência do paciente em um contexto de enfermaria.

Em relação às informações sobre a funcionalidade e as restrições dos pacientes, descritas nas respostas aos PC e em evoluções nos prontuários, os pacientes apresentaram dependência para o desempenho de Atividades de Vida Diária (AVD) na maior parte dos casos. Naqueles em que foram aplicados a MIF, a pontuação total variou de 23 a 68 pontos, o que correspondeu ao nível de dependência

modificada (requer assistência em 25 a 50% da tarefa). Indica-se que, para além do comprometimento de habilidades comunicacionais, a principal seqüela física mencionada pelos terapeutas ocupacionais foi a hemiparesia (25%; n=4).

Frente às habilidades e déficits comunicacionais dos pacientes, verificou-se prejuízos na comunicação verbal devido ao uso de TQT (31,2%; n=5), a presença de afasias (18,7%; n=3) e déficits cognitivos prévios (18,7%; n=3). A Tabela 3 expõe a caracterização das barreiras de comunicação.

Tabela 3. Caracterização das barreiras de comunicação

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO	TOTAL (n=16)	FREQUÊNCIA (%)
DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM		
Afasia	3	18,7
Disartria	1	6,2
OUTRAS LESÕES CEREBRAIS		
Encefalite	1	6,2
Encefalopatia hipóxico-isquêmica	1	6,2
PROCEDIMENTO CLÍNICO		
Traqueostomia	5	31,2
SINAIS E SINTOMAS		
Déficits cognitivos	3	18,7
Dispneia	1	6,2
NÃO INFORMADO	1	6,2

FONTE: Elaborado pelas autoras (2021)

A partir das limitações na comunicação verbal, pacientes, os seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial desenvolveram estratégias para facilitar a expressão e a compreensão de demandas, de forma a melhorar a interação com o paciente. No que concerne a esses meios de comunicação prévios à intervenção dos terapeutas ocupacionais, identificou-se que, na maioria dos casos, o paciente manteve a comunicação verbal oral, porém com limitações, como nas situações em que o paciente apresentava diagnósticos de afasias ou estava em uso de TQT sem oclusão.

Nesse contexto, a comunicação verbal oral estava permeada pela dificuldade para consentir sobre os significados dos comandos expressos pelos pacientes, o que

acarretava na dependência das interpretações subjetivas dos receptores das mensagens para a emissão de *feedbacks*, dentre eles, a resolução de uma necessidade, como o manejo do nível de dor.

Além da comunicação oral, a comunicação verbal escrita também foi utilizada enquanto canal para a emissão de mensagens. Por outro lado, para além da comunicação verbal oral, verificou-se algumas estratégias que contemplaram meios de comunicação não-verbais. Dentre eles, pontuou-se os gestos, as expressões faciais e a leitura labial. Apesar da adoção de canais alternativos de comunicação previamente à avaliação dos pacientes pelos terapeutas ocupacionais, destacaram-se nos registros em PC e em evoluções em prontuários, a permanência dos denominados “ruídos de comunicação”. Tal situação estava relacionada com a presença de contraindicações e/ou com o uso de recursos alternativos inadequados para as necessidades comunicacionais dos pacientes.

No que se refere à comunicação verbal remanescente e ao uso de gestos, por exemplo, as condições inerentes ao quadro clínico e/ou indicadas como sequelas, como as afasias, tornavam “não-confiáveis” as respostas dos pacientes e invalidavam as suas solicitações. Além do mais, o uso de canais de comunicação que não abrangem os interesses dos pacientes e as intenções comunicacionais contribuem para a má-adesão ao uso de recursos de CAA.

INTERVENÇÕES

Os atendimentos aos pacientes com déficits de comunicação foram individuais e ocorreram à beira leito nas unidades de internamento, com frequência diária (56,2%; n=9). Observou-se que em alguns casos foi realizado apenas um atendimento pontual (37,5%; n=6), no qual não houve continuidade do processo interventivo, em razão da alta hospitalar breve do paciente.

