



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

VIVIANE FAZZIO ZAQUEU

**O NÃO FALAR, A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA E A
FUNCIONALIDADE DE PESSOAS EM VULNERABILIDADE COMUNICATIVA EM
CUIDADOS INTENSIVOS E SEMI-INTENSIVOS**

**CAMPINAS
2023**

VIVIANE FAZZIO ZAQUEU

**O NÃO FALAR, A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA E A
FUNCIONALIDADE DE PESSOAS EM VULNERABILIDADE COMUNICATIVA EM
CUIDADOS INTENSIVOS E SEMI-INTENSIVOS**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. REGINA YU SHON CHUN

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA VIVIANE FAZZIO ZAQUEU E ORIENTADA PELO
PROFA. DRA. REGINA YU SHON CHUN

**CAMPINAS
2023**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Z182n Zaqueu, Viviane Fazzio, 1993-
O não falar, a comunicação suplementar e/ou alternativa e a funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa em cuidados intensivos e semiintensivos / Viviane Fazzio Zaqueu. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Regina Yu Shon Chun.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Fonoaudiologia. 2. Barreiras de comunicação. 3. Sistemas de comunicação alternativos e aumentativos. 4. Sistemas de comunicação no hospital. 5. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. I. Chun, Regina Yu Shon, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Speechlessness, augmentative and alternative communication, and functioning of vulnerable communication people in the intensive and semi-intensive care

Palavras-chave em inglês:

Speech, Language and hearing sciences

Communication barriers

Communication aids for disabled

Hospital communication systems

International Classification of Functioning, Disability and Health

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Regina Yu Shon Chun [Orientador]

Miryam Bonadiu Pelosi

Maria Cecília Bonini Trenche

Ana Lúcia Túbero

Amanda Brait Zerbeto

Data de defesa: 19-12-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-5858-581X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8382237168708647>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

VIVIANE FAZZIO ZAQUEU

ORIENTADOR: PROF^a DR^a REGINA YU SHON CHUN

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROF^a. DR^a. REGINA YU SHON CHUN**
 - 2. PROF^a. DR^a. MIRYAM BONADIU PELOSI**
 - 3. PROF^a. DR^a. MARIA CECÍLIA BONINI TRENCHÉ**
 - 4. PROF^a. DR^a. ANA LÚCIA TÚBERO**
 - 5. PROF^a. DR^a. AMANDA BRAIT ZERBETTO**
-

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 19/12/2023

***“O silêncio do não falar nunca é de ouro. Todos nós precisamos nos comunicar uns com os outros– Não só de uma forma, mas de muitas. É uma necessidade básica e um direito humano. E mais que isso, é um poder dos humanos”
(B. Williams, 2000; p. 248, livre versão minha).***

DEDICATÓRIA

Às pessoas em vulnerabilidade comunicativa, pois este trabalho busca contribuir para um cuidado que as olhe por completo,

A todos que entendem a importância da comunicação para a vida;

Aos profissionais que buscam em seu cuidado entender que aqueles que os procuram, são, além de seu diagnóstico, seres humanos e precisam ser tratados como tal,

À minha família, meus pais, Cláudia e Oclair, pelo incentivo ao estudo e às minhas queridas avós, Antônia Elda Sarreta Fazzio e Philomena Bardão Zaqueu (In memoriam).

A todos os meus familiares que se dedicaram ao cuidado em saúde por meio da enfermagem, essa é a minha contribuição para nossa atuação, que, mesmo de áreas diversas, se complementam no ambiente hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida e por me permitir fazer parte deste trabalho;

Aos participantes da pesquisa, que mesmo em um momento tão vulnerável dedicaram seu tempo e contribuíram para futuras mudanças no cuidado de pessoas que passem pelo mesmo que eles.

Agradeço também à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Regina Yu Shon Chun, que me orienta desde 2010. Foram muitas trocas e aprendizados. Você é parte da profissional que sou. Obrigada por tantas vezes, em meio as dificuldades, me lembrar a importância do trabalho que construímos, esse trabalho não existiria sem você, agradeço também sua paciência, cuidado e dedicação.

À minha família, pela compreensão pelas horas trabalhadas, e pelo incentivo ao estudo. Essa conquista também é fruto da dedicação de vocês.

Ao meu companheiro, Olavo Bet, por toda parceria durante este trabalho, compreendendo as horas em frente ao computador, ajudar nas questões matemáticas e por ser presente ao longo deste processo;

As minhas queridas amigas, Larissa Chiodetto, Bárbara Frare e Marina Alves Fontoura, por tantas trocas em relação a vida, a Fonoaudiologia, e a pesquisa.

As Fonoaudiólogas Luciana Paiva de Farias e Adriana Peres, por tantas trocas em relação a Fonoaudiologia, a vida, à Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, e pelos incentivos para a realização deste trabalho;

A Clélia Riquino, por nos auxiliar com seu trabalho. Obrigada Clé, você nos ajudou a refinar nossas ideias!

A banca examinadora pelas sugestões que enriqueceram esta pesquisa.,

A todos aqueles que contribuíram para esta pesquisa, em forma de encaminhamentos, troca de materiais ou atendimento,

Ao grupo de pesquisa da professora Dra Regina Yu, que cada vez mais pesquisas em linguagem e comunicação suplementar e/ou alternativa possam ser realizadas e conhecimento compartilhado

RESUMO

Introdução: No decorrer de uma internação, as pessoas podem apresentar alterações de linguagem e interação, em decorrência de questões neurológicas, mecânicas, psicogênicas ou ambientais. Tal fato coloca estas pessoas em vulnerabilidade comunicativa. **Objetivo:** Investigar as demandas de linguagem, dificuldades e facilitadores de pessoas em situação de comunicação vulnerável, no ambiente hospitalar, e a aplicabilidade da introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA). **Método:** Estudo clínico, composto por 25 participantes internados em um Hospital-escola da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do interior de São Paulo. Aprovado pelo Comitê de Ética sob CAEE nº 56719316.3.0000.540410 e parecer nº 1.678.046. Os procedimentos para coleta de dados foram: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil dos participantes quanto ao sexo e condições de linguagem e clínicas (hipótese diagnóstica e/ou doença de base); (ii) aplicação do rastreo *Intensive Care Unit Communication Screening Protocol* (ICUCS), adaptado e traduzido pelas pesquisadoras; (iii) indicação e acompanhamento fonoaudiológico da introdução de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), registrados em diário de campo. Os resultados do ICUCS foram transcritos para análise pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e para a indicação de SSAC. **Resultados:** São apresentados no formato de três artigos. Quanto à CIF, a maioria dos participantes estava alerta e compreendia comandos simples, sendo que 39% apresentaram problemas graves de expressão de linguagem, com prejuízo de atividade e participação; 50% apresentaram dificuldade grave no falar e 33%, em iniciar e manter conversas. Quanto aos impactos do *não falar*, categorias como condições de saúde, sentimentos, relações e uso de SSAC apareceram como relevantes nas interações com os participantes. Tais dados mostraram que a vulnerabilidade comunicativa impacta na percepção do sujeito sobre ele e seu ambiente, no sentimento de insegurança, durante a internação, e na relação com seus pares. Fatores como o uso de SSAC, mudanças ambientais, capacitação de familiares e equipe de cuidados são importantes para reduzir as consequências da comunicação vulnerável. Foi possível realizar a indicação de SSAC de baixa tecnologia, como pranchas de comunicação (alfabética ou de símbolos), uso de gestos e da escrita, minimizando os efeitos da vulnerabilidade comunicativa do grupo estudado. Os resultados geraram um fluxograma de análise da linguagem e uma proposta do processo de implementação da CSA para a prática clínica em linguagem, nos cuidados hospitalares. **Conclusão:** Os achados mostram que ouvir e dar voz às pessoas, por meio da atenção e escuta individualizada e de SSAC, permitiu maior compreensão das demandas e necessidades da pessoa em vulnerabilidade comunicativa. Além disto, destaca-se a importância de vários aspectos no processo de avaliação e indicação de SSAC, no contexto hospitalar, tais como os impactos das alterações de linguagem, motoras e das condições clínicas, além dos fatores contextuais, analisados pela CIF, que podem agravar a situação de comunicação vulnerável. Isto gerou um fluxograma para a prática clínica em linguagem com enfoque na implementação de CSA, no ambiente hospitalar, de modo a contribuir para um ambiente favorável à comunicação e ampliar o olhar de saúde em uma abordagem humanizada e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Barreiras de Comunicação; Sistemas de Comunicação Aumentativo e Alternativo; Sistemas de Comunicação no Hospital; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ABSTRACT

Introduction: During a hospitalization, people may present changes in language and interaction, due to neurological, mechanical, psychogenic, or environmental issues. This fact places these people in vulnerable communication. **Objective:** To investigate the language demands, barriers, and facilitators of people in vulnerable communication situations, in the hospital setting, and the applicability of introducing Augmentative And Alternative Communication. **Method:** Clinical study, consisting of 25 participants admitted to a teaching hospital within the Unified Health System (SUS) network in the interior of São Paulo. Approved by the Ethics Committee under CAEE no. 56719316.3.0000.540410 and statement no. 1,678,046. The procedures for data collection were: (i) a survey of medical records, to characterize the participants' profile regarding gender language and clinical conditions (diagnostic hypothesis and/or underlying disease); (ii) application of the Intensive Care Unit Communication Screening Protocol (ICUCS) screening, adapted and translated by the researchers; (iii) speech therapy indication and monitoring of the introduction of Supplementary and/or Alternative Communication Systems (SSAC), recorded in a field diary. The ICUCS results were transcribed for analysis by the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) and the indication of SSAC. **Results:** They are presented in the format of three articles. Regarding the ICF, the majority of participants were alert and understood simple commands, 39% had serious problems with language expression, with impaired activity and participation; 50% had severe difficulty speaking and 33% had severe difficulty in starting and maintaining conversations. Regarding the impacts of not speaking, categories such as health conditions, feelings, relationships, and use of SSAC appeared relevant in interactions with participants. Such data showed that communicative vulnerability impacts the subjects' perception of themselves and their environment, the feeling of insecurity during hospitalization, and their relationship with their peers. Factors such as the use of SSAC, environmental changes, and training of family members and the care team are important to reduce the consequences of vulnerable communication. It was possible to indicate low-technology SSAC, such as communication boards (alphabetic or symbols), use of gestures and writing, minimizing the effects of the communicative vulnerability of the studied group. The results generated a language analysis flowchart and a proposal for the CSA implementation process for clinical practice in language, in hospital care. **Conclusion:** The findings show that listening and giving people a voice, through individualized attention and listening and SSAC, allowed a greater understanding of the demands and needs of people in communicative vulnerability. Furthermore, the importance of several aspects in the process of assessment and indication of SSAC in the hospital context is highlighted, such as the impacts of language and motor changes and clinical conditions, in addition to contextual factors, analyzed by the ICF, which can worsen the situation of vulnerable communication. This generated a flowchart for clinical practice in language with a focus on the implementation of AAC in the hospital environment, to contribute to an environment favorable to communication and broaden the perspective of health in a humanized and person-centered approach.

Palavras-chave: Speech and Hearing Sciences; Communication Barriers, Augmentative and Alternative Communication Systems; Hospital Communication Systems, International Classification Of Functioning, Disability and Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAC** – *Augmentative and Alternative Communication*
- AASI** – Aparelho de Amplificação Sonora Individual
- ASHA** – *American Speech-Language-Hearing Association*
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- AVCH** – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
- AVCI** – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
- CAAE** – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFFa** – Conselho Federal de Fonoaudiologia
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- COVID-19** – *Coronavirus Disease 2019*
- CPAP** – *Continuous Positive Airway Pressure*
- CSA** – Comunicação Suplementar e/ou Alternativa
- DUDH** – Declaração Universal dos Direitos Humanos
- E.L.A.** – Esclerose Lateral Amiotrófica
- FCM** – Faculdade de Ciências Médicas
- ICUCS** – *Intensive Care Unit Communication Screening*
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- SGB** – Síndrome de Guillain-Barré
- SSAC** – Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TBSNC** – Tuberculose do sistema nervoso central
- TCE** – Traumatismo Cranioencefálico
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TQT** – Traqueostomia
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva
- VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva
- VMNI** – Ventilação Mecânica Não Invasiva

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO GERAL.....	12
II. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos específicos.....	16
III. MÉTODO GERAL	17
3.1. Desenho do Estudo	17
3.2. Caracterização do local de coleta de dados.....	17
3.3. Constituição da Amostra	17
3.4. Procedimentos para a coleta de dados e forma de análise.....	18
IV. RESULTADOS	22
4.1. RESULTADOS – Artigo 1 - Funcionalidade de pessoas hospitalizados em vulnerabilidade comunicativa pela CIF.....	23
4.2. RESULTADOS – Artigo 2 - O não falar nos cuidados intensivos e semi-intensivos: o impacto na vida e no cuidado das pessoas.....	44
4.3. RESULTADOS – Artigo 3 - Processo de avaliação e indicação da comunicação suplementar e/ou alternativa em cuidados intensivos e semi-intensivos	62
V. DISCUSSÃO GERAL	80
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
VII. REFERÊNCIAS	85

I. INTRODUÇÃO GERAL

Diversas são as causas que podem levar a falhas comunicativas em pessoas que vivenciam uma internação hospitalar¹⁻³. A pessoa internada, ao não conseguir expressar-se de maneira a ser entendida pelo outro devido às suas condições de saúde, apresenta dificuldades de comunicação, ou seja, encontra-se em uma situação de vulnerabilidade comunicativa².

Uma autora referência na área da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA)⁴ define comunicação vulnerável como:

Diminuição da capacidade de falar, ouvir, ler, lembrar, escrever devido a fatores que são inerentes aos indivíduos (como déficits de linguagem expressiva, compreensiva, audição, visão, memória, etc.) ou fatores externos (ambiente ruidoso, uso de ventilação mecânica, não falar o idioma do local, ou até mesmo ter práticas religiosas que não sejam compreendidas ou aceitas pela equipe de cuidado)⁴. (p.13)

A definição apresentada, sobre vulnerabilidade comunicativa, corrobora o visto em outros estudos, que demonstram que pacientes em situação de comunicação vulnerável podem apresentar diferentes condições clínicas e diagnósticos como por exemplo dificuldades de fala secundária a :AVC, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Uso de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, remoção de laringe ou paralisia cerebral, idade e sexo, sendo assim, não há um perfil único^{1,3,5}, podendo estar hospitalizados por causas diversas.

Considerando os diversos perfis dos pacientes em vulnerabilidade comunicativa, é preciso que a equipe de cuidados esteja atenta às dificuldades de comunicação. Pessoas que não conseguem se comunicar, pela fala, têm maior propensão a eventos adversos,^{6,7} e podem passar por maior tempo de sedação, sensação de frustração, ansiedade e terem menos acesso à participação na tomada de decisão frente a seu tratamento e sua vida⁸⁻¹⁰. Desta forma, além de sua vulnerabilidade, por questões clínicas, de saúde, o *não falar* os torna duplamente vulneráveis, no âmbito hospitalar.

Além das dificuldades de comunicação, entre paciente e equipe, por alterações de linguagem, o silêncio nas interações, em um hospital, é frequente e traz, consigo, diversas questões quanto ao não dito: informações que são difíceis de serem ditas, questões referentes ao fim da vida, queixas, agradecimentos, entre outros¹¹.

Mas este silêncio, quando não é opcional, se torna algo maior: a privação de um direito garantido por lei¹².

Para garantir o acesso ao direito à comunicação, é necessário um profissional especializado, como parte da equipe de cuidados, como o fonoaudiólogo, que, dentre outras questões, previne, diagnostica e trata das alterações de linguagem¹³. A linguagem é parte importante, que constitui os seres humanos. Autor referência¹⁴ define linguagem como:

“ Um trabalho pelo qual histórica, social e culturalmente, o homem organiza e dá forma a suas experiências. Nela se produz, do modo mais admirável, o processo dialético entre o que resulta da interação e o que resulta da atividade do sujeito na constituição dos sistemas lingüísticos”¹⁴(p12)

Outra autora ¹⁵, explica que as definições feitas previamente ¹⁴ não se aplicam apenas a fala, mas a todos os outros sistemas de significação, inclusive, fotos, gestos e até mesmo aos sistemas suplementares e alternativos de comunicação. Ainda neste tópico, autoras ¹⁶ explicam que a CSA possibilita mais do que apenas comunicar, ela permite a produção de sentido e significação, assim como na expressão por meio da oralidade.

Assim posto, apesar da importância da linguagem para os humanos, ela não é vista como um agravante de saúde. No ambiente hospitalar, o papel do fonoaudiólogo ainda é mais associado às questões motoras, como alterações da deglutição, sendo dado menos valor às questões de linguagem, em uma perspectiva mais organicista de saúde². Em contrapartida, a política de humanização do SUS, iniciada em 2003, propõe um olhar biopsicossocial de saúde nas diversas unidades de cuidado, inclusive o hospitalar.¹⁷ Dentro do caderno de atenção hospitalar, sugerem-se 04 pistas metodológicas para avançar na humanização em saúde dentro do hospital, são elas: “ampliar a experiência democrática na gestão dos hospitais; ampliação da clínica compartilhada”; “desenvolver estratégias de inclusão do usuário e de sua rede sócio familiar nos processos de cuidado” e “ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde – o hospital pertence a uma rede”. Destaca-se aqui que para uma atuação da clínica compartilhada e inclusão do usuário no seu processo de cuidado é

necessário que ele tenha acesso a avaliação e terapia fonoaudiológica na área da linguagem, uma vez que para participar, é preciso conseguir comunicar.

O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁸, com enfoque principal nas questões referentes à funcionalidade, sem deixar de lado os aspectos orgânicos das pessoas em vulnerabilidade comunicativa, no ambiente hospitalar, em uma abordagem biopsicossocial da Saúde, como propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS), na CIF, ainda é pouco frequente na atenção hospitalar em Fonoaudiologia^{19,20}. Ainda neste sentido faz-se necessário definir funcionalidade, que segundo a CIF¹⁸

“É um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais”. ¹⁸(p15)

Ou seja, podemos entender a consequência das condições de saúde e dos fatores ambientais para a vida das pessoas.

Ainda neste sentido, autores²¹ relatam que os seres humanos possuem o “corpo com órgãos” e o “corpo sem órgãos”, o qual denominam “corpo afetivo”, que é *“capaz de responder ao processo de cuidado, ser ativo e altivo na busca da sua reabilitação e recuperação”*. O cuidado deve considerar ambos os corpos, e entender a importância do corpo afetivo, e de entender as reais necessidades de saúde que podem ir além das queixas físicas.

A partir disto, conhecer a pessoa que não fala e/ou não tem fala funcional, na condição hospitalar, é fundamental para propor uma intervenção fonoaudiológica que possa auxiliá-la a expressar aquilo que deseja e considerar para além das questões físicas, como também o corpo afetivo. Autores²² sugerem uma avaliação que tenha componentes relacionados às demandas comunicativas e ao desempenho funcional da comunicação.

Diante das dificuldades e facilidades de comunicação da pessoa em situação de vulnerabilidade comunicativa, hospitalizada, a utilização de rastreios de linguagem pode subsidiar a implementação de sistemas de Comunicação

Suplementar e/ou Alternativa (CSA). Nestes casos, a CSA visa complementar, suplementar ou substituir, de modo permanente ou temporário, a fala, maximizando as possibilidades comunicativas¹⁶

A implementação da CSA depende de vários fatores, inclusive contextuais (pessoas e ambientais, nos termos da CIF). Uma vez que a vulnerabilidade comunicativa tem componentes intrínsecos e extrínsecos, a pessoa que está hospitalizada necessita de uma avaliação que inclua tais aspectos^{16,22,23}. A CIF descreve e mensura a Saúde, a funcionalidade e a incapacidade. Parte de um modelo biopsicossocial, que entende que fatores podem ser barreiras ou facilitadores para a realização de atividades ou para a participação de uma pessoa. Estes fatores trazem informações quanto à funcionalidade e incapacidade do indivíduo, podendo ser positivos ou negativos^{18,24}. Assim posto, a aplicação desta classificação contribui para o processo de análise da pessoa em vulnerabilidade comunicativa, no contexto hospitalar¹⁹.

