

Perfil do atendimento fonoaudiológico voltado para a Comunicação Suplementar e Alternativa

Profile of speech-language pathology care focused on Augmentative and Alternative Communication

Luana Stanganelli Martinez¹ , Sandra Cristina Fonseca Pires^{1*} 

RESUMO

Objetivo: identificar os principais aspectos na tomada de decisão para indicar o uso da Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), bem como características de intervenção. **Métodos:** trata-se de um estudo prospectivo. Foi elaborado um questionário eletrônico para envio a fonoaudiólogos com experiência clínica na área de CSA há cinco anos ou mais, objetivando o levantamento dos dados para esta pesquisa. **Resultados:** verificou-se predomínio de atuação na clínica, com crianças pequenas, sobretudo para casos de transtorno do espectro do autismo e apraxia de fala na infância. Houve divergência de relato de tecnologia abordada e exemplificação de recurso utilizado. A maioria referiu dificuldades de adesão ao trabalho, atribuídas, principalmente, por dificuldades de compreensão do que é a CSA por parte dos familiares e de outros profissionais. **Conclusão:** há escassez de pesquisas e de capacitação profissional para a área de CSA. O investimento nessas fragilidades faz-se necessário para ampliar o uso consciente da CSA e favorecer ações de conscientização de outros profissionais e de familiares.

Palavras-chave: Sistemas de comunicação alternativos e aumentativos; Transtornos da comunicação; Fonoaudiologia; Transtornos da linguagem; Terapia de linguagem

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to identify the main aspects of the decision-making process indicating the use of Augmentative Alternative Communication (AAC), as well as characteristics of the interventions. **Methods:** This is a prospective study, which was submitted to and approved by the Ethics and Research Committee. An electronic questionnaire was created and sent to speech therapist professionals to collect data for this research, with a minimum of 5 years clinical experience in the AAC area. **Results:** We found a predominance in the clinic, of work with young children, especially in cases of ASD and CAS. There is a divergence in the reporting of the addressed technology and the example of the used resource. Most report difficulties in adherence to AAC, mainly due to lack of understanding what AAC is all about and barriers from family members and other professionals. **Conclusion:** There is a lack of research and professional training in the AAC area. Therefore, investing in these areas is necessary to expand the conscious use of AAC and to promote awareness of other professionals and family members.

Keywords: Communication aids for disabled; Communication disorders; Speech Language and Hearing Sciences; Language disorders; Language therapy

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP – São Paulo (SP), Brasil.

¹Curso de Fonoaudiologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: LSM e SCFP participaram do desenvolvimento do estudo na determinação do tema, levantamento bibliográfico, desenvolvimento da pesquisa e escrita.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Sandra Cristina Fonseca Pires. E-mail: sandracfp@gmail.com

Recebido: Fevereiro 22, 2022; **Aceito:** Junho 24, 2022

INTRODUÇÃO

A condição de comunicação é inerente ao ser humano, desenvolvida desde o nascimento e exercida das mais variadas formas. Comunicar-se é transmitir uma emoção, uma ideia, um desejo, posicionar-se, interagir, questionar, socializar-se. A fala é apenas uma das formas de comunicação e que dificilmente ocorre de forma isolada, sem o complemento de outra modalidade, sejam gestos, expressão facial e/ou expressão corporal^(1,2).

Na falta de acesso a uma comunicação eficaz, indivíduos com necessidades complexas de comunicação são condicionados a viver suas vidas com mínimos meios para expressar suas necessidades, desejos, desenvolver relações sociais e trocar informações com outras pessoas⁽³⁾.

Segundo a *American Speech and Hearing Association* (ASHA)⁽⁴⁾, a Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) abrange formas diversas de comunicação alternativas ou suplementares à fala⁽⁵⁾. A CSA tem o potencial para melhorar a comunicação, a linguagem e a alfabetização de crianças com necessidades complexas de comunicação. Os sistemas de CSA incluem um espectro de modelos de comunicação variados, com ajuda ou sem ajuda. Os sistemas de CSA sem ajuda incluem o uso de gestos, linguagem corporal e de sinais e, os com ajuda, incluem uso de ferramentas ou equipamentos além do corpo da pessoa, variando de recursos de baixa a alta tecnologia⁽⁶⁾.

A intervenção engloba uma série de estratégias e ajustes dos componentes do sistema de CSA, de modo a possibilitar ao indivíduo se comunicar e interagir em uma variedade de situações e ambientes⁽⁷⁾.

A prática fonoaudiológica na área da linguagem contempla a expertise com relação aos aspectos linguísticos implicados no processo de implementação de um sistema de CSA, mas a atuação nesta área envolve questões tecnológicas de recurso, acessibilidade e portabilidade, abrangendo uma dimensão multidisciplinar⁽⁵⁾. Faz-se necessário conhecer de que modo propor, ajustar e desenvolver o sistema de CSA para cada caso, bem como conhecer as barreiras usuais para o desenvolvimento desse trabalho, a fim de melhor contorná-las e viabilizar o processo^(8,9). Muitos são os mitos a respeito dessa área, dificultando o processo.

A população que necessita de CSA possui grande variedade de características, sejam com relação à faixa etária ou às características físicas, cognitivas e de linguagem^(1,3,7). O público-alvo é vasto, desde crianças a idosos, abrangendo casos neurológicos, síndromicos, dentre outras dificuldades de linguagem com demanda temporária ou permanente. Nos casos infantis, destaca-se a importância do acompanhamento precoce e da introdução do sistema de CSA com o processo maturacional e nível de complexidade do desenvolvimento da linguagem⁽¹⁾.

Em função disso, os sistemas de CSA também se desenvolveram ao longo dos anos e apresentam uma diversidade de possibilidades de combinações e ajustes, de modo a atender às variadas demandas de suporte de comunicação⁽¹⁰⁻¹²⁾.

O desafio é desenvolver intervenção para a CSA culturalmente competente, baseada em evidências, visando apoiar esses indivíduos na realização de suas necessidades comunicativas, para que sejam capazes de expressar suas emoções e desejos, desenvolver o relacionamento social, trocar informações e participar de atividades, ter uma rotina em casa, na escola, no trabalho e na sociedade⁽³⁾.

A indicação da CSA pode abranger três grupos principais, dependendo da função que o sistema alternativo de comunicação preenche, nomeadamente como meio de expressão, como linguagem de apoio ou como linguagem alternativa⁽²⁾.

No breve levantamento de definições e conceitos, poderíamos deter-nos a alguns pontos relevantes e descrever a CSA como um conjunto de instrumentos, ferramentas e técnicas que reúne material gráfico, como sistemas de sinais gráficos, desenhos, fotos e escritas que permitem a interlocução na ausência ou comprometimento da linguagem oral⁽⁷⁾.

Referente à terminologia, a tradução de *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) no âmbito nacional é uma questão ainda complexa e sem uma determinação única, visto que, especificamente para o termo *Augmentative*, não há uma tradução direta, gerando variações⁽¹²⁾. Desse modo, encontram-se na literatura menções como Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), Comunicação Ampliada e Alternativa (CAA) e Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)⁽¹²⁾.

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos fonoaudiólogos que utilizam CSA em sua prática clínica, por meio da identificação do público-alvo, dos instrumentos usados para indicação e intervenção de CSA, dos sistemas de CSA mais adotados e indicados. Os objetivos específicos foram, identificar parâmetros usados para indicação e intervenção de CSA, e identificar os sistemas de CSA em relação ao perfil de usuário.

MÉTODOS

Estudo de caráter prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, sob o número 4.870.533. Os participantes deste estudo receberam carta convite de participação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado, como pré-requisito para sua participação.

Os autores elaboraram um questionário eletrônico por meio da plataforma *Google Forms*, para envio aos profissionais fonoaudiólogos, objetivando o levantamento dos dados para esta pesquisa. No primeiro contato com profissionais devidamente selecionados pelos autores, foi feito o primeiro convite e, havendo concordância, enviou-se, então, o formulário, visando obter participação mínima de 50 profissionais. Os profissionais a serem convidados para participar deveriam seguir os seguintes critérios de inclusão: serem fonoaudiólogos com experiência clínica em CSA há cinco anos ou mais; fonoaudiólogos com reconhecimento na área, fosse reconhecimento científico, ou por indicação dos autores deste trabalho, ou, ainda, de demais profissionais.

Utilizou-se no estudo, como material, o questionário *online*, pela plataforma *Google Forms*, desenvolvido pelos autores a partir de embasamento teórico.

A elaboração do questionário deu-se com base no levantamento de dados consultados em revisão de literatura na área de CSA. Foram destacados tópicos referentes ao perfil de atendimento e pacientes, características dos sistemas de CSA indicados usualmente, critérios de indicação, princípios e estratégias de intervenção.

O questionário foi estruturado com 26 questões no total, dividido em três seções, a fim de que essas questões favorecessem o preenchimento e evitassem desistência no percurso de respostas. Assim que se iniciava o questionário propriamente

dito, o participante era informado que haveria três sessões e, a cada uma delas, também era informado do objetivo da sessão. A primeira sessão, contendo nove perguntas, foi sobre o ‘perfil profissional’, para caracterização dos participantes referente ao ano de formação, gênero com o qual se identificavam, região brasileira, perfil de atendimento (convênio, particular ou público), perfil do local de trabalho (hospital, clínica consultório), se realizava algum curso específico sobre CSA e se era filiado à *International Society for Augmentative and Alternative Communication – Brasil (ISAAC-BR)*.

A segunda seção, contendo nove perguntas, foi sobre o ‘perfil do público atendido pelos participantes’, para obtenção de informações sobre a população usuária de CSA que atendiam, qual a hipótese diagnóstica, faixa etária, condição de alfabetização, quantos pacientes faziam uso, ou não, de CSA, quais as principais barreiras os participantes consideravam no processo de indicação e uso de CSA.

A terceira seção, com dez perguntas, teve como foco a ‘avaliação/indicação e intervenção de CSA’ e as questões eram mais direcionadas aos sistemas CSA, tipos de tecnologia, protocolos e aplicativos.

Cada seção foi composta por perguntas fechadas, sendo que, em algumas, foram oferecidas possibilidades para que o participante adicionasse alternativa, se assim o desejasse. Por exemplo, apesar de ter listado diversos aplicativos para indicar quais deles fazia uso, numa das questões, o participante poderia adicionar outro que não estivesse contemplado na lista. Ao término do questionário foi feita uma única questão aberta sobre as barreiras no processo de avaliação e intervenção de uso de CSA.

Para a aplicação do questionário, foi realizado um levantamento dos profissionais a serem convidados e, então, estabelecido contato inicial por *whatsapp* ou *e-mail*, para apresentação breve da proposta desta pesquisa e convite para participação. Para os profissionais que concordaram, foi enviado o *link* do formulário *online* para devido preenchimento. O questionário inicia-se com apresentação do TCLE, de forma que só é possível acessar o conteúdo propriamente dito depois de assinado o termo. Após o envio do questionário aos profissionais, foi feito acompanhamento dos resultados obtidos, mantendo-o aberto enquanto se realizava a divulgação e o envio, assim permanecendo por cerca de um mês, conforme verificação do número crescente de respostas. Uma vez considerado atingido o número total de respostas, os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa.

RESULTADOS

A segunda etapa do trabalho foi referente à aplicação do questionário já descrito nos métodos. Obtiveram-se 59 respostas de aceite na participação da pesquisa, mas apenas 79,7% dos profissionais se enquadravam nos critérios de inclusão, ou seja, 47, com perda de 12 participantes.

Referente à primeira seção - caracterização do perfil dos participantes -, 100% referiram se identificar no gênero feminino. Apenas 4,3% possuíam nível de formação apenas de graduação e os demais variando de especialização a pós-doutorado, com predomínio de nível de especialização (44,7%), seguido de mestrado (23,4%), doutorado (17%) e pós-doutorado (10,6%).

Com relação ao tempo de formados, houve ampla variação, de 5 a 35 anos de formação. Os principais locais de atuação desses profissionais eram em clínicas fonoaudiológicas (64%),

clínicas multiprofissionais (36%) e atendimento domiciliar (34%), com menor representatividade de hospitais e instituições de longa permanência para idosos (ambos com 15%).

O perfil do público atendido era predominantemente particular - 91,5%. Em contrapartida, atendimento público 27,7% e por convênio de saúde 25,5%. A maior parte dos participantes era da Região Sudeste do Brasil (68,1%), seguida da Região Nordeste (14,9%), Sul (10,6%), Norte (4,3%) e Centro-Oeste (2,1%) e 68% dos participantes eram filiados à ISAAC-BR. Quanto à realização de cursos, 70,2% referiram já ter feito algum tipo de curso específico de metodologia ou recurso de CSA, 27,7% curso geral sobre CSA e apenas 2,1% nenhum curso.

Com relação à segunda seção do questionário - características do público atendido pelos profissionais participantes -, identificou-se distribuição nas respostas referentes à hipótese diagnóstica dos pacientes, mas com predomínio de casos de transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno motor de fala (apraxia). Apenas 1 participante, ou seja 2%, selecionou ‘surdocegueira’ e ‘Covid e pós Covid’ (Figura 1).

Quanto à faixa etária do público atendido pelos participantes, observou-se que houve incidência maior do público infantil, entre 4 e 7 anos de idade, seguidos de 8 a 10 anos, e menor representatividade de crianças de até 3 anos, adolescentes e adultos.

Referente ao nível de alfabetização dos pacientes, as alternativas dessa questão foram separadas por área de domínio e compreensão. A maior parte do público atendido não tinha domínio do princípio alfabético (68,1%), ou apenas reconhecia as letras, mas não conseguia associar ao significado das palavras (66%). Na sequência, os que eram capazes de escrever palavras simples (51,1%) e, em menor porcentagem, os que compreendiam e eram capazes de escrever/soletrar frases (27,7%).

Com relação ao número de pacientes que já faziam uso de CSA, 63,8% dos profissionais responderam que uma média de 5 ou mais pacientes faziam uso e 36,2% tinham apenas de 1 a 4 pacientes com uso de CSA. Desses pacientes que faziam uso de CSA, os contextos em que eles conseguiam efetivar uso eram, prioritariamente, durante a terapia fonoaudiológica, em casa, em demais atividades terapêuticas e, então, na escola. Pôde-se observar um número baixo de uso em contextos sociais. (Figura 2)

Cerca de metade dos fonoaudiólogos participantes referiram ter mais de 5 pacientes com indicação de uso de CSA, mas não

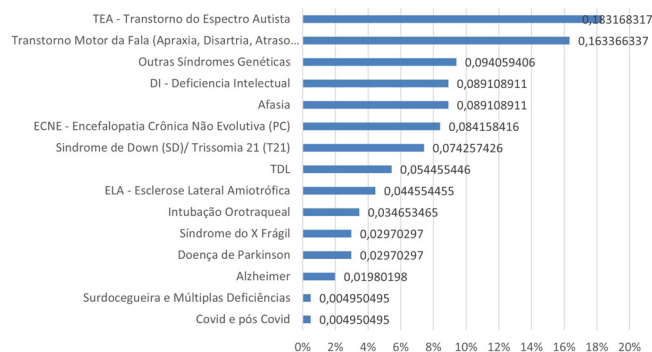


Figura 1. Perfil de pacientes que usavam ou tinham indicação de Comunicação Suplementar e Alternativa com relação à hipótese diagnóstica

Legenda: % = percentual; Covid = *coronavirus disease*

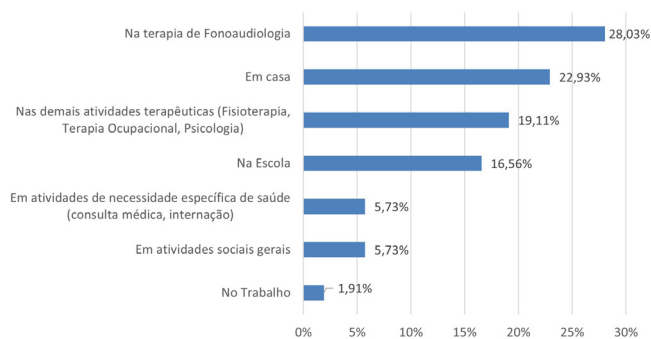


Figura 2. Contexto social em que os pacientes usuários de Comunicação Suplementar e Alternativa/Comunicação Ampliada e Alternativa conseguiram efetivar o uso
Legenda: % = percentual

houve adesão ao trabalho. Apenas 14,9% dos participantes relataram não ter casos de não adesão.

Sobre os motivos de dificuldades de adesão ao trabalho e uso de CSA, 80,8% referiram problemas de compreensão e aceitação familiar, seguidos de falta de compreensão da equipe profissional (38,3%). Condições clínicas e financeiras tiveram baixa representatividade como causa de problemas de adesão ao trabalho.

Na terceira e última seção, foram verificados aspectos relacionados ao processo de avaliação/indicação e intervenção de CSA. Sobre uso de protocolos, mais da metade (55,3%) não fazia uso de protocolos para indicação de CSA. Dos que responderam fazer uso, houve predomínio dos participantes que utilizavam um protocolo próprio (36,2%) e os demais, protocolos de linguagem, sobretudo de aspectos pragmáticos e o de Matriz de Comunicação conforme consta na Figura 3.

Com relação aos aspectos considerados importantes para uma avaliação, foram listados 9: compreensão de linguagem, condição de fala, condição motora global, condição sensorial perceptual auditiva, condição sensorial perceptual visual, condição socioeconômica, estrutura familiar, hipótese diagnóstica e personalidade. Desses 9 aspectos, apenas condição socioeconômica, estrutura familiar, hipótese diagnóstica e personalidade não foram consideradas na avaliação por alguns dos participantes, mas os demais aspectos todos consideraram importantes.

No que se refere aos sistemas de CSA, a Figura 4 apresenta os sistemas de símbolos mais utilizados. Verificou-se uma diversidade de uso, com menor representatividade apenas para o Bliss (*Blissymbolics Communication International*).

Quanto ao uso de tecnologia, 89,4% referiram fazer uso de baixa tecnologia, sendo que 66% usavam média tecnologia e 48,9% faziam uso de alta tecnologia. No entanto, ao perguntar sobre o uso de aplicativos, 90% referiram fazer uso de aplicativos.

Com relação ao uso desses aplicativos, foram listados 15 aplicativos, sendo que os participantes puderam acrescentar outros que fizessem uso. Houve um acréscimo de 9 itens. Verificou-se predomínio do uso do aplicativo *LetMe Talk*, citado por 80% dos participantes, seguido por cerca de 5 outros aplicativos que tiveram 30% de indicação, conforme demonstrado na Figura 5.

No que diz respeito ao tipo de uso de CSA que os participantes já indicaram em termos de caráter de tempo (independente de adesão), 6,4% indicaram para uso temporário, 10,6% para uso permanente e 83% para ambos os casos.

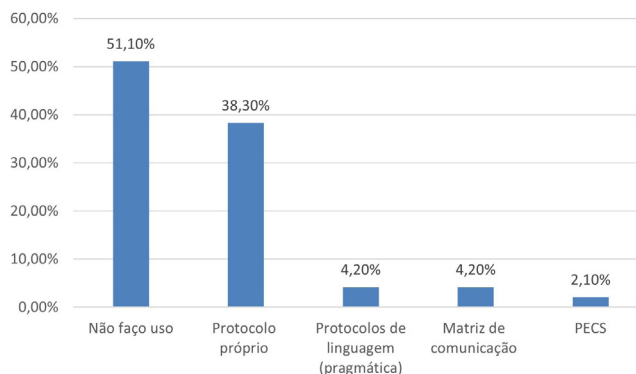


Figura 3. Protocolos utilizados para avaliação ou intervenção de Comunicação Suplementar e Alternativa
Legenda: % = percentual; PECS = *Picture Exchange Communication System*

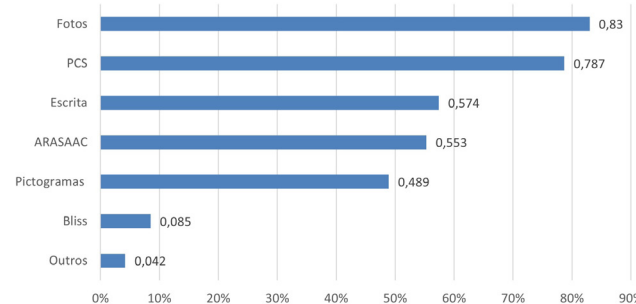


Figura 4. Sistemas de símbolos mais utilizados nas indicações de Comunicação Suplementar e alternativa
Legenda: % = percentual; PCS = *Picture Communication Symbols*; ARASAAC = Portal Aragonês de Símbolos de Comunicação e Alternativa; Bliss = *Blissymbolics Communication International*

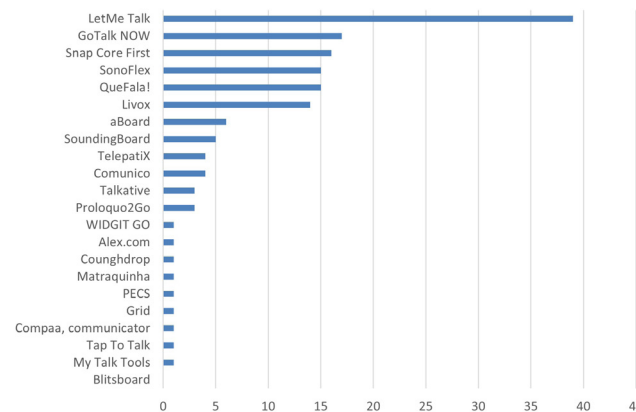


Figura 5. Aplicativos de uso pelos profissionais na indicação de Comunicação Suplementar e Alternativa

Com relação aos tipos de uso de CSA/CAA que os participantes já indicaram e intervieram em termos de proposta de uso (suplementar ou alternativa), apenas 2,1% referiram ter indicado somente de forma suplementar, 6,4% de forma alternativa e 91,5% indicaram ambas as propostas de uso.

Na última pergunta do questionário, elegeu-se uma questão aberta para que os participantes pudessem responder de forma

dissertativa sobre as barreiras enfrentadas, como consta também na pergunta fechada mencionada anteriormente. Foram citadas as barreiras voltadas para questões da família e do paciente, equipe, conhecimento da própria área da Fonoaudiologia, recursos e instrumentos para avaliação, dentre outras.

A falta de adesão familiar foi a queixa mais recorrente. A maior parte referiu a falta de conhecimento dos cuidadores, insegurança, a crença de muitos de que pode atrapalhar o processo da fala, dificuldades de compreensão por parte do paciente e mitos sobre a CSA.

Outro aspecto que também foi bastante relatado, em relação ao conhecimento por parte do profissional fonoaudiólogo e da equipe multidisciplinar, foi a falta de domínio na área de CSA, propiciando para indicação tardia ou mesmo resistência para essa indicação, alguns dos profissionais destacando a falta de capacitação/especialização na área. Houve menção, ainda, quanto aos fonoaudiólogos, de dificuldade de gestão de tempo para elaboração de pranchas.

De forma também recorrente, houve registro sobre a falta de instrumentos de avaliação, protocolos e testes específicos para a área. Poucos participantes abordaram falta de parceiros de comunicação e continuação de estímulos em outros ambientes para além da terapia. Em menor quantidade, foram referidas como barreiras para o uso da CSA as questões financeiras e o acesso a recursos mais variados.

DISCUSSÃO

Conforme verificado nos dados coletados a partir da aplicação do questionário, houve predomínio de participantes que se identificaram do gênero feminino. Houve também predomínio de participantes da Região Sudeste, o que está de acordo com a distribuição de cursos de Fonoaudiologia no país. Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia⁽¹³⁾, há 29 cursos na Região Sudeste, 21 na Região Nordeste, 19 na Região Sul, 8 na Região Norte e 4 na Região Centro-Oeste.

De acordo com estudo de Silva et al.⁽¹⁴⁾ sobre a assistência fonoaudiológica no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2010 e 2020, a Região Sudeste concentrava mais da metade dos procedimentos registrados no país e dispunha do maior percentual de profissionais fonoaudiólogos. Observou também a disparidade entre a quantidade e a necessidade de profissionais fonoaudiólogos no SUS, nas Regiões Norte e Nordeste, que apresentavam um déficit no período estudado, evidenciando que a distribuição de fonoaudiólogos no território nacional parece manter relação com as desigualdades sociais⁽¹⁴⁾.

Considerando as respostas dos participantes sobre o perfil de atendimento e perfil do local de trabalho, ficou clara a desigualdade entre as áreas de atuação no sistema público (com apenas 27,7%) e no sistema privado (cerca de 90%). O profissional que atua com CSA não necessariamente atua em todos os setores, podendo gerar essa variedade, mas que leva a pensar na população usuária do SUS que, conseqüentemente, terá mais dificuldade no acesso a profissionais que atuam com CSA, como mostrou o resultado do perfil de local de trabalho, em que se obteve 64% atendendo em clínicas e consultórios particulares e nenhuma resposta com relação ao atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Referente à realização de cursos, assim como mencionado na última questão sobre as barreiras para o trabalho, há falta de cursos de capacitação regular na área de CSA, de acordo

com as respostas analisadas, predominando, portanto, os cursos ocasionais e muitas vezes cursos de treinamento específicos de método ou recurso.

Com relação ao público atendido pelos profissionais participantes, verificou-se que o perfil de atendimento demonstrou prevalência de casos de TEA e apraxia de fala na infância, dentre outros casos, que variaram desde quadros neurológicos adultos (afasia, Alzheimer, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica), neurológicos infantis e síndromes genéticas (T21, X-Frágil).

Sabe-se que uma das principais habilidades que se apresenta alterada nos indivíduos com TEA é a comunicação. Pessoas com TEA se expressam e compreendem melhor por meio de sistemas não orais e, logo, beneficiam-se do uso da CSA^(15,16). Entretanto, vale destacar que a CSA é uma área de atuação em linguagem e destina-se a qualquer indivíduo que apresente dificuldade de comunicação, seja por prejuízo na expressão ou na compreensão, abrangendo, assim, amplo público-alvo, de qualquer faixa etária, sem restrições^(1,2,4).

Considerando que a faixa etária dos pacientes foi prioritariamente do público infantil entre 4 e 7 anos, está coerente com os tipos de diagnósticos mais referidos em atendimentos pelos profissionais participantes. Vale destacar que foi uma amostra por conveniência, não houve um número controle de uma amostra equilibrada, mas, ainda assim, evidenciou um retrato de maior uso de CSA no contexto clínico e infantil.

O número de pacientes com maior idade (+18 anos) também está relacionado com o ambiente em que esses profissionais atuavam, por exemplo, apenas 14,9% de profissionais atuavam em ambientes de hospital e instituições de longa permanência para idosos (ILPis).

Esse dado alerta para a necessidade de investigar se a comunicação tem devido reconhecimento no contexto hospitalar. A intervenção fonoaudiológica para comunicação com pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI) pode promover ganhos significativos, favorecendo condutas de outras áreas profissionais e, até mesmo, contribuindo na redução do uso de medicamentos sedativos, controle de ansiedade, e ter impacto, inclusive, no tempo de internação⁽¹⁷⁾. Há uma variedade de estratégias de baixa e alta tecnologia que podem ser utilizadas em pacientes hospitalizados. As evidências sugerem que essas ferramentas intensificam atos comunicativos, melhoram a qualidade de vida e questões psicoemocionais, além de permitirem trocas de comunicação entre a equipe de cuidado com o paciente⁽¹⁸⁾.

Observou-se uma tendência na escolha de ferramentas de baixa tecnologia, sendo a prancha de comunicação a mais utilizada, devido à disponibilidade nos serviços de saúde e facilidade no uso⁽¹⁸⁾. Apesar da baixa representatividade de profissionais que atuam no ambiente hospitalar, pôde-se observar que a CSA tem grande potencial nesse ambiente.

Cerca de 90% dos profissionais participantes referiram que os pacientes conseguiam fazer uso eficaz da CSA no ambiente da terapia fonoaudiológica, em casa, nas demais atividades terapêuticas e na escola. Houve baixa adesão com relação ao uso em outros contextos sociais, o que está coerente com uma das menções de barreiras na questão aberta, ou seja, a dificuldade de estímulo de uso em ambientes para além da terapia.

Soma-se a esse dado a verificação de grande parte referir situações de baixa adesão e dificuldade de fazer uso efetivo da CSA. A maior parte das queixas se relacionou com a falta de informação, difusão e conscientização da CSA para a população, tanto para os familiares, como para as equipes. O acesso à

variedade de recursos não foi questão predominante como barreira, tanto na pergunta fechada, como na pergunta aberta.

Mitos sobre o uso da CSA podem impactar e prejudicar o processo de trabalho de CSA e impactam tanto os profissionais de outras áreas, como os familiares, gerando resistência por falta de compreensão adequada dos objetivos e benefícios dessa abordagem de intervenção de linguagem⁽¹⁰⁻²⁰⁾.

Quanto à ausência de citação de protocolos, é uma constatação que está de acordo com a carência de protocolos voltados para área de CSA em caráter nacional, sendo muitas vezes utilizados protocolos gerais de linguagem para identificar as dificuldades de comunicação e necessidade de intervenção com CSA⁽¹⁵⁻²¹⁾. Faltam protocolos específicos que direcionam ou monitorem a abordagem de CSA propriamente dita.

De acordo com a literatura, foram citados protocolos de linguagem variados. Destaca-se ainda a referência do protocolo Matriz de Comunicação, que é um instrumento de avaliação para traçar o perfil comunicativo de crianças de até 24 meses de idade e atende qualquer forma de comunicação, incluindo CSA⁽²²⁾.

Dos itens listados como importantes para a avaliação, apenas condição socioeconômica, estrutura familiar, hipótese diagnóstica e personalidade foram referidas por alguns participantes como não consideradas na avaliação. Todos os itens têm, de alguma forma, impacto na tomada de decisão do tipo de sistema de CSA a ser indicado, variando o peso na avaliação conforme características de cada caso^(1,2,14).

Referente ao tipo de símbolo indicado na maioria dos casos, aproximadamente 80% dos fonoaudiólogos destacaram o uso de fotos, bem como pictogramas de modo geral (sejam dos sistemas formais *Picture Communication Symbols* (PCS) e Portal Aragonês de Símbolos de Comunicação Alternativa (ARASAAC), ou outros. Visto que o público-alvo maior de pacientes relatado foi o infantil, o uso de símbolos de iconicidade entre transparente e translúcida é visto como indicado^(1,2) e, portanto, esperado que tenha sido de maior uso na amostra deste estudo.

Com relação ao tipo de recurso do sistema de CSA, a maioria relatou fazer uso de baixa tecnologia e, em menor escala, de alta tecnologia (49%), mas 90% confirmaram usar aplicativos, o que sugere uma divergência de compreensão do que é a alta tecnologia, remetendo para a importância da capacitação para além dos instrumentos e recursos, ou seja, também para a área de abordagem da CSA. Na questão aberta, foi relatada, como uma das barreiras para o desenvolvimento do trabalho de CSA, a falta de capacitação mais específica do fonoaudiólogo nessa área, havendo escassez de cursos de aprimoramento e especialização.

Os resultados retrataram que existe variedade de aplicativos, mas que há tendência de maior uso de um aplicativo, o *LetMe Talk*, que é gratuito e disponível para sistemas Android e IOS. Alguns outros aplicativos também apresentam essas características, e o uso prioritário pode ter relação com divulgação pessoal, porém, não há mais dados que permitam compreender a preferência.

Vale destacar que a comunicação é multimodal; o fato de usar baixa tecnologia não significa que não possa usar alta tecnologia. A estratégia do sistema de CSA visa, justamente, o uso diversificado dos símbolos, recursos e técnicas, conforme os contextos, parceiros comunicativos e demandas comunicativas⁽²⁾.

Esta pesquisa teve como limitação o acesso e divulgação para um público mais amplo e de atuação na área de CSA nos mais diversos ambientes.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que o trabalho de CSA tem sido exercido com mais abrangência no contexto clínico e com público infantil. A literatura destaca a importância em outros contextos, inclusive em UTI, e com diversas faixas etárias, mas são necessários mais estudos a fim de melhor compreender este dado.

Destaca-se, também, a carência de instrumentos específicos de CSA, tanto para avaliação e indicação do sistema de CSA, como para monitoramento da intervenção, evidenciando a importância de produzir-se mais pesquisa nacional na área. Os dados apontaram, ainda, para a necessidade de capacitação de fonoaudiólogos na área de CSA, de modo que seja possível contar com mais profissionais com domínio nessa abordagem, sabendo que não é contemplada de modo uniforme nos cursos de graduação. A variedade de uso de recursos e símbolos, bem como clareza do tipo de tecnologia só ocorre a partir de consciência do que é CSA e qual sua área de pertencimento. Melhorando a ciência e a formação profissional, ações de conscientização, de modo a atingir outros profissionais, bem como familiares, serão viabilizadas, combatendo os mitos que provocam resistências à atuação.

REFERÊNCIAS

1. Pires SCF. A Comunicação Suplementar e Alternativa na estimulação precoce para a aquisição da competência comunicativa. In: Deliberato D, Nunes DRP, Gonçalves MJ, organizadores. Trilhando juntos a comunicação alternativa. Marília: ABPEE; 2017. p. 245-256
2. Von Tetzchner S, Martinsen H. Introdução à comunicação aumentativa e alternativa. Porto, Portugal: Porto Editora; 2000.
3. Light J, McNaughton D. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: a new definition for a new era of communication? AAC. 2014 Mar;30(1):1-18. <http://dx.doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>. PMID:30952185.
4. American Speech-Language-Hearing Association [Internet]. Definitions of communication disorders and variations. 1993 [citado em 2021 Nov 16]. Disponível em: www.asha.org/policy
5. Cesa CC, Mota HB. Comunicação suplementar alternativa: da formação e atuação clínica fonoaudiológica. Rev CEFAC. 2017 Ago;19(4):529-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171943117>.
6. Andzik NR, Schaefer JM, Nichols RT, Chung YC. National survey describing and quantifying students with communication needs. Dev Neurorehabil. 2018 Jan;21(1):40-7. <http://dx.doi.org/10.1080/17518423.2017.1339133>. PMID:28727477.
7. Panhan H. Comunicação suplementar e alternativa nos distúrbios neurológicos adquiridos. In: Ortiz KZ, editor. Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição. 2a ed. São Paulo: Editora Manole; 2010. p. 243-77
8. Dada S, Murphy Y, Tönsing K. Augmentative and alternative communication practices: a descriptive study of the perceptions of South African speech language therapists. AAC. 2017 Dez;33(4):189-200. <http://dx.doi.org/10.1080/07434618.2017.1375979>. PMID:28934864.
9. Duarte EN. Linguagem e comunicação suplementar e alternativa na clínica fonoaudiologia [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

10. Webb EJD, Meads D, Lynch Y, Randall N, Judge S, Goldbart J, et al. What's important in AAC decision making for children? Evidence from a best–worst scaling survey. *AAC*. 2019 Fev;35(2):80-94. <http://dx.doi.org/10.1080/07434618.2018.1561750>. PMID:30767575.
11. Cesa CC, Ramos-Souza AP, Kessler TM. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. *Rev CEFAC*. 2010 Out;12(5):870-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000102>.
12. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. *Rev Pró-Fono*. 2009 Mar;21(1):69-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872009000100012>.
13. CFFa: Conselho Federal de Fonoaudiologia. Ensino Superior [Internet]. 2021 [citado em 2021 Nov 16]. Disponível em <https://www.fonoaudiologia.org.br/fonoaudiologos/ensino-superior/>
14. Silva RPM, Nascimento CMB, Miranda GMD, Silva VL, Lima MLLT, Vilela MBR. Evolução da oferta de Fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década. *CoDAS*. 2021;33(2):e20190243. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20202019243> PMID:33909758.
15. Lima Antão JYF, Oliveira AS, Barbosa RT, Crocetta TB, Guarnieri R, Arab C, et al. Instruments for augmentative and alternative communication for children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Clinics (São Paulo)*. 2018;73:e497. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2017/e497> PMID:30517284.
16. Pereira ET, Montenegro ACA, Rosal AGC, Walter CCF. Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. *CoDAS*. 2020;32(6):e20190167. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20202019167> PMID:33206773.
17. Gonçalves MJ. O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar? *O. Mundo Saude*. 2008 Mar;32(1):79-84. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.200832.1.11>.
18. Carvalho DN, Queiroz IP, Araújo BCL, Barbosa SLES, Carvalho VCB, Carvalho S. Comunicação suplementar e/ou alternativa com adultos e idosos no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev CEFAC*. 2020;22(5):e16019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/202022516019>.
19. Light J, McNaughton D. The changing face of augmentative and alternative communication: past, present, and future challenges. *AAC*. 2012;28(4):197-204. <http://dx.doi.org/10.3109/07434618.2012.737024>. PMID:23256853.
20. Dowden P, Honsinger M, Beukelman D. Serving nonspeaking patients in acute care settings: an intervention approach. *Augment Altern Commun*. 1985;2(1):25-32. <http://dx.doi.org/10.1080/07434618612331273840>.
21. Wolff LMG, Cunha MC. Instrumento de avaliação de linguagem na perspectiva da comunicação suplementar e alternativa: elaboração e validação de conteúdo. *Audiol Commun Res*. 2018;23(1):e2044. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2044>.
22. Rowland C. Matriz de comunicação: especial para pais. 1a. ed. São Paulo: Grupo Brasil; 2011.