Os objetivos do acompanhamento terapêutico ocupacional foram facilitar a interação entre o paciente, os seus familiares e/ou cuidadores e a equipe assistencial; introduzir a CAA e melhorar o desempenho em AVD. Durante os atendimentos foram adotadas diversas abordagens, tais como a manutenção das capacidades remanescentes, a remediação e a compensação/adaptação das habilidades de desempenho. Ademais, foram identificadas ações de prevenção de incapacidades e promoção da saúde.

Para a implementação do processo interventivo foram utilizados diferentes recursos, sendo os principais as orientações aos pacientes e familiares e/ou cuidadores, a mobilização articular preparatória para treino de AVD e o próprio treino da AVD que estava comprometida. Em 56,2% (n=9) dos casos acompanhados foram indicados dispositivos de Tecnologia Assistiva (TA), sendo a CAA a principal categoria abordada. No entanto, também houve menção à confecção de órtese de posicionamento (6,2%; n=1).

Especificamente aos déficits de comunicação, os principais recursos de CAA prescritos foram as pranchas de comunicação, de modo que ocorreram confecção, treinos e orientações sobre o seu uso aos pacientes e aos seus familiares/cuidadores. Não houve menção ao treino com a equipe assistencial. A tabela 4 apresenta os recursos de CAA prescritos pelos terapeutas ocupacionais.

Tabela 4. Recursos de CAA prescritos pelos terapeutas ocupacionais

RECURSOS DE CAA	FREQUÊNCIA (N=10)	FREQUÊNCIA (%)
Aplicativos para celular	2	12,5
Escrita	1	6,2
Prancha de comunicação	6	60,0
Símbolos gestuais	1	6,2

FONTE: Elaborado pelas autoras (2021)

Após o processo avaliativo, os atendimentos de Terapia Ocupacional voltaram-se a expor a proposta para o uso dos recursos de CAA. Dessa maneira, utilizaram-se como estratégias apresentar o recurso prescrito por meio da demonstração física, como os diferentes padrões gestuais (piscamento; sinais de afirmação e negação) e dos próprios objetos, como os modelos de pranchas de comunicação e as adaptações para escrita. Daí em diante, visou-se discutir as funções desses recursos, as habilidades necessárias para o seu uso assertivo e as possibilidades de adaptações conforme as necessidades comunicacionais do paciente, a fim de engajá-lo no tratamento proposto para favorecer a possibilidade de adesão ao recurso.

No que concerne às demandas de CAA, verificou-se que, para ampliar o repertório comunicacional do paciente, foram utilizadas combinações entre diferentes recursos alternativos de comunicação, sendo a principal o uso da prancha de comunicação associada à escrita.

A partir da prescrição do recurso e, quando necessário, da confecção do mesmo, iniciaram-se os treinamentos para o seu uso, que consistiam na elaboração de situações de interação social mediadas pelos recursos de CAA. A partir disso, estimulava-se a autonomia e a independência dos pacientes e dos seus parceiros de comunicação, sobretudo familiares e/ou cuidadores, durante o desempenho do gerenciamento da comunicação. Além disso, durante os atendimentos, eram estabelecidos os ajustes necessários e realizadas orientações quanto à manutenção, higienização (caso necessário) e revisão dos recursos prescritos.

Verificou-se que a maioria dos pacientes para os quais foram prescritos os recursos de CAA utilizaram os mesmos durante período determinado na hospitalização. Isso ocorreu, sobretudo, em virtude da melhora clínica daqueles que não apresentavam limitações permanentes de comunicação. Em 25% (n=4) dos casos não foram prescritos recursos de CAA. Nessa perspectiva, alguns PC foram encaminhados ao STO na proximidade da data da alta hospitalar do paciente, impossibilitando a assistência contínua e dificultando o processo de avaliação, prescrição e confecção de recursos de CAA mais adequados aos casos.

Ao se considerar que esse tipo de prescrição requer a avaliação dos fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente que interferem na comunicação, como as habilidades comunicacionais e de desempenho remanescentes, as expectativas da família, a estética do dispositivo e sua aceitação social e a adequação do recurso ao gênero e idade do indivíduo, entende-se ser necessário dispor de um período de acompanhamento propício para o desenvolvimento e finalização das etapas do processo de Terapia Ocupacional.

Destaca-se, conforme citado previamente, que as intervenções terapêuticas ocupacionais não se restringiram apenas à avaliação de demandas para CAA, mas, de acordo com o caso, também abordaram outros procedimentos de Terapia Ocupacional, dentre eles o tratamento de funções e habilidades de desempenho ocupacional e o treino das atividades das áreas do desempenho ocupacional.

DESFECHOS

As reavaliações de Terapia Ocupacional foram realizadas sem uma periodicidade preestabelecida e ocorreram por meio da observação do desempenho do paciente durante o uso dos recursos de CAA, na realização de AVD e a partir dos

relatos dos pacientes, seus familiares e/ou cuidadores e da equipe assistencial. A Tabela 5 elenca os principais resultados obtidos pelos pacientes a partir do uso de recursos de CAA para os quais foram prescritos durante o processo de Terapia Ocupacional (8 pacientes).

Tabela 5. Desfechos do uso dos recursos de CAA prescritos pelos terapeutas ocupacionais.

Desfecho	Pacientes (N=8)	Freq. (%)
Passou a se comunicar efetivamente	1	12,5
Passou a se comunicar parcialmente	3	37,5
Não se adaptou	1	12,5
Não aceitou o recurso	1	12,5
Não informado	2	25

FONTE: Elaborado pelas autoras (2021)

A partir das evoluções dos atendimentos de Terapia Ocupacional registrados em prontuários, foi constatada comunicação parcial em 37,5% (n=3) dos casos e comunicação efetiva em 12,5% (n=1). Além disso, também foi indicada melhora na interação entre os pacientes, seus familiares e/ou cuidadores e a equipe assistencial (25%; n=4) e progresso no desempenho de AVD (18,7%; n=2).

DISCUSSÃO

Os pacientes para os quais foram solicitados os PC referentes a CAA apresentaram características variáveis, no entanto, essa demanda estava presente, sobretudo, em pacientes do gênero masculino; a faixa etária foi bem ampla: entre 27 a 87 anos. Autores¹¹ mencionam não ser possível associar uma característica específica aos indivíduos que requerem o uso de recursos de CAA, já que eles apresentam uma vasta gama de necessidades e capacidades comunicacionais. Dessa maneira, para os autores, torna-se difícil determinar a prevalência dos indivíduos hospitalizados com necessidades complexas de comunicação.

Entende-se que o envelhecimento populacional ocasiona a alteração do perfil de morbimortalidade da população, em que há um aumento dos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), comumente associadas à incapacidade, dentre elas, a de comunicação. Nessa perspectiva, estima-se que em torno de um bilhão de

peessoas poderiam se beneficiar dos recursos, equipamentos e serviços de TA¹². Porém, espera-se que essa previsão alcance o número de dois bilhões de indivíduos em 2050, de modo que, à medida que ocorre o envelhecimento, os indivíduos necessitarão de dois ou mais produtos e/ou serviços de TA, incluindo aqueles relacionados à CAA¹². Destaca-se que a essa previsão, devem ser somadas as novas demandas advindas da pandemia de COVID-19.

Considerando-se a variedade de clínicas envolvidas os diagnósticos mais prevalentes foram neoplasias, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e déficits cognitivos. Esses resultados corroboram com dados obtidos em um estudo nacional, que relacionam transtornos neurológicos, físicos, cognitivos e emocionais com impactos na comunicação¹. As condições de saúde mais comumente associadas a incapacidade comunicativa são o Câncer de Cabeça e Pescoço, o AVE, a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e demais traumas em regiões responsáveis pela fala^{1,13,14}. Outros autores¹¹ apontam as doenças degenerativas linguístico-cognitivas, tais como a Doença de Alzheimer.

Além disso, esse perfil de paciente também incluiu aqueles em uso de TQT e VM. Ao se considerar a pandemia de COVID-19 e o consequente uso de VM em pacientes graves, explicita-se a barreira de comunicação ocasionada pela intubação orotraqueal e/ou pela TQT, em que ocorre dificuldade na expressão e na compreensão das necessidades desses pacientes, bem como pela necessidade de sedação. Acrescenta-se, ainda, que os demais sinais e sintomas da COVID-19, como a dispneia, podem afetar a capacidade de comunicação verbal dos pacientes¹⁵.

O gênero masculino teve prevalência nas solicitações para a implementação de CAA. Essa característica pode estar associada ao fato de que os principais diagnósticos relacionados aos déficits de comunicação apresentam os homens como sua população mais acometida, como as neoplasias¹⁶ e o AVE¹⁷.

A justificativa para o encaminhamento dos PC ao STO consistiu, sobretudo, em melhorar a comunicação dos pacientes com a equipe assistencial para facilitar a expressão e a compreensão de demandas e necessidades. Um estudo realizado em 2011¹⁸ já pontuava que a cada ano, nos Estados Unidos da América, mais de 2,7 bilhões de pacientes internados nas UTI eram incapazes de comunicar-se verbalmente, a maior parte por estar em VM ou apresentar vias aéreas alternativas.

A privação da comunicação pode estar associada a maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados e a frustração nos profissionais

da saúde frente aos obstáculos para iniciar e manter a interação com pacientes que não possuem uma comunicação verbal eficaz¹⁹. Além disso, pacientes que apresentam limitações na comunicação verbal podem apresentar maiores riscos de eventos adversos, aumento de sedação e sobrecarga do cuidador¹⁵. Autores apontaram que lesões por pressão, quedas, reações inadequadas ao uso de medicamentos e pneumonias associadas à VM podem ser consideradas consequências das barreiras comunicativas, tendo em vista a comunicação ineficaz entre o paciente, os seus familiares/cuidadores e a equipe assistencial²⁰.

No presente estudo, para a coleta de dados junto aos pacientes, os terapeutas ocupacionais utilizaram anamnese dirigida e o instrumento padronizado de avaliação foi a MIF. O uso de medidas avaliativas padronizadas aumenta a confiabilidade na identificação da capacidade funcional dos pacientes. Além do mais, tende a contribuir para a avaliação e a melhoria da prestação de serviços na área de Terapia Ocupacional ao possibilitar a comparação dos dados obtidos e as reavaliações dos programas de intervenção ao longo do tempo²¹.

No entanto, o uso da MIF não corrobora com o estudo nacional²² em que se citam as avaliações e os instrumentos padronizados como a Escala de Coma de Glasgow, o *The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) para verificar o nível de interação do paciente correspondente à implementação dos recursos de CAA. Ademais, esses autores também sugerem avaliar a motivação para o uso de CAA e a necessidade de se comunicar dos pacientes com restrição de comunicação oral²².

Para alguns autores, o terapeuta ocupacional deve avaliar as habilidades motoras, processuais e os componentes de desempenho sensoriais e psicossociais para indicar o recurso de CAA adequado às necessidades e as habilidades comunicacionais remanescentes do paciente. Além disso, mencionam ser importante considerar o ambiente e o contexto no qual será realizado o uso desse tipo de recurso¹.

Em relação às estratégias pré-estabelecidas de comunicação registradas, verificou-se o uso de leitura labial, gestos e expressões faciais, que corroboram com outros estudos da área^{13,23}. Para os autores¹³, os acenos com a cabeça foram o principal meio de comunicação aplicado pelos pacientes com restrição na comunicação oral. Apesar disso, indicou-se que esses pacientes utilizavam meios

alternativos de comunicação combinados e não de forma isolada, o que também foi citado na primeira pesquisa.

Em contrapartida, a comunicação gestual pode tornar-se limitada, pouco específica e acarretar em erros de interpretação. Dessa maneira, verificou-se em estudo²⁰ que 53% dos pacientes em VM que participaram da pesquisa poderiam ser beneficiados com o uso de recursos de CAA, tais como as pranchas de comunicação e os dispositivos de baixa e alta tecnologia, como os sintetizadores de voz²⁴.

A CAA consiste em um sistema de comunicação que utiliza estratégias para ampliar, compensar, facilitar ou substituir prejuízos, permanentes ou temporários, de compreensão e comunicação expressiva²⁵. O uso de CAA está sendo considerado um método de linha de frente para restaurar as habilidades comunicativas destas pessoas²⁶.

Nesta pesquisa, foi verificado que as pranchas de comunicação foram os recursos de CAA mais indicados pelos terapeutas ocupacionais. Estudo nacional¹ enfatiza que esse recurso comunicacional consiste em um dispositivo simples e de confecção personalizável às necessidades de cada paciente e condizentes com as habilidades comunicativas pertinentes ao contexto hospitalar. Porém, as autoras ressaltam que as pranchas de comunicação podem requerer do paciente um nível de alerta adequado, mobilidade de membros superiores e resistência ao esforço despendido para a construção das palavras e/ou o rastreamento de imagens.

Outro estudo nacional²³ demonstrou que as pranchas de comunicação mais comumente utilizadas no contexto hospitalar abordavam itens como o alfabeto, as necessidades básicas, as atividades e conversas, as dúvidas e perguntas, o posicionamento no leito, o sim e o não, e o nível de dor. No presente estudo, contudo, não foram identificadas nos prontuários descrições sobre o conteúdo das pranchas elaboradas pelos terapeutas ocupacionais.

Apesar disso, houve menção a comunicação parcial e efetiva a partir do apoio de recursos de CAA e a melhora na interação entre pacientes, seus familiares e/ou cuidadores e a equipe assistencial. Autores²⁷ indicam que o uso de recursos de CAA influenciaram positivamente a experiência de hospitalização dos pacientes com dificuldades comunicacionais. Mas, apesar da crescente demanda por Tecnologia Assistiva, como a CAA, em países de baixa e média renda, apenas 5 a 15% dos indivíduos que necessitam utilizar dispositivos assistivos têm acesso a eles²⁸.

Assim, ao se considerar o contexto hospitalar, as instituições que possuem o profissional de Terapia Ocupacional em seu quadro assistencial podem proporcionar precocemente a prescrição dos recursos de Tecnologia Assistiva, facilitando o manejo pela equipe. Estudos indicam ser necessário disponibilizar diferentes recursos nas unidades de terapia intensiva a fim de atender maior contingente de necessidades e aumentar a possibilidade de uma implementação de CAA adequada. Assim, compreende-se ser imprescindível o acompanhamento de um profissional habilitado, como o terapeuta ocupacional, para realizar a avaliação, prescrição e o treino dos recursos de CAA¹.

O treino de AVD e o progresso no desempenho dessas atividades também foi indicado nos registros de Terapia Ocupacional, de modo a corroborar com uma pesquisa²⁹ que sinalizou o treino de AVD como uma função do terapeuta ocupacional em UTI para otimizar a reabilitação desses pacientes. Outro estudo³⁰ indicou que o treino de AVD é uma das intervenções mais realizadas pelo terapeuta ocupacional com pacientes críticos.

Destaca-se que os desfechos não informados estão relacionados com a falta de detalhamento dos registros em prontuários, bem como podem se referem aos pacientes para os quais foram encaminhados os PC próximo a data da alta hospitalar, resultando em atendimentos pontuais de Terapia Ocupacional e comprometendo o progresso do processo terapêutico ocupacional com relação a CAA.

O PC para os atendimentos de Terapia Ocupacional deve ser encaminhados de forma breve, pois o período para se concretizar as intervenções, está relacionado ao tempo de hospitalização dos pacientes. Nesta pesquisa, a divergência entre a média de tempo para resposta e o período de 48h estipulado pela norma interna está associada à escassez de profissionais terapeutas ocupacionais no hospital em questão quando comparado à demanda de trabalho para o STO.

Nessa perspectiva, deve-se ampliar o escopo de atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar para que os resultados gerados a partir do seu processo avaliativo e interventivo possam ser compreendidos pela equipe assistencial, de modo que esse profissional seja inserido a equipe de maneira efetiva, contribuindo com a reabilitação dos pacientes, a desospitalização e a redução de reinternações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto hospitalar, a comunicação efetiva entre o paciente, seus familiares e/ou cuidadores e a equipe assistencial visa garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada. Porém, as características clínicas do paciente e/ou relacionadas às intervenções terapêuticas podem comprometer a comunicação verbal, temporária ou permanentemente.

As barreiras de comunicação podem ser minimizadas através de meios alternativos de comunicação, como os recursos de CAA. A partir dessa perspectiva, visa-se ampliar o repertório de comunicação desses pacientes para facilitar a expressão e a compreensão de demandas. No entanto, para favorecer a implementação e a adesão à CAA é necessário que os recursos contemplem as necessidades comunicativas dos pacientes. Assim, o profissional da Terapia Ocupacional pode contribuir com a avaliação, a prescrição e o treino para o uso dos recursos de CAA com pacientes hospitalizados, considerando as demandas de gerenciamento da comunicação e em consonância com as habilidades de desempenho remanescentes desses pacientes.

Salienta-se como limitações deste estudo a amostra reduzida de prontuários obtidos para compor a análise dos casos. Destaca-se que o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da instituição em que ocorreu este estudo iniciou o seu processo de reestruturação após o início da coleta dos dados. Nesse panorama, houve restrições em relação à disponibilidade dos prontuários, o que ocasionou maior demanda de tempo para o acesso aos prontuários e impossibilitou a leitura de todos os prontuários necessários à coleta dos dados.

Acrescenta-se que a falta de detalhamento dos PC e em registros em prontuários dificultou a análise dos dados. Ademais, também se destaca como limitação do estudo o recorte metodológico adotado, tendo em vista que o período da coleta de dados, apesar de abarcar a fase mais expressiva da pandemia de COVID-19, não resultou em PC destinados aos pacientes com diagnóstico dessa doença.

A partir disso, o número reduzido da amostra possibilita considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Assim, sugere-se a realização de novas pesquisas com maior abrangência, sobretudo porque os recursos de CAA podem interferir positivamente na qualidade da assistência prestada ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pelosi MB, Gomes CA. Tecnologia Assistiva e Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares. In: De Carlo MMRP, Kudo AM. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. São Paulo: Editora Payá; 2018, p. 103-126.
2. Buheji M, Alhaddad M, Salman A, AlShuwaikh Z, Jahrami H. Hearing the Silent Voices of COVID-19 Patients on Mechanical Ventilators: The Use of Augmentative and Alternative Communication (AAC) Approach. Am. J. Med. Medical Sci. [Internet]. 2020. [acesso em dez 10]; 10(7):457-61. doi: <https://doi.org/10.5923/j.ajmms.20201007.04>
3. Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. Crit. Care [Internet]. 19 out 2016 [acesso dez 10]; 20(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
4. International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC). What is communication? [Internet]. 2021. [acesso em dez 20]. Disponível em: <https://isaac-online.org/english/what-is-aac/what-is-communication/>
5. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Bras). Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva [Internet]. 2021. [acesso em dez 20]. Brasília: CORDE, 2009. 138 p.
6. Rodriguez CS, Rowe M, Koepfel B, Thomas L, Troche MS, Paguio G. Development of a communication intervention to assist hospitalized suddenly speechless patients. Technol. Health Care [Internet]. 14 nov 2012 [acesso dez 10]; 20(6):519-30. doi: <https://doi.org/10.3233/thc-2012-0695>
7. Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil). CBO – Classificação Brasileira de Ocupações [Internet]. 2002. [acesso em dez 15]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf#3>
8. Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO). Lista de Procedimentos de Terapia Ocupacional – LPTO [Internet]. 2007. [acesso em dez 15]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3404
9. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process - Fourth Edition. Am. J. Occup. Ther. [Internet]. 31 ago 2020 [acesso dez 10]; 74(Supplement_2):7412410010p1. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74s2001>
10. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 5 ed. revisada e ampliada. São Paulo: Atlas; 2001. 228 p.
11. Beukelman DR, Light JC. Augmentative & Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs. 5. ed. Baltimore: Brookes Publishing; 2020. 704 p.
12. World Health Organization (WHO). Improving access to assistive technology. [Internet]. 2018. [acesso em nov 15]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_21-en.pdf

13. Thomas LA, Rodriguez CS. Prevalence of Sudden Speechlessness in Critical Care Units. *Clin. Nurs. Res.* [Internet]. 11 jul 2011 [acesso jan 10]; 20(4):439-47. doi: <https://doi.org/10.1177/1054773811415259>
14. Rodriguez CS, Blischak DM. Communication needs of nonspeaking hospitalized postoperative patients with head and neck cancer. *Appl. Nurs. Res.* [Internet]. Maio 2010 [acesso em dez 22]; 23(2):110-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.04.001>
15. Altschuler T, Santiago R, Gormley J. Ensuring communication access for all during the COVID-19 pandemic and beyond: supporting patients, providers, and caregivers in hospitals. *Augment. Altern. Commun.* [Internet]. 2 ago 2021 [acesso jan 23]:1-13. doi: <https://doi.org/10.1080/07434618.2021.1956584>
16. World Cancer Research Fund International (WCRF). Worldwide cancer data. [Internet]. 2022. [acesso em fev 23]. Disponível em: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/worldwide-cancer-data/>
17. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex Differences in Stroke Epidemiology. *Stroke* [Internet]. Abr 2009 [acesso em jan 23]; 40(4):1082-90. doi: <https://doi.org/10.1161/strokeaha.108.540781>
18. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *Am. J. Crit. Care.* [Internet]. 28 fev 2011 [acesso em nov 20]; 20(2):e28-e40. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2011433>
19. Ju XX, Yang J, Liu XX. A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units. *Intensive Crit. Care Nurs.* [Internet]. Nov 2020 [acesso em dez 23]:102948. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102948>
20. Happ, M. B., Seaman, J. B., Nilsen, M. L., Sciulli, A., Tate, J. A., Saul, M., & Barnato, A. E. (2015). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart Lung*, 44(1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.010>
21. Bernardo LD. Revisão integrativa sobre o engajamento em ocupações de idosos com Alzheimer. *REVISBRATO* [Internet]. 31 jul 2017 [acesso em jan 23];1(3):386-405. doi: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto5484>
22. Coelho PS, Valle KD, Carmo GP, Santos TR, Nascimento JS, Pelosi MB. Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2020 [acesso jan 20]; 28(3):829-54. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>
23. Pelosi MB, Nascimento JS. Uso de Recursos de Comunicação Alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2018 [acesso em nov 24]; 26(1):53-61. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1157>
24. Freeman-Sanderson A, Rose L, Brodsky MB. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) cuts ties with patients' outside world. *Aust. Crit. Care.* [Internet]. Set 2020 [acesso jan 20]; 33(5):397-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.001>

25. Cesa CC, Mota HB. Comunicação aumentativa e alternativa: panorama dos periódicos brasileiros. Revista CEFAC [Internet]. Fev 2015 [acesso em dez 10]; 17(1):264-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620150114>
26. Pandian V, Morris LL, Brodsky MB, Lynch J, Walsh B, Rushton C et al. Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach. Am. J. Crit. Care. [Internet]. 1 nov 2020 [acesso em nov 20]; 29(6):e116-e127. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020561>
27. Karlsen MM, Ølnes MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: a scoping review. Nurs. Crit. Care [Internet]. 1 ago 2018 [acesso em jan 15]; 24(3):115-31. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
28. World Health Organization (WHO). Assistive devices and technologies. [Internet]. 2020. [acesso em jan 23]. Disponível em: <https://www.who.int/disabilities/technology/en/>
29. Weinreich M, Herman J, Dickason S, Mayo H. Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. Occup. Ther. Health Care [Internet]. 3 jul 2017 [acesso em jan 15]; 31(3):205-13. doi: <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>
30. Costigan FA, Duffett M, Harris JE, Baptiste S, Kho ME. Occupational Therapy in the ICU. Crit. Care Med. [Internet]. Dez 2019 [acesso em jan 15]; 47(12):e1014-e1021. doi: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003999>

RECEBIDO: 25/02/2022

ACEITO: 09/06/2022