Autoras²⁵ realizaram uma revisão integrativa quanto ao uso da CIF na CSA e identificaram barreiras e vantagens no uso desta classificação. Segundo elas, o modelo biopsicossocial que norteia a CIF possibilita que as demandas e a implementação da CSA não sejam apenas focadas nas dificuldades da pessoa, como também em outros fatores, como a família, o ambiente, além da comunicação e a interação entre vários aspectos envolvidos.

A pesquisa justifica-se por buscar compreender a pessoa hospitalizada, em vulnerabilidade comunicativa, adensar o conhecimento de suas demandas, desafios e possibilidades de comunicação, sob um olhar amplo de Saúde que contemple não apenas a dimensão orgânica, como também os fatores contextuais (pessoais e ambientais) dessa população em questão. Assim como é importante dar voz a esses indivíduos, em comunicação vulnerável, acolher seus desejos, anseios, dificuldades e inseguranças causados pelo *não falar*, além de proporcionar alternativas que possam suplementar, complementar ou substituir a fala, no contexto hospitalar. Devido às condições linguísticas e de saúde, dessas pessoas, verifica-se, na literatura, carência de instrumentos específicos para avaliação fonoaudiológica beira leito, justificando-se, assim, o interesse em investigar o processo de avaliação de linguagem com enfoque na implementação da CSA junto a esse grupo populacional.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar as demandas de linguagem, barreiras e facilitadores de pessoas em situação de comunicação vulnerável, no ambiente hospitalar, e a aplicabilidade da introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA).

2.2. Objetivos específicos

- Analisar a linguagem e funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, em cuidados intensivos e semi-intensivos, no hospital, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),I. (Artigo 1)
- Investigar o não falar de pessoas internadas em enfermarias e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital-escola, do interior de São Paulo. (Artigo 2)
- Analisar o processo de avaliação e indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) para pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa em cuidados intensivos e semi-intensivos. (Artigo 3)

Segue o método geral do estudo.

III. MÉTODO GERAL

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de pesquisa clínica, com pessoas em situação de comunicação vulnerável, no ambiente hospitalar. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAEE nº 56719316.3.0000.5404 e parecer nº 3.633.490. A pesquisa foi autorizada pelo superintendente do Hospital das Clínicas da FCM/UNICAMP. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) foram obtidos com os responsáveis de cada setor do hospital em que foi realizada a coleta de dados, descrita no item a seguir.

3.2. Caracterização do local de coleta de dados

O local da pesquisa foi um Hospital-escola da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma cidade do interior de São Paulo. Este hospital, no momento da pesquisa, não possuía serviço de Fonoaudiologia sistemático, para cuidados em linguagem e/ou disfagia para atendimento à beira de leito. A realização da pesquisa foi acordada em duas Enfermarias, deste hospital, que dividem o mesmo espaço – Neurologia Clínica e Neurocirurgia e duas Unidades de Terapia Intensiva.

Durante o processo de coleta de dados, por 02 anos, havia Fonoaudiólogas residentes que tinham um estágio acompanhando a pesquisadora nos atendimentos de linguagem e realizavam em outros horários os atendimentos de disfagia. Tais atendimentos foram suspensos após a pandemia.

Foi realizado contato prévio com os responsáveis pelas Enfermarias de Neurologia Clínica e Neurocirurgia, para autorização da coleta de dados. O desenvolvimento inicial do estudo, nestas enfermarias, gerou demanda de atuação junto às UTIs de adultos, sendo o mesmo procedimento repetido, neste local, para anuência da pesquisa e coleta de dados.

3.3. Constituição da Amostra

O estudo constitui-se de 25 participantes, em situação de vulnerabilidade comunicativa, internados em um Hospital-escola, do interior de São Paulo, no período de agosto de 2015 até maio de 2023, constituindo o banco de dados da pesquisadora responsável. Durante a pandemia de Covid 2019, a coleta precisou ser suspensa. Ao

retorno da coleta, a enfermaria continuava a atender casos de Neurologia Clínica e Cirúrgica, e outras especialidades que não fizeram parte deste estudo. Durante este período, além de manter o caráter investigativo de doenças, também foi iniciado um projeto para que o serviço se torne uma unidade de cuidados de pacientes com AVC, que será implementado, em longo prazo.

A amostra foi obtida de maneira não probabilística, a partir do encaminhamento das pessoas em vulnerabilidade comunicativa, por parte da equipe de cuidados. A pesquisadora responsável apresentava a pesquisa aos médicos residentes, enfermeiros, fonoaudiólogas residentes e fisioterapeutas aprimorando, a cada rodízio ou troca destes profissionais e eles faziam os encaminhamentos quando identificavam dificuldades de comunicação das pessoas sob seus cuidados.

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, internadas nas Enfermarias acordadas e da UTI de adultos e que tivessem completado, até a data de início da pesquisa, 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: comprometimento cognitivo moderado ou grave e quadro demencial avançado, diagnosticado previamente à internação ou pela equipe de cuidado, que dificultaram ou impossibilitaram a avaliação de linguagem, além daqueles, em que o próprio indivíduo e/ou seu responsável legal não consentiram a participação no estudo.

Para o primeiro artigo foram incluídos 18 participantes, dados coletados antes da pandemia. No segundo artigo, foram incluídos apenas participantes com queixas relacionadas as doenças neuromusculares pois tais participantes foram acompanhados por maior tempo de internação o que permitiu maior relatos para análise. Por fim, no terceiro artigo foram incluídos todos os participantes da pesquisa.

3.4. Procedimentos para a coleta de dados e forma de análise

Foram realizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil dos participantes quanto ao sexo e condições de linguagem e clínicas (hipótese diagnóstica e/ou doença de base); (ii) aplicação do rastreo *Intensive Care Unit Communication Screening Protocol* (ICUCS)²⁶, adaptado e traduzido pela pesquisadora¹ (Apêndice 2); (iii) indicação e

acompanhamento fonoaudiológico da introdução de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), registrados em diário de campo.

Os resultados do ICUCS foram transcritos para análise pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e para a indicação de SSAC.

Foram selecionadas categorias da CIF que permitissem analisar questões referentes a funções do corpo, linguagem e participação e fatores ambientais relacionados à linguagem e à vulnerabilidade comunicativa. A descrição das categorias utilizadas e a maneira de pontuar os qualificadores da CIF será descrita, ao longo do Método, do Artigo 1.

Após as avaliações de linguagem, foram realizadas propostas de indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação e o acompanhamento de seu uso pelos participantes, durante sua internação, com anotações em diários de campo da pesquisadora e nos prontuários. Este seguimento variou, em média, entre 01 e 05 encontros e tal variabilidade ocorreu devido ao período de internação e da alta de cada participante.

O fluxograma (Figura 1) , descreve o processo de avaliação e indicação dos Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), realizado neste trabalho:

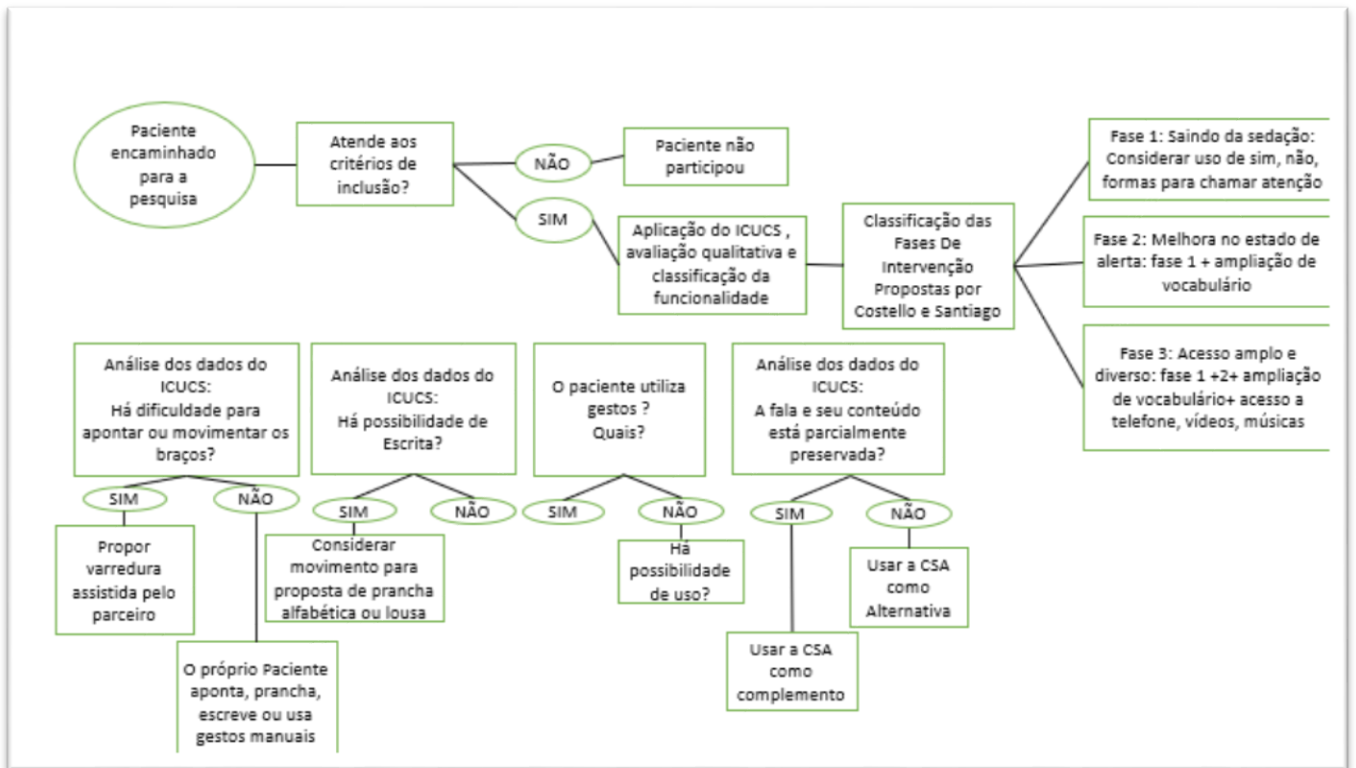


Figura 1 - Fluxograma descritivo do processo de avaliação e indicação dos SSAC, no ambiente hospitalar, elaborado pela pesquisadora (Zaqueu, 2023).

Quanto aos SSAC foram utilizados gestos, escrita em lousa, pranchas de baixa tecnologia pictográficas personalizadas, em que se buscou contemplar as necessidades de cada participante, considerando-se tamanhos de grade variados, bem como temas distintos de acordo com os interesses de cada um. Para todos os participantes foi apresentada uma prancha relacionada às questões de saúde e aspectos hospitalares e para alguns, pranchas alfabéticas. Seguem exemplos das pranchas utilizadas:

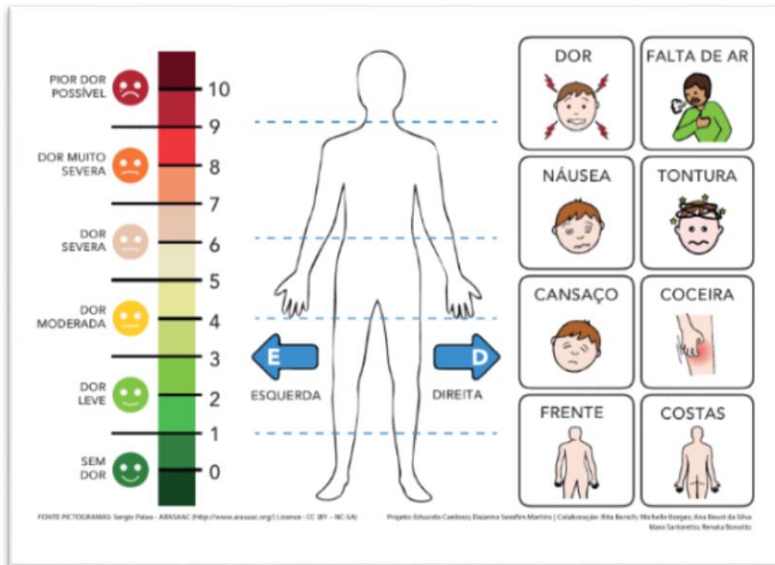


Figura 2– Exemplo de Prancha CAA Hospitalar utilizada criada por COM Acesso/UFRGS.

Fonte: <https://www.ufrgs.br/comacesso>. Acesso em 20/02/2024.

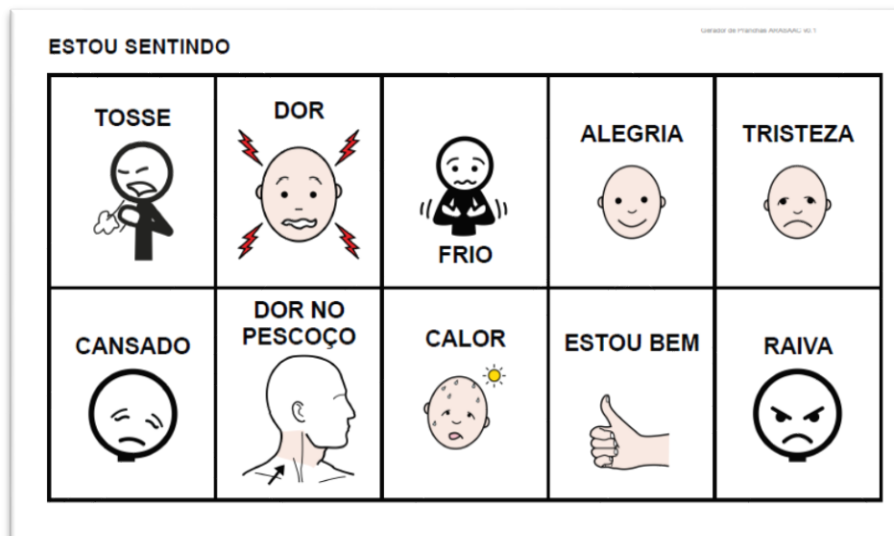


Figura 3 – Exemplo de Prancha de CSA utilizada, criada pela pesquisadora.

Fonte: Autoria própria (Zaqueu, 2018)

IV. RESULTADOS

Os resultados, serão apresentados no formato alternativo de tese, por meio de três artigos:

ARTIGO 1 – *Funcionalidade de pessoas hospitalizados em vulnerabilidade comunicativa pela CIF*

ARTIGO 2 – *O não falar nos cuidados intensivos e semi-intensivos: o impacto na vida e no cuidado das pessoas*

ARTIGO 3 – *Processo de avaliação e indicação da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa em cuidados intensivos e semi-intensivos*

4.1. RESULTADOS – Artigo 1

FUNCIONALIDADE DE PESSOAS HOSPITALIZADOS EM VULNERABILIDADE COMUNICATIVA PELA CIF

FUNCTIONING OF HOSPITALIZED PEOPLE IN VULNERABLE COMMUNICATION BY THE ICF

RESUMO

Introdução: Pessoas hospitalizadas, por causas diversas, podem apresentar comprometimentos de fala e linguagem que os coloquem em situação de vulnerabilidade comunicativa, influenciando sua funcionalidade. Adota-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para análise, sob esta perspectiva. **Objetivo:** Analisar a linguagem e funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, em cuidados intensivo e semi-intensivo no hospital, pela CIF, como base conceitual. **Método:** Estudo descritivo e transversal, constituído por 18 participantes. Para a coleta de dados realizou-se: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil sociodemográfico e das condições clínicas dos participantes; (ii) aplicação do protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*); (iii) introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) e (iv) diário de campo (registro dos relatos). Os resultados foram analisados pela CIF e realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** A maioria dos participantes estava alerta e compreendia comandos simples, sendo que 39% apresentaram problema grave de expressão de linguagem. Quanto à atividade e participação, 50% apresentaram dificuldade grave no falar, 33%, em iniciar e em manter conversas. Quanto aos fatores ambientais, familiares e profissionais de Saúde foram apontados tanto como facilitadores quanto como barreiras para a comunicação. A CSA foi vista como facilitadora da comunicação. **Conclusão:** Os participantes apresentaram alteração de expressão da linguagem oral, com compreensão preservada e dificuldades de atividade e participação, com impacto nos fatores ambientais, sendo a CSA uma facilitadora da comunicação. Reafirma-se a aplicabilidade da CIF no contexto hospitalar, para pessoas em vulnerabilidade comunicativa, para cuidado ampliado e humanizado.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Barreiras de Comunicação; Sistemas de Comunicação no Hospital; Sistemas de Comunicação Alternativos e Aumentativos.

1. INTRODUÇÃO

Durante uma internação hospitalar, as pessoas podem apresentar dificuldades para se comunicar por diferentes causas, sejam elas mecânicas, neurológicas, sensoriais, físicas e/ou psíquicas^{1,2}, o que pode colocá-las em situação de vulnerabilidade comunicativa, definida, no âmbito hospitalar, da seguinte forma:

Diminuição da capacidade de falar, ouvir, ler, lembrar, escrever devido a fatores que são inerentes aos indivíduos (como déficits de linguagem expressiva, compreensiva, audição, visão, memória, etc.). ou fatores externos (ambiente ruidoso, uso de ventilação mecânica, não falar o idioma do local, ou até mesmo ter práticas religiosas que não sejam compreendidas ou aceitas pela equipe de cuidado).³

As pessoas em vulnerabilidade comunicativa, com dificuldades em se comunicar, sentem-se mais frustradas, cansadas, ansiosas e pouco participativas em seu tratamento^{4,5}, sendo que, também, estão sujeitas a maior uso de medicação, maior tempo de sedação e maior tempo de internação, o que aumenta os custos de internação hospitalar⁶. Estudos, que acompanharam tais pessoas, após a alta hospitalar, demonstram o impacto das alterações de linguagem na vida delas, em condições causadas por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo, e o quanto sua participação fica limitada⁷. Por outro lado, pesquisas que analisaram a comunicação de pacientes em vulnerabilidade comunicativa com a equipe de cuidado demonstraram que, apesar da dificuldade de comunicação entre estes parceiros ocorrer, ela é fonte importante para a qualidade do cuidado prestado⁸. Além disso, em que pese o fato de o comprometimento e/ou ausência da oralidade impactar diretamente o cotidiano e cuidado das pessoas, a vulnerabilidade comunicativa, muitas vezes, não é vista como um agravante de saúde. Isso pode ser associado ao fato de o cuidado hospitalar ainda basear-se no modelo biomédico⁹, que preconiza o tratar dos sintomas e doenças. Porém, a política de humanização da Saúde e a abordagem da clínica ampliada consideram que se parta de um modelo biopsicossocial, no qual o indivíduo deve ser visto em sua totalidade, o que inclui questões físicas, ambientais, psíquicas, atividades realizadas e, também, a comunicação¹⁰.

Uma vez que a comunicação impacta não só a fala como as atividades de vida diária, da pessoa em situação de comunicação vulnerável, em uma avaliação clínica ou terapêutica fundamentada em um conceito amplo de Saúde é importante se

propos a avaliar os pacientes para além do diagnóstico e dos sintomas apresentados¹¹. Deste modo, justifica-se a utilização da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹², neste estudo, que considera, também, o impacto do diagnóstico nas atividades e na participação da pessoa em seu dia a dia, bem como propõe a reflexão de quanto os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras, na vida desse grupo populacional. No caso de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, estudo internacional mostra que a atitude de pessoas próximas, o conhecimento quanto às dificuldades de comunicação e mudanças no ambiente podem ser facilitadores ou barreiras para a comunicação².

No Brasil, pesquisas com a CIF foram realizadas em diferentes contextos, porém, poucas no ambiente hospitalar^{13,14}. Em 2013, foi elaborado um Guia Norteador do uso da CIF para a Fonoaudiologia¹⁵, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Outras autoras¹⁴ fizeram uma proposta de *checklist* para uso da CIF, no cuidado fonoaudiológico hospitalar, que conta com categorias relacionadas às funções do corpo e à atividade e participação. Tal questionário foi criado a partir de respostas de fonoaudiólogos em um site, no qual elegiam as categorias da CIF que consideravam necessárias para avaliar pacientes em contexto hospitalar, elaborando, assim, uma checklist.

A proposta de se utilizar a CIF é criar um perfil funcional da pessoa, complementando o diagnóstico para além da doença, o que pode contribuir para um cuidado integral, durante a internação e reabilitação, como abordado por outro trabalho¹⁶. Estas últimas autoras destacam que a utilização da CIF possibilita atenção fonoaudiológica diferenciada, nas diversas unidades hospitalares e em diferentes fases de intervenção, favorecendo uma análise ampliada da condição e do cuidado em Saúde, no âmbito hospitalar. O foco deste estudo é a intervenção fonoaudiológica de pessoas com necessidades complexas de comunicação em unidades de cuidados semi-intensivo e intensivo de um Hospital-Escola do interior de São Paulo.

2. OBJETIVO

Analisar a linguagem e funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa hospitalizadas, em cuidados intensivo e semi-intensivo, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como base conceitual.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal, parte de pesquisa de Doutorado. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizada, sob parecer: 1.678.046. A pesquisa foi autorizada pelo superintendente do Hospital e os termos de anuência foram assinados pelos responsáveis das unidades hospitalares envolvidas. O estudo foi apresentado aos participantes, para concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2. Constituição da Amostra

A pesquisa se constituiu de 18 participantes, em situação de vulnerabilidade comunicativa, internados nas Enfermarias de Neurocirurgia e Neurologia e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de Neurologia e Clínica, de um Hospital-Escola do interior de São Paulo, no período de 2016 a 2020. A amostra foi obtida, por conveniência, de maneira não probabilística, a partir do encaminhamento de pacientes por parte dos membros da equipe de cuidado das enfermarias em que os participantes estavam internados.

Cabe notar que o Hospital-Escola em que a pesquisa foi realizada não possui profissionais de Fonoaudiologia contratados para atendimento beira-leito, sendo o estudo realizado de forma voluntária. De modo que, além da apresentação da proposta de investigação, foram realizados esclarecimentos para a equipe de cuidado quanto à vulnerabilidade comunicativa, bem como quanto às possibilidades de intervenção da(o) fonoaudióloga(o), da área da linguagem, no ambiente hospitalar. Houve uma boa acolhida e, ao longo do tempo, a equipe, particularmente residentes

de Neurologia e de Fonoaudiologia, além da equipe de Enfermagem, realizavam indicações de pessoas para o estudo para a pesquisadora responsável.

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, isto é, que apresentassem comprometimento de linguagem oral, compreensão preservada, internadas nas enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), durante o período de coleta de dados, que tivessem completado, até a data de início da pesquisa, 18 anos de idade.

Os critérios para exclusão foram: Escala de Glasgow inferior a 9, comprometimento cognitivo moderado ou grave e quadro demencial avançado, tendo sido excluídos aqueles que não apresentaram condições de comunicação com a pesquisadora e quando o próprio indivíduo e/ou seus responsáveis legais não consentiram a participação no estudo.

3.3. Procedimentos para a Coleta de Dados

Os procedimentos para a coleta de dados envolveram: (i) levantamento dos prontuários para caracterização do perfil sociodemográfico (idade e sexo) e das condições clínicas dos participantes (hipótese diagnóstica e/ou doença de base, tipos de causas do problema), local de internação e encaminhamentos; (ii) aplicação do protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*)¹⁷ adaptado pelas pesquisadoras¹⁸ e (iii) indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SAAC) pela pesquisadora responsável.

Uma vez que esta pesquisa foi realizada no ambiente hospitalar, todos os materiais foram adaptados para que pudessem ser devidamente higienizados para evitar riscos de contaminação. Por outro lado, por esta mesma razão, algumas propostas não puderam ser desenvolvidas e materiais como papel e caneta, para escrita, não puderam ser utilizados.

O *Intensive Care Unit Screening Protocol* (ICUCS) é um rastreio das habilidades comunicativas feito para pacientes hospitalizados. Corresponde a uma rápida testagem da presença total ou parcial de alterações de alerta, alterações motoras da fala, déficits de compreensão, formas de comunicação, além de indicar a presença ou ausência de movimento e auxiliar para a indicação de sistemas

umentativos e alternativos de comunicação, quando for o caso. Vide QUADRO 1, ilustrativo do rastreio ICUCS.

QUADRO 1 – Versão adaptada e traduzida pelas autoras do protocolo ICUCS¹⁷.

Categorias	Participantes N/(F%)		
	Sim	Não	Parcial
Estado de alerta Paciente alerta Capaz de seguir comandos			
Avaliar habilidades motoras orais Habilidades motoras orais preservadas			
Avaliar Compreensão Compreende sem auxílio, pistas visuais ou orais Uso de óculos Uso de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) Uso de prótese dentária Recursos disponíveis			
Escolhas de estratégias para comunicação Comunica Sim e Não Consegue apontar Leitura e escrita			

A CIF¹³ pode ser dividida em duas partes, sendo, a primeira, referente às funções do corpo e atividade e participação (funcionalidade e incapacidade) e a segunda, referente aos fatores ambientais e pessoais que podem impactar, de forma positiva ou negativa, a pessoa avaliada.

Os componentes podem ser classificados como positivos (+) ou negativos (.), correspondendo, no caso dos fatores ambientais, respectivamente a facilitadores ou barreiras. São representados por letras (b) funções do corpo e (d) para atividade e participação. Cada componente é seguido por um código de números que representa a categoria a ser avaliada e por um qualificador.

Foram utilizados os dados registrados pela pesquisadora responsável, quanto ao ICUCS e ao seu diário de campo, que incluíam relatos dos participantes e de seus familiares, referentes à indicação e uso dos SAAC propostos, além de anotações relativas aos comentários dos participantes, familiares e à equipe de cuidado. Foi realizada a classificação dos dados pela CIF, em *checklist* elaborado especificamente para este estudo (vide QUADRO 2), para análise das condições linguísticas e de funcionalidade do grupo estudado.

QUADRO 2 – Checklist da CIF elaborado pelas pesquisadoras para análise das condições linguísticas e de funcionalidade dos participantes do estudo.

Funções do corpo (b)
Estado de Consciência (b1100)
Recepção da linguagem oral (b16800)
Expressão da linguagem oral (b16810)
Expressão da linguagem escrita (b16811)
Funções da articulação (b320)
Atividade e Participação (d)
Falar (d330)
Receber mensagens orais (d310)
Receber mensagens não verbais (d315)
Receber mensagens escritas (d325)
Produzir mensagens não verbais (d335)
Iniciar uma conversa (d3500)
Manter uma conversa (d3501)
Ler (d166)
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d3600)
Fatores Ambientais (e)
Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)
Família próxima (e310)
Profissionais de Saúde (e355)
Atitudes da família próxima (e410)
Atitudes dos profissionais de Saúde (e450)

Em relação aos itens: “Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação” (d3600) e “Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)”, destaca-se que, neste estudo, foram analisadas as formas de comunicação utilizadas pelos participantes no momento da coleta e Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação como gestos, escrita, piscar de olhos e pranchas de comunicação de baixa tecnologia utilizados.

3.4. Procedimentos de análise dos dados

Foi realizada análise dos resultados, a partir da CIF e, posteriormente, análise estatística das medidas com o resumo (frequência) dos dados.

Para a classificação das respostas dos participantes, considerou-se a proposta de qualificadores da CIF¹, conforme o desempenho no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora da seguinte forma:

Qualificador 0 – não há problema. Aqueles que apresentaram bom desempenho no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora, conforme diário de campo.

Qualificador 1 – problema leve. Aqueles que apresentaram alterações leves no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora, conforme diário de campo.

Qualificador 2 – problema moderado. Aqueles que apresentaram dificuldades moderadas no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora, conforme diário de campo.

Qualificador 3 – problema grave. Aqueles que apresentaram dificuldades acentuadas no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora, conforme diário de campo.

Qualificador 4 – problema completo. Aqueles que apresentaram comprometimento total no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora, conforme diário de campo.

Qualificador 8 – significa que não foi possível classificar a categoria de acordo com a gravidade, assim, considera-se como não foi especificado.

Qualificador 9 – utilizado nos casos em que o item avaliado não se aplicava, como por exemplo, quando não foi possível avaliar a leitura de um paciente por ele estar sem os óculos.

No caso dos fatores ambientais, avaliados como facilitadores ou barreiras, + 0 1,2,3 ou 4 indicam facilitadores (ausente, leve, médio, alto ou total) ou – 0,1,2,3 e 4 indicam barreiras (nenhuma, leve, média, alta ou total).

4. RESULTADOS

Segue, na Tabela 1, a caracterização dos participantes deste estudo quanto ao sexo, faixa etária e condições clínicas relativas à hipótese diagnóstica e/ou doença de base.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (N=18).

Categorias		Participantes Nº	Participantes (F%)
Sexo	Feminino	7	38,88
	Masculino	11	61,11
Faixa etária	18 a 25 anos	2	11,11
	26 a 35 anos	2	11,11
	36 a 45 anos	3	16,66
	46 a 55 anos	4	22,22
	56 a 65 anos	1	5,55
	66 a 75 anos	5	27,77
	> 76 anos	1	5,55
Hipótese Diagnóstica ou Doença de Base	Miastenia Gravis	3	16,66
	AVC/Afasia	5	27,77
	E.L.A. (Esclerose Lateral Amiotrófica)	3	16,66
	Síndrome de <i>Locked-in</i>	2	11,11
	Cavernoma	1	5,55
	Tuberculose (TBSNC)	1	5,55
	Encefalite	1	5,55
	Doença de Devic	1	5,55
	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	1	5,55
	Distrofia de Duchene	1	5,55
Dispositivos que auxiliam a vida	Não utiliza	8	44,44
	Traqueostomia	4	22,22
	Ventilação Mecânica	6	33,33

Nas Tabelas 2, 3 e 4, são apresentados os resultados dos participantes, classificados pela CIF.

Tabela 2 – Classificação dos participantes quanto às funções do corpo.

Funções do corpo(b)	Qualificadores N Sujeitos / %						
	0	1	2	3	4	8	9
Estado de Consciência (b1100)	16 (89%)	2 (11%)	0	0	0	0	0
Recepção da linguagem oral (b16800)	15 (83%)	3 (17%)	0	0	0	0	0
Expressão da linguagem oral (b16810)	0	2 (11%)	3 (17%)	5 (28%)	7 (39%)	0	0
Expressão da linguagem escrita (b16811)	3 (17%)	2 (11%)	3 (17%)	2 (11%)	0	0	8 (44%)
Funções da articulação (b320)	0	2 (11%)	3 (17%)	7 (39%)	6 (33%)	0	0

Legenda: Classificadores da CIF: 0- não há problema, 1- problema leve, 2- problema moderado, 3 - problema grave, 4- problema completo, 8- não foi possível classificar e 9-não se aplica.

Tabela 3 – Classificação dos participantes quanto à atividade e participação.

Atividade e Participação(d)	Qualificadores N Sujeitos / %						
	0	1	2	3	4	8	9
Falar (d330)	0	1 (6%)	2 (11%)	6 (33%)	9 (50%)	0	0
Receber mensagens orais (d310)	13 (73%)	3 (17%)	0	0	0	0	0
Receber mensagens escritas (d325)	13 (73%)	5 (28%)	0	0	0	0	0
Produzir mensagens não verbais (d335)	3 (17%)	2 (11%)	3 (17%)	2 (11%)	0	0	8 (44%)
Iniciar uma conversa (d3500)	0	2 (11%)	3 (17%)	7 (39%)	6 (33%)	0	0
Manter uma conversa (d3501)	1 (6%)	2 (11%)	8 (44%)	5 (28%)	2 (11%)	0	0
Ler (d166)	6 (33%)	1 (6%)	2 (11%)	0	0	0	9 (50%)
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	3 (17%)	6 (33%)	4 (22%)	3 (17%)	0	0	2 (11%)

Legenda: Classificadores da CIF: 0- não há problema, 1- problema leve, 2- problema moderado, 3 - problema grave, 4- problema completo, 8- não foi possível classificar e 9-não se aplica.

Tabela 4 – Classificação dos participantes quanto aos fatores ambientais.

Fatores Ambientais(e)	Qualificadores N Sujeitos / %										
	0	1	2	3	4	8	9	.1	.2	.3	.4
Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária (e1151)	0	0	0	3 (17)	11 (6)	0	3 (17)	1 (6)	3 (17)	3 (17)	5 (28)
Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)	0	2 (11)	1 (6)	8 (44)	4 (22)	0	3 (17)	0	0	0	0
Profissionais de Saúde (e355)	3 (17)	5 (28)	2 (11)	1 (6)	0	0	1 (6)	0	5 (28)	0	0
Família próxima (e310)	0	1 (6)	4 (22)	6 (33)	5 (28)	0	0	0	0	0	0
Atitudes dos Profissionais de Saúde (e410)	5 (28)	5 (28)	3 (17)	0	0	0	1 (6)	0	3 (17)	0	1 (6)
Atitudes da família próxima (e450)	0	0	4 (22)	6 (33)	6 (33)	0	0	1 (6)	1 (6)	0	0

Legenda: Classificadores da CIF: 0 nenhum facilitador, +1 facilitador leve-, +2- facilitador moderado, +3- facilitador considerável, +4- facilitador completo, 8- não foi possível classificar e 9-não se aplica, .1- barreira leve, .2- barreira moderada, .3- barreira grave e .4- barreira completa.

5. DISCUSSÃO

Os resultados mostram os impactos da vulnerabilidade comunicativa na funcionalidade de pessoas hospitalizadas com queixas de linguagem/comunicação utilizando a CIF como base conceitual.

Em relação ao perfil dos participantes, observa-se uma concentração de idosos, no grupo estudado. Sabe-se que esta população está mais sujeita a sofrer um AVC¹⁹, corroborando os achados de maior incidência entre os participantes deste diagnóstico. Com relação ao sexo, encontrou-se uma discreta predominância do sexo masculino, porém, não foram achados estudos que mostrem que homens tenham maior tendência à vulnerabilidade comunicativa. No que diz respeito às causas das dificuldades de comunicação, observa-se que são variadas, neste grupo populacional, relacionadas tanto a questões neurológicas quanto mecânicas, conforme apontado em outros estudos^{1,6}. A traqueostomia e a ventilação mecânica apareceram, com frequência, e estão presentes em diversos trabalhos relacionados à população em situação de comunicação vulnerável^{20,21}.

Conforme demonstrado nos resultados, as categorias da CIF, do estado de consciência (b1100) e recepção da linguagem oral (b1680), para a maioria dos participantes, estavam preservados. Outras pesquisas também mostram que pacientes com necessidades complexas de comunicação estão alertas e compreendem o que é dito, ainda que não consigam falar^{1,21}.

A partir da CIF, quanto as categorias relacionadas a linguagem oral, Expressão da linguagem oral (b16810) e funções da articulação (b320), prejudicados, na maioria dos participantes, em diferentes escalas, sendo que uma parte significativa apresentou problema completo de expressão. Resultados similares foram encontrados por outros autores. Estudo²² que avaliou pacientes hospitalizados com diagnósticos tais como: AVCI (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico), TCE (Traumatismo Cranioencefálico) e SGB (Síndrome de Guillain-Barré), a partir da CIF, identificou alterações de linguagem e fala, de leves a completas, nos participantes estudados, com ganhos após terapia fonoaudiológica. Outra pesquisa²³ analisou pacientes que tiveram AVC, a partir da CIF, em seguimento ambulatorial, e, também, identificou dificuldades em funções da articulação (b320), fluência e ritmo de fala.

Quanto às funções de atividade e participação relacionadas à leitura e à escrita, sua análise foi prejudicada pelas condições clínicas dos participantes, mas também, pela falta de disponibilização de recursos necessários, em alguns casos, como óculos e, muitas vezes, pelas medidas de precaução de contato, que não possibilitaram o uso de papel e caneta nas atividades com os participantes.

Em relação às questões de precaução de contato e contaminação, um estudo²⁴ trata do processo, dificuldades e adaptações necessárias para implementação da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, de baixa (como, por exemplo, escrita e pranchas de comunicação em papel) e alta tecnologia no leito (por exemplo, tablets e computadores), uma vez que as ferramentas, sejam elas para a avaliação ou intervenção, não podem se tornar fonte de contaminação para o paciente e/ou a equipe. Outros estudos, por sua vez, abordaram, assim como nesta pesquisa, que, muitas vezes, pacientes que utilizam óculos, aparelhos auditivos e outros recursos, não os encontram, em fácil acesso, dentro do hospital^{1,25}.

Quanto as categorias da CIF relacionadas a atividade e participação das pessoas relacionadas à linguagem oral, a maioria teve seu desempenho prejudicado em categorias como falar, produzir mensagens orais (d310), iniciar (d3500) e manter conversas (d3501). Se estas habilidades estão prejudicadas, a comunicação das pessoas com vulnerabilidade comunicativa, com seus parceiros, fica reduzida, como também pontuado por outras pesquisas^{2,20}. Alguns participantes tinham problemas graves de expressão, inclusive com ausência total da fala e dificuldades graves de mobilidade, o que impossibilita a comunicação, incluindo pedidos relativos às necessidades básicas fundamentais, tais como expressar sentimentos de dor, fome ou frio. Estudos com pessoas com necessidades complexas de comunicação indicam que apesar de, muitas vezes, estes indivíduos não conseguirem expressar, necessidades básicas, desejam comunicar tópicos diversos²⁶.

A CIF possibilita, ao profissional, um olhar ampliado da pessoa em vulnerabilidade comunicativa, além da dimensão orgânica, ou seja, da função do corpo que está prejudicada. Os resultados de atividade e participação possibilitam observar que as dificuldades de comunicação impactam na vida do grupo estudado, em seu dia a dia. Achados corroborados por outros estudos^{23,27}, que analisaram, a partir da CIF, pessoas com afasia, no mesmo Hospital-Escola, mas no contexto

ambulatorial. Seus resultados evidenciaram que, após a alta, elas mantinham dificuldades em suas atividades de vida diária pelas dificuldades de comunicação.

Quanto aos fatores ambientais, em algumas categorias da CIF, podem ser classificados tanto como facilitadores quanto barreiras para as pessoas. Por exemplo, os equipamentos que dão assistência à vida foram indicados como facilitadores, à medida que auxiliam as pessoas a respirarem e se manterem vivas, porém, podem se constituir como barreiras para a comunicação. Alguns estudos²⁰⁻²¹ com pacientes mecanicamente ventilados, encontraram prejuízos na comunicação destas pessoas, mostrando que precisam de formas alternativas de comunicação.

Os familiares, os profissionais de Saúde, assim como suas atitudes foram classificados tanto como facilitadores quanto como barreiras. Familiares, por vezes, são intérpretes das pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, como visto em outras pesquisas^{28,29}, tornando-os facilitadores em potencial. Todavia, quando eles estão fora do ambiente hospitalar, não há quem assuma este papel, o que restringe a comunicação da pessoa hospitalizada. Alguns familiares, contudo, estabelecem formas de comunicação e apontam estes meios para a equipe de cuidado, o que aconteceu em alguns dos casos aqui estudados, sendo considerado um grande facilitador. Em outros casos, alguns familiares falam pela pessoa em vulnerabilidade comunicativa, o que se torna uma barreira, uma vez que o familiar não necessariamente reflete o que a pessoa deseja comunicar. Dificuldades encontradas em outros trabalhos^{29,30}.

Os profissionais de Saúde, embora sejam fundamentais no cuidado das pessoas, de modo geral, muitas vezes, foram classificados como barreiras na comunicação. Pouco tempo para se comunicarem-se em detrimento da rotina de cuidados clínicos, quase sempre urgentes, falta de compreensão ou de conhecimento das possibilidades de comunicação dessas pessoas em vulnerabilidade comunicativa foram alguns achados aqui encontrados como em outros trabalhos. Autores²⁸ indicam, em revisão de literatura, que para as pessoas com afasia, as atitudes dos profissionais de Saúde podem ser barreiras, à medida que, por vezes, falam por eles, e facilitadores se conseguirem se abrir para a comunicação. Para pacientes hospitalizados na UTI, a condição clínica, as intervenções médicas e o prognóstico constituem importantes fatores que podem influenciar a comunicação entre a equipe e o paciente. Pesquisa²³

destaca que as barreiras, referentes aos profissionais de Saúde, foram pequenas, quando comparadas à falta ou dificuldade de acesso ao cuidado.

Os dispositivos e técnicas auxiliares à comunicação (e1251) foram vistos como facilitadores e, dentre eles, encontra-se a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Pesquisas^{2,28} identificaram que a CSA pode favorecer a linguagem de pessoas com necessidades complexas de comunicação, além de que, seu uso aumenta a satisfação do paciente pela sua participação em seu cuidado e no local em que está hospitalizado³⁰.

Os resultados evidenciam que analisar as pessoas hospitalizadas em vulnerabilidade comunicativa utilizando a CIF permitiu observar que as dificuldades de comunicação estão além das funções do corpo. Elas impactam nas funções de atividade e participação e também são influenciadas pelos fatores ambientais.

Proposta de fonoaudiólogas, no âmbito hospitalar¹⁴, indicou que os profissionais deste estudo não selecionaram fatores ambientais para compor a *checklist* da CIF, para ser usada à beira-leito. Esta autora levanta a hipótese de que a falta de uso de tecnologias de assistência, no ambiente hospitalar, por fonoaudiólogas(os), possa ter influenciado esta escolha, embora, ela própria destaque a importância destes fatores.

Sabe-se que a atuação com a linguagem e a implementação da CSA, no ambiente hospitalar, ainda carecem ser mais difundidas no Brasil. Autores internacionais^{2,28-30}, por sua vez, que focalizaram seus estudos em questões ambientais, observaram o quanto estes aspectos podem impactar na comunicação. Achados consoantes com esta pesquisa, em que foi possível verificar que os fatores ambientais, os recursos de CSA disponibilizados e utilizados assim como as atitudes dos parceiros de comunicação, sejam os familiares, sejam os profissionais de Saúde repercutiram nas relações dialógicas com as pessoas estudadas.

Os achados aqui encontrados mostram que além das causas neurológicas, mecânicas e psicogênicas, os fatores ambientais se constituíram em importante aspectos causadores/agravadores da vulnerabilidade comunicativa, no ambiente hospitalar, ainda que ela se inicie pelo comprometimento de uma função do corpo e prejudique a atividade e participação destas pessoas, influenciando nas tomadas de

decisões em relação ao seu tratamento e à sua vida, reafirmando a importância da aplicabilidade da CIF no ambiente hospitalar em consonância com outros trabalhos^{16,17}.

Contudo, como abordam estas autoras¹⁶, os desafios para uso e implementação da CIF, no contexto hospitalar, em unidades de cuidado semi-intensivos e intensivos, como estudado, dependem de diversos fatores tais como: capacitação e conhecimento da CIF pela equipe de Saúde, rotina do serviço e tempo viável para sua inserção, rotatividade dos pacientes e outros. Por outro lado, seu uso pode contribuir para uma linguagem unificada¹⁵ e uma abordagem ampliada e integral de Saúde, no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa^{16,17}.

6. CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam, nesta pesquisa, um perfil variado dos participantes estudados quanto às causas de suas condições de saúde, contudo, a situação de vulnerabilidade comunicativa estava presente nas diversas hipóteses diagnósticas encontradas.

Quase a totalidade do grupo estudado apresentou alterações de linguagem oral, compreensão preservada e estado alerta de consciência. A análise, fundamentada na CIF, mostrou que as dificuldades de comunicação não estavam relacionadas apenas às funções do corpo, como também às funções de atividade e participação.

Os fatores ambientais se constituíram tanto como facilitadores, em alguns casos, quanto como barreiras para a comunicação, em outros casos, podendo agravar a situação de vulnerabilidade comunicativa, que começou por uma dificuldade relacionada a uma função do corpo.

Tais achados assumem grande relevância, uma vez que, fatores ambientais como familiares, profissionais de Saúde e equipamentos de assistência à vida constituem parte importante do contexto da pessoa hospitalizada em vulnerabilidade comunicativa, enquanto está internada.

Capacitar equipes, familiares e propor Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação mostrou-se necessário, para este grupo populacional, de modo a transformar os fatores contextuais (ambientais e pessoais) em facilitadores para estas pessoas em situação de comunicação vulnerável e permitir que elas possam participar, de modo mais ativo, nos seus cuidados, tendo em vista uma abordagem ampliada e integral de Saúde. Para isto, é importante destacar a necessidade de um profissional especializado em linguagem e comunicação como parte da equipe de cuidado, no contexto hospitalar.

7. REFERÊNCIAS

1. Farias LP. A Comunicação Vulnerável do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: CHUN RYS, Reily L, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini; 2015. Capítulo 12, p. 171-194.
2. Stans SEA, Dalemans RJP, Roentgen UR, Smeets HWH, Beurskens AJHM. Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expect.* 2018 Oct; 21(5):848-857. DOI: 10.1111/hex.12679.
3. Blackstone SW. Issues and Challenges in Advancing Effective Patient Provider Communication. In: Blackstone SW, Beukelman DR, Yorkston KM. Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals. São Diego: Plural Publishing, Inc.; 2015. p. 9-36.
4. Baylor C, Burns M, Eadie T, Britton D, Yorkston K. A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults. *Am J Speech Lang Pathol.* 2011; 20(4):269-287. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813820>>. Acesso em: 18/09/2023.
5. Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Akpor OA, Moleki MM. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nurs.* 2017 Dec. 15; (16):74. DOI: 10.1186/s12912-017-0268-5.
6. Santiago R, Costello J. Comunicação Alternativa e Ampliada na UTI/Primeiros Cuidados: Abordagem da Vulnerabilidade Comunicativa e Aprimoramento do Cuidado. In: CHUN RYS, Reily L, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015. Capítulo 12, p. 171-194.
7. Wallace GL. Profile of life participation after stroke and aphasia. *Top Stroke Rehabil.* 2010; 17(6):432-50. PMID: 21239367. Disponível em: <https://doi.org/10.1310/tsr1706-432>. Acesso em: 18/09/2023.

8. Hemsley B, Georgiou A, Hill S, Rollo M, Steel J, Balandin S. An integrative review of patient safety in studies on the care and safety of patients with communication disabilities in hospital. *Patient Educ Couns*. 2016 Apr; 99(4):501-511.
9. Borsato FG, Carvalho, BG. Hospitais gerais: Inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Cien Saude Colet*. 2021; (26): 1275-88.
10. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec. (Coletânea Saúde Paideia) 2003; v. 3, p. 51-67.
11. Brown T, Chien C-W. Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment: Which Way Do We Go? *Br J Occup Ther*. 2010; 73(3):95-95. DOI: 10.4276/030802210X12682330090334.
12. OMS – Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, Org.; Coordenação da tradução: Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2020.
13. Paschoal LN, de Souza PN, Buchalla CM, de Brito CMM, Battistella LR. Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Braz J Phys Ther*. 2019; 23(3), 212-220.
14. Borges FA, Farias LP, Paulon RMC, Colombari HNS, Brito CMM de, Padovani M. Proposta de Checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Fonoaudiologia no cuidado hospitalar. *Revista CIF BRASIL*, 2021. DOI: 10.4322/CIFBRASIL.2021.016.
15. CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia Norteador sobre a CIF em Fonoaudiologia, 2013. [Internet]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/GUIA%20PRATICO%20CIF.pdf>. Acesso em: 18/09/2023.
16. Chun RYS, Dalaqua GB, Farias LP, Maynard MT, Zaqueu VF. A CIF no ambiente hospitalar: curso e percurso de pessoas nos processos de adoecimento e de cuidado. In: Farias SDP, Pinto FCDA (Org.). *Classificação Internacional de Funcionalidade: Da teoria à prática em Fonoaudiologia.*, 2023; 6:125-146.
17. Zaqueu VF. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Dissertação [Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2018.
18. Yorkston KM. Intensive Care Unit Communication Screening Protocol, 1992. In: Beukelman DR, Garrett KL, Yorkston KM. *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co; 2007.

19. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GA. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013 May; 71(5):294-300. DOI: 10.1590/0004-282x20130024.
20. Pina S, Canellas M, Prazeres R, Lopes J, Marcelino T, Reis D, Ferrito C. Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(5).
21. McGrath BA, Brenner MJ, Warrillow SJ, Pandian V, Arora A, Cameron TS et al. Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance. *The Lancet.* [Internet] 2020; (8):717-25. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30230-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30230-7/fulltext). Acesso em: 18/09/2023.
22. Costa L de O, Mendes IMG, Costa CLR. Processo de reabilitação fonoaudiológica na internação mensurado por scores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”.* 2017; 3(1):36-51.
23. Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). In: *CoDAS 2017*; 29(1). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa).
24. Coelho PSO, Valle K, Carmo GP, Santos TRM, 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 Sep; 28(3):829-854. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1930>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000300829&lng=en. Acesso em:18/09/2023.
25. Pelosi MB, Nascimento JS. Uso de recursos de Comunicação Alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais/Use of alternative communication resources for hospital intervention: perception of patients and occupational therapists. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 26(1):53-61.
26. Radtke JV, Baumann BM, Garrett KL, Happ MB. Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *J Palliat Med.* 2011 Jun; 14(6):791-5. DOI: 10.1089/jpm.2010.0313.
27. Dallaqua GB, Bahia MM, Li LM, Chun RYS. Stroke Communication Scale based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-SCS). *Disability and Rehabilitation*, 2019, p.1-8.
28. O'Halloran R, Hickson L, Worrall L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Int J Lang Commun Disord.* 2008 Nov-Dec; 43(6):601-32. DOI: 10.1080/13682820701861832.
29. Stans SEA, Dalemans RJP, de Witte LP, Smeets HWH, Beurskens AJ. The role of the physical environment in conversations between people who are

communication vulnerable and health-care professionals: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2017 Dec.; 39(25):2594-2605. DOI: 10.1080/09638288.2016.1239769.

30. O'Halloran R, Douglas J, Cruice M, Davidson B, McKinley K, Bigby C. Representation and reporting of communicatively vulnerable patients in patient experience research. *Int J Speech Lang Pathol.* 2019 Oct; 21(5):524-535. DOI: 10.1080/17549507.2019.1567815.

4.2. RESULTADOS – Artigo 2

O NÃO FALAR NOS CUIDADOS INTENSIVOS E SEMI-INTENSIVOS: O IMPACTO NA VIDA E NO CUIDADO DAS PESSOAS

RESUMO

Introdução: O silêncio está presente nas interações, durante uma internação hospitalar, por diversas causas, dentre elas, as alterações de linguagem, que, somadas aos fatores contextuais (pessoais e ambientais), acarretam a vulnerabilidade comunicativa. Pessoas que não conseguem se comunicar pela fala, durante uma internação, apresentam queixas, como ansiedade, frustração e diminuição da sensação de controle/participação ativa na própria vida. **Objetivo:** Investigar o impacto do *não falar* de pessoas internadas, em enfermarias e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de um Hospital-escola, do interior de São Paulo. **Método:** Estudo qualitativo e transversal, constituído por 12 participantes. Para a coleta de dados, realizou-se: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil sociodemográfico e das condições clínicas dos participantes; (ii) aplicação do protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*); (iii) introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) e (iv) diário de campo (registro dos relatos). Os resultados foram analisados pelos critérios de repetição e relevância. **Resultados:** A partir da análise dos resultados, foi estabelecido o eixo temático “*Impactos do não falar para a pessoa em vulnerabilidade comunicativa*”, com cinco categorias: *Condições de saúde que impactam a comunicação*, nas quais fatores como doenças de base e uso de ventilação mecânica apareceram como barreiras para a comunicação; *Impactos na linguagem*, evidenciaram questões como a afasia, disartria e a restrição de tópicos comunicativos pelas alterações de linguagem; *Impactos nas relações*, nesta categoria destacam-se os relatos de paciente que referiram, por exemplo, dificuldades em se comunicar com a equipe de cuidados, e a família, como intérprete de comunicação; *Sentimentos das pessoas em vulnerabilidade comunicativa*, neste tópico, destacaram-se relatos de medos e a sensação de insegurança quanto ao tratamento e as condições clínicas, pelas dificuldades de comunicação; *Impactos do uso da CSA*, nesta categoria, os resultados evidenciaram tanto as dificuldades e resistências ao uso da CSA quanto os impactos positivos, a partir do uso eficaz de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), para a expressão e interação de pessoas em vulnerabilidade comunicativa. **Conclusão:** Os achados deste trabalho indicaram que o *não falar* impacta na comunicação, expressão de sentimentos nas relações com seus pares (familiares/cuidadores e equipe de cuidados), na percepção de participação e no sentimento de insegurança, durante uma internação. Segundo os resultados, a implementação da CSA pode, quando somada a medidas ambientais, reduzir os impactos do *não falar* e auxiliar no acesso ao direito à comunicação e ao cuidado humanizado em saúde.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Barreiras de Comunicação; Sistemas de Comunicação no Hospital; Sistemas de Comunicação Alternativos e Aumentativos.

1. INTRODUÇÃO

O *não falar* ou o falar de modo restrito, por razões clínicas diversas, acarreta consequências como: frustração, ansiedade, falta de participação e autonomia¹⁻³. Quando estas questões ocorrem dentro do hospital, outros fatores como, efeitos e uso prolongado de medicamentos, tempo de internação, participação prejudicada na tomada de decisões também são frequentes^{3,4} e concorrem para o agravamento da situação clínica das pessoas em situação de internação.

Pessoas não oralizadas, em ambiente hospitalar, encontram-se em situação de vulnerabilidade comunicativa^{5,6}. Como aborda autora com expertise em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA)⁷, pessoas em vulnerabilidade comunicativa são aquelas que:

[...] têm diminuição da capacidade de falar, ouvir, ler, lembrar, escrever devido a fatores que são inerentes aos indivíduos (como déficits de linguagem expressiva, compreensiva, audição, visão, memória etc.). ou fatores externos (ambiente ruidoso, uso de ventilação mecânica, não falar o idioma do local, ou até mesmo ter práticas religiosas que não sejam compreendidas ou aceitas pela equipe de cuidado).⁷ (p. 13, tradução nossa).

Cabe ressaltar, em que pese a situação de vulnerabilidade, a comunicação é um direito presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)^{8,9} que deve ser garantido. Quando não se consegue se comunicar por comprometimentos variados da linguagem, além de, raramente, poder se ter acesso a outras formas de comunicação, durante uma internação hospitalar, este direito humano é negligenciado, e dá lugar ao silêncio.

O silêncio, dentro da atenção em saúde, é discutido em algumas áreas da Saúde, como Enfermagem ou Psicologia, sob a ótica da prática de cuidadores, familiares e pacientes evitarem falar sobre assuntos delicados, ou dar notícias ruins, no caso de cuidados paliativos. Nesta direção, autores¹⁰ destacam que quando as pessoas conseguem falar, sentimentos são acolhidos, seus últimos desejos podem ser realizados. No caso das pessoas em vulnerabilidade comunicativa, o silêncio não é opcional, para o sujeito, além de comprometer seus direitos de comunicação, durante seu processo de cuidado no contexto hospitalar, foco deste trabalho.

Outros autores¹¹ pontuam que falar de pessoas vulneráveis, em casos de alta complexidade hospitalar, implica em pensar questões de subjetividade das pessoas nestas condições. Destacam, ainda, a necessidade de um cuidado que seja centrado na pessoa, incluindo os familiares e a equipe de assistência, além dos demais parceiros, para possibilitar uma comunicação eficaz entre todas as partes envolvidas.

Ademais, para proporcionar o acesso e auxiliar na comunicação das pessoas em situação de vulnerabilidade e seus diferentes interlocutores, pode-se lançar mão de sistemas que conseguem complementar, suplementar ou substituir a fala, de modo permanente ou temporário^{12,13}, como a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) é capaz de proporcionar. Estudos^{14,15} demonstram que sua utilização, durante a internação, pode ser benéfica.

A revisão de literatura¹⁶ encontrou pesquisas que demonstram um impacto positivo, após a implementação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), com melhor satisfação, diminuição da frustração, maior possibilidade de participação ativa nos cuidados clínicos e maior qualidade de vida.

Diante da necessidade de garantir o acesso à comunicação e oferecer o uso de CSA, para propiciar condições mais eficazes de interação, no ambiente hospitalar, a equipe de cuidados necessita capacitação e informações nestes aspectos, como discute a literatura^{17,18}.

Dificuldades de comunicação, entre a pessoa e a equipe, são relatadas, em diversas pesquisas, sendo que fatores tais como: a falta de tempo, devido à quantidade de procedimentos necessários e falta de possibilidades do uso de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação constituem barreiras, que prejudicam as interações entre as pessoas e a equipe de cuidados¹⁹.

A presença do fonoaudiólogo, dentro do hospital, ainda não é uma realidade comum em nosso país, especialmente para acompanhar as questões de linguagem, sendo mais frequente sua atuação na área da disfagia^{6,20}. A atuação de profissionais especialistas em linguagem pode impactar na qualidade e efetividade da implementação de uma forma suplementar e/ou alternativa de comunicação, para pessoas em vulnerabilidade comunicativa¹⁶⁻²¹.

Diante do exposto, reitera-se a importância desta temática. Interessa, adensar a compreensão do impacto do *não falar* na vida e no cuidado das pessoas em internação hospitalar, sob a perspectiva de um olhar ampliado e humanizado de saúde, que considere a pessoa e o cuidado na sua integralidade.

2. OBJETIVO

Investigar o impacto do *não falar* de pessoas internadas em enfermarias e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de um Hospital-escola, do interior de São Paulo.

3. MÉTODO

Pesquisa, de abordagem qualitativa, parte da tese de doutorado de uma das autoras, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da universidade em que a pesquisa foi desenvolvida. Os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após consentimento dos participantes, por meio de formas alternativas de comunicação.

A amostra se constitui de 12 participantes (nomeados como P1 a P12, para preservar o sigilo), em situação de vulnerabilidade comunicativa, por condições neurológicas, internadas em um Hospital-escola, do interior de São Paulo. Foi obtida, de maneira não probabilística, por conveniência, a partir da indicação das unidades de internação de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, para a pesquisadora responsável, após convite, explicação da pesquisa a elas e aos seus responsáveis legais e aceite de participação no estudo.

Foram incluídas pessoas com comunicação vulnerável, isto é, que apresentassem linguagem comprometida, porém, com compreensão preservada ou parcialmente preservada, internadas nas enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de Neurocirurgia e Neurologia Clínica, do Hospital-escola em que se desenvolveu esta pesquisa, com, no mínimo, 18 anos de idade, durante o período de coleta de dados, e diagnósticos relacionados a doenças neuromusculares, conforme dados dos prontuários institucionais. Foram excluídos do estudo aqueles que não consentiram com a participação, tinham diagnóstico de quadro demencial ou déficit intelectual moderado, menores de 18 anos ou pacientes com Glasgow inferior a 11.

Os procedimentos de coleta de dados envolveram levantamento de dados de: (i) prontuários, incluindo registros de atendimento fonoaudiológico; (ii) avaliação realizada pela pesquisadora, utilizando o *Intensive Unit Care Screening Protocol* (ICUCS), traduzido e adaptado em pesquisa anterior²²; (iii) registros de diário de campo da pesquisadora, com relatos dos atendimentos fonoaudiológicos.

Após a anuência em participar da pesquisa, foi realizada a avaliação fonoaudiológica pelo protocolo ICUCS. Os resultados levaram a propostas de CSA, para favorecer a comunicação dos participantes, com a pesquisadora e com a equipe de cuidado. O detalhamento dos resultados da avaliação e das formas alternativas propostas é apresentado no Quadro 1. Os participantes foram acompanhados, em Fonoaudiologia, até receber alta médica, sendo que houve um caso de óbito. O período de acompanhamento fonoaudiológico, pela pesquisadora responsável, foi de 1 a 5 encontros em média. A variabilidade na média de encontros se deu devido à indicação de alta médica. Aqueles que ficaram hospitalizados, por mais tempo, foram acompanhados durante toda sua internação.

As intervenções tinham como objetivo favorecer a linguagem, o uso da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, e verificar demandas, facilitadores e barreiras para a comunicação, durante o processo de internação. Foram descritas nos prontuários do hospital e da equipe de Fonoaudiologia (pesquisadora e fonoaudiólogas residentes), em adultos e idosos que acompanhavam os pacientes durante o período da coleta. Também foram realizadas orientações aos participantes, equipe e família, quanto às demandas de linguagem e estratégias para utilização da forma de comunicação proposta para cada um.

Para estabelecimento das categorias de análise, utilizou-se critérios de repetição e relevância, nos termos de um autor referência em pesquisa qualitativa²³, após várias leituras dos dados. Segundo o autor, nesse tipo de análise, o pesquisador destaca os aspectos que mais se repetiram, entre a população estudada (critério de repetição) e/ou aqueles que são considerados como mais relevantes para a pesquisa (critério de relevância).

A partir desta análise, foi estabelecido um eixo temático central – *Impactos do não falar para a pessoa em vulnerabilidade comunicativa* – com cinco categorias, descritas, a seguir:

a. Condições de saúde que afetam a comunicação

Esta categoria abrange as condições de saúde dos participantes que acarretaram dificuldades em sua comunicação, como, por exemplo, as doenças de base, uso de traqueostomia ou de ventilação mecânica.

b. Impactos na linguagem

Abrange as dificuldades geradas pelas condições de saúde, como, por exemplo: afasia, disartria, possibilidade restritas de comunicação, além de aspectos ambientais, como restrição de tópicos comunicativos pelo interlocutor.

c. Impactos nas relações com familiares e com a equipe de cuidado

A categoria abrange dificuldades ou facilidades em se comunicar com membros da família e equipe de cuidado.

d. Sentimentos das pessoas em vulnerabilidade comunicativa

A categoria abrange os sentimentos dos participantes frente à sua dificuldade de comunicação, como por exemplo: medo de não conseguir se comunicar, angústia de não conseguir se expressar, frustração pela dificuldade de comunicação e alegria em se fazer entendido.

e. Impacto do uso de CSA

A categoria abrange os impactos de utilizar Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação, durante o processo de internação, como pranchas de comunicação, gestos e movimentos labiais, introduzidos pela pesquisadora.

4. RESULTADOS

Os resultados, quanto ao perfil, as condições clínicas e as formas de comunicação, propostas para os participantes, são apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Perfil, condições clínicas e de linguagem e forma de comunicação proposta para os participantes.

Participante	Sexo	Condição clínica	Condições de linguagem	Forma de comunicação proposta
P1	M	Distrofia de Duchene Uso de TQT e medicações para dor e sonolência por medicamentos	Compreensão preservada Oralidade comprometida por uso de TQT. Uso de válvula de fala.	Prancha proposta não utilizada.
P2	M	E.L.A. e uso de CPAP	Compreensão oral preservada, oralidade comprometida devido à disartria e ao uso de CPAP.	Prancha de CSA. Uso de articulação exagerada sem voz.
P3	M	E.L.A. e uso de traqueostomia	Compreensão oral preservada, oralidade comprometida devido à traqueostomia e o uso de VMI.	Prancha de CSA.
P4	F	E.L.A. subtipo bulbar	Compreensão preservada e oralizada comprometida devido à disartria.	Pranchas de CSA e escrita.
P5	F	Doença de Devic	Compreensão preservada e oralidade comprometida devido ao uso de TQT e VMI.	Pranchas de CSA.
P6	M	Síndrome de Guillain-Barré	Compreensão preservada e oralidade comprometida devido ao uso de TQT e VMI.	Uso de gestos para “sim” e “não” e pranchas de CSA.
P7	F	Miastenia Gravis	Compreensão preservada e oralidade comprometida devido ao uso de TQT.	Pranchas de CSA como complemento à articulação.
P8	F	Miastenia Gravis	Compreensão preservada e oralidade comprometida devido à disartria.	Pranchas de CSA como complemento à fala, especialmente para seguimentos ininteligíveis.
P9	M	Miastenia Gravis	Compreensão preservada e oralidade comprometida devido ao uso de TQT e VMI.	Uso de gestos para comunicação e de escrita.
P10	F	Síndrome Atáxica	Paciente com compreensão preservada e oralidade comprometida devido ao uso de TQT e VMI.	Pranchas de CSA alfabética e de pictogramas, como complemento ao uso da articulação.
P11	M	E.L.A.	Compreensão preservada. Oralidade comprometida devido à disartria e uso de VMI.	Pranchas de CSA alfabética e de pictogramas, como complemento ao uso da articulação.
P12	F	E.L.A.	Compreensão preservada, sem conseguir se expressar oralmente por anartria.	Pranchas de CSA alfabética, de pictogramas e lousa com caneta ou celular para escrita.

Legenda: M – masculino; F – Feminino; E.L.A. – Esclerose Lateral Amiotrófica; TQT – Traqueostomia; VM – Ventilação Mecânica Invasiva; VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva; CSA – Comunicação Suplementar e/ou Alternativa.

Os resultados descritivos quanto às respostas e frequência dos impactos do *não falar*, durante o período de internação dos participantes, são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição da frequência das categorias do impacto do *não falar* para os participantes.

CATEGORIAS	RESULTADOS	FREQUÊNCIA
Condições de saúde que afetam a comunicação	Doenças de Base	7
	Traqueostomia	7
	Ventilação Mecânica Invasiva	6
	Ventilação Mecânica Não Invasiva	1
	Sonolência por Medicamentos	1
Impactos na linguagem	Tópicos de comunicação restritos	10
	Disartria	7
	Dificuldades de compreensão	1
Impacto da comunicação nas relações	Rede de apoio Familiar	7
	Dificuldades de relação com a equipe	5
	O papel do fonoaudiólogo	5
Sentimentos	Frustração	11
	Medos relativos à comunicação	5
	Alegria	3
	Desejo de falar	3
Impacto de recursos de comunicação	Uso eficaz da prancha de comunicação	6
	Resistência de uso dos recursos propostos	4
	Dificuldades do uso dos recursos propostos	3
	Não Utilizou	1

No que diz respeito à categoria ***condições de saúde***, a sonolência, por medicamentos, apareceu como um fator que atrapalha a comunicação. Embora tenha sido citado somente por um participante, sabe-se que é um fator relevante e mesmo frequente, na condição hospitalar.

Em relação às doenças de base, todos os participantes tinham dificuldades de comunicação secundárias a seus diagnósticos. Para alguns, o tempo de diagnóstico era recente, e, por vezes, não sabiam muito bem o quanto isso impactava em sua comunicação e suas possibilidades, em termos de prognóstico.

Quanto à categoria ***impactos na linguagem***, a maioria dos participantes (n=10) referiu que suas conversas, muitas vezes, se limitavam ao hospital e aos cuidados, durante a internação.

Quando questionados sobre outros tópicos de comunicação, alguns participantes (P10, P11 e P12) demonstraram-se surpresos com a possibilidade de falar de outros assuntos, além daqueles relacionados à sua internação, como trabalho, interesses pessoais ou a vida familiar.

Outro aspecto que cabe destaque, embora também citado por apenas um participante, foi a referência de que os profissionais de saúde deveriam falar mais devagar. Para o participante P1, tal atitude o auxiliaria em sua compreensão, que sentia estar prejudicada pelos medicamentos que precisava tomar para dor.

No que diz respeito à categoria ***impactos nas relações interpessoais***, emergiram três resultados principais: dificuldades de relação com a equipe, rede de apoio familiar e o papel do fonoaudiólogo.

Quanto às dificuldades de comunicação com a equipe de cuidado, diversos participantes (n=5) referiram questões como não conseguir chamar o profissional em uma emergência ou como se fazerem entendidos pela equipe, como ilustra trecho de depoimento de um dos participantes: “*sinto muita dificuldade de me relacionar com a equipe de cuidado, não me sinto entendido*” (Participante P2).

Quanto à *rede de apoio familiar*, o participante P1 fez referência ao tema como algo que o fizesse “sentir bem”, além de referir-se à sua acompanhante como alguém que atuava como sua intérprete, quando ele tinha dificuldades em se comunicar com a equipe.

Em relação ao *papel do fonoaudiólogo*, uma parcela (n=5) demonstrou encontrar, neste profissional, um parceiro de comunicação. Seguem registros do diário de campo da pesquisadora, que ilustram esta categoria.

O participante P2, por exemplo, gostava de conversar com as fonoaudiólogas e fazer solicitações para serem levadas à equipe de cuidado. Outro participante (P10) demonstrava alegria em ver a pesquisadora e em pensar na possibilidade de falar de assuntos diversos. A participante P12, conforme registros,

percebeu que poderia ter outras formas de se comunicar, como a escrita e por meio de perguntas de “sim” e “não”, com a pesquisadora e, desta forma, conseguiu solicitar palavras cruzadas e sudoku, para “passar o tempo”, durante a internação.

Em relação à categoria *sentimentos*, os resultados relevantes foram: medos relativos à comunicação, frustração, alegria e desejo de falar. O sentimento de *medo pela falta do falar*, apareceu no discurso de uma parte dos participantes (n=4), como demonstram os registros que se seguem.

O participante P2 utilizava como estratégia a articulação exagerada (sobrearticulação), para se fazer entendido pela equipe. Desta forma, podia informar aos profissionais que seu equipamento de suporte respiratório estava apresentando, problemas durante à noite. Contou à pesquisadora que sentia medo de morrer, principalmente, quando estava sem acompanhante, pois não conseguia chamar a equipe sozinho, pela dificuldade de comunicação, para religar o equipamento. Este medo persistia, mesmo sabendo que o equipamento tinha um sensor que alertava a equipe, caso ocorresse qualquer falha em seu funcionamento.

Cabe destaque outro exemplo, do participante P3, que utilizou uma prancha de comunicação alfabética (Figura 1) para informar que não se sentia seguro dentro da UTI, por não conseguir comunicar sintomas e agravamentos de seu quadro.

A	E	I	O	U
B	C	D	F	G
H	J	K	L	M
N	P	Q	R	S
T	V	W	X	Y
Z	Ç	ESPAÇO	OUTRA PALAVRA	?
SIM			NÃO	

Figura 1 – Prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa alfabética.

Fonte: Autoria própria (Zaqueu, 2023).

Os participantes P2 e P3 também relataram medo de morrer, por não conseguirem se comunicar efetivamente com a equipe. Em relação a estas questões, cabe ressaltar que as equipes de cuidado comentaram, com a pesquisadora, que sempre estavam atentas às demandas referidas, por exemplo, checando os alertas dos equipamentos e chamados dos pacientes, e se mostraram abertas para pensar em soluções que auxiliassem no sentimento de maior segurança para estas pessoas, em vulnerabilidade comunicativa.

Ainda, no tópico sentimentos, a *alegria* apareceu no discurso do participante P3, para expressar ter conseguido utilizar uma válvula de fala, pois queria voltar a comunicar-se pela oralidade.

Quanto à categoria ***impacto de recursos para a comunicação***, os tópicos principais foram: uso eficaz da prancha de comunicação, dificuldades na prática dos recursos propostos, não utilização dos mesmos e resistência de aplicação dos recursos indicados pela pesquisadora.

Foram propostos diferentes Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação para todos os participantes (n=12). Quanto ao uso eficaz da CSA, cabe destaque o fato de a participante P3 utilizar as pranchas para se comunicar enquanto ainda estava em uso de ventilação mecânica e mesmo que, por vezes, demorasse para elaborar e produzir seus enunciados, notava-se que ela não desistia de tentar expressar o que queria, por meio destes sistemas.

A participante P12, por meio da escrita, conseguiu se comunicar com seus familiares e membros da equipe, além de poder fazer pedidos de atividades para a fonoaudióloga, para realizar, enquanto estivesse internada.

Em relação à resistência para aplicação das pranchas de comunicação, três participantes (P2, P10, P11) referiram preferir se comunicar por meio de fala sobrearticulada, para se fazerem entendidos, reservando as pranchas para quando não fossem entendidos, pelos interlocutores, ainda que, muitas vezes, apresentassem segmentos de fala ininteligível.

Ainda em relação a este aspecto, destaca-se o processo de aceitação da doença, além da compreensão da própria proposta terapêutica, vivenciados no caso do participante P11. Ao ser questionado, pela pesquisadora, quanto ao uso das

pranchas de comunicação, informou que estavam com outro acompanhante, acrescentando que, para ele, “tanto fazia se ela deixasse ou não novas pranchas”.

Conforme registros no diário de campo, este participante parecia chateado com sua condição. Cabe destacar que ele referiu que gostava muito de cantar e que era uma pessoa comunicativa e ativa em sua profissão. Seu diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A.) era recente e ele ainda parecia estar processando as informações quanto à doença e suas dificuldades de comunicação. Tal questão leva à importante reflexão do quanto o processo de aceitação e entendimento da própria doença e de suas consequências influenciam no aceitar ou não propostas de intervenção terapêuticas, cabendo, ao profissional, acolhimento ao paciente, para uma atenção humanizada e individualizada.

5. DISCUSSÃO

Os resultados mostram que as condições de saúde e as condições clínicas impactaram em disartria, ou impossibilidade de fala, pelo uso de um equipamento de suporte à vida^{6,7,15}. O *não falar* ou pouco falar limitou as possibilidades comunicativas das pessoas, como encontrado em outras pesquisas¹⁹.

Além disso, os achados evidenciam impactos na relação com a equipe de cuidados, tais como dificuldades no entendimento da pessoa em vulnerabilidade comunicativa, tempo de conversa reduzido, pouco conhecimento sobre estratégias e formas alternativas à fala, desentendimentos. Tais fatores podem influenciar para uma comunicação menos eficaz, entre a pessoa e a equipe^{19,24,25}, e influenciar na sua satisfação e participação, assim como dos profissionais, ao longo da internação no hospital.

Os participantes referiram inseguranças, durante a hospitalização, associadas ao *não falar*. Ressalta-se que os achados aqui encontrados evidenciam, fortemente, o grande medo dos participantes de morrer por não conseguir falar, comunicar algum agravamento do seu quadro de saúde, não conseguir pedir ajuda, ou, ainda, poder relatar uma falha no equipamento de suporte à vida. Pesquisas demonstram que aqueles com dificuldades na comunicação têm mais propensão a situações de insegurança, dentro do hospital²⁶⁻²⁸, sendo que um dos estudos²⁶ cita um documento²⁹ que aborda que 75% dos eventos adversos, no hospital, ocorrem devido

a falhas na comunicação. Ainda neste sentido, os resultados mostram que alguns participantes do estudo tinham receio de que não fossem “percebidos” ou entendidos, como desejavam, pela equipe de cuidado.

Os achados reiteram, assim, a importância de profissionais especializados, como o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional, na atenção a estas pessoas, em situação de comunicação vulnerável, para implementar estratégias que favoreçam o diálogo e o cuidado multi e interdisciplinar, bem como para a capacitação da equipe^{19,27}.

Alguns participantes demonstraram alterações de compreensão, como encontrado por outros autores²⁶, incluindo a falta de entendimento suficiente de orientações recebidas, da equipe de cuidados, o que levou as pessoas a não seguirem, adequadamente, suas instruções, durante a internação, e dificuldade em lembrar orientações quanto à medicação, após alta.

De um lado, a vulnerabilidade comunicativa foi, em alguns casos, relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, contudo, o uso de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação, para algumas pessoas deste estudo, teve efeito positivo, auxiliando em sua comunicação, corroborando achados da literatura^{14,30}. Estes achados demonstram as que aceitaram ou não as propostas de comunicação indicadas, escolhendo aquelas que se sentiram mais confortáveis. Cabe notar, como também pontuado em outra pesquisa³¹, que, mesmo o grupo estudado estando em situação de vulnerabilidade comunicativa, estas pessoas têm capacidade de participar da decisão pelos modos de comunicação possíveis para cada uma, favorecidas pela introdução da CSA, na maioria dos casos.

A sensação de não ser ouvido pelo outro, apareceu neste e em outros estudos, com pessoas em condições vulneráveis de linguagem. Pesquisas²⁶⁻²⁹ mostram situações adversas como quedas, transferências hospitalares não planejadas, altas não repentinas e infecções hospitalares, por não compreensão de orientações, falhas de comunicação entre aqueles com alterações de linguagem e seus interlocutores. A invisibilidade do sujeito e a doença sobressaindo-se em relação à pessoa, como indicam os achados, também são discutidos por outros autores^{30,32}.

Compreender a ausência da fala se faz importante para um cuidado integral na saúde, considerando, na intervenção, não só os aspectos orgânicos, como também os demais aspectos contextuais (pessoais e ambientais), nos termos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³³, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma abordagem biopsicossocial.

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho indicam que *o não falar* traz diversos impactos na vida e no cuidado de pessoas hospitalizadas. A falta ou a falha na comunicação do grupo estudado influenciou, na percepção dos participantes, a comunicação e a expressão de seus sentimentos, desejos e sintomas, e, principalmente, afetou sua participação como sujeito ativo em sua vida e no seu tratamento.

O não falar coloca a pessoa em situação de vulnerabilidade, em que seu direito à comunicação não é cumprido/garantido, o que gera inseguranças e medos, inclusive relativos ao agravamento de suas condições clínicas e de situações que pudessem gerar riscos à vida, como encontrado neste estudo.

Os resultados evidenciam que a implementação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação pode contribuir para diminuir os impactos do comprometimento da fala, no ambiente hospitalar, das pessoas em vulnerabilidade comunicativa. Contudo, os achados mostram também que é fundamental que tais ações estejam associadas a medidas ambientais, como a capacitação da família e da equipe de cuidado, dentre outros parceiros, para que se possa estabelecer uma troca eficaz de comunicação e oferecer atenção integral a este grupo populacional. Portanto, é necessária a presença, no contexto hospitalar, de profissionais especializados em comunicação, como o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional.

Os achados reafirmam a importância do estudo do *não falar*, para pessoas sob cuidados semi-intensivos e intensivos, suas consequências e possibilidades, para garantia ao direito de comunicação e do cuidado humanizado em saúde, que considere o sujeito e suas demandas e não apenas sua doença.

