

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

VÍVIAN CRISTINE DE LARA MENEZES MEDEIROS

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA DESENVOLVIDA PELOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**NATAL/RN
2011**

VÍVIAN CRISTINE DE LARA MENEZES MEDEIROS

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA DESENVOLVIDA PELOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como exigência do Curso de Enfermagem para obtenção do título de Bacharel.

**Prof. Orientador: Osvaldo Goes Bay
Júnior, Msc.**

**NATAL
2011**

VÍVIAN CRISTINE DE LARA MENEZES MEDEIROS

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA DESENVOLVIDA PELOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso de Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº.: Osvaldo Goes Bay Júnior, Msc.
Orientador

Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN

Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN

Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN

[...] A fala é a coisa mais importante que nós temos. Ela nos torna uma pessoa e não uma coisa. Ninguém deveria jamais ter que se sentir uma coisa [...]

(Josef. 1986)

RESUMO

O processo de comunicação está presente no mecanismo de interação do ser humano, envolve relações interpessoais, assim, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições de maneira que a mensagem enviada não seja decodificada corretamente, prejudicando esse mecanismo. Desta forma, compreende-se a comunicação como um meio facilitador para o planejamento do cuidar em enfermagem, priorizando ações na perspectiva holística e na resolutividade dos problemas de saúde. Na tentativa de estabelecer esse processo de comunicação com pacientes sem linguagem oral, utiliza-se hoje, a Comunicação Suplementar e Alternativa como ciência e recurso para este fim. Assim, esse estudo tem como objetivo apresentar a comunicação suplementar e alternativa. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada realizada com profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da cidade do Natal/RN após autorização da instituição e dos profissionais conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O método para tratamento e análise dos dados foi a classificação por categorias, proposta por Bardin. Posteriormente, à formação de categorias, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Como resultado e discussão têm que independente do foco, o profissional da enfermagem considera a comunicação como fator indispensável no processo humanizado e holístico da assistência. Mesmo aqueles pacientes que, por motivos clínicos ou físicos, não utilizam a fala como meio principal para expressar suas necessidades e anseios fazem parte da rotina de atendimentos do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. Embora sem conhecimento teórico sobre a área, os profissionais estão utilizando recursos de Comunicação Suplementar e Alternativa de baixa tecnologia como gestos, expressões, sinais e, com menos frequência, a utilização de pranchetas, pois são mais acessíveis e envolvem recursos não eletrônicos que vão além do corpo da pessoa tornando-se mais práticos e com maior probabilidade de êxito. Pode-se considerar a Comunicação Suplementar e Alternativa como recurso necessário e indispensável para o planejamento das ações de enfermagem, principalmente, àqueles pacientes que possuem comunicação verbal prejudicada, cuja capacidade verbal, por algum motivo, está inadequada para seus propósitos comunicativos, dentre eles a exteriorização de sentimentos, medos e anseios. Ainda que o paciente esteja sedado, ficou evidenciado que ele pode utilizar outros recursos para promover a comunicação e sentir-se parte do ambiente que está inserido.

Palavras –chaves: Comunicação; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

The process of communication it was present on human being interaction mechanism, involves interpersonal relationships, therefore, frequently, maybe occurs problems, difficulties and restrictions of the way that the send message don't be decoded correctly, the damaging mechanism. In this way, it's understood the communication like an easily means for planning care on nursing, prioritizing actions on holistic perspective and health problems resolvability. On attempt to establish this communication process with patients without oral language, it's used today, the CSA as science and resource for this end. Therefore, this study has as an objective introduce the additional communication and alternative. It's about an exploratory-descriptive research whit qualitative approach. The data has been collected through a semi-structured interview conducted with nursing staff that works on intensive care unit of a private hospital on city of Natal/RN after authorization of the institution and the professionals according TCLE. The method to treat and analyze the data it was the classification by categories proposed for Bardin. Posteriorly, to the categories formation, the data was analysed using content analysis. As a result and discussion has to be independent of the focus, the nursing professional view the communication as a important factor humanized in the process and holistic of assistance. Even those patients that, for medical or physical reasons, don't use speech as a major way to express your needs and wishes are part of the routine from ICU nurse services. Although without theoric knowledge about this area, this professional are using low technology resources of CSA as gestures, expressions, sings and, whit less frequency, the use of boards, because it's more accessible and involve non electronics resources which go beyond the person's body becoming more practical and with more probability of success. It can be considered the CSA as a necessary and indispensable resource for the actions planning of nursing, mostly, those patients that have damaged verbal communication, which verbal capacity, for some reason, it's inappropriate for his communicative purpose, among them the externalization of feelings, fears and wishes. Even if the patient is sedated, was evidenced that he can use another resources to promote communication and fill part of the environment that he's inserted.

Key-words: Communication; Intensive Care Unit, nursing.

LISTAGEM DE SIGLAS

AAC	Augmentative and Alternative Communication
CAT	Comitê de Ajudas Técnicas
CSA	Comunicação Suplementar e Alternativa
PIC	Pictogram Ideogram Communication System
PCS	Picture Communication Symbols
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República
TA	Tecnologia Assistiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....	09
1.3	OBJETIVOS.....	11
1.3.1	Objetivo Geral.....	11
1.3.2	Objetivos Específicos.....	11
1.4	JUSTIFICATIVA.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	13
2.1.1	Diagnóstico de Enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada.....	14
2.1.2	O processo de comunicação na Enfermagem.....	15
2.2	TECNOLOGIA ASSISTIVA E COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA.....	18
2.2.1	Categorias da Tecnologia Assistiva.....	20
2.2.2	Comunicação Suplementar e Alternativa.....	27
2.2.3	Definições e Características.....	29
2.2.4	Prancha de Comunicação.....	32
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	36
3.2	UNIVERSO E AMOSTRA.....	37
3.3	MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	39
3.3.1	Aplicação do Questionário Piloto.....	40
3.4	MÉTODO E TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
4.1	CATEGORIA 1 – IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO	42
4.2	CATEGORIA 2 - RECURSOS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A	46

	COMUNICAÇÃO	
4.3	4.3 CATEGORIA 3 - AS BARREIRAS PARA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	48
4.4	CATEGORIA 4 - CIÊNCIA ACERCA DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES.....	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

A comunicação é o processo pelo qual uma pessoa transmite pensamentos, sentimentos e idéias aos outros. É um instrumento que permite a uma pessoa, entender a outra (FONTES; UTYAMA, 2002). É uma ação humana de emissão e recepção de mensagens, na qual existem dois meios de transmissão: verbal e não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal.

Na prática da Enfermagem, o enfermeiro comunica-se com o paciente e este com ele, tratando-se assim de um processo recíproco, bem como relaciona-se com os amigos e a família do paciente, os visitantes da instituição, os membros da equipe, outros funcionários e, ainda, com inúmeras outras pessoas durante o decorrer do dia.

Segundo Oliveira *et al* (2005) a comunicação é parte das atividades do enfermeiro, pois é empregada em situações como, entrevista, exame físico, planejamento da assistência, anotações dos prontuários e orientações aos indivíduos, famílias e comunidades. Disso decorre a importância de o enfermeiro ter consciência da forma como se dá o processo de comunicação e dos elementos que o compõe. Desse modo, o enfermeiro deverá conhecer o processo de comunicação.

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Assim, o enfermeiro, que é considerado o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do paciente; saber a forma hospitalar e popular de se comunicar; e, conduzir às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização (ORIÁ, 2007).

O estudo de Ashworth (1984 *apud* Gonçalves, 2008) sugeriu que a comunicação dos enfermeiros com os pacientes está correlacionada com a capacidade do paciente de se comunicar e dar *feedback*. Entretanto, devido às suas outras responsabilidades, a equipe de enfermagem tem limitação quanto ao tempo que pode gastar tentando interpretar as tentativas de comunicação do paciente.

Os pacientes que já passaram pela situação de perda temporária da fala em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geralmente relatam claramente suas frustrações, ansiedades e desejos em relação ao suporte de comunicação (GONÇALVES, 2008).

Mesmo que a linguagem verbal não seja a única modalidade de comunicação, quando o repertório verbal está temporário ou permanentemente afetado reduz-se consideravelmente a oportunidade de interação face a face nos diversos ambientes sociais. Para essas ocasiões, são necessários outros meios, entre eles dispositivos - sistemas de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) - que permitem uma comunicação significativa e mais funcional no contexto sócio-afetivo (PAULA; ENUMO, 2007).

A CSA tem sido comumente caracterizada como uma área da prática clínica que visa compensar, temporária ou permanentemente, desordens na comunicação expressiva. Diferentes meios de comunicação derivados do uso de gestos, linguagem de sinais e expressões faciais, figuras, símbolos, além de sofisticados sistemas computadorizados podem ser empregados de forma substitutiva ou suplementar de apoio à fala, ajudando a desenvolver, quando possível, a linguagem oral (NUNES, 2003).

Os sistemas de CSA são instrumentos que permitem a manutenção da comunicação, contribuindo assim para uma qualidade de vida mais satisfatória. Tais sistemas podem ser empregados quer temporária, quer permanentemente para substituir ou facilitar a comunicação, por crianças e adultos cujas fala, por algum motivo, estejam inadequadas para seus propósitos comunicativos.

No Brasil, o emprego da CSA foi iniciado em instituições de reabilitação para portadores de deficiência física. Entretanto, nos últimos anos, houve um interesse crescente pela área com o estudo de temas abrangendo outras especialidades (CAPOVILLA; THIERS; CAPOVILLA, 2003).

Dessa forma, surgiram as seguintes questões de pesquisa: como o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem ainda mais humanizado? Quais métodos e/ou técnicas podem ser utilizadas? Existe uma sistematização para essa conduta? Será que a conduta atual dos profissionais no processo de comunicação é eficiente? Como os profissionais de enfermagem estabelecem a comunicação com pacientes que necessitam uma complementação ou substituição da fala e da escrita? Quais os recursos utilizados, na prática, para a realização da comunicação suplementar e alternativa? Com os novos horizontes da enfermagem é exigido do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a comunicação suplementar e alternativa desenvolvida pelos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva em pacientes com diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a Comunicação Suplementar e Alternativa como recurso terapêutico.
- Identificar os recursos utilizados pelos profissionais de enfermagem na Comunicação suplementar e alternativa;

- Descrever os recursos e apreender a importância dada pelos profissionais de enfermagem à comunicação alternativa e suplementar;

1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho surgiu a partir da vivência da autora com a prática e a teoria da CSA, através de curso de pós-graduação na área de Tecnologia Assistiva, aliada à observação na prática curricular do curso de enfermagem e na execução do processo de comunicação terapêutica em Unidades de Terapia Intensiva, algumas vezes inexistente. Logo, torna-se aparente a importância dessa pesquisa devido à melhoria na qualidade de vida desses pacientes objetivando a expressão de suas vontades, opiniões e sentimentos, bem como a apresentação de novas tecnologias e a contribuição prática para a instituição.

A escolha do tema também se justifica em virtude da escassez de literatura que aborde este assunto e, pelo fato da CSA ser um excelente recurso para atuação no campo da comunicação, em meio à demanda crescente da melhoria da qualidade assistencial dos profissionais de enfermagem.

Com base nessas considerações e a partir do contato da autora desse estudo com a temática proposta, fizeram crescer o envolvimento e perceber a importância da comunicação no desenvolvimento do cuidado, e deste modo, buscar embasamento científico e dados empíricos para analisar a comunicação suplementar e alternativa nos serviço de terapia intensiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Desde o momento em que o ser humano diz suas primeiras palavras, a linguagem facilita o encontro de desejos, necessidades, interação social, acesso às informações e conhecimento sobre o complexo mundo em que vivemos.

A capacidade de o ser humano comunicar-se com outras pessoas é inerente ao comportamento humano. Ela não é limitada pelo tempo. Não sendo, portanto, limitada ao aqui e agora. A importância de a comunicação ser preconizada na enfermagem não é recente, segundo Stefanelli (2005, p. 2) a competência interpessoal nas interações entre enfermeiro e paciente deixava a desejar.

De acordo com Littlejohn (1978 apud Stefanelli, 2005, p. 10) a comunicação é considerada um sistema aberto com as seguintes propriedades:

- 1- É um processo complexo, cujos elementos estão concatenados e os comunicadores interagem entre si simultaneamente, não em sequência;
- 2- É um processo interdependente, os comunicadores afetam-se mútua e simultaneamente e apresentam variáveis interdependentes;
- 3- É um processo padronizado de comportamento, governado por regras. A comunicação deve funcionar continuamente para sustentar padrões de relacionamento e as regras apoiadas no uso de símbolos;
- 4- É um processo adaptativo, que envolve *feedback*;

Para Mourão *et al* (2009), a comunicação é o processo em que ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais (gestos e símbolos gráficos). A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente. O ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações e persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamento dentro de uma troca de experiências, e para ensinar e discutir os mais variados assuntos.

A comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem que usamos para nos comunicar

(STEFANELLI, 2005). Para que este objetivo seja atingido, o enfermeiro deve utilizar técnicas de comunicação, tais como: verbalizar interesse ao que está sendo dito pelo paciente, permanecer em silêncio quando ele se expressa, não interromper os enunciados frasais produzidos pelo paciente, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe.

A comunicação não-verbal refere-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, como as expressões faciais, postura do corpo, gestos, da disposição dos objetos em um ambiente, ou, ainda, pela presença de rubor, sudorese, palidez, lacrimejamento (STEFANELLI, 2005). Conforme Silva (2006 apud Mourão et al, 2009, p. 140) “a comunicação não-verbal tem por finalidades básicas: complementar o verbal, substituí-lo, contradizê-lo ou demonstrar sentimentos”.

Em sua prática o enfermeiro utiliza o diagnóstico de enfermagem para descrever sobre o estado de saúde de seu cliente e direcionar seu cuidado. Nesse contexto o diagnóstico de enfermagem utilizado é o de comunicação verbal prejudicada.

2.1.1 Diagnóstico de Enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada

Diagnóstico de Enfermagem Comunicação Verbal prejudicada “é o estado em que o indivíduo apresenta, ou está em alto risco de apresentar, diminuição da capacidade de falar, mas pode entender os outros” (CARPENITO-MOYET, 2005, p. 205).

Alguns fatores relacionados são: deficiência respiratória; edema/infecção na laringe; deformidades orais (lábio leporino, fenda palatina, falta de dentes, disartria); Intubação endotraqueal, Traqueostomia; Cirurgia da cabeça, face, pescoço ou boca; Dor e Anestesia.

Ainda, segundo a autora, suas características definidoras são a capacidade de pronunciar palavras, mas capaz de compreender os outros; déficits de articulação ou do manejo motor e falta de ar.

Para a investigação diagnóstica é necessária a observação de algumas características definidoras. São elas: capacidade de formar palavras; padrão de fala;

capacidade de compreensão; fase do desenvolvimento da pessoa – descrever capacidade de formar frases; contato visual e perda auditiva.

Carpenito-Moyet (2005, p. 205) indica algumas intervenções que podem ser executadas nesses casos, tais como:

- Reduzir o barulho ambiental para aumentar a capacidade do profissional de ouvir as palavras;
- Solicitar que a pessoa repita as palavras que não estão claras, observar que indícios não verbais podem auxiliar na compreensão;
- Se a fala é inteligível, ensinar a pessoa a usar gestos, mensagens por escrito e cartões para comunicação;
- Usar papel, lápis, sinais com as mãos, piscar dos olhos, acenar com a cabeça, sinais de campainha e computador. Fazer cartazes com gravuras ou palavras, descrevendo frases usadas frequentemente;
- Encorajar a pessoa a apontar, usar gestos e pantomima.
- Ensinar técnicas de comunicação e abordagens repetitivas às pessoas próximas.

Desta forma, a comunicação terapêutica torna-se imprescindível para a assistência holística da enfermagem, em virtude de minimizar os anseios e promover a qualidade de vida dos pacientes durante a internação hospitalar.

2.1.2 O processo de comunicação na Enfermagem

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas pelo enfermeiro é o cuidado prestado ao cliente submetido à internação hospitalar. Na perspectiva do cliente, que necessita de internação hospitalar, esse processo é permeado pelo medo do desconhecido, da utilização de recursos tecnológicos muitas vezes invasivos, da linguagem técnica e rebuscada, da apreensão de estar em um ambiente estranho, e ainda da preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar.

A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação ou quando se trata de quadros de doença terminal. (ORIÁ; MORALES, VICTOR, 2004)

Conforme Stefanelli (2005, p. 13) o processo de comunicação caracteriza-se:

como base ou suporte da prática de enfermagem e deve estar explícito nas considerações teóricas de Enfermagem, possibilitando tanto o seu emprego como o direcionamento de investigações, bem como a contribuição na formação do conhecimento dessa área.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente de acordo com Oriá; Morales; Victor (2004, p. 294) “o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades.” Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de dependência em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos. Caso isso não ocorra, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado.

No entanto, depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes como sentimentos, anseios e dúvidas, resultando num cuidado menos abrangente e personalizado, desconsiderando o cuidado emocional.

O cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível (SÁ, 2001), que conforme Oriá; Morales; Victor (2004), exige alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não-verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Alguns autores, como Wilknsnson (1991 apud Oriá, 2004) e Parle *et al* (1997 apud Oriá, 2004), têm identificado problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, devido ao medo da morte pelos pacientes, a ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar sua internação, a falta de tempo, a falta de treinamento de como interagir com os clientes e a ansiedade sobre as consequências negativas que têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

A visita diária da enfermagem serve como um importante instrumento para identificar o nível das necessidades de vida básica, como a de segurança, amor, autoestima, espiritualidade e bio-fisiológica do cliente. É a partir da visita de enfermagem, segundo Ouimette *et al* (2004); Doyle *et al* (2004); Ahlberg *et al* (2004)

apud Oriá (2004) que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o cliente possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico do mesmo, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico.

Muitos pacientes entram no hospital com condições clínicas ou em tratamentos que resultam em incapacidade para se comunicar com a equipe médica, equipe de enfermagem e com a família. Estes pacientes, sendo a condição de não falante temporária ou permanente, muitas vezes sentem medo, tristeza e ansiedade no ambiente hospitalar.

O corpo de enfermagem e outros profissionais envolvidos relatam que enfrentam dificuldades que chegam a ser verdadeiros desafios: interpretar, por exemplo, as tentativas de comunicação dos pacientes na UTI. A incapacidade para a comunicação é frustrante não somente para o paciente e sua família, mas também para a equipe profissional, podendo afetar negativamente os cuidados médicos e de enfermagem (GONÇALVES, 2008).

É a comunicação que garante ao paciente, conforme Gonçalves (2008, p. 3) “a expressão de suas necessidades, suas idéias e, principalmente, seus sentimentos, suas dores e suas vontades. É desta forma que se pode garantir a sua autonomia diante dos fatos da sua vida”..

Fornecer sistemas de Comunicação Suplementar e Alternativa para pessoas que estão impossibilitadas de se comunicar é um aspecto muito importante no cuidado ao paciente já no ambiente da UTI. A incapacidade para a comunicação, não importa o quão temporária, tem sido identificada como um dos aspectos mais frustrantes e estressantes das unidades de terapia intensiva (GONÇALVES, 2008).

2.2 TECNOLOGIA ASSISTIVA E COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA

Num sentido amplo, percebe-se que a evolução tecnológica caminha na direção de tornar a vida mais fácil com a criação de recursos como controle remoto, telefone sem fio de longo alcance, computadores, equipamentos digitais, entre outros recursos. Sem perceber, utilizamos constantemente ferramentas que foram especialmente desenvolvidas para favorecer e simplificar as atividades do cotidiano.

Tecnologia Assistiva (TA) é um termo ainda novo, utilizado para identificar todo o arsenal de Recursos e Serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com alguma limitação, temporária ou definitiva, e consequentemente promover vida independente e inclusão (BERSCH, 2008).

Tecnologia Assistiva é uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas que é concebida e aplicada para melhorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências (COOK; HUSSEY, 1995).

A TA substitui ou apóia uma função prejudicada do cliente, mas não modifica o funcionamento intrínseco do mesmo, ao passo que seu uso possibilita o poder de executar tarefas da vida diária, realizando escolhas com base nos objetivos e papéis desejados.

Para a Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act (1988, tradução nossa) “o termo ‘Tecnologia Assistiva’ é qualquer item, equipamentos ou sistemas de produtos, adquiridos no comércio, pronto para uso, modificado sob medida, usado para aumentar ou melhorar as capacidades funcionais dos indivíduos com incapacidades”.¹

Pode-se dizer, de acordo com BERSCH (2008), que o objetivo maior da TA é proporcionar à pessoa com algum tipo de deficiência ou limitação, temporária ou permanente, qualidade de vida e inclusão social, através da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado e trabalho.

¹ Traduzido do original “The term “assistive technology device” means any item, piece of equipment, or product system, whether acquired commercially off the shelf, modified, or customized, that is used to increase, maintain,, or improve functional capabilities of individuals with disabilities”.

Em 16 de Novembro de 2006, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR, através da portaria nº142, instituiu o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) que reúne um grupo, de especialistas brasileiros e representantes de órgãos governamentais, em uma agenda de trabalho (BRASIL, 2006). O CAT tem como objetivos principais: apresentar propostas de políticas governamentais e parcerias entre a sociedade civil e órgãos públicos referentes à área de tecnologia assistiva; estruturar as diretrizes da área de conhecimento; realizar levantamento dos recursos humanos que atualmente trabalham com o tema; detectar os centros regionais de referência, objetivando a formação de rede nacional integrada; estimular nas esferas federal, estadual, municipal, a criação de centros de referência; propor a criação de cursos na área de tecnologia assistiva, bem como o desenvolvimento de outras ações com o objetivo de formar recursos humanos qualificados e propor a elaboração de estudos e pesquisas, relacionados com o tema da tecnologia assistiva.

O Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, no artigo 19, retrata o direito do cidadão brasileiro com deficiência às Ajudas Técnicas:

Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, como o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social (BRASIL, 1999, p. 5).

A partir deste e de outras conceituações o CAT aprovou em 14 de Dezembro de 2007, o seguinte conceito:

Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2007, p. 7).

Assim sendo, a Tecnologia Assistiva é um recurso acessível às diversas áreas de atuação, entre elas a Enfermagem, objetivando promover a qualidade de vida e funcionalidade do cliente e compensar as capacidades ausentes das pessoas com algum tipo de deficiência ou limitação.

2.2.1 Categorias da Tecnologia Assistiva

A Tecnologia Assistiva foi subdividida em várias categorias que variam de acordo com os autores e/ou serviços. Atualmente, a mais utilizada é a de Cook e Hussey (1995), são elas:

- Os *auxílios para a vida diária e a vida prática* são materiais e/ou produtos que fornecem aos clientes uma maior independência e autonomia nas atividades rotineiras facilitando o cuidado de pessoas com dependência de algum auxílio nas atividades de vida, tais como comer, cozinhar, vestir-se, tomar banho e executar necessidades pessoais, manutenção da casa etc. Como exemplo de recursos, cadeiras modificadas, engrossador de lápis e abotoadores.

Figura 1 – Garfo adaptado para déficit de preensão palmar



Fonte: <http://www.saude.rn.gov.br>

Figura 2 – Adaptações utilizando correia universal



Fonte: <http://www.brasil.gov.br>

Figura 3 – Adaptação para déficit de pinça



Fonte: <http://www.brasil.gov.br/sobre/ciencia-e-tecnologia/tecnologia-social/tecnologia-assistiva>

– *Recursos de acessibilidade ao computador* são um conjunto de *hardware* e *software* especialmente idealizado para tornar o computador acessível, no sentido de que possa ser utilizado por pessoas com privações sensoriais e motoras, bons exemplos são os equipamentos de entrada e saída (sintetizador de voz, monitores especiais, softwares leitores de texto, impressoras em braile...) os teclados modificados, os teclados virtuais com varredura, mouses especiais e acionadores diversos, softwares de reconhecimento de voz, escaner, ponteiros de cabeça por luz entre outros.

Figura 4 – Acionador fixo para mouse



Fonte: <http://www.clik.com.br/>

Figura 5 – Teclado para Membros Inferiores



Fonte: <http://escolasinclusivas.blogspot.com/2010/08/boa-noticia-tecnologia-assistiva-da.html>

- *Sistemas de controle de ambiente* são programas de sistemas realizados através de um controle remoto. As pessoas com limitações motoras podem ligar, desligar e ajustar aparelhos eletro-eletrônicos como a luz, o som, televisores, ventiladores, executar a abertura e fechamento de portas e janelas, receber e fazer chamadas telefônicas, acionar sistemas de segurança, entre outros, localizados no quarto, na sala, no escritório, na casa e nos arredores. O controle remoto pode ser acionado de forma direta ou indireta e neste caso, um sistema de varredura é disparado e a seleção do aparelho, bem como a determinação de que seja ativado, se dará por acionadores (localizados em qualquer parte do corpo) que podem ser de pressão, de tração, de sopro, de piscar de olhos, por comando de voz.

- *Projetos arquitetônicos para acessibilidade*, são adaptações estruturais e reformas na casa e/ou ambiente de trabalho, através de rampas, elevadores, adaptações em banheiros entre outras, que retiram ou reduzem as barreiras físicas, facilitando a locomoção da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

Figura 6 – Banheiro adaptado com barras e assento recortado



fonte: <http://banheirodeficiente.files.wordpress.com>

Figura 7 – Rampa com sinalização de piso tátil e corrimão



Fonte: <http://cubbos-consultoria.blogspot.com>

– *Órteses e Próteses* são dispositivos colocados junto a um segmento do corpo para garantir melhor posicionamento, estabilização e/ou função. Geralmente, são confeccionadas sob medida e servem no auxílio de mobilidade, de funções manuais (escrita, digitação, utilização de talheres, manejo de objetos para higiene pessoal), correção postural, entre outros; e as próteses são peças artificiais que substituem partes ausentes do corpo.

–

Figura 8 – Órtese de repouso ventral



Fonte: <http://www.scielo.br>

Figura 9 – Órtese de Posicionamento para MMII



Fonte: <http://www.ceir.org.br/texto.php?id=9&tipo=submenu>

- A *Adequação postural* possui objetivos fundamentais que visam melhor independência e participação social do usuário, sendo eles: conforto, alívio de pressão, aumento da função básica humana, suporte corporal, alterações e reajustes.

Figura 10 – Adaptações para cadeira de rodas

Fonte: <http://www.brasrea.com.br>

Figura 11 – Cadeira tipo Stand Up.

Fonte: <http://inclusaoboladavez.blogspot.com>

- *Auxílios de Mobilidade* podem ser bengalas, muletas, andadores, carrinhos, cadeiras de rodas manuais ou elétricas, scooters e qualquer outro veículo ou equipamento ou estratégia utilizada na melhoria da mobilidade pessoal.

Figura 12 – Andador

Fonte: <http://cfcarehospitalar.com.br>

Figura 13 – Scooter

Fonte: <http://portuguese.medical-crutch.com>

– *Auxílios para cegos ou para pessoas com visão sub-normal*, são equipamentos que visam a independência das pessoas com deficiência visual na realização de tarefas como: consultar o relógio, usar calculadora, verificar a temperatura do corpo, identificar se as luzes estão acesas ou apagadas, cozinhar, identificar cores e peças do vestuário, verificar pressão arterial, identificar chamadas telefônicas, escrever, ter mobilidade independente etc. Inclui também auxílios ópticos, lentes, lupas e telulupas; os softwares leitores de tela, leitores de texto, ampliadores de tela; os hardwares como as impressoras braile, lupas eletrônicas, linha braile - dispositivo saída de computador com agulhas táteis, agendas eletrônicas.

Figura 14 – Telulupa



Fonte: <http://www.once.es>

Figura 15 – Relógio em Braile



Fonte: <http://garotasnerds.com/internet/>

– *Auxílios para surdos ou com déficit auditivo*, são os auxílios que incluem vários equipamentos (infravermelho), aparelhos para surdez, telefones com teclado - teletipo, sistemas com alerta tátil-visual, entre outros.

Figura 16 – Telefone com teclado



Fonte: <http://curiosidadessobreacomunidadesurda.blogspot.com/>

- *Adaptações em veículos* são acessórios e adaptações que possibilitam uma pessoa com limitações a dirigir um automóvel; facilitadores de embarque e desembarque como elevadores para cadeiras de rodas (utilizados nos carros particulares ou de transporte coletivo); rampas para cadeiras de rodas; e serviços de auto-escola para pessoas com deficiência.

Figura 17 – Adaptação Veicular para entrada de cadeira de rodas



Fonte: <http://www.deficienteciente.com.br/2010/07/adaptacao-veicular-oferece.html>

– *Comunicação Alternativa, Suplementar e/ou Aumentativa*, são destinadas a atender pessoas sem fala ou escrita funcional ou em defasagem entre sua necessidade comunicativa e sua habilidade em falar e/ou escrever. Os recursos como as pranchas de comunicação, construídas com simbologia gráfica (BLISS, PCS e outros), letras ou palavras escritas, são utilizados pelo usuário da CSA (comunicação suplementar e alternativa) para expressar suas questões, desejos, sentimentos e entendimentos. A alta tecnologia dos vocalizadores (pranchas com produção de voz) ou o computador com softwares específicos garantem grande eficiência à função comunicativa.

2.2.2 Comunicação Suplementar e Alternativa

A comunicação é um fator essencial para a integração do sujeito à sociedade. A fala associada a gestos, expressão facial e corporal caracteriza a condição humana e nos diferencia dos outros primatas. A comunicação é utilizada na interação com outras pessoas, promovendo interação social, formando laços que as conectam umas às outras e as suas comunidades e culturas.

A comunicação humana é uma troca de sentimentos e necessidades entre duas ou mais pessoas. “Quando uma mensagem deve ser transmitida, tipicamente as pessoas utilizam a linguagem, que, quer falada, escrita, ou por sinais, envolve um sistema que transmite um significado” (BOONE; PLANTE, 1994, p. 83).

Na comunicação, a fala é o recurso prioritário, entretanto, existem outros recursos que complementam essa comunicação como o olhar, gestos, postura que são potencializados nos casos de limitação na linguagem verbal.

Em se tratando da linguagem oral é importante lembrar que são necessárias a seqüência ordenada e a coordenação de três processos fundamentais: 1) a organização dos conceitos, sua formulação simbólica e sua expressão; 2) a exteriorização do pensamento pela fala, com a intervenção de coordenar funções motoras como respiração, fonação, articulação e prosódia e 3) a programação destas habilidades

motoras na produção voluntária dos sons individuais da fala e sua combinação para formar as palavras. Alteração de qualquer um destes processos pode acarretar alterações na comunicação oral (BROWN apud DELIBERATO, 1978).

A área da Tecnologia Assistiva que se destina especificamente à ampliação de habilidades de comunicação é denominada de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA). A CSA destina-se a pessoas sem fala ou sem escrita funcional ou em defasagem entre sua necessidade comunicativa e sua habilidade de falar e/ou escrever.

Comunicação suplementar e/ou alternativa refere-se a todas as formas de comunicação que possam complementar, suplementar e/ou substituir a fala. Dirige-se a cobrir as necessidades de recepção, compreensão e expressão da linguagem e, assim, aumentar a interação comunicativa dos indivíduos não-falantes (VON TETZCHNER; MARTINSEN, 2000).

A introdução da CSA deve acontecer sempre que houver um distanciamento entre a capacidade compreensiva e expressiva de um sujeito ou quando a possibilidade de se fazer entender é minimizada, mesmo por pessoas de seu convívio, diminuindo assim as oportunidades de interações e relacionamentos deste indivíduo.

Diversos fatores históricos, sociais e econômicos deram suporte ao surgimento da Comunicação Alternativa nos anos 50. O aumento da expectativa de vida, por sua vez, aumentou a população com risco de adquirir problemas como resultado de lesões neurológicas, traumatismos e acidentes vasculares encefálicos. As consequências da Segunda Guerra Mundial, quando muitas pessoas sofreram lesões, criaram uma demanda de assistência neuropsicológica, especialmente, para o exercício de funções de comunicação. Nos anos 60, mudanças sociais e políticas geraram um forte aumento de atividade na área de direitos civis, na política educacional e, portanto, também em relação aos direitos dos deficientes. Mais recentemente, entre os vários fatores diretos ou indiretos que contribuíram para o crescimento da área de comunicação alternativa está o desenvolvimento tecnológico que tem influenciado a sociedade atual, não só como meio de facilitar e aumentar a produção e melhorar a qualidade de vida, mas também para a comunicação, eliminando distâncias e barreiras (GONÇALVES, 2008).

Para Deliberato (2007), os estudos de comunicação alternativa e/ou suplementar foram desenvolvidos a partir da década de 70, quando se começou a repensar as

definições da deficiência mental, física ou auditiva, levando-se em conta que se tratava, também, de grupos “marginalizados” na sociedade, mas que deveriam participar e poderiam ser capazes.

A CSA vem se expandindo no Brasil, mas não se constitui em prática de amplo conhecimento. Na literatura internacional, a CSA situa-se como *Augmentative and Alternative Communication* (AAC), termo que não possui versão brasileira oficial ou consagrada. (CHUN, 2009)

2.2.3. Definições e Características

O termo Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), de acordo Glennem (1997), é definido por outras formas de comunicação além da modalidade oral, como o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto, símbolos pictográficos, uso de sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada, dentre outros.

De acordo com Manzini e Deliberato (2006), a expressão comunicação alternativa e/ou suplementar vem sendo utilizada para designar um conjunto de procedimentos técnicos e metodológicos direcionado a pessoas acometidas por alguma doença, deficiência, ou alguma outra situação momentânea que impede a comunicação com as demais pessoas por meio dos recursos usualmente utilizados, mais especificamente a fala.

Tem como objetivo, conforme Schrimmer (2004, p. 46) “valorizar todos os sinais expressivos do sujeito, ordenando-os para o estabelecimento de uma comunicação rápida e eficiente”.

Tradicionalmente, os sistemas de CAS são empregados na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, doenças neurodegenerativas, acidentes vasculares encefálicos, traumatismo crânioencefálico, entre outros, isto é, pessoas que por algum motivo perderam a possibilidade de expressão por meio da fala. A comunicação suplementar pode ser de extrema ajuda em outras situações. Uma delas é aquela em

que a pessoa está hospitalizada e impossibilitada de falar – ou pelo quadro clínico ou pelos procedimentos dos cuidados que lhe estão sendo prestados naquele momento (GONÇALVES, 2008).

Para Oliveira (2010), essa importante área de conhecimento envolve recursos que proporcionam às pessoas impedidas de se comunicar, através da oralidade ou que apresentam o entendimento da fala comprometido, a possibilidade de se comunicarem e ainda de se fazerem entender. Tal perspectiva contempla, desde as crianças em fase de aquisição da linguagem a adultos que sofreram acidentes ou doenças que comprometeram sua comunicação.

Dessa forma, a comunicação é considerada alternativa quando o indivíduo não apresenta outra forma de comunicação e, considerada suplementar quando o indivíduo possui alguma forma de comunicação, mas essa não é suficiente para manter elos comunicativos e estabelecer trocas sociais.

Johnson (1998 *apud* CESA 2009) menciona que a comunicação será considerada suplementar quando o indivíduo possuir comunicação insuficiente, e alternativa quando o indivíduo não apresentar outra forma de comunicação.

Por sua vez Nunes (2001), complementa que a comunicação alternativa envolve o uso de gestos, expressões faciais, símbolos gráficos (incluindo a escrita, desenhos, gravuras e fotografias) como forma de efetuar a comunicação de pessoas incapazes de utilizar a linguagem verbal. A comunicação ampliada ou suplementar possui um duplo propósito: promover e suplementar a fala e garantir uma forma alternativa, caso o indivíduo não tenha possibilidade de desenvolver a fala.

Segundo a definição da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) em 1991, citada por Gill (1997, p. 35), recursos de comunicação são “os objetos ou equipamentos utilizados para transmitir as mensagens (exemplos: prancha ou livro de comunicação, equipamento eletrônico ou mecânico, computador)”. Todos esses recursos são compostos por diferentes estímulos, ou seja, por símbolos, dentre eles: objeto concreto, miniaturas, fotos, símbolos, letras, entre outros (MANZINI; DELIBERATO, 2006).

A implementação de um Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo (SCAA) refere-se ao recurso, as estratégias e as técnicas que complementam modos de comunicação existentes ou substituem as habilidades de comunicação inexistentes.

Os sistemas de CSA podem ser organizados em recursos que não necessitam auxílio externo (sinais manuais, gestos, apontar, piscar de olhos, sorrir, vocalizar) e os que necessitam auxílio externo (objeto real, miniatura, retrato, símbolo gráfico, letras e palavras dispostas em recursos de baixa tecnologia). (SCHIMER, BERSCH, 2006)

Vários são os sistemas de CAA disponíveis no mercado. Os profissionais da educação e saúde podem optar por recursos de baixa tecnologia ou recursos de alta tecnologia. Os Recursos de Baixa Tecnologia referem-se a recursos mais acessíveis que possibilitam a comunicação quando inexistente a linguagem oral, podendo ser representados através de gestos manuais, expressões faciais, código Morse e signos gráficos como a escrita, desenhos, gravuras, fotografias, objeto reais, miniaturas. Podem ser também utilizados o *Sistema de Símbolos Bliss*, *Pictogram Ideogram Communication System – PIC*, *Picture Communication Symbols – PCS*. Os símbolos utilizados nesses sistemas podem ser trabalhados em pranchas, painéis, carteiras ou outra forma acessível a quem utilize.

A literatura a respeito de Comunicação Alternativa tem apontado para uma série de conjuntos e/ ou sistemas de símbolos que permitem a comunicação de pessoas que não produzem linguagem oral, como, por exemplo, Sistema “Bliss”, Picture Exchange Communication System-PECS, Picture Communication Symbols-PCS e Pictogram-Ideogram Communication-PIC (DELIBERATO, 2007).

A família e o cuidador devem ser envolvidos no processo de decisão sobre o sistema mais conveniente para determinado momento na vida do paciente, devendo participar da identificação do conteúdo essencial a compor a prancha de comunicação. A decisão dos materiais pode estar vinculada desde o uso de objetos, figuras, fotos até os sistemas de símbolos já organizados, como os citados acima, além do uso dos gestos, língua de sinais e a escrita (MANZINI; DELIBERATO, 2004).

Dentre os vários recursos disponíveis na CSA um deles é a prancha de comunicação.

2.2.4 Prancha de Comunicação

Os gestos manuais e corporais, as expressões faciais, o uso de cartões pictográficos e a voz digitalizada são alguns exemplos de meios alternativos de comunicação. Tais recursos podem ser classificados como: sem tecnologia, de baixa tecnologia e de alta tecnologia. Os primeiros caracterizam-se por envolver apenas o corpo do indivíduo como forma de comunicação; já o segundo envolve recursos não eletrônicos que vão além do corpo da pessoa, como pranchas acopladas ou não à cadeira de rodas, álbuns, cadernos, figuras fixadas em chaveiros e em pochetes, etc.; e o último grupo inclui as pranchas eletrônicas de comunicação e vozes digitalizadas (HANLINE, NUNES, WORTHY, 2007).

A prancha de CSA tem o objetivo de propiciar a comunicação através do manuseio e uso de alguns sistemas de comunicação por figuras, que podem ser utilizados por pacientes com alguma dificuldade ou limitação verbal, como portadores de autismo, deficiência mental, paralisia cerebral, sequelas de acidentes vasculares encefálicos, síndromes congênitas, laringectomizados, entubados, traqueostomizados, em leitos de UTI ou mesmo deficientes auditivos e outros (ALENCAR, 2002).

Para Pelosi (2007, apud Souza; Galvão, 2007), a prancha de comunicação engloba dispositivos simples que consistem em superfícies sobre as quais são dispostos os símbolos ou gráficos. As pranchas são personalizadas considerando-se as possibilidades cognitivas, visuais e motoras de seu usuário, e podem estar soltas ou agrupadas em álbuns ou cadernos.

Este recurso pretende diminuir a dependência desses pacientes de terceiros para prover a comunicação, bem como fazer um sistema com uma interface intuitiva e funções específicas a fim de acelerar o processo de comunicação. Estando permanentemente aberta a modificações e adaptações.

Segundo Alencar (2002), o artefato onde dispõe o sistema de comunicação é denominado Prancha de Comunicação. As Pranchas de Comunicação podem ser construídas com materiais simples, ou seja, cadernos, álbuns, quadro de pregas, flanelógrafo, painel de alumínio para fixar cartões com imãs, pastas, coletes, aventais,

livros, fichários tipo pasta-arquivo, cavalete de pintura, cartões fixos em chaveiros, dentre outros, ou com materiais de alto custo como aparelhos eletrônicos. Nelas é possível expor figuras, números, símbolos, letras, palavras escolhidas através de avaliação de acordo com as necessidades do paciente.

Figura 18 - Prancha de comunicação com símbolos, fotos ou figuras



Fonte: <http://gigi-amancio.blogspot.com>

Figura 19 - Prancha de comunicação alfabética



Fonte: <http://gigi-amancio.blogspot.com/>

Para a confecção de recursos de comunicação alternativa como cartões de comunicação e pranchas de comunicação são utilizados os sistemas de símbolos gráficos, que são uma coleção de imagens gráficas que apresentam características comuns entre si e foram criados para responder a diferentes exigências ou necessidades dos usuários. Existem diferentes sistemas simbólicos, sendo os mais importantes: PCS, Blissymbols, Rebus, PIC e Picsyms (BERCH, 2011).

Os dois principais sistemas de comunicação alternativa são: o Sistema Bliss e o Sistema Pictográfico. O sistema Bliss de Comunicação foi desenvolvido de 1942 a 1965 por Charles K. Bliss e baseava-se na filosofia de Leibnitz, buscava criar uma linguagem que ultrapassasse diferenças de línguas. Em 1971, Mcnaughton utilizou-o com indivíduos com severos distúrbios de linguagem, adaptando o sistema e alguns de seus símbolos. O sistema é composto por símbolos gráficos, coloridos e derivado de um número básico de figuras geométricas. O segundo sistema é o Picture Communication Symbols. Foi desenvolvido por Roxana Mayer no EUA, em 1981. Possui desenhos bidimensionais, constituindo relação idêntica com o objeto a que se refere. Inclui alfabeto e números além de permitir o uso de fotos (DELIBERATO, 2007).

Conforme Bersh (2011), no Brasil esse sistema foi traduzido como PCS - Símbolos de Comunicação Pictórica. O PCS possui como características: desenhos simples e claros, de fácil reconhecimento e adequados para usuários de qualquer idade, facilmente combináveis com outras figuras e fotos para a criação de recursos de comunicação individualizados. O sistema de símbolos PCS está disponível no Brasil por meio do software Boardmaker.

Figura 20 - Prancha com símbolos PCS



Fonte: <http://gigi-amancio.blogspot.com/2011/05/o-que-e-comunicacao-alternativa.html>

Devido a sua configuração, basicamente formada por desenhos que indicam substantivos, pronomes, verbos e adjetivos, o nível de dificuldade de abstração é menor por parte do usuário. Apresenta a vantagem de expor vários símbolos ao mesmo tempo, otimizando o tempo no processo de interpretação das mensagens enviadas pelo paciente.

Esse tipo de recurso, aparentemente, é mais acessível tanto aos grupos sociais quanto aos profissionais e instituições que trabalham com indivíduos com déficits na comunicação (CORRÊA; ABREU, 2002).

A composição das cores do sistema Bliss e do Picture Communication Symbols é distribuída da seguinte forma:

Figuras sociais – cor rosa (contorno ou fundo); Figuras de pessoas – cor amarela (contorno ou fundo); Figuras de verbos – cor verde (contorno ou fundo); Figuras descritivas (adjetivos e advérbios) – cor azul (contorno ou fundo); Figuras miscelâneas: cor branca; Figuras de substantivos: cor laranja. As cores podem auxiliar significativamente a rápida localização dos símbolos (DELIBERATO, 2007).

Neste caso o contorno ou fundo do símbolo receberá uma cor específica de acordo com a categoria que pertence para além de tornar a prancha mais atraente, facilitar a rápida localização dos símbolos.

Para os casos onde o sistema de símbolos PCS não está disponível a prancha de comunicação pode ser confeccionada de materiais variados, como folhas de papel, cartolina, isopor, entre outros.

Schimer e Bersch (2006) ressaltam que para que haja comunicação é importante que não se perca de vista de que é preciso ter algo a comunicar; alguém com quem estabelecer trocas; meios de expressar-se; razão e expectativas na comunicação e oportunidades de manter relacionamentos com outras pessoas.

Mekaru (2003 apud Cesa 2009) constatou que, apesar da evidente importância do recurso da CSA para diversos casos, esta tem sido uma área de pesquisa e aplicação clínica recente e pouco divulgada no Brasil, sendo que, em hospitais, quase não existe. Da mesma forma, Pelosi (2005) concorda com a necessidade de se dispor desse recurso em hospitais e propõe, através de um artigo, a implementação da comunicação alternativa e ampliada nos hospitais.

Sendo assim, todo o esforço deve existir no sentido de possibilitar uma via de comunicação onde o indivíduo poderá expressar seus sentimentos, questionamentos e desejos. Dessa forma, passará da situação de não comunicador ou de comunicador passivo para a situação de agente de comunicação.

3 METODOLOGIA

A metodologia é utilizada para traçar o caminho a ser seguido para descobrir a realidade dos fatos. Podemos conceituar metodologia como “a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação” (MINAYO, 2004, p.44)

“O método concretiza-se como o conjunto das diversas etapas ou passos que devem ser dados para a realização da pesquisa” (CERVO e BERVIAN, 2006, p. 26). Segundo Minayo (2004) métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental.

Ainda segundo Minayo (2004), a pesquisa social em saúde são todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Ao se desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas da pesquisa o investigador/autor trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, em face do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho.

Neste capítulo é descrito a metodologia utilizada para este estudo, incluindo o método de pesquisa a ser aplicado, a delimitação do universo e da amostra, o instrumento de pesquisa a ser utilizado e o processamento dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A metodologia empregada no presente estudo foi baseada na abordagem exploratória-descritiva. Para Gil (1999) a pesquisa exploratória envolve levantamento

bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a pesquisa descritiva envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como a observação sistemática. Compreende, conforme Minayo (2004) desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, refere-se a uma pesquisa qualitativa. Caracterizada de acordo com Silva; Menezes (2001) por o ambiente natural ser a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador, o instrumento-chave. O método qualitativo é para Minayo (2004, p.150):

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo, sendo a externalidade do observador a essência do seu método.

É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Quanto aos meios, se caracterizará, tanto através do levantamento bibliográfico, ou seja, dados secundários, utilizando-se de referências teóricas publicadas em livros, artigos, dissertações e teses de cunho científico, além de sites da internet para a compreensão do desenrolar dos temas na prática, quanto através de dados primários, com a aplicação de uma entrevista relativamente estruturada.

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

Conforme Gil (1991), o universo trata de definir toda a população, mas entende-se por população não o número de habitantes de um local, mas sim um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas), que possuem as características que serão objetos de estudo.

Foi considerado como universo, para a aplicação da pesquisa de campo, profissionais de nível superior de enfermagem de um Hospital Privado, localizado na cidade de Natal/RN.

A amostra, como exposto por Mattar (1999), é uma parte do universo, escolhida para inferir conhecimento para o todo, segundo algum critério de representatividade. Existem dois tipos de amostra: probabilística, que é baseada em procedimentos estatísticos, e a não-probabilística, que, ao menos em parte, não utiliza os procedimentos estatísticos.

A amostra não-probabilística envolverá os profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Privado, localizado na cidade de Natal/RN, no período de 01/08 a 09/09/2011.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estudada é uma unidade de internação, com disponibilidade de 08 leitos, provenientes da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e do Pronto Atendimento. A equipe de enfermagem é composta por 05 enfermeiras.

Das 05 enfermeiras presentes no setor, fizeram parte desse estudo 04 (quatro) participantes do sexo feminino, pois 01 enfermeira não se fazia presente durante o período proposto para a coleta dos dados.

No que diz respeito a faixa etária com idade variando entre 27 (vinte e sete) e 42 (quarenta e dois) anos. No que se refere ao tempo de formação, variando entre 2 (dois) e 9 (nove) anos, todas com pós-graduação concluída ou em fase de conclusão nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva, Nefrologia e Clínica Cirúrgica. Em relação ao vínculos empregatício com outras instituições, 02 (duas) possuem outro vínculo empregatício e 02 (duas) atuam somente no Hospital de estudo.

Fizeram parte do estudo 04 (quatro) participantes do sexo feminino. Para preservar a identidade dos entrevistados, os enfermeiros foram denominados E1, E2, E3 e E4.

3.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Fontes secundárias de dados para coleta serão pesquisadas pela autora deste trabalho de cunho científico, a partir de Março de 2011, ao passo que as fontes primárias serão obtidas através da aplicação do instrumento de pesquisa durante o período de 1º de Agosto até o dia 09 de Setembro de 2011. Cervo e Bervian (2006) destacam que os estudos exploratórios são indicados para prover ao pesquisador um maior conhecimento sobre o tema ou problema.

Para Minayo (2008) métodos e instrumentos são caminhos mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental.

O instrumento de trabalho de campo para coleta de dados na pesquisa qualitativa visa fazer mediação entre os marcos teóricos-metodológicos e a realidade empírica. (MINAYO, 2004). Os dados primários foram coletados através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada, contendo 3 perguntas referentes a prática profissional e ao conhecimento sobre a área da CSA, somadas a 4 questões para a definição do perfil do entrevistado. (Apêndice B)

A entrevista destina-se a construir informações pertinentes para um objeto da pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. Podem ser consideradas conversas com finalidade. A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (MINAYO, 2004)

Nessa entrevista os tópicos questionados devem induzir o entrevistado a uma conversa sobre a experiência.

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora, no ambiente de trabalho de cada entrevistado em data previamente agendada e com autorização da instituição e do profissional conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice A)

3.3.1 Aplicação do questionário piloto

Após a entrevista formulada, foi aplicado um modelo piloto para duas enfermeiras, as quais foram selecionadas aleatoriamente, visando averiguar a fácil compreensão das perguntas estipuladas, e conseqüentemente das respostas a serem fornecidas. Subseqüentemente aos comentários e resultados obtidos, foram realizados os ajustes necessários ao instrumento de pesquisa.

3.4 MÉTODO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A situação de entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma relação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro.

Para as entrevistas, o referencial usado para a análise de conteúdo foi o proposto por Bardin (1977), que sugere as seguintes etapas para a análise do material: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para Bardin (2009, p. 42) análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Ferreira (2003), a partir da abordagem de Bardin, relaciona as possibilidades de uso da análise de conteúdo quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também a imagens de filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais.”

Já para Berelson (1952 apud Minayo, 2008) trata de uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los.

Após a leitura e releitura das falas e posterior transcrição destas, foi utilizado a classificação por categorias, proposta por Bardin (2009) .Nesta classificação, ocorre o agrupamento de idéias, elementos ou e expressões, em torno de um conceito que serviu de roteiro para a análise dos depoimentos. Posteriormente, à formação de categorias, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Utilizou-se a análise categorial que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.

Os resultados foram organizados e descritos, através de um editor de textos, Word®, além de apresentados por meio de um editor de apresentações, o Power Point®, sendo ambos, ferramentas disponíveis através do pacote de programas para computadores, Microsoft Office®.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A comunicação está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada ao paciente. No intuito de Analisar a comunicação suplementar e alternativa desenvolvida pelos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva, foi desenvolvido este estudo, realizado num Hospital Privado localizado na cidade do Natal/RN, no período de 01 de Agosto a 09 de Setembro do ano corrente.

Os sujeitos da pesquisa, foram os enfermeiros, tendo como critério de inclusão a atuação na área de Terapia Intensiva de, no mínimo 02 anos, sem limite de idade, discriminação de cor e sexo, e que aceite livremente e espontaneamente participar da pesquisa. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, e sobre direito ao anonimato, a autonomia de participar ou não do estudo, bem como de desistir a qualquer momento da pesquisa, e, assinaram o Termo do Consentimento Livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em meio eletrônico.

Conforme Bardin (2009) as falas foram organizadas em categorias, são elas: importância da comunicação; Recursos e estratégias para promover a comunicação; Barreiras para o processo de comunicação e Ciência acerca da Comunicação Suplementar e Alternativa.

4.1. CATEGORIA 1 – IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

Foi questionada a importância da comunicação estabelecida entre o enfermeiro e o paciente que se encontra em situação, temporária ou permanente, de comunicação verbal prejudicada.

O discurso geral dos entrevistados afirmava ser componente importante e obrigatório na relação do enfermeiro-paciente. Entretanto, a comunicação tem finalidades ou objetivos diferentes entre as enfermeiras entrevistadas. Conforme relatos abaixo.

“(...) Não tem como desenvolver o atendimento de enfermagem sem o processo da comunicação, pois, como saberei o que está acontecendo com o paciente? Como irei ajudá-lo, sem ele poder exteriorizar suas vontades? Mesmo aqueles pacientes em coma emitem uma resposta, um sinal.” (E1)

“(...) a área de saúde como um todo precisa de comunicação. A troca. Como você vai prestar assistência sem se comunicar? Sem saber o que ela está sentindo? Mesmo crianças, que não falam, mesmo assim, o bebê chora. Se ele chora é porque tem alguma coisa errada. Tem que existir alguma maneira de comunicação, nem que seja não-verbal, corporal mas tem que existir a comunicação. Sem a comunicação não dá.” (E2) .

“A comunicação ela é importante porque através dela você pode traçar uma assistência, de cuidados ao paciente. Com ela você consegue observar o andamento do tratamento dele, seu desenvolvimento, os cuidados prestados pela enfermagem, equipe multiprofissional para se dá andamento ao tratamento. É muito importante, bastante, porque a partir dela que se consegue prestar a assistência (...) porque através da comunicação que se consegue traçar e planejar os cuidados de enfermagem junto ao paciente.” (E3)

“ (...) Para certas condutas como aplicar medicação para dor não é preciso saber o local, basta identificar que o paciente tá com dor (...)” (E4)

Conforme os depoimentos supracitados observa-se como o foco da comunicação a identificação dos sinais e sintomas pertinentes aos pacientes sob seus cuidados. É através da identificação destes que a assistência da enfermagem é planejada. Com base nos sinais e sintomas emitidos pelo paciente conhece-se seu estado, identifica-se suas necessidades básicas prejudicadas e direciona a conduta para minimizar essas necessidades.

Conforme Negrini e Rodrigues (2000) a comunicação enfermeiro-paciente é um meio eficaz do qual o profissional pode recorrer para ajudar seu paciente em suas dificuldades, na medida em que permite conhecê-lo como pessoa e identificar suas necessidades, sinais e sintomas.

Através da troca de mensagens, emissão e recepção destas, que é estabelecido o processo da comunicação. De acordo Bittes Júnior e Matheus (1996) tanto o enfermeiro como o paciente assumem o papel de emissor ou receptor, significando a necessidade de se enviar mensagens capazes de serem entendidas como também entender as mensagens recebidas.

No hospital, principalmente nas unidades de terapia onde o cuidado é intensivo, existe uma troca constante de informações e experiências entre as pessoas. Portanto, se houver um domínio da comunicação como instrumento facilitador da assistência, as necessidades dos pacientes serão mais facilmente observadas, compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde (DOBRO *et al*, 1998).

Conforme a perspectiva de Bittes Júnior e Matheus (1996) a comunicação como processo colabora na qualidade das relações de trabalho seja com a equipe de saúde, seja no registro das atividades de enfermagem, na assistência ao paciente, família, além de evitar que barreiras de comunicação comprometam a eficiência do processo de cuidar do próprio exercício de enfermagem.

Embora seja essencial, no relacionamento terapêutico, a emissão de mensagens pelo enfermeiro nem sempre está presente nas condutas. Isso demonstra que muitas vezes os enfermeiros enfatizam mais a assistência às necessidades físicas, do que às necessidades emocionais dos pacientes. Uma provável razão para este fato pode ser atribuída ao estresse vivenciado pelos enfermeiros da UTI, que os impede de perceber a importância do paciente sentir-se aceito pela equipe que está responsável pelos seus cuidados. (Oliveira *et al*, 2005). De acordo com Potter e Perry, (2002) aceitar o cliente não significa concordar com todas as suas manifestações de comportamento e sim promover a mudança necessária para melhorar seu nível de saúde.

Quando não validamos as mensagens do paciente corremos o risco de agir embasada em nossos próprios valores, crenças ou interpretações errôneas, desprezando a particularidade e individualidade de cada paciente.

Nesse sentido, o processo de comunicação objetivando a identificação de sinais e sintomas, numa perspectiva de troca de mensagens contribui para uma assistência mais efetiva.

Ainda em relação a importância da comunicação foi constatado, através dos depoimentos abaixo, que o foco da comunicação também pode estar voltado à criação de vínculos entre enfermeiro-paciente, promovendo a exteriorização de sentimentos superando a realização apenas dos procedimentos de enfermagem.

“Extremamente importante, pois quando não se tem o contato direto com o paciente acaba perdendo o contato e sua assistência deixa a desejar. Se prende só a técnica e não consegue ter uma visão do que realmente o paciente está sentindo. O contato com o paciente nos dá outra visão completamente diferente. (...) após uma conversa, dele expor o que ele está sentindo, percebemos que alivia a tensão, diminui a tristeza. Fazendo um pouco o papel de psicólogo (...)” (E2).

“(...) Devemos conversar com ele, explicar o quadro, que é provisório, falando na linguagem que o paciente entenda que possa ajudar a melhorar seu estado emocional.” (E4).

Ao considerar que não podemos existir sem nos comunicar e que existimos como pessoa em frente à outra, concluímos que nossa vida é um contínuo comunicar. (STEFANELLI, 1993 apud MOTA, FRANÇA, 2010). Dessa forma, devemos tornar o processo da comunicação mais eficaz e útil objetivando promover qualidade de vida e bem estar daqueles que estão internados e necessitam dos cuidados da enfermagem.

Ultrapassar as barreiras da mecanização do atendimento de enfermagem e torná-lo mais humanizado e holístico através da comunicação tem como consequência diminuir conflitos, buscando atingir objetivos na solução de problemas detectados em situações de interação com os pacientes. Stefanelli (1993, apud Oliveira et al, 2005) completa esse pensamento colocando que é através de um relacionamento efetivo com o paciente, que o enfermeiro oferece-lhe apoio, conforto, informação e desperta seu sentimento de confiança e auto-estima.

Através dos processos de comunicação que se estabelecem as relações de confiança necessárias para o paciente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade. Nesse sentido, os enfermeiros intensivistas além da experiência no uso de tecnologias, e do suporte psicossocial, devem estar atentos ao processo de comunicação para que o paciente possa suportar os efeitos da hospitalização, manter a percepção de si e da sua realidade (HUDAK & GALLO, 1997).

A ansiedade e a dor sentida pelo paciente durante sua internação podem comprometer a comunicação, afetando o relacionamento enfermeiro-paciente, de modo que, demonstrar ou verbalizar aceitação por parte do enfermeiro, permite ao paciente percebê-lo como pessoa em que pode confiar. Isso faz com que ele se sinta seguro e

confortável para expressar seus sentimentos, facilitando o estabelecimento do relacionamento terapêutico.

4.2 CATEGORIA 2 - RECURSOS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A COMUNICAÇÃO

Também foi investigado acerca dos recursos e estratégias utilizados pelos enfermeiros para complementar ou substituir a fala dos pacientes em questão.

Todos os entrevistados relataram utilizar outra forma de comunicação além da fala, utilizando recurso ou estratégias variadas, todas de baixa tecnologia.

“Dou preferências às perguntas de respostas objetivas, é mais fácil para o paciente responder. Sempre pego uma prancheta com uma caneta e coloco para eles escreverem, as vezes faço isso. Ou as vezes quando eles batem muito na cama quando querem conversar, chamam para falar alguma coisa. Pergunto: é dor? Tá sentindo frio? E vou perguntando algumas coisas que possam vir a ser aleatoriamente (...) Exatamente, respostas “sim” ou não”. Se for uma dor, aperte minha mão. Aperta. Se for um paciente que não tenha condição motora, pisque os olhos! Então assim, acaba contemplando né [...] se comunicar. Se for um paciente sedado e inconsciente fica impossível da gente saber o que é que ele está sentindo. O que é que observo num paciente sedado? Sua expressão. Alguns, mesmo sedados, demonstram sua expressão de dor, pelos arrepiados quando estão com frio, sudorese quando estão com calor, tento vê por esses sinais.” (E1)

“Ao chegar ao leito dos conscientes, orientados, intubados, vou perguntando se dormiu bem, se está sentindo alguma coisa, faço com que ele me responda de forma ocular ou motora, é forma que me comunico. Mas tenho dificuldade em obter respostas mais específicas ou que demandem maior complexidade ou quantidade de palavras. Pelo dia a dia acabo conseguindo interagir pelo movimento dos olhos, balançar da cabeça, nem sempre utilizando a fala mas se consegue, de alguma maneira, extrair algo dele. Um aperto de mão (...) Um paciente já chegou a escrever, com papel e caneta, o *que não conseguia falar, quando alfabetizados. Mas fora isso, não lembro outra coisa. Vou perguntando até acertar, intuitivamente.*” (E2)

“Vou perguntando até descobrir, é dor? É fome? É sede? É calor? Tenta ao máximo até achar uma afirmativa. Já tive que fazer milhões de perguntas com uma paciente até descobrir que ela queria baixar as pernas e a cabeceira do leito. Você vê que o paciente tá angustiado com alguma coisa e minha obrigação é tentar descobrir, desvendar aquilo de alguma maneira. Tem que utilizar os meios que tiver e estão disponíveis e que forem necessários. A comunicação é estabelecida através da comunicação não-verbal, que é efetiva aqui na UTI.

Tanto por mímicas, por escrita, temos uma paciente aqui que conversamos com ela por escrita. Estabelece comunicação através do olho, do piscar.” (E3)

“Falo com ele e solicito para apertar minha mão, se ele apertar é que ele tá consciente. Abra o olho, mecha o pé e desse jeito vou tentando conversar com o paciente (...) As quando quero saber mais específico vou perguntando e solicitando que ele balance a cabeça, vou dizendo o que ele tem que fazer, quando acerto ele faz o que solicito. Quando ele está consciente. Se ele tiver consciente, com a comunicação não verbal, que não deixa de ser comunicação. Que é feita com sinais, uma forma de verbalizar sinalizando.” (E4)

Os enfermeiros, como agentes de promoção da saúde, devem continuamente buscar métodos que promovam uma adequada comunicação com os seus pacientes. Outro fator essencial é disponibilidade e a motivação da equipe de enfermeiros de utilizarem criatividade e novas tecnologias para promover um processo comunicativo mais eficaz (MOTA; FRANÇA, 2010).

Conforme Stefanelli (1993, apud MOTA; FRANÇA, 2010) os profissionais da área da saúde que são realmente preocupados com o ser humano procuram desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao mesmo a oportunidade de uma permanência mais digna, mais compreensiva e menos solitária.

O toque, como forma de comunicação não verbal, deve estar presente em toda assistência; este não deve ser condicionado à realização de procedimentos, mas devem ter a finalidade demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao paciente.

Percebe-se nas falas que a estratégia mais utilizada pelos profissionais são as perguntas intuitivas. Espera-se conseguir uma resposta, após algumas séries de perguntas, sendo interpretadas através de gestos (como piscar de olhos ou aperto de mão) ou expressões faciais.

Entretanto, o emprego de inúmeras perguntas ao mesmo tempo pode resultar em fadiga física e emocional e tornar o paciente menos confiante e mais receoso das intenções do profissional. Para Oliveira *et al* (2005), a formulação das perguntas deve ser feita de maneira clara, simples, curta e objetiva, com ritmo e velocidade apropriados porque, só assim transmitem a mensagem de modo adequado.

A implementação de outros recursos, como a utilização de prancheta, em caso de pacientes alfabetizados, deveria ser mais explorada. Otimizaria o tempo gasto pelo enfermeiro na busca da interpretação correta das mensagens emitidas pelo paciente.

4.3 CATEGORIA 3 - AS BARREIRAS PARA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Quando questionadas pelas dificuldades encontradas para estabelecer o processo da comunicação foi relatado à dificuldade em relação ao paciente sedado e com baixo nível de consciência.

“(...)Vou te dar exemplos, para nos comunicarmos com pacientes que estejam intubados é quase impossível. Se o paciente não estiver sedado se torna mais fácil. Como? O que faço com meus pacientes que estão sedados, sedados mas a nível de estarem conscientes e orientados.” (E1)

“Acho que dificuldade tem não só nisso, vai muito do interesse do profissional” (E2).

“(...)Na maioria das vezes é entender o que ele quer expressar. Mas com paciência e várias tentativas conseguimos alcançar os objetivos.” (E3)

Por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamento automatizados, onde o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço. (ZINN et al, 2003)

Diante desses depoimentos, observa-se que, a comunicação pode ser estabelecida, apesar da dificuldade, mesmo com pacientes em sedação, tanto a verbal e principalmente a não verbal. Destaca-se ainda que, nestes casos, os pacientes não conseguem se manifestar claramente, pois em algumas vezes, o nível de sedação é desnecessário para seu quadro clínico.

A incapacidade de para a comunicação é frustrante não somente para o paciente, mas também para a equipe profissional, podendo afetar negativamente os cuidados médicos e de enfermagem (GONÇALVES, 2008).

A chave para o sucesso de um recurso ou estratégia em ambiente hospitalar, especialmente na UTI, é a simplicidade. Elementos que requeiram extenso aprendizado, alto custo ou tecnologia, tanto do usuário quanto do interlocutor, não são práticos e podem levar a situações frustrantes para ambos.

4.4 CATEGORIA 4 - CIÊNCIA ACERCA DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA

Por fim, foi abordado o grau de conhecimento dos profissionais sobre a área da Comunicação Suplementar e Alternativa. Em todas as entrevistas observou-se que os profissionais relataram não conhecer a área em questão.

“...Não nesses termos, mas já li alguns artigos, por curiosidade, sobre como falar com pacientes intubados.” (E2)

“(...)Vi a escala de dor com numeração, com imagens de sol e lua.” (E1)

Não, não. Não nesse termo (E3)

A CSA é uma área relativamente nova, ainda pