

Artigos de revisão

Comunicação suplementar e/ou alternativa com adultos e idosos no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa da literatura

*Augmentative and alternative communication with adults and elderly in the hospital environment: an integrative literature review*Diego Nascimento de Carvalho¹<https://orcid.org/0000-0001-8015-1236>Ítala da Piedade Queiroz¹<https://orcid.org/0000-0001-6758-9700>Brenda Carla Lima Araújo¹<https://orcid.org/0000-0002-4720-1710>Sindy Lamônie do Espírito Santo Barbosa¹<https://orcid.org/0000-0003-3811-3089>Vanessa Cibelle Barboza de Carvalho¹<https://orcid.org/0000-0002-1784-0327>Susana de Carvalho¹<https://orcid.org/0000-0001-8708-3205>

¹ Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: realizar uma revisão integrativa sobre estratégias de comunicação suplementar e/ou alternativa utilizadas com adultos e idosos no ambiente hospitalar e a repercussão na comunicação.

Métodos: foi realizada uma revisão integrativa com descritores em inglês e português: 'communication' 'hospitals' 'communication aids for disabled', nas bases de dados: LILACS, PubMed, Cinahl, Cochrane Library, SciELO, Scopus, Web of Science e incluídos artigos em inglês e português, dos últimos 14 anos, que abordassem a comunicação alternativa em adultos e idosos hospitalizados. Estudos com crianças, duplicados, revisão e que abordassem outros métodos de comunicação foram excluídos.

Resultados: 13 artigos caracterizaram estratégias de comunicação alternativa utilizadas com adultos e idosos. A prevalência foi de pacientes intubados, traqueostomizados, profissionais de saúde, sendo o enfermeiro com maior citação e, pesquisas com abordagem qualitativa. Seis estudos utilizaram alta e baixa tecnologia, no entanto, a maioria evidenciou maior uso das ferramentas de baixa tecnologia.

Conclusão: identificou-se uma variedade de estratégias de alta e baixa tecnologia, sendo observada redução das dificuldades de comunicação, melhora da qualidade de vida e comunicação com profissionais. A prancha de comunicação foi a mais utilizada, devido a disponibilidade nos hospitais e facilidade no uso. Sugere-se estudos sobre avaliação e eficácia das ferramentas de comunicação em diferentes setores e perfis clínicos.

Descritores: Comunicação; Hospitais; Barreiras de Comunicação

ABSTRACT

Objective: to carry out an integrative review about the augmentative and alternative communication strategies used with adults and the elderly in the hospital environment and its impact on communication.

Methods: this research study used the integrative review methodology with descriptors in English and Portuguese: 'communication', 'hospitals', 'communication aids for the disabled', in the following databases: LILACS, PubMed, Cinahl, Cochrane Library, SciELO, Scopus, Web of Science, also included several articles in English and Portuguese, from the last 14 years, which addressed alternative communication strategies used with hospitalized adults and the elderly. Studies about children, as well as duplicates, reviews, and those that addressed other methods of communication were all excluded.

Results: the 13 articles have characterized the alternative communication strategies used with adults and the elderly. The prevalence was of intubated patients, tracheostomized, health professionals, being the nurse the one with the highest citation, and researches on a qualitative approach. Six studies have used high and low technologies; however, most have shown greater use of low-tech tools.

Conclusion: a variety of high and low-tech strategies were identified, being noted a reduction in communication difficulties, as well as improvements in life quality and communication with professionals. The most used tool was the communication board, due to its hospitals' availability and its simple use. It is suggested to study the evaluation and the effectiveness of communication tools in distinct clinical settings and profiles.

Keywords: Communications; Hospitals; Communication Barriers

Recebido em: 04/12/2019
Aprovado em: 25/08/2020

Endereço para correspondência:

Diego Nascimento de Carvalho
Rua B1, 201, São Conrado, Cond Recanto das Garças, Bloco 02, Ap 104
CEP: 49042-844 - Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: difonoaudiologia@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A comunicação é um elemento fundamental à vida humana, acontece por meio da fala de forma natural, desde a infância até a idade adulta. Compreende uma troca de sentimentos e necessidades entre pessoas. Quando uma mensagem é transmitida, as pessoas utilizam a linguagem que, quer falada, escrita ou por sinais, abrange um sistema que transmite um significado¹.

Na internação hospitalar diversas situações podem gerar dificuldades comunicativas. Essas dificuldades podem ser ocasionadas pelo ambiente físico e social, pelo contexto e por seus próprios fatores, padrões de desempenho e habilidades, que podem influenciar na relação paciente-equipe e paciente-família. Além disso, as alterações no processo comunicativo podem dificultar também a compreensão das necessidades do paciente durante o atendimento hospitalar, podendo refletir em pacientes frustrados e deprimidos².

Comunicação suplementar e/ou alternativa (CSA) é uma das áreas da tecnologia assistiva que atende às demandas de indivíduos com distúrbios de comunicação, caracterizados por prejuízos na produção e/ou compreensão, através de modos de comunicação falada e escrita. Emprega para sua implementação uma série de técnicas, ferramentas, sistemas de comunicação computadorizados, dispositivos geradores de fala incluindo pranchas de comunicação com imagem, símbolos pictográficos, objetos reais, sinais, gestos, escrita para ajudar o indivíduo a expressar pensamentos, desejos, necessidades, sentimentos e ideias³. É suplementar quando usada para complementar a fala existente e quando a pessoa já tem habilidades comunicativas, e alternativa quando usada no lugar da fala que está ausente ou não funcional. Pode ser temporária, quando usada por pacientes no pós-operatório em cuidados intensivos, ou permanente, quando usado por um indivíduo que vai exigir o uso de alguma estratégia ao longo de sua vida^{4,5}.

Na implementação da CSA podem ser utilizados três tipos de ferramenta de comunicação: os não apoiados, ou seja, que não utilizam qualquer tipo de recurso material, sendo usado apenas o próprio corpo como ferramenta de comunicação; os sistemas apoiados de baixa tecnologia (BT), recursos preparados de forma artesanal, como pranchas de comunicação e os sistemas apoiados de alta tecnologia (AT), tais como os sistemas computadorizados⁶.

A CSA apresenta como finalidade investigar e potencializar as funções preservadas para estabelecer a melhor troca possível de comunicação na vida do paciente. Não é uma técnica, mas uma abordagem que pode ser usada em todos os momentos da vida⁷. Pode também beneficiar novas oportunidades sociais, transmitir necessidades, opiniões e fornecer estratégias comunicativas, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculos, facilitar a tomar decisões ou expressar sentimentos, com um consequente empoderamento do sujeito⁸.

As principais patologias observadas na literatura, no ambiente hospitalar, que são indicações do uso de ferramentas de comunicação alternativa, permanentes ou não, são a encefalopatia crônica, deficiência intelectual, apraxia, dispraxia oral, afasia, disartria, traumatismos cranioencefálicos, doenças neuromotoras degenerativas, traqueostomizados, intubados, câncer de cabeça e pescoço, dentre outros⁹. Nessas situações, a opção pela utilização do sistema de comunicação suplementar e/ou alternativa faz a diferença, pois torna o usuário mais independente, além de garantir sua autonomia e participação nas decisões sobre o seu tratamento.

O interesse pela construção desta revisão surgiu pela falta de padronização da comunicação suplementar e/ou alternativa em ambiente hospitalar, sendo identificados erros e dificuldades dos profissionais durante a aplicação de recursos alternativos em pacientes com barreiras de comunicação. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo analisar as estratégias de comunicação suplementar e/ou alternativa utilizadas com adultos e idosos no ambiente hospitalar e a repercussão na comunicação evidenciadas na literatura.

MÉTODOS

A presente pesquisa utilizou a metodologia de revisão integrativa que tem como objetivo a compreensão do tema analisado, além de unificar e sintetizar os resultados de estudos avaliados, contribuir na melhoria da prática clínica e do cuidado ao paciente. As seis etapas metodológicas percorridas para a construção da revisão foram: definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão com a busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação

dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão¹⁰.

Para guiar o levantamento e discussão das pesquisas, foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais as estratégias de comunicação suplementar e/ou alternativa utilizadas com adultos e idosos no ambiente hospitalar?

Estratégia de busca

Para o levantamento dos artigos realizou-se uma busca no ano de 2019, nas seguintes bases de dados : *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Public Medicine Library* (PubMed), *CINAHL with Full Text*, *Cochrane Library*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Scopus* (Elsevier), *Web of Science*. Foi realizada pesquisa de descritores em inglês e português: 'communication' e 'hospitals' e 'communication barriers' extraídos do Medical Subject Headings (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os termos utilizados foram combinados com o operador booleano AND/e em cada base de dados.

Crerios de Inclusão

Foram selecionados artigos na íntegra com acesso livre e disponíveis nas bases de dados, publicados em inglês e português, estudos dos últimos 14 anos (2004 a 2018) que abordassem o tema da comunicação suplementar e/ou alternativa e em pacientes (adultos e idosos) hospitalizados.

Crerios de Exclusão

Estudos com crianças, duplicados, de revisão, que abordem outros métodos de comunicação (válvula de fala, prótese traqueoesofágica, voz esofágica e laringe

eletrônica) e não disponibilizados na íntegra nas bases de dados.

Coleta e análise dos dados

Inicialmente, foi realizada a busca e identificação dos artigos, avaliação dos títulos e resumos, seguido da leitura na íntegra e seleção final dos estudos para esta revisão, por dois revisores, independentemente, considerando os critérios de inclusão e exclusão; no caso de divergência um terceiro revisor avaliaria a inclusão ou exclusão do estudo.

Posteriormente, foi utilizado um instrumento validado e adaptado de Ursi¹¹ (Figura 1), para coleta de dados e análise dos artigos, que abrange os itens: identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Adicionalmente, os trabalhos foram classificados segundo os níveis de evidência empregados e adaptado de Ursi¹¹: Nível I - Evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomizado; Nível IV - Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V - Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - Evidências oriundas de opinião de autoridades, transversais de métodos mistos, estudos de revisão de literatura não especificados, estudos clínicos retrospectivos e estudos de caso. Os dados foram descritos utilizando-se a frequência absoluta (n) e relativa (%).

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

Figura 1. Instrumento para coleta de dados (Validade por Ursi, 2006)

REVISÃO DE LITERATURA

Neste estudo, apresenta-se uma revisão das pesquisas que utilizaram estratégias de comunicação suplementar e/ou alternativa para o atendimento de

pacientes hospitalizados e sua repercussão na comunicação. De acordo com os critérios estabelecidos, 13 artigos foram incluídos na análise. O processo de seleção dos artigos está descrito na Figura 2 e segue o modelo PRISMA adaptado¹².

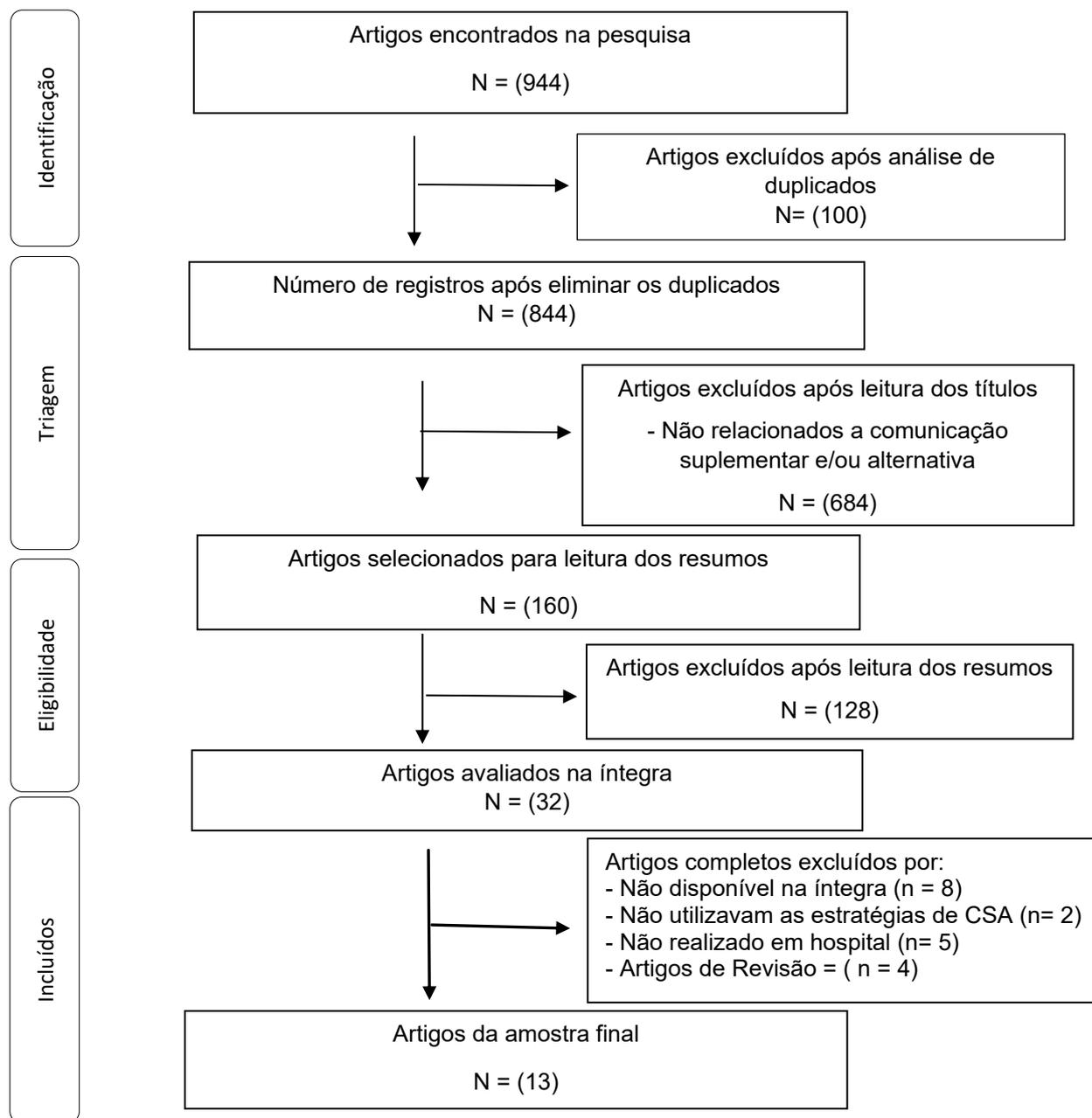


Figura 2. Fluxograma adaptado de PRISMA dos artigos revisados e analisados.

A partir da busca nas bases de dados selecionadas, foram encontrados 944 artigos. Destes, foram excluídos 100 por duplicidade. Após a leitura dos títulos, 684 foram descartados por não abordarem o tema “comunicação complementar e/ou alternativa” e 128 após a leitura dos resumos, pela mesma razão. Oito artigos foram eliminados devido a indisponibilidade do texto completo. Após a leitura dos artigos na íntegra foram excluídos 11, dois porque não utilizavam

as estratégias de interesse, cinco estudos não foram realizados em hospital e quatro eram artigos de revisão.

A síntese dos 13 artigos examinados, apresentada na Figura 3, abrange os seguintes dados: autor, ano e país de publicação, título, participantes, estratégias utilizadas, tipo de tecnologia, local, nível de evidência e resultados.

Autor, Ano e País	Título	Participantes	Estratégias utilizadas e tipo de Tecnologia	Local e Nível de Evidência	Resultados
Happ et al. (2014) ¹³ Estados Unidos	Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial.	Pacientes intubados ou traqueostomizados, acordados, respondendo a comandos e enfermeiros treinados pelo fonoaudiólogo no uso da CSA	BT: caneta, papel, prancha de CSA e cadernos espirais AT: dispositivo gerador de fala	UTI Nível IV	A frequência de atos de comunicação aumentou, refletindo na melhora do cuidado e na compreensão de sintomas e grau da dor pelos enfermeiros. Os pacientes referiram redução nas dificuldades de comunicação.
Rodriguez et al. (2016) ¹⁴ Estados Unidos	Enhancing the communication of suddenly speechless critical care patients	Pacientes hospitalizados com capacidade de enxergar e usar um membro superior	BT: caneta, papel e gestos AT: tablet com software contendo pictogramas e frases	UTI Nível IV	Comparados com os participantes do grupo controle (uso de BT), o grupo de intervenção (uso de AT) apresentou maior facilidade no uso da estratégia de comunicação durante a internação hospitalar e redução dos níveis de frustração.
Rodriguez e Rowe (2010) ¹⁵ Estados Unidos	Use of a speech-generating device for hospitalized postoperative patients with head and neck cancer experiencing speechlessness.	Pacientes hospitalizados com condição de usar os membros superiores	AT: dispositivo gerador de fala	UTI Nível VI	Participantes demonstraram melhora significante no uso do dispositivo de AT ao longo da pesquisa. Consideraram a tecnologia importante durante o período pós operatório, entretanto referiram demora na compreensão por parte dos profissionais e a necessidade de utilização de outras estratégias
Ho et al (2005) ¹⁶ Estados Unidos	The effect of remnant and pictographic books on the communicative interaction of individuals with global aphasia	Paciente hospitalizados com audição e visão funcionais e capaz de usar um membro superior e fonoaudiólogo	BT: caderno com símbolos pictográfico (frases e imagens)	Enfermaria Nível VI	Os pacientes apresentaram menos falhas de comunicação quando usaram a estratégia de BT, além de relatarem redução no nível de frustração e estresse após o uso.
Miglietta et al (2004) ¹⁷ Estados Unidos	Computer-assisted communication for critically ill patients: A pilot study	Pacientes intubados ou traqueostomizados sem sedação com audição funcional, médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional	AT: computador com software (LifeVoice) de CSA	UTI Nível VI	Os pacientes relataram que o sistema os ajudou a obter suas necessidades e desejos. A equipe do hospital concluiu que o dispositivo melhorou o atendimento ao paciente, nos cuidados e no conforto.
Happ et al (2011) ¹⁸ Estados Unidos	Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit.	Pacientes intubados ou traqueostomizados sem sedação com audição funcional e enfermeiros sem experiência na CSA	BT: gestos, expressão facial, escrita e desenho	UTI Nível IV	O estudo mostra que 70% das trocas de comunicação foram bem sucedidas. Pacientes classificaram 40% da comunicação com enfermeiros como difícil a extremamente difícil. Estratégias da CSA eram incomuns, com pouco ou nenhum uso.
Nilsen et al. (2014) ¹⁹ Estados Unidos	Nurse and patient interaction behaviors' effects on nursing care quality for mechanically ventilated older adults in the ICU.	Pacientes intubados ou traqueostomizados acordado, respondendo a comandos e enfermeiros sem experiência na CSA	BT: prancha alfabética, de imagens, escrita e gestos AT: dispositivo gerador de fala	UTI Nível VI	O estudo traz evidências de que a dificuldade na compreensão do uso de estratégias afeta a comunicação e a qualidade do cuidado. O uso de estratégias de baixa tecnologia foi o mais utilizado pelos profissionais e pacientes.

Autor, Ano e País	Título	Participantes	Estratégias utilizadas e tipo de Tecnologia	Local e Nível de Evidência	Resultados
Happ et al (2004) ²⁰ Estados Unidos	Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit.	Pacientes intubados ou traqueostomizados	BT: gestos, escrita e acenos com a cabeça	UTI Nível VI	Grande parte dos episódios de comunicação ocorriam quando os pacientes na ausência de limitações físicas e motoras. O conteúdo da comunicação estava relacionado principalmente a dor, sintomas clínicos, sentimentos e necessidades físicas.
Happ et al. (2005) ²¹ Estados Unidos	Patient communication following head and neck cancer surgery: a pilot study using electronic speech-generating devices	Pacientes intubados ou traqueostomizados sem sedação, respondendo a comandos, médicos e enfermeiros	BT: caneta, papel e gestos AT: dispositivo gerador de fala	Enfermaria cirúrgica Nível VI	O estudo mostra o maior uso de estratégias de BT, entretanto as de AT usadas com maior frequência para comunicação mais complexa. O estudo salienta a necessidade da presença do fonoaudiólogo para avaliação, adaptações treinamento da equipe.
Pelossi e Nascimento (2018) ²² Brasil	Uso de recursos de comunicação alternativa para a internação hospitalar: percepção de pacientes e terapeutas ocupacionais	Pacientes hospitalizado com compreensão preservada e respondendo a comando simples e terapeutas ocupacionais com especialização em CSA	BT: pranchas de comunicação AT: tablet com aplicativos (Que-fala e Go – talk now), notebook com softwarer (Boordmaker e Speaking Dynamically)	UTI Nível VI	Os resultados mostraram que o tablet com pranchas foi o recurso escolhido pelos pacientes e terapeutas ocupacionais como o mais indicado para facilitar a comunicação no ambiente hospitalar e os principais fatores que motivaram a escolha foram a facilidade do toque e a possibilidade de produção do som.
Holm e Dreyer (2018) ²³ Dinamarca	Nurse-patient communication within the context of non sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study.	Pacientes intubados ou traqueostomizados sem sedação e enfermeiros sem experiência na CSA	BT: caneta, papel, prancha alfabética e pictogramas	UTI Nível VI	Constatou-se a falta de experiência dos enfermeiros no uso da CSA, frustração do paciente pela não compreensão das estratégias. Déicits cognitivos, alteração motora e fadiga comprometeram o uso das ferramentas, sendo necessário ajustes de acordo as dificuldades do paciente.
Mobasheri et al. (2016) ²⁴ Reino Unido	Communication aid requirements of intensive care unit patients with transient speech loss.	Pacientes intubados ou traqueostomizados em sedação, acompanhantes, enfermeiro, médico e fonoaudiólogo	BT: gestos, prancha CSA, escrita e quadro de cartas AT: dispositivo gerador de fala	UTI Nível VI	Os participantes identificaram requisitos importantes no uso de AT, como itens com palavras, letras, um dispositivo leve. Os pacientes destacaram o acesso a estratégias de BT durante a internação. Constatou-se a necessidade de treinamento dos profissionais e avaliação do paciente como critério para uso das estratégias.
El-Soussi et al (2015) ²⁵ Egito	Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: does it make difference	Paciente intubados ou traqueostomizados com audição e visão funcionais	BT: Pranchas de CSA (dor, aspiração), gestos e escrita	UTI Nível IV	Quando comparados com os participantes do grupo controle (uso de estratégias da rotina da enfermagem), os participantes do grupo de estudo (uso de estratégias de CSA) estavam muito satisfeitos após o uso das ferramentas, além de relatarem diminuir a angústia e estresse.

Legenda: CSA = comunicação suplementar e/ou alternativa, BT = baixa tecnologia, AT = alta tecnologia, UTI = unidade de terapia intensiva

Figura 3. Caracterização dos estudos selecionados para esta revisão (n = 13)

Em relação ao país de publicação, a maioria dos estudos (nove; 69,2%) foi desenvolvida nos Estados Unidos¹³⁻²¹ e identificou-se apenas um estudo para cada um dos seguintes países: Brasil²², Dinamarca²³, Reino Unido²⁴ e Egito²⁵. Com relação ao ambiente hospitalar, onze^{13-15,17-20,22-25} (84,6%) foram realizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dois^{16,21} (15,4%) em Enfermarias.

Quanto aos participantes da pesquisa, nove^{13,17-21,23-25} (69,2%) dos estudos foram realizados com pacientes intubados ou traqueostomizados, sem uso de sedação, quatro^{14-16,22} (30,8%) com pacientes hospitalizados em variadas condições, nove estudos^{13,16-19,21-24} (69,2%) incluíam profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeuta e terapeutas ocupacionais e um estudo²⁴ (0,76%) incluía acompanhante/familiar. A maioria dos estudos contemplava o profissional enfermeiro.

Cinco estudos^{16,18,20,23,25} utilizaram estratégias de baixa tecnologia (38,4%) e referiam-se às pranchas de comunicação, caneta e papel, gestos e pictogramas. Dois estudos^{15,17} (15,4%) utilizaram estratégias de alta tecnologia, sendo os dispositivos geradores de fala: tablet e computador com software. Dos 13 artigos, seis^{13-14,19,21-22,24} (46,2%) usaram ambas tecnologias.

Quanto ao tipo de delineamento dos artigos avaliados, foram identificados nove^{15-17,19-24} (69,2%) que utilizaram abordagem qualitativa com nível de evidência VI e quatro^{13-14,18,25} (30,8%) estudos de coorte com nível de evidência IV. A síntese dos artigos abrange os seguintes dados: autor, ano e país de publicação, título, participantes, estratégias utilizadas, tipo de tecnologia, local, nível de evidência e resultados demonstrados na Figura 3.

A partir de estudos analisados, foi possível identificar que a impossibilidade de comunicação verbal compromete a relação e comunicação paciente-equipe e paciente-família, resultando em pacientes frustrados, ansiosos e nervosos^{14,16,18,20,23,25}. Notou-se também que o uso de estratégias de comunicação alternativa é uma excelente escolha durante a internação e exerce importante influência na manutenção da comunicação, melhora da qualidade de vida, redução de sintomas depressivos, além de uma correlação positiva entre os sintomas de ansiedade e dor. Dessa forma, acredita-se em uma melhora no bem-estar emocional⁷.

Seis estudos apontam para o efeito positivo na qualidade de vida após implementação de estratégias de baixa e alta tecnologia. Observou-se o aumento das trocas de comunicação com familiares e profissionais,

melhora do cuidado, compreensão de sintomas e dor por parte dos profissionais e redução dos níveis de estresse e angústia^{13-17,25}.

Três estudos com enfermeiros sem experiência em comunicação alternativa mostraram um dado relevante. Os pacientes relataram a comunicação com enfermeiros como difícil a extremamente difícil e a não compreensão das ferramentas^{18,19,23}. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de educação permanente em saúde, formação e capacitação na área, uma vez que o entendimento correto no uso dos recursos promoverá redução de dificuldades comunicativas e melhor compreensão no uso das estratégias.

A literatura traz que a avaliação inicial e prescrição individualizada dos recursos de comunicação alternativa conforme características físicas, motoras, psíquicas, cognitivas e linguísticas do usuário tem sido fator importante para o sucesso na implementação e uso das estratégias⁹. Além disso, os profissionais de saúde necessitam de capacitação para melhor intervenção e sucesso terapêutico²⁶.

Percebe-se que a experiência em comunicação complementar e/ou alternativa e a presença de um profissional especialista em comunicação, a exemplo do fonoaudiólogo impactará no sucesso e qualidade da implementação. O suporte fonoaudiológico propiciará ainda a estimulação da linguagem do paciente, além de treinar e capacitar os demais profissionais inseridos no cuidado²⁷. Um estudo em que a equipe realizou consulta ao fonoaudiólogo para treinamento e implementação mostra que os pacientes referiram redução nas dificuldades de comunicação e melhor compreensão das suas necessidades por parte dos profissionais¹³. Esse resultado pode ter sofrido influência devido a presença do fonoaudiólogo na capacitação da equipe e nas devidas modificações das estratégias.

Na elegibilidade de tecnologia, constatou-se que cinco estudos utilizaram estratégias de baixa tecnologia^{16,18,20,23,25}. A qualidade da comunicação de paciente-enfermeiro e o uso de estratégias de baixa tecnologia foram o objetivo de dois estudos desta revisão. Os participantes utilizavam ferramentas como: pranchas de comunicação, caneta, papel, gestos e desenho^{18,23}, um destes concluiu que os pacientes não tinham acesso a placas de comunicação ou outras estratégias, limitando-se ao uso de gestos, escrita e desenho, evidenciou ainda que as trocas de comunicação com os enfermeiros era ruim mas que, por outro lado, aumentou o número de atos comunicativos¹⁸.

Ainda são muitos os obstáculos que impedem as pessoas de acessarem tanto recursos de baixa tecnologia como as pranchas de comunicação, quanto o acesso aos recursos mais sofisticados como, por exemplo, o computador adaptado com alta tecnologia. A indisponibilidade pode estar associada ao custo dos serviços e recursos bem como à falta de conhecimento dos usuários, famílias e profissionais.

A acessibilidade é um direito garantido por lei, a exemplo do Decreto nº 5296/94, bem como da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que necessitam de acessos específicos. O estatuto da pessoa com deficiência, também conhecido como LBI (Lei Brasileira de Inclusão) - Lei 13.146/2015, trata dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, como educação, transporte e saúde, garantir o acesso à informação. Enfatiza em seu inciso IV sobre as barreiras de comunicação, como a atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação²⁸.

Nesse contexto, ressalta-se a importância das instituições hospitalares disponibilizarem ferramentas e cursos de capacitação, de forma a permitir que os pacientes possam ter acesso aos recursos e atendimento de qualidade, além de terem o direito de expressar suas necessidades e participar de tomada de decisões durante o tratamento, sendo dever garantir a inclusão de todos em qualquer ambiente, atividade ou uso de recurso.

Em relação as estratégias de baixa tecnologia, a prancha de comunicação é um exemplo de baixo custo, com facilidade de confecção e modificação mediante as necessidades, a exposição permanente dos símbolos e que pode ser utilizada em práticas hospitalares. Varia de lápis simples, papel, alfabeto, palavra, quadros de imagens, incluindo necessidades básicas (dor, sede, fome, higiene pessoal), nomes de pessoas (família, esposa, médico, amigo) e partes do corpo²⁹. Esse tipo de ferramenta foi utilizado por cinco estudos examinados nesta revisão com resultados positivo na comunicação^{13,19,22,24,25}.

A maioria dos estudos desta revisão que utilizou baixa tecnologia foram produzidos nos Estados Unidos. Esse dado nos mostra que apesar do grande potencial econômico e tecnológico do país, as ferramentas de baixo custo foram preconizadas, muitas

vezes pela facilidade de acesso, sendo ferramentas relevantes e de grande aplicabilidade na prática clínica.

Percebe-se o número alto de estudos realizados nos Estados Unidos, fato que pode ser relacionado às novas exigências da *American Speech Language Hearing Association (ASHA)*, além da forte influência de pesquisas na área, desde a consolidação internacional em 1950.

A literatura traz como principais causas que impossibilitam o uso dos recursos de comunicação alternativa pelo paciente hospitalizado: flutuação da condição do paciente, aspectos cognitivos, dificuldades visuais, fadiga, fraqueza muscular, falta de coordenação muscular, *delirium*, sedação e dificuldades de concentração³⁰.

Um estudo desta revisão avaliou a comunicação paciente-enfermeiro por meio de entrevista com os pacientes, enfermeiros, observações de campo e aplicação de questionário em um Hospital Universitário. Foi possível verificar que elementos como fadiga, fraqueza muscular, alteração cognitiva e sedação podem ser elementos complicadores no uso de recursos e nas trocas de comunicação. Alguns enfermeiros perceberam que quando não utilizadas drogas sedativas, o paciente se encontraria com maiores possibilidades de comunicação, podendo esta fazer parte do cuidado²³.

O uso de ferramentas de alta tecnologia emprega meios simbólicos em associação a recursos, como dispositivos geradores de fala (pranchas com produção de voz) ou do computador, softwares específicos, tablets e alguns recursos apresentam varredura automática, dispensando o auxílio de um facilitador.

Um estudo com pacientes adultos com câncer de cabeça e pescoço testou a viabilidade de um dispositivo gerador de fala no pós-operatório, programado com temas específicos (dor, problemas respiratórios, aspiração), frases para ajudar na comunicação com os profissionais, sendo a intervenção avaliada por meio de um questionário com temas de funcionalidade e dificuldades e independência no uso. Os autores verificaram que os participantes demonstraram melhora significativa no uso do dispositivo ao longo da pesquisa, porém referiram demora na compreensão por parte dos profissionais e a necessidade de utilização de outras estratégias, como a escrita¹³. O estudo não tinha grupo controle e testou em uma população com um perfil específico, evidenciando as necessidades de futuras investigações em grupos com condições diversas.

O estudo de Miglietta et al.¹⁷, testou a utilidade clínica de um sistema de computador com software gerador de fala em 35 pacientes vítimas de trauma criticamente enfermos e 42 funcionários e avaliou a funcionalidade, conforto, com temas como dor, sentimentos, frases com necessidades para o cuidado. Para os pacientes com limitação motora, tinha opção de adaptação com óculos com infravermelho e realizada o controle da tela pelo piscar de olhos. Os pacientes relataram que o sistema ajudou a obter suas necessidades, expressar seus desejos e sentimentos. A equipe do hospital percebeu que o dispositivo melhorou o atendimento ao paciente, nos cuidados e no conforto.

Os dispositivos de alta tecnologia podem ser importantes e viáveis na viabilização da comunicação, entretanto, o computador não é acessível a todos os pacientes, principalmente os que apresentam alguma limitação motora. Quando possível a acessibilidade, devem ser adaptados levando em consideração as necessidades específicas de cada usuário.

Um estudo observacional analisou a escolha de estratégias e tipo de tecnologia, número de símbolo em uma prancha de comunicação e fatores motivacionais em 34 pacientes e quatro terapeutas ocupacionais. Foram ofertadas ferramentas de alta e baixa tecnologia. O resultado mostrou que o tablet foi considerado o mais indicado pelos pacientes e pelos terapeutas ocupacionais com nível de concordância moderada, o número ideal de símbolos foi de 12 peças e os fatores motivacionais seriam produção de som e facilidade de acionamento, com nível de concordância de moderada a baixa entre os participantes²⁴.

O estudo de Happ et al.²¹, avaliou estratégias de ambas tecnologias em grupos de pacientes e profissionais. Verificou o maior uso de baixa tecnologia, mas quando os pacientes necessitavam de comunicação mais complexas, optavam pelas estratégias de alta tecnologia. Os profissionais optaram pelas estratégias de baixa tecnologia, ressaltando a melhor acessibilidade e facilidade de uso.

Em relação ao perfil dos participantes e o setor clínico, a maioria dos estudos desta revisão foram realizados em unidades de terapia intensiva e com pacientes traqueostomizados²⁴. Os pacientes nas unidades de terapia intensiva apresentam grandes dificuldades na comunicação oral, como no caso de uma ventilação mecânica. A intubação orotraqueal, a traqueostomia e a sedação são fatores que comprometem a comunicação. A literatura mostra que cerca

de 33% dos pacientes intubados em UTI apresentam dificuldades para se comunicar³¹.

O desenho dos trabalhos foi considerado de média a baixa evidência científica, evidenciando a necessidade de mais produções na área, visto utilização de recursos apoiados na prática e em pesquisas empíricas. Deste modo, torna-se necessário um número maior de produções que mostrem a eficácia das estratégias na vida do paciente e a correlação com a comunicação entre paciente-equipe.

CONCLUSÃO

Os estudos desta revisão apontam para uma variedade de estratégias de baixa e alta tecnologia que podem ser utilizadas em pacientes hospitalizados. As evidências sugerem que essas ferramentas aumentam atos comunicativos, melhoram a qualidade de vida e questões psicoemocionais, além de permitir trocas de comunicação entre a equipe de cuidado com o paciente. Observou-se que há uma tendência na escolha de ferramentas de baixa tecnologia, sendo a prancha de comunicação a mais utilizada devido a disponibilidade nos serviços de saúde e facilidade no uso.

Com base nos resultados, evidencia-se a importância da atuação multiprofissional, com consequente influência na efetividade da implementação da comunicação suplementar e ou alternativa. Por fim, sugere-se estudos sobre avaliação e eficácia das ferramentas de comunicação em diferentes setores e perfis clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Boone DR, Plante E. Comunicação humana e seus distúrbios. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
2. Nascimento JS, Mannini J, Pelosi MB, Paiva MM. Cuidados do terapeuta ocupacional na introdução de recursos de comunicação alternativa no ambiente hospitalar. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2017;25(1):215-22.
3. American Speech and Hearing Association - ASHA: [acesso em 2018 Dez 18]. Disponível em: <http://www.asha.org>.
4. Von Tetzchner S, Martinsen H. Introdução à comunicação alternativa. 1 ed. Porto, Portugal: Porto Editora; 2000.

5. Deliberato D, Manzini EJ, Guarda NS. A implementação de recursos suplementares de comunicação: participação da família na descrição de comportamentos comunicativos dos filhos. *Rev Brasileira de Educação Especial*. 2004;10(2):199-220.
6. Lima MSCBM. Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) na perspectiva da educação inclusiva de deficientes intelectuais: uma abordagem da teoria histórico cultural (THC). *Rev Lab*. 2015;13(1):28-45.
7. Corallo F, Bonnano L, Buono V, Salvo S, Rifici C, Pollicino P et al. Augmentative and Alternative Communication effects on quality of life in patients with Locked-in syndrome and their caregivers. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2017;26(9):1929-3.
8. Fried-Oken M, Mooney A, Peters B. Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*. 2015;37(1):69-87.
9. Cesa CC, Mota HB. Augmentative and Alternative Communication: scene of Brazilian journal. *Rev. CEFAC*. 2015;17(1):264-9.
10. Mendes KDD, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
11. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: www.prismastatement.org. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.
13. Happ MB, Garret KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR 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.
14. Rodriguez CS, Rowe M, Thoma L, Shuster J, Koeppel B, Cairns P. Enhancing the communication of suddenly speechless critical care patients. *Am J Crit Care*. 2016;25(3):40-7.
15. Rodriguez C, Rowe M. Use of a speech-generating device for hospitalized postoperative patients with head and neck cancer experiencing speechlessness. *Onco Nurs For*. 2010;37(2):199-205.
16. Ho KM, Weiss SJ, Garret KL, Lloyd LL. The effect of remnant and pictographic books on the communicative interaction of individuals with global aphasia. *AAC*. 2005;21(3):218-32.
17. Miglietta MA, Bochicchio G, Scalea TM. Computer-assisted communication for critically ill patients: a pilot study. *J Trauma*. 2004;57(3):488-93.
18. Happ MB, Garret K, Divirgilio-Thomas D, Tate J, George E, Houze M. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am Assoc Crit Care*. 2011;20(2):28-40.
19. Nilsen M, Sereika S, Hoffman L, Barnato A, Donovan H, Happ M. Nurse and patient interaction behaviors' effects on nursing care quality for mechanically ventilated older adults in the ICU. *Res Gerontol Nurs*. 2014;7(3):113-25.
20. 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 J Crit Care*. 2004;13(3):210-2.
21. Happ MB, Roesch TK, Kagan SH. Patient communication following head and neck cancer surgery: a pilot study using electronic speech-generating devices. *Onco Nurs For*. 2005;32(6):179-87.
22. Pelossi MB, Nascimento JS. Use of alternative communication resources for hospital intervention perception of patients and occupational therapist. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2018;26(1):53-61.
23. Holm A, Dreyer P. Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: a hermeneutic-phenomenological study. *Nurs Crit Care*. 2018;23(2):88-94.
24. Mobasher MH, King D, Judge S, Arshad F, Larsen M, Safarshand Z et al. Communication aid requirements of intensive care unit patients with transient speech loss. *Augment Altern Commun*. 2016;32(4):261-7.
25. El-Soussi AH, Elshafey MM, Othman SY, Abd-Elkader FA. Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: does it make difference. *Egyptian J Chest Dis Tuberc*. 2015;64(1):21-8.
26. Blackstone SW, Williams MB, Wilkins DP. Key principles underlying research and practice in AAC. *Augment Altern Commun*. 2007;23(3):191-203.
27. Cesa CC, Mota HB. Augmentative and Alternative Communication: scene of Brazilian journal. *Rev. CEFAC*. 2015;17(1):264-9.

28. Planalto. Brasília. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [acesso em 15 de fev 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
29. Happ MB, Roesch T, Garrett K. Use of electronic communication aids in medical intensive care. *Am J Crit Care*. 2008;12(3):271-2.
30. Downey D, Happ MB. The need for nurse training to promote improved patient-provider communication for patients with complex communication needs. *Perspect augment altern commun*. 2013;22(2):112-9.
31. Gaspar MRF, Massi GAA, Gonçalves CGO, Willig MH. Nursing team and communication with tracheostomized patients. *Rev. CEFAC*. 2015;17(3):734-44.