7. REFERÊNCIAS

1. Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am Journal of Crit Care*. 2004;13(3):210-218.
2. Salem A, Ahmad MM. Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *J Rers Nurs*. 2018;23(7):614-630.
3. Oszalinski RS, Heidel RE, McCarthy J. Difficulty envisioning a positive future: Secondary analyses in patients in intensive care who are communication vulnerable. *Nurs Health Sci*. 2019;1-7. Acesso em: 28/10/2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nhs.12664>>.
4. Myhren H, Ekeberg O, Stoland O. Satisfaction with Communication in ICU patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Educ Couns*, 2010.
5. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient and family centered care: a roadmap for hospitals, 2010. Acesso em: 28/10/2023. Disponível em: <<http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>>.
6. Farias LP. A Comunicação Vulnerável do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: Chun RYS, Reily Lucia, Moreira EC (Org.). *Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios*. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015; 12:171-194.
7. Blackstone S. Issues and a Challenges in Advancing Effective Patient Provider Communication. In: Blackstone SW, Beukelmen DR, Yorkston KM. *Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals* 1th Ed. San Diego: Plural Publishing, Inc. 2015; p. 9-36.
8. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas. Artigo 19. 1948.
9. Brasil. Lei Federal 13.146/2015. Acesso em: 28/10/2023. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.html>.
10. Volles, CC, Bussoletto GM, Rodacoski G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. *Rev da SBPH*. 2012;15(1):212-231.
11. Chun RYS, Leite Neto L, Zaqueu VF, Maia ALW, Farias LP. Comunicação vulnerável em casos de alta complexidade: perspectivas de atuação e pesquisa fonoaudiológica em hospital-escola. In: da Silva RM, Moura ERF (ORG.) *Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações*. 2018.
12. Chun RYS, Fedosse E. Teorias Enunciativo-Discursivas da Linguagem: bases linguísticas pertinentes na intervenção com a CSA. In: Montenegro ACDA, Barros

IBDR., Azevedo NP. da S.G. Fonoaudiologia e Linguística: Teoria e Prática. 2016; p.157-172.

13. American Speech Language and Hearing Association (ASHA). Report: Augment and Altern Commun, 1991;33:9-12.

14. Carruthers H, Astin F, Munro W. Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*, 2017;42:88-96.

15. Buheji M. et al. Hearing the Silent Voices of COVID-19 Patients on Mechanical Ventilators: The use of Augmentative and Alternative Communication (AAC) Approach. *Am J Med Sci*. 2020;10(7):457-461.

16. Carvalho DND, Queiroz IDP, Araújo BCL., Barbosa SLDES, Carvalho VCB, Carvalho SD. Augmentative and alternative communication with adults and elderly in the hospital environment: an integrative literature review. *CEFAC*. 2020; 22.

17. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Sereika S. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am Journal of Crit Care*. 2011; 20(2):e28-e40.

18. Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR, Sereika SM. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*. 2014;43(2):89-98.

19. Stans S. et al. Challenges in the communication between 'communication vulnerable' people and their social environment: an exploratory qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2013;92(3):302-312.

20. Mendes BNN, Christmann MK., Schmidt JB, Abreu ESD. Percepção de fonoaudiólogos sobre a atuação na área de cuidados paliativos em um hospital público de Santa Catarina. *Audiology-Communication Research*. 2022; p. 27.

21. Blackstone SW, Ruschke K, Wilson-Stronks A, Lee C. Converging communication vulnerabilities in health care: An emerging role for speech-language pathologists and audiologists. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse (CLD) Populations*. 2011;18(1):3-11.

22. Zaqueu V. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a comunicação suplementar e/ou alternativa. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2018
Acesso em: 28/10/2023. Disponível em:
<<https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=453481>>.

23. Turato EG. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Ver Saúde Pública*, 2005;39(3):507-14.

24. Stans, SE, Dalemans RJ, Roentgen UR, Smeets HW, Beurskens AJ. Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expect* 2018;21(5):848-857.

25. Foà C, Cavalli L, Maltoni A. et al. Communications and relationships between patient and nurse in intensive care unit: knowledge, knowledge of the work, knowledge of the emotional state. *Acta Biomed.* 2016;87(4-S):71-82.
26. Hemsley B, Werninck M, Worrall L. That really shouldn't have happened: people with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. *Aphasiology.* 2013;27(6):706-722.
27. Hemsley B, Georgiou A, Hill S, Rollo M, Steel J, Balandin S. An integrative review of patient safety in studies on the care and safety of patients with communication disabilities in hospital. *Patient Educ Couns.* 2016;99(4):501-511.
28. Sullivan R, Harding K, Skinner I, Hemsley B. Falls in hospital patients with acquired communication disability secondary to stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(6):837-851.
29. Health, Queensland. Patient Safety: From learning to action III. Third Queensland health report on clinical incidents in the Queensland public health system. Queensland: Queensland Government. 2007.
30. Bastable K, Dada S. Communication vulnerability in South African health care: The role of augmentative and alternative communication. *SAfr Health Rev.* 2020;(1):107-117.
31. Pelosi MB, Nascimento JS. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais / Use of alternative communication resources for hospital intervention: perception of patients and occupational therapists. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.* 2018;26(1).
32. Tolotti A, Bagnasco A, Catania G, Aleo, G, Pagnucci N, Cadorin L. Sasso, L. The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Critical Care Nurs.* 2018;46: 24-31.
33. OMS – Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais Org.; Coordenação da tradução: Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2020.

4.3. RESULTADOS – Artigo 3

PROCESSO DE AVALIAÇÃO E INDICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA EM CUIDADOS INTENSIVOS E SEMI- INTENSIVOS

RESUMO

Introdução: Pessoas hospitalizadas, em cuidados intensivos e semi-intensivos, podem apresentar alterações de linguagem que impossibilitem a fala e acarretem situação de vulnerabilidade comunicativa. Para garantir o acesso ao direito à comunicação, a utilização de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) se apresenta como alternativa de intervenção, todavia, para uma implementação eficaz, é importante uma avaliação que contemple as necessidades, potencialidades e dificuldades da pessoa em situação de comunicação vulnerável. **Objetivo:** Analisar o processo de avaliação e indicação de SSAC para pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, em cuidados intensivos e semi-intensivos. **Método:** Estudo clínico, descritivo e transversal, constituído por 25 participantes. Para a coleta de dados realizou-se: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil sociodemográfico e das condições clínicas dos participantes; (ii) aplicação do protocolo *Intensive Care Unit Communication Screening Protocol* (ICUCS); (iii) introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) e (iv) diário de campo (registro dos relatos). Foi realizada análise estatística descritiva e a descrição e análise do processo de avaliação e indicação da CSA em um fluxograma. **Resultados:** Os participantes eram de ambos os sexos, idades variadas, e tinham diagnósticos de base neurológica. A maioria estava em estado de alerta, com compreensão preservada, mas com alterações parciais ou completas da expressão de linguagem. Foram propostos SSAC de baixa tecnologia, como pranchas de comunicação, uso de gestos, escrita e piscar de olhos. Os processos de avaliação de linguagem e implementação da CSA, desenvolvidos nesta pesquisa, resultaram em uma proposta de fluxograma para a prática clínica em Fonoaudiologia com este grupo populacional, no contexto hospitalar. **Conclusão:** Os achados demonstram a importância de uma avaliação que contemple as condições de linguagem, questões motoras e contextuais (pessoais e ambientais) da pessoa em vulnerabilidade comunicativa. A aplicação de SSAC, de baixa tecnologia, pode favorecer a comunicação entre as pessoas estudadas, seus familiares e os profissionais de saúde. Os resultados reiteram a relevância da proposta de um fluxograma, que contemple as etapas de avaliação de linguagem como auxiliar na tomada de decisão e indicação da CSA, no contexto hospitalar, em Fonoaudiologia.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Barreiras de Comunicação; Sistemas de Comunicação no Hospital; Sistemas de Comunicação Alternativos e Aumentativos.

1. INTRODUÇÃO

Durante o processo de internação hospitalar, pessoas em vulnerabilidade comunicativa, isto é, aquelas que apresentam dificuldades de comunicação, de modo permanente ou temporário¹, podem desenvolver ansiedade e frustração^{2,3}. Nestas situações, passam a ser privadas de seu direito de participação no processo de decisões, envolvendo questões de saúde e pessoais, como demonstrado por outros autores^{4,5}.

A fim de diminuir as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que apresentam tal vulnerabilidade, a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) apresenta-se como importante recurso para que possam melhor se comunicar nesta situação⁵. A CSA pode suplementar, complementar ou substituir a fala, por curto ou longo período, por meio de sistemas de baixa tecnologia (pranchas de comunicação em papel e uso de gestos, por exemplo) ou alta tecnologia (dispositivos eletrônicos, computadores, tablets, vocalizadores e outros). O uso da CSA pode ser por acesso direto (a própria pessoa aponta o símbolo com qualquer parte do corpo, podendo utilizar um instrumento de apoio, como uma ponteira, por exemplo) ou indireto (com auxílio de varredura assistida por um parceiro de comunicação ou através de um sistema eletrônico, em que a pessoa confirme a resposta por meio de algum movimento, como piscar, meneio de cabeça ou outro)^{6,7}.

Para a implementação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) é importante uma avaliação que contemple diversos aspectos⁸, dentre os quais, destaca-se a linguagem e a cognição, quanto às possibilidades de comunicação preservadas, além das condições motoras, no tocante ao posicionamento e como utilizar uma prancha de comunicação ou acionar um dispositivo tecnológico, por exemplo.

Após a seleção e indicação de SSAC, estudos apontam que além de auxiliar na comunicação, a CSA tem efeito positivo na percepção das pessoas em relação a seus cuidados⁹, bem como na diminuição do sentimento de frustração e de ansiedade¹⁰. Sua implementação também repercute na relação com outros parceiros de comunicação, como familiares e equipe de cuidados.

Na literatura nacional e internacional é possível encontrar, em maior escala, pesquisas que abordam a CSA nos contextos clínicos e escolares. Todavia, sua discussão, tanto no período de internação quanto nos cuidados intensivos e semi-intensivos, ainda carece ser ampliada. Nesta direção, encontram-se poucos artigos de Fonoaudiologia¹¹ e alguns de Terapia Ocupacional¹², sendo escassas pesquisas desenvolvidas no Brasil, neste campo, o que contribuiria para nortear os profissionais na intervenção de linguagem, no contexto hospitalar.

Diante do exposto, interessa, neste artigo, abordar o processo de avaliação e indicação da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) para pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, no âmbito hospitalar.

2. OBJETIVO

Analisar o processo de avaliação e indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) para pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, em cuidados intensivos e semi-intensivos.

3. MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, parte de tese de doutorado, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade em que se desenvolveu este estudo, sob CAAE nº 56719316.3.0000.540410. Os responsáveis legais dos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após o consentimento da pessoa com oralidade restrita, utilizando seus próprios meios de comunicação (olhar, piscar, gestos, articulação das palavras), conforme estabelecidos com a pesquisadora, para indicar respostas para “sim” e “não”.

Participaram do estudo 25 pessoas (nomeadas P1 a P25, para preservar o sigilo da identidade) em situação de vulnerabilidade comunicativa, por condições neurológicas e mecânicas, internadas em um Hospital-escola, no interior de São Paulo. A amostra foi obtida, de maneira não probabilística, por conveniência, a partir da indicação dos profissionais das unidades de internação para a pesquisadora.

Os critérios de inclusão foram: pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, isto é, que apresentassem linguagem comprometida, porém com

compreensão preservada ou parcialmente preservada, internadas nas Enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de Neurocirurgia e Neurologia Clínica do Hospital-escola em que se desenvolveu esta pesquisa, as quais, durante o período de coleta de dados, tivessem, no mínimo, 18 anos de idade e apresentassem queixas referentes à comunicação oral.

O Hospital-escola, em questão, não tem em sua equipe de cuidados fonoaudiólogos contratados e, a cada dois meses, os médicos residentes mudavam seu local de atuação dentro do hospital, o que acarretava constantes mudanças de profissionais, sendo necessário que a pesquisadora realizasse contínuo trabalho prévio de explicação da pesquisa, apresentação dos conceitos de comunicação vulnerável e de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (CSA), a cada troca dos membros da equipe, de modo que os profissionais pudessem indicar participantes para o estudo e pudessem também compreender o uso destes sistemas.

Os critérios de exclusão foram: Escala de Glasgow abaixo de 9, quadro demencial ou déficit cognitivo moderado, diagnosticado pela equipe médica, conforme informações disponíveis nos prontuários.

Foram realizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: (i) levantamento de dados de prontuários, incluindo registros do atendimento fonoaudiológico; (ii) levantamento dos dados referentes à avaliação de linguagem, realizada pelo rastreio *Intensive Care Unit Communication Screening Protocol* (ICUCS)¹³, traduzido e adaptado em pesquisa anterior¹⁴ e pelos registros de diário de campo da pesquisadora; (iii) registros referentes às propostas de indicação e uso dos recursos e sistemas de CSA.

Os resultados do ICUCS possibilitaram a análise do perfil de linguagem dos participantes e conseqüente proposta de seleção e indicação de SSAC. Devido aos perfis do local da pesquisa – Hospital-escola da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – e social, demográfico e educacional dos participantes, foram propostos recursos e sistemas de baixa tecnologia.

O fluxograma, a seguir, ilustra o processo de avaliação de linguagem e da indicação de SSAC de pessoas com comunicação vulnerável, em cuidados semi-

intensivos e intensivos, acompanhado, neste trabalho, e idealizado pela própria pesquisadora:

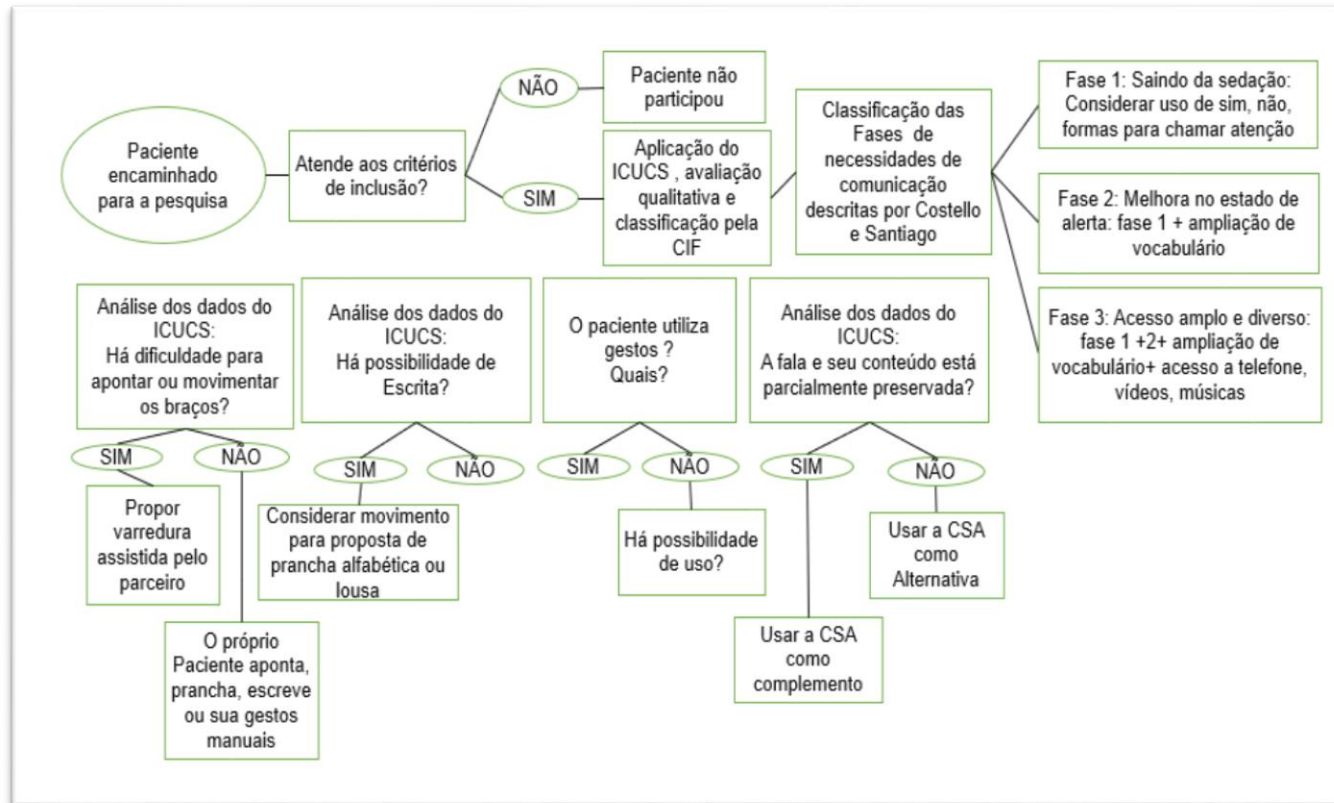


Figura 1 – Fluxograma de avaliação da linguagem e de indicação de SSAC, no ambiente hospitalar, elaborado pela pesquisadora (Zaqueu, 2023)

Cabe destacar que todo material de pesquisa, a saber: roteiros impressos de avaliação fonoaudiológica, de acompanhamento de uso da CSA, além das próprias pranchas de comunicação utilizadas foram plastificados, seguindo-se os cuidados necessários de esterilização, para evitar riscos de contaminação no ambiente hospitalar.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e são apresentados nos resultados, a seguir.

4. RESULTADOS

Segue, na Tabela 1, perfil dos participantes quanto ao sexo, condições clínicas relativas à hipótese diagnóstica e/ou doença de base, além de fatores que impactavam a comunicação.

Tabela 1 – Perfil e condições clínicas dos participantes (N=25).

Categorias		Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	12	48
	Masculino	13	52
Hipótese Diagnóstica ou Doença de Base	Miastenia Gravis	3	12
	AVC	9	36
	E.L.A. (Esclerose Lateral Amiotrófica)	5	20
	Síndrome Atáxica	1	4
	Cavernoma	1	4
	Tuberculose (TBSNC)	1	4
	Encefalite	1	4
	Doença de Devic	1	4
	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	1	4
	Meningioma	1	4
Fatores impactantes na comunicação	Afasia	10	40
	Disartria	6	24
	VMNI	10	40
	VMI	2	8
	Síndrome de <i>Locked-in</i>	2	8

Legenda: VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva; VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Seguem, na Tabela 2, os resultados do Protocolo ICUCS dos participantes.

Tabela 2 – Resultados do Protocolo ICUCS dos participantes (N=25).

Categorias	Frequência (N) e Porcentagem (%)		
	Sim	Não	Parcial
Estado de alerta			
Paciente alerta	21 84%	-----	4 16%
Capaz de seguir comandos	21 84%	-----	4 16%
Avaliar habilidades motoras orais			
Habilidades motoras orais preservadas	2 8%	10 40%	13 52%
Avaliar Compreensão			
Compreende sem auxílio, pistas visuais ou orais	25 100%	-----	-----
Uso de óculos	10 40%	-----	-----
Uso de AASI (aparelho de amplificação sonora individual)	1 4%	-----	-----
Recursos disponíveis	2 8%	9 36%	
Escolhas de estratégias para comunicação			
Comunica Sim e Não	22 88%	1 4%	2 8%
Consegue apontar	11 44%	8 32%	6 24%
Leitura e escrita	11 44%	8 32%	7 28%

Na Tabela 3, segue a classificação dos participantes quanto às fases de necessidades de comunicação.

Tabela 3 – Classificação dos participantes (N=25) quanto às fases de necessidades de comunicação propostas por autores¹⁵.

Categorias	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Saindo da sedação	6	24
Melhora no estado de alerta	6	24

Categorias	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Acesso amplo e diverso de comunicação	13	54

A partir dos resultados do ICUCS e fases de necessidades de comunicação, analisou-se as condições de linguagem e motoras para recomendação da forma de apontar e de acesso (varredura assistida por parceiros ou não) para proposição de SSAC. Seguem, na Tabela 4, as propostas para facilitar a comunicação dos participantes. Ressalta-se que se poderia utilizar mais de um recurso, conforme possibilidades. Note-se que a varredura, auxiliada pelo parceiro, foi indicada, nos casos em que não havia a possibilidade de a pessoa apontar por si.

Tabela 4 – Distribuição dos modos e tipos de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação propostos para os participantes (n=25).

Categorias	Frequência N	Porcentagem (%)
Tipo de uso em relação à fala	Como alternativa à fala	9 36
	De modo complementar à fala	16 64
Tipos de SSAC propostos	Prancha de símbolos	22 78
	Prancha alfabética	11 44
	Articulação (sem som)	17 68
	Fala	4 16
	Gestos/Movimentos corporais	21 84
	Piscar olhos	7 28
Necessidade de varredura	Escrita	6 24
	Sim	10 40
	Não	15 42

Segue exemplo do fluxograma de um dos participantes (P25), a título de ilustração de seu processo, desde sua avaliação fonoaudiológica inicial à indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC). Em destaque amarelo, a forma de notação utilizada para cada sujeito, na análise da população-alvo estudada.

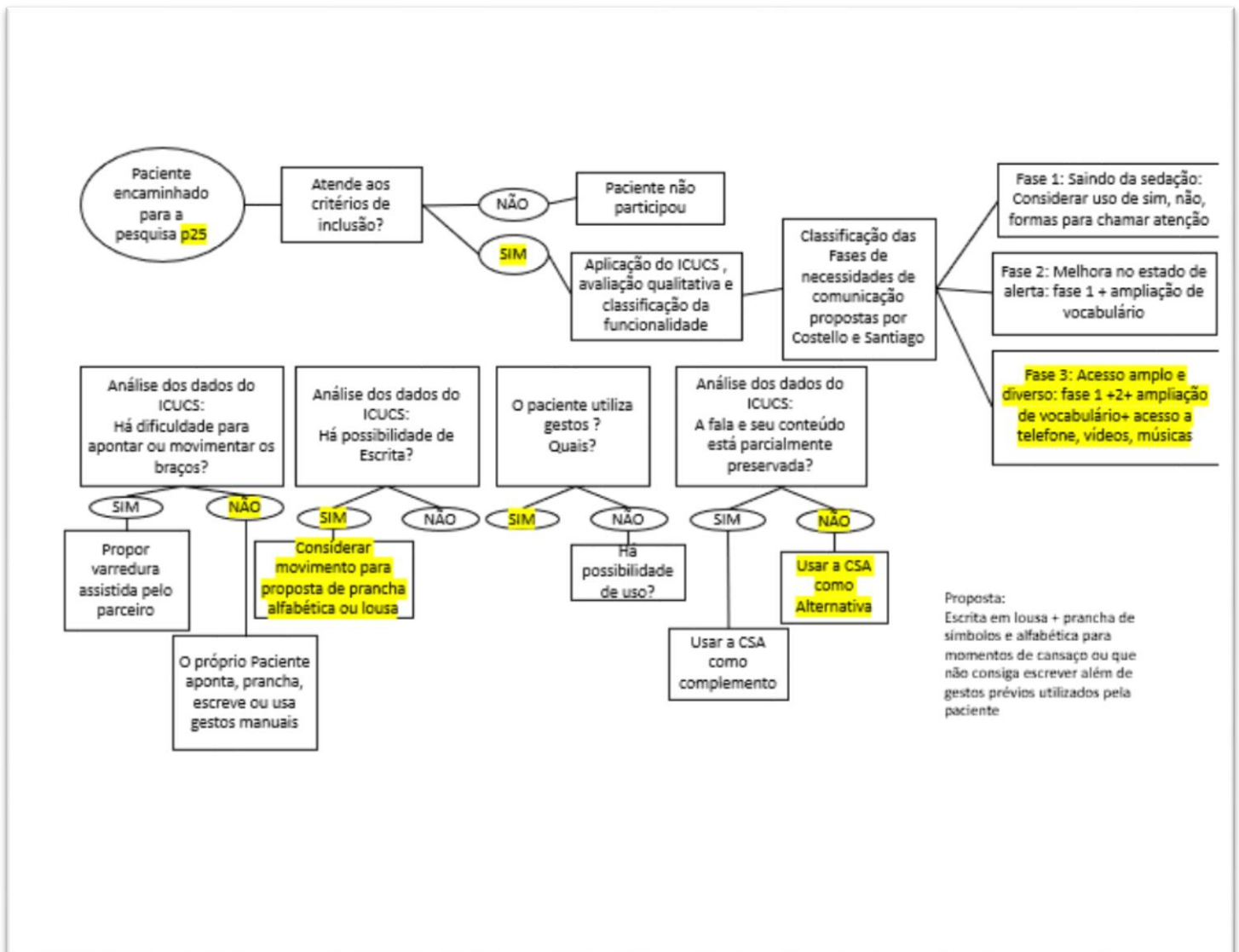


Figura 2 – Exemplo de fluxograma do processo de análise individual de um participante (P25), elaborado pela pesquisadora (Zaqueu, 2023)

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, apresenta-se proposta, elaborada pela pesquisadora, para análise do processo de implementação da CSA na prática clínica em linguagem, no ambiente hospitalar:

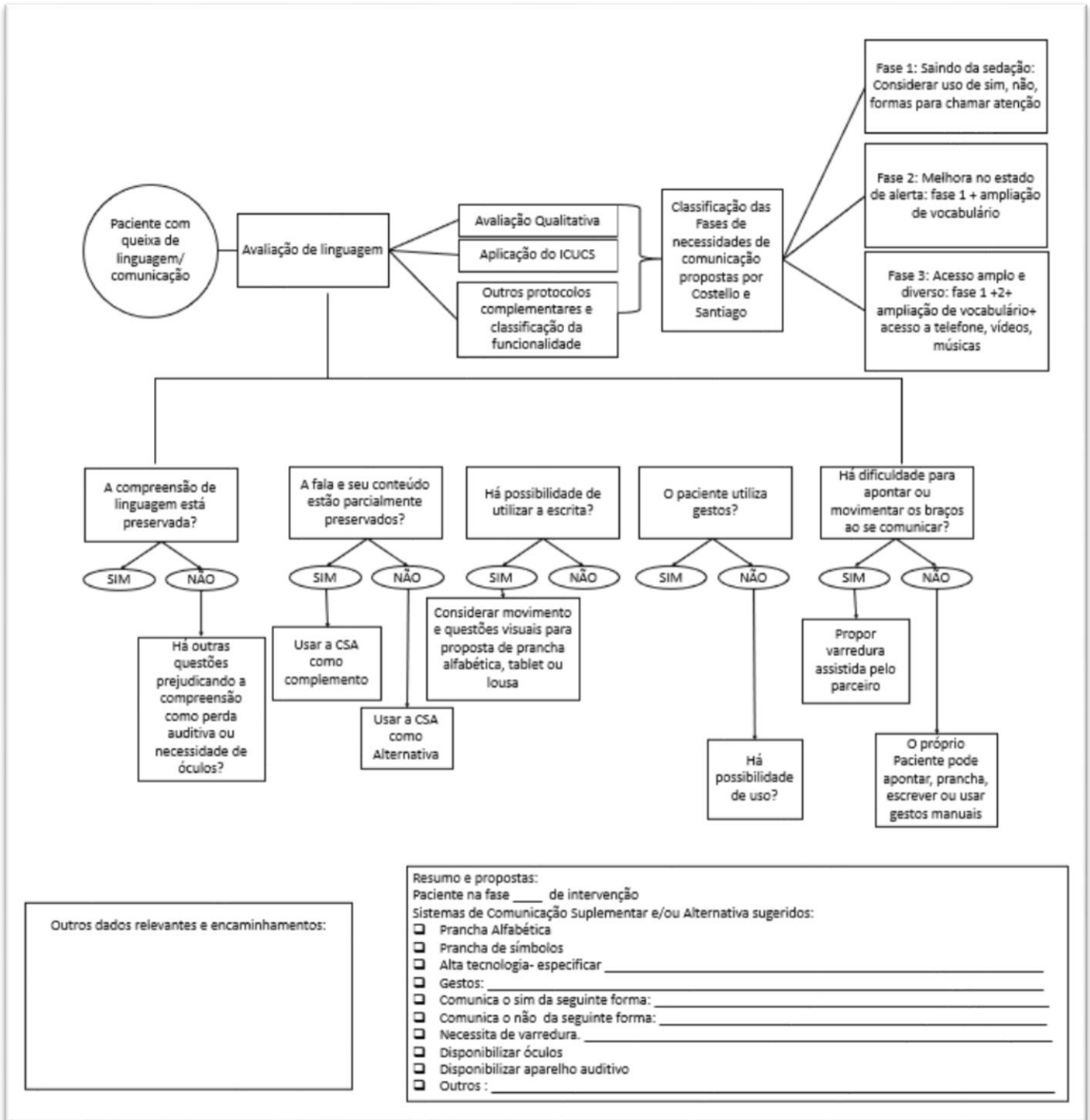


Figura 3 – Proposta de fluxograma de análise do processo de avaliação e indicação de CSA para pessoas em vulnerabilidade comunicativa, no contexto hospitalar, elaborado pela pesquisadora. (Zaqueu, 2023)

Segue proposta do fluxograma em formato de formulário, criado pela pesquisadora, para facilitar a inserção em prontuário:

Formulário para avaliação da linguagem e comunicação da pessoa em vulnerabilidade comunicativa- elaborado por Viviane Fazzio Zaqueu (2023)

Nome:

Idade:

Diagnóstico:

Queixa:

Profissional:

Data da avaliação:

I. AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM:

1) Descreva qualitativamente a linguagem e comunicação da pessoa avaliada:

2) Resumo dos resultados da aplicação do ICUCS (colocar autores, ano):

A compreensão da linguagem está preservada?

Sim

Não

Há outras questões prejudicando a compreensão como perda auditiva ou necessidade de óculos?

Descreva: _____

A fala e seu conteúdo estão parcialmente preservados?

Sim- Usar a CSA como complemento

Não – Usar a CSA como alternativa

Descreva: _____

Há possibilidade de utilizar a escrita?

Sim

Não

Se sim considerar as questões referentes a movimento e as questões visuais para propor sistemas em tablet, uma prancha alfabética ou até mesmo a escrita em uma lousa

Descreva: _____

O paciente utiliza gestos?

Sim

Não

Há a possibilidade de uso?

Descreva: _____

Há dificuldade para movimentar os braços ou apontar para se comunicar?

Sim – Considerar varredura assistida pelo parceiro e se possível avaliação do terapeuta ocupacional para auxiliar na definição do método de acesso

Não – O próprio paciente pode apontar, escrever ou utilizar gestos manuais

Descreva: _____

II. CLASSIFICAÇÃO PELAS FASES DE NECESSIDADES DE COMUNICAÇÃO (Costello e Santiago, 2010):

- Fase 1: Saindo da sedação: Considerar uso de sim, não, formas para chamar atenção
- Fase 2: Melhora no estado de alerta: fase 1 + ampliação de vocabulário
- Fase 3: Acesso amplo e diverso: fase 1 +2+ ampliação de vocabulário+ acesso a telefone, vídeos, músicas

Descreva: _____

III. RESUMO E PROPOSTAS:

Paciente na fase ____ de intervenção

Sistemas de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa sugeridos:

- Prancha Alfabética
- Prancha de símbolos
- Alta tecnologia- especificar

Gestos:

Comunica o sim da seguinte forma:

Comunica o não da seguinte forma:

Necessita de varredura? Descrever

Disponibilizar óculos

Disponibilizar aparelho auditivo

Outros : _____

IV. Outros dados e encaminhamentos:

O formulário deverá ser utilizado com a devida referência de autoria.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram o processo de avaliação e indicação de CSA, no contexto hospitalar. Os achados caracterizam o perfil das pessoas em vulnerabilidade comunicativa, para indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC), evidenciando o favorecimento da linguagem, interação e do próprio processo de cuidado, durante a internação hospitalar, questões ainda pouco abordadas na literatura brasileira⁵.

Quanto aos fatores de impacto na comunicação, os resultados mostram que a disartria, afasia e o uso de ventilação mecânica foram os mais frequentes, entre os participantes deste estudo. Autores abordam a disartria e a vulnerabilidade comunicativa presentes também nos casos de Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A)^{16,17}. Os achados corroboram outras pesquisas que tratam das necessidades de comunicação de pessoas que utilizam a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, durante uma internação^{18,19}.

Quanto aos resultados relacionados ao ICUCS, cabe destacar o fato de que a maioria dos participantes apresentava alteração dos aspectos motores orais, com comprometimento da oralidade, mas se encontrava em estado de alerta e com a compreensão verbal preservada. Resultados similares de outras investigações^{15,20} evidenciam a necessidade de favorecer a linguagem deste grupo populacional, em situação de vulnerabilidade, uma vez que, como tratado na literatura^{2,21}, tais pessoas entendem o que acontece ao seu redor, mas não conseguem se expressar de modo efetivo suas demandas e sentimentos, o que pode ocasionar ansiedade e frustração, na internação hospitalar.

Os achados mostram que, quanto às formas de comunicação, dificuldades de leitura e escrita estavam presentes e grande parcela dos participantes apresentava dificuldade ao apontar nas pranchas, o que indicava a necessidade de varredura ou outra forma de acesso. Tal resultado assume importância, pois impacta diretamente no modo de utilização de SSAC, que, sem uma indicação adequada, pode ter sua efetividade diminuída e levar à desistência do uso, por parte do paciente²².

Neste trabalho, foram propostas múltiplas formas de comunicação, como: gestos associados a pranchas ou pranchas associadas à articulação sem vozeamento, para que os participantes pudessem se comunicar de maneira mais efetiva, assim como em outras pesquisas²¹⁻²³. Ademais, autores^{22,23} ressaltam que ferramentas flexíveis contribuem para a comunicação de pacientes, em cuidados intensivos, devido à complexidade que há, por exemplo, em variações do estado de consciência, em consequência de medicações, ou, mesmo, pouco tempo disponível nas relações de cuidado, para a pessoa poder se comunicar eficazmente.

No presente estudo, foram utilizados apenas sistemas de baixa tecnologia, como em outras pesquisas, também realizadas no ambiente hospitalar, que consideraram a CSA como uma facilitadora para a comunicação^{11,24,25}. Embora, alguns autores^{12,25,26} mostrem a alta tecnologia como uma opção efetiva e com maiores possibilidades de ampliação de possibilidades discursivas, é preciso, todavia, considerar que o acesso a ela não é uma realidade, em nosso país, principalmente, considerando-se que a coleta de dados foi realizada em um Hospital-escola da Rede SUS, em que não havia dispositivos tecnológicos disponíveis, bem como, majoritariamente, a população atendida não tem acesso. Uma revisão de literatura²⁷ analisou intervenções com CSA, em um hospital, e conclui que não há um método mais eficiente, mas que utilizar a CSA teve efeito positivo para a comunicação de pessoas em vulnerabilidade comunicativa.

Um resultado que cabe destaque foi a construção e apresentação do fluxograma do processo de análise das condições linguísticas de cada participante e a indicação de CSA para a situação de vulnerabilidade comunicativa das pessoas estudadas. Isto resultou em uma proposta de fluxograma para nortear a avaliação fonoaudiológica de linguagem e interação para indicação de SSAC, favorecendo o diálogo entre a pessoa, sua família e a equipe de cuidados.

Na literatura nacional, não foram encontrados, no nosso conhecimento, publicações que abordem um passo a passo para avaliação fonoaudiológica de pessoas com necessidades complexas de comunicação, com oralidade restrita, à beira-leito, com enfoque na implementação de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, no contexto hospitalar. Estudos anteriores, por sua vez, abordam a utilização de SAAC nos cuidados intensivos e semi-intensivos^{5,14,22,28}. Há uma pesquisa nacional, na área de Terapia Ocupacional²⁹, na qual os autores²⁹ realizaram uma sistematização dos processos de implementação, de sua atuação, ilustrados em um fluxograma. Na literatura internacional²⁸, autores apresentam um fluxograma de avaliação e estratégias em CSA para enfermeiros reconhecerem demandas relacionadas à comunicação.

Estes últimos autores²⁸ destacam que a simplicidade nas avaliações e sistemas propostos é um componente importante nas intervenções, no contexto hospitalar. Portanto, uma proposta de fluxograma do processo de avaliação de linguagem e de interação para tomada de decisões para implementação de CSA, no contexto hospitalar, para pessoas em situação de comunicação vulnerável, se mostra bastante útil para auxiliar os profissionais.

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho evidenciam que o processo de avaliação e indicação de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, no ambiente hospitalar, deve considerar diversos aspectos, como: diagnóstico de base, estado de alerta, alterações de linguagem, condições motoras e fatores contextuais (pessoais e ambientais), que impactam nas possibilidades de comunicação.

Os achados quanto à indicação de CSA mostram a possibilidade do uso de recursos de baixa tecnologia, como, por exemplo, o uso de pranchas, gestos e piscar de olhos. Os resultados mostram sua efetividade, além do seu baixo custo, o que pode favorecer o acesso à CSA, mesmo em locais em que o hospital ou o público-alvo não pode arcar com os custos de recursos de alta tecnologia.

Além destes, destaca-se que a pesquisa resultou na proposição de um fluxograma para avaliação de linguagem de pessoas com oralidade restrita, em cuidados intensivos e semi-intensivos, e a indicação de CSA. Passo a passo que se revelou importante, neste trabalho, não só para a avaliação do grupo estudado, como para aplicação individualizada de SSAC, o que, por sua vez, contribuiu para favorecimento do diálogo entre os participantes da pesquisa e seus parceiros de comunicação (familiares e profissionais de saúde).

Os resultados mostram que este fluxograma auxiliou a pesquisadora na tomada de decisões e delineamento de condutas fonoaudiológicas, especialmente no ambiente hospitalar. Sistematizar as etapas do processo de investigação dos participantes, em um fluxograma, auxiliou o processo de intervenção, por sua praticidade. Portanto, os resultados reiteram a importância da avaliação fonoaudiológica, com enfoque na implementação de SSAC, no ambiente hospitalar, para pessoas em vulnerabilidade comunicativa, que pode garantir o direito à comunicação.

7. REFERÊNCIAS

- 1 Blackstone S. Issues and a Challenges in Advancing Effective Patient Provider Communication. In: Blackstone SW, Beukelmen DR, Yorkston KM. Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals. 1th Ed. San Diego: Plural Publishing, Inc. 2015; 9-36.
- 2 Baumgarten M., Poulsen I. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(2):205-214. Crossref PubMed.
- 3 Karlsen MMW, Øines MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: A scoping review. *Nurs Crit Care.* 2015;24(3):115-131. Crossref PubMed.
- 4 Istanbulian L, Rose L, Gorospe F, Yunusova Y, Dale CM. Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *Am Journal of Crit Care.* 2020;57:168-170.
- 5 Chun RYS, Leite Neto L, Zaqueu VF, Maia ALW, Farias LP. Comunicação vulnerável em casos de alta complexidade: perspectivas de atuação e pesquisa fonoaudiológica em hospital-escola. In: da Silva RM, Moura ERF. (ORG.) Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA. 2018; p. 81-96.

- 6 Chun RYS, Fedosse E. Teorias Enunciativo-Discursivas da Linguagem: bases linguísticas pertinentes na intervenção com a CSA. In: Montenegro ACDA, Barros IBDR., AZEVEDO NPdaSG. Fonoaudiologia e Linguística: Teoria e Prática. 2016; p.157-172.
- 7 American Speech Language and Hearing Association (ASHA). Report: Augment and Altern Communication. 1991;33:9-12.
- 8 Light J, McNaughton D. Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs. Augment and Altern Commun. 2015;31(2):85-96.
- 9 Santiago RMS, Gormley J, Altschuler TMA, Howard MMS, Pressman H, Blackstone S. Promoting system change for communication access in acute care hospitals. Assistive Technology Outcomes & Benefits. 2021;15(1): 100-118. Acesso em: 27/10/2023 Disponível em: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/promoting-system-change-communication-access/docview/2536827600/se-2>.
- 10 Hosseini SR, Valizad-Hasanloei MA, Feizi A. The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units. Iran J Nurs Midwifery Res. 2018;23(5):358-362.
- 11 Carvalho, DND, Queiroz, IDP, Araújo, BCL, Barbosa, SLDES, Carvalho, V CBD, Carvalho, SD. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa com adultos e idosos no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. Rev CEFAC. 2020;22.
- 12 Pelosi MB, Nascimento JS. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais/Use of alternative communication resources for hospital intervention: perception of patients and occupational therapists. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2018;26(1):53-61.
- 13 Yorkston K. Intensive care unit communication screening protocol. In: Beukelman DR, Garrett KL, Yorkston KM. Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co; 2007.
- 14 Zaqueu V. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa [Dissertação de Mestrado]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2018.
- 15 Santiago R, Costello J. Comunicação Alternativa e Ampliada na UTI/Primeiros Cuidados: Abordagem da Vulnerabilidade Comunicativa e Aprimoramento do Cuidado. In: Chun RYS, Reily L, Moreira EC. (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini. 2015; cap. 12, p. 171-194.
- 16 Leite Neto L, França MCJ e Chun RYS. Esclerose Lateral Amiotrófica, disartria e alterações de linguagem: Tipo de pesquisa e abordagens em diferentes áreas- Revisão integrativa da literatura. Revista Cefac. 2021;23.

- 17 dos Santos C; CHUN RYS; Leite Neto, L. A disartria em pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A.) em situação de vulnerabilidade comunicativa. *Rev. Trab. Iniciaç. Cient. UNICAMP*. 2019;(27):1-1.
- 18 Danielis M. et al. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *J of Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2107-2124.
- 19 Modrykamien, AM. Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. In: *Baylor University Medical Center Proceedings*. Taylor & Francis 2019. p. 534-537.
- 20 Rodrigues EdaC, Delevatti C, Pacheco G, Kolzenti RdaS, Deus VFde, Vidor DCGM, Almeida STde. Vulnerabilidade comunicativa em pacientes de cuidado intensivo: considerações das estratégias de atuação do fonoaudiólogo na pandemia. *Distúrbios da Comunicação*. 2020;32(3):363-366.
- 21 Thunberg G, Törnhage CJ, Nilsson S. Evaluating the impact of AAC interventions in reducing hospitalization-related stress: Challenges and possibilities. *Augmentative and Alternative Communication*. 2016;32(2):143-150.
- 22 Holm A, Dreyer P, Use of communication tools for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *CIN Comput. Inform. Nurs*. 2018;36: 398-405.
- 23 Blackstone, S. W., Pressman, H. Patient communication in health care settings: New opportunities for augmentative and alternative communication. *Augmenta and Altern Commun*. 2016;32(1):69-79.
- 24 Happ MB, et al. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial, *Heart & Lung*. 2014;43(2):89-98.
- 25 El-Soussi H, Elshafey MM, Othman SY, Abd-Elkader AS. Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: does it make difference. *Egypt. J. Chest Dis. Tuberc*. 2014;64:21-28.
- 26 Ju X-X; Yang J; Liu X-X. A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;63:102948.
- 27 Carruthers H, Astin F, Munro W. Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;42:88-96.
- 28 Holm A, Karlsson V, Nikolajsen L, Dreyer P. Strengthening and supporting nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Development of a communication intervention. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3.
- 29 Coelho PSO et al. Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2020;28:829-854.

V. DISCUSSÃO GERAL

O perfil dos participantes deste estudo foi variado, em relação à idade e sexo, porém, devido aos locais de coleta desta pesquisa, a maioria apresentou diagnósticos de origem neurológica. Pessoas em vulnerabilidade comunicativa podem ter perfis distintos, sendo questões neurológicas uma das causas da comunicação vulnerável já descrita na literatura^{2,3}.

Este trabalho utilizou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como base conceitual, sendo que os resultados reafirmam que a CIF contribui para um olhar além das alterações das funções do corpo, considerando as questões de funcionalidade e os impactos dos fatores ambientais, para o grupo populacional estudado, no período de internação, em cuidados intensivos e semi-intensivos. Poucos trabalhos nacionais abordam a CIF no contexto hospitalar, em Fonoaudiologia, um deles, com enfoque na deglutição²⁷.

Quanto aos achados sobre a funcionalidade das pessoas em vulnerabilidade comunicativa, estavam comprometidas, neste estudo, em diversas funções. Estudos^{28,29}, ainda que não tenham usado a CIF como base conceitual, apontam a diminuição da participação daqueles que estão em situação de comunicação vulnerável, inclusive, no que diz respeito a seu próprio cuidado e tomada de decisões, o que corrobora nossos achados e reitera a necessidade de propostas de outras formas de comunicação, para promover a participação deste grupo populacional, como aqui estudado.

Os resultados evidenciam ampliação da visão à vulnerabilidade comunicativa, como consequência não unicamente das funções do corpo, como também dos fatores ambientais, que podem ser facilitadores ou barreiras, como visto em outro estudo³⁰. Os achados mostram que o uso de equipamentos de suporte à vida, a presença de familiares ou cuidadores, a postura da equipe de cuidados e a utilização de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) são exemplos de fatores ambientais que impactam na comunicação, questões também discutidas por outros autores^{30,31}.

A equipe de cuidados foi vista, em alguns aspectos, como uma barreira para comunicação, como observado em outro estudo³¹, o que reafirma a necessidade

de capacitação de profissionais de Saúde, frente às dificuldades de comunicação das pessoas estudadas.

Achados referentes aos impactos do *não falar* demonstram a necessidade de considerar a vulnerabilidade comunicativa como uma condição que impacta diretamente a vida das pessoas. Frustração, ansiedade, medos e inseguranças foram tópicos abordados pelos participantes deste estudo, como também em outros trabalhos internacionais^{7,8,30}.

Nesta pesquisa, os resultados indicam que os participantes referiram medo de morrer, pela dificuldade de comunicação, por não conseguirem expressar um sintoma, uma falha em equipamento de suporte à vida ou uma piora em seu quadro clínico. Estes resultados se somam aos estudos que analisaram situações adversas^{6,7} vividas por pessoas com alterações de linguagem, durante seus processos de internação. Autores^{7,8} destacam o quanto tais pessoas são mais suscetíveis a erros médicos e acontecimentos infortúnios, o que corrobora o sentimento de alguns participantes, ainda que outros estudos, citados anteriormente^{7,8}, não tenham destacado o medo da morte pela ausência da comunicação.

Para auxiliar nas dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de comunicação vulnerável foram indicados SSAC, especialmente de baixa tecnologia. O uso da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA), assim como em outros trabalhos^{31,32} foi considerado um facilitador, que auxiliou as pessoas com necessidade complexas de comunicação, durante a internação, como abordado em pesquisa anterior¹.

Os resultados do processo de avaliação e indicação de SSAC para a população estudada reafirmaram a importância de utilizar ferramentas e sistemas simples, dentro do hospital, considerando a complexidade de tal ambiente, o que corrobora outro estudo³³. O conjunto da análise subsidiou a proposição de um fluxograma para rastreio fonoaudiológico que possibilita a avaliação de pessoas em vulnerabilidade comunicativa e a indicação de SSAC, à beira leito.

Não foram encontrados, na literatura, outras pesquisas da Fonoaudiologia que tenham se dedicado a descrever a avaliação fonoaudiológica de linguagem com enfoque na implementação de SSAC, no contexto hospitalar. Há alguns estudos, de

outras áreas, como uma pesquisa de terapeutas ocupacionais³⁴, que descrevem o processo de avaliação e implementação de SSAC, no ambiente hospitalar, e um trabalho³³ com uma sugestão de triagem, em forma de fluxograma, para que enfermeiros possam identificar demandas de comunicação de seus pacientes. Novas investigações, que busquem dar continuidade a esta proposta, podem contribuir para o desenvolvimento da área.

Entende-se que, fatores, tais como: necessidade de interromper a coleta de dados, durante a pandemia de COVID 19; o pouco conhecimento dos profissionais quanto à vulnerabilidade comunicativa e aplicação da CSA; a rotina hospitalar, que muda, constantemente, pela frequência de exames, instabilidade clínica, altas não programadas e ausência de familiares/cuidadores, no hospital, foram barreiras/limitações. Ainda, assim, resultados importantes foram demonstrados, e novos estudos podem adensar este conteúdo, que ainda está se desenvolvendo, na literatura nacional.

Assim como neste trabalho se faz fundamental dar voz às pessoas em situações vulneráveis de linguagem, que, muitas vezes, são parte de grupos de estudos, de pesquisas, mas sem direito à participação ativa nelas, como abordado por outros autores³⁵. Deste modo, não conseguem expressar suas visões sobre tal processo, compartilhar sentimentos e opiniões. Nesta pesquisa, a partir do uso da CSA, foi possível proporcionar a participação ativa dos participantes, dando voz a suas percepções sobre o que estavam vivendo.

Entender o perfil, condições clínicas, funções do corpo, funcionalidade e necessidades daqueles que estão em vulnerabilidade comunicativa é fundamental para a proposta de SSAC que sejam eficazes para as demandas deste grupo populacional e para um atendimento humanizado em Saúde.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente trabalho permitiram o estudo da pessoa em vulnerabilidade comunicativa, suas dificuldades e potencialidades, tomando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como base conceitual, bem como uma abordagem centrada na pessoa, valorizando o acolhimento e a escuta de suas demandas. Os achados mostram que os impactos da comunicação vulnerável foram expostos, de modo a destacar a voz dos participantes frente às consequências do *não falar*, durante uma internação, bem como as possibilidades para diminuir suas consequências. Por sua vez, o processo de avaliação e implementação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC) foi descrito e analisado, propondo um fluxograma para análise deste processo, na prática clínica, em Fonoaudiologia, no contexto hospitalar.

Os resultados reiteram a aplicabilidade da CIF, o que permitiu uma ampliação do olhar da população estudada, abrangendo não apenas seu diagnóstico ou suas dificuldades, como também, os fatores contextuais (ambientais e pessoais), como facilitadores ou agravantes desta situação.

Dentre tais fatores, destaca-se o importante papel dos profissionais de Saúde, que podem ser facilitadores, quando conseguem exercer um papel de parceiros de comunicação, mas podem ser barreiras, quando não conseguem cumprir este papel, por razões variadas, como a rotina hospitalar, tempo indisponível, sobrecarga ou ainda falta de compreensão da vulnerabilidade comunicativa e das possibilidades da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA).

O *não falar* traz diversos impactos na vida e no tratamento das pessoas, colocando-as numa situação de vulnerabilidade que é evidenciada nos relatos dos participantes. Destaca-se, aqui, o sentimento de insegurança e o medo de morrer, por não conseguir se comunicar, no contexto hospitalar, que, muitas vezes, não tem profissionais especialistas em linguagem, dentro de sua equipe, para propor a implementação de CSA, capacitar a equipe multidisciplinar e familiares/cuidadores, como parceiros comunicativos, que serão facilitadores e não barreiras para a comunicação.

Para implementação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação é importante conhecer o perfil, as dificuldades e potencialidades de

linguagem, os facilitadores e barreiras que impactam na pessoa em situação de comunicação vulnerável. Neste estudo, foram propostos SSAC de baixa tecnologia e baixo custo, como pranchas em papel, lousa e caneta, gestos e o piscar de olhos, que foram classificados como facilitadores, pela CIF, e no olhar dos participantes da pesquisa. A CSA pode ser acessível e adequada para o contexto hospitalar, respeitando as normas de prevenção à contaminação, além de eficiente para a comunicação de pessoas em cuidados intensivos e semi-intensivos.

Esta pesquisa propõe um fluxograma para a prática clínica do fonoaudiólogo que atua com linguagem, no contexto hospitalar. Tal área ainda está em desenvolvimento no Brasil, e esta ação visa demonstrar que o processo de avaliação de linguagem e indicação de SSAC pode ser realizado nas unidades hospitalares, de forma simples, a partir de rastreios e protocolos que podem ser personalizados, para cada caso e local. Novas pesquisas podem se somar a esta proposta, contribuindo para o crescimento da área, que ainda conta com uma literatura nacional em desenvolvimento.

Por fim, a vulnerabilidade comunicativa pode ser uma barreira para algumas pessoas que se encontram em cuidados intensivos e semi-intensivos, principalmente quando os fatores contextuais, em especial, os fatores ambientais, são barreiras para a comunicação.

A necessidade da ampliação do olhar de Saúde, para além das questões orgânicas, se faz presente, tanto tomando a CIF como base conceitual quanto pelos relatos dos participantes, sendo necessária maior capacitação, conscientização e pesquisas que, assim como esta, estudem *o não falar*, seus impactos para aqueles que se encontram em uma internação e as possibilidades de intervenção e implementação de outras formas de comunicação para além da fala. Além disso, é necessário profissionais especializados, como o fonoaudiólogo, capacitados para avaliar linguagem, realizar a formação de equipe e familiares/cuidadores e propor e testar fluxogramas/escalas de risco, para alterações de linguagem, no contexto hospitalar, com enfoque na intervenção e implementação de SSAC, de modo acessível e eficaz, reduzindo, assim, os impactos da vulnerabilidade comunicativa e permitindo que as pessoas com alterações de linguagem possam ter voz e participação ativa em seu tratamento e sua história de vida.

VII. REFERÊNCIAS

- 1 Zaqueu V. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a comunicação suplementar e/ou alternativa [Dissertação de Mestrado]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2018.
- 2 Farias LP. A Comunicação Vulnerável do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: Chun RYS, Reily Lucia, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015; 12:171-194.
- 3 Santiago R, Costello J. Comunicação Alternativa e Ampliada na UTI/Primeiros Cuidados: Abordagem da Vulnerabilidade Comunicativa e Aprimoramento do Cuidado. In: Chun RYS, Reily L, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015; 12:171-194.
- 4 Blackstone S. Issues and a Challenges in Advancing Effective Patient Provider Communication. In: Blackstone SW, Beukelmen DR, Yorkston KM. Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals 1st Ed. San Diego: Plural Publishing, Inc.; 2015, p. 9-36.
- 5 Blackstone SW, Ruschke K, Wilson-Stronks A, Lee C. Converging communication vulnerabilities in health care: An emerging role for speech-language pathologists and audiologists. Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse (CLD) Populations. 2011;18(1):3-11.
- 6 Etchegaray JM, Ottosen MJ, Aigbe A, et al. Patients as partners in learning from unexpected events. Health Serv Res. 2016;51:2600-14.
- 7 Hemsley B, Werninck M, Worral L. That really shouldn't have happened: people with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. Aphasiology. 2013;27(6):706-722.
- 8 Thunberg G, Törnbage, CJ, Nilsson S. Evaluating the impact of AAC interventions in reducing hospitalization-related stress: Challenges and possibilities. Augmentative and Alternative Communication. 2016;32(2):143-150.
- 9 Istanboulian L, Rose L, Gorospe F, Yunusova Y, Dale CM. Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. Journal of Critical Care. 2020;57:168-170.
- 10 Chun RYS, Leite Neto L, Zaqueu VF, Maia, ALW, Farias LP. Comunicação vulnerável em casos de alta complexidade: perspectivas de atuação e pesquisa fonoaudiológica em hospital-escola. In: da Silva RM, Moura ERF (ORG.) Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. 2018.
- 11 Volles CC, Bussoletto GM, Rodacoski G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. Revista da SBPH. 2012;15(1):212-231.
- 12 Brasil. Lei Federal 13.146/2015. Acesso em: 18/05/2021. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>.

- 13 Código de Ética da Fonoaudiologia [Internet] Conselho Federal de Fonoaudiologia – Brasília: Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia. 2016.
- 14 Franchi, C. Hipóteses para uma teoria funcional da linguagem [Tese de Doutorado]. Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 1976.
- 15 Fedosse E. Processos alternativos de significação de um poeta afásico [Tese de Doutorado]. Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas; 2008
- 16 Chun RYS, Fedosse E. Teorias Enunciativo-Discursivas da Linguagem: bases linguísticas pertinentes na intervenção com a CSA. In: Montenegro ACDA, Barros IBDR, AZEVEDO NP da SG. Fonoaudiologia e Linguística: Teoria e Prática. 2016, p.157-172.
- 17 Brasil, Ministério da Saúde.. Caderno Humaniza SUS – Atenção Hospitalar. V 3, Brasília, DF, 2014.
- 18 Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, Org.; Coordenação da tradução: Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003
19. Chun RYS et al. A CIF no ambiente hospitalar: curso e percurso de pessoas nos processos de adoecimento e de cuidado. In: Farias SDP, Pinto FCDA (Org.). Classificação Internacional de Funcionalidade: Da teoria à prática em Fonoaudiologia. 2023;6:125-146.
- 20 Biz MCP, Chun RYS. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. CoDAS [Internet]. 2020;32(2):1-15. Acesso em: 24/05/2023. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/codas/a/Q3WB9fDQVgsY3M8pxCzp3dQ/?format=pdf&lang=pt>>.
- 21 Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. Saúde em debate. 2020; 43, 93-103.
- 22 Light J, McNaughton D. Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs. Augmentative and Alternative Communication. 2015;31(2):85-96.
- 23 Stans SEA, et al. Challenges in the communication between ‘communication vulnerable’ people and their social environment: an exploratory qualitative study. Patient education and counseling. 2013;92(3):302-312.
- 24 Pinto FCDA et al. Breve histórico e introdução da CIF. In: Farias SDP, Pinto FCDA (Org.). Classificação Internacional de Funcionalidade: Da teoria à prática em Fonoaudiologia. 2023, p. 31-41.
- 25 Zerbeto AB et al. Use and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health with Children and Youth within the context of

Augmentative and Alternative Communication: an integrative literature review. *Rev. CEFAC*. 2020;22(06):e8020.

26 Yorkston K. Intensive care unit communication screening protocol, 1992. In: Beukelman DR, Garrett KL, Yorkston KM. *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co; 2007.

27 Borges FA, Farias LP, Paulon RMC, Colombari HNS, Brito CMM de, Padovani M. Proposta de Checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Fonoaudiologia no cuidado hospitalar. *Revista CIF BRASIL*. 2021;13(3):01-19.

28 Pakmehr M, Rahnama M, Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A. Lived experience of intubated patients: a phe-nomenological study. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. 2017;8:286-291.

29 Oszalinski RS, Heidel RE, McCarthy J. Difficulty envisioning a positive future: Secondary analyses in patients in intensive care who are communication vulnerable. *Nurs Health Sci*. 2019;1-7. Acesso em: 28/10/2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nhs.12664>>.

30 O'Halloran R, Hickson L, Worrall L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2008;43(6):601-632.

31 Moorcroft A, Scarinci N, Meyer C. A systematic review of the barriers and facilitators to the provision and use of low-tech and unaided AAC systems for people with complex communication needs and their families. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2019;14(7):710-731.

32 Carruthers H, Astin F, Munro W. Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2017;42:88-96.

33 Holm A, Karlsson V, Nikolajsen L, Dreyer P. Strengthening and supporting nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Development of a communication intervention. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2021;3.

34 Coelho, PSdeO et al. Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2020;28: 829-854.

35 O'Halloran R, Douglas J, Cruice M, Davidson B, McKinley K, Bigby C. Representation and reporting of communicatively vulnerable patients in patient experience research. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2019;21(5):524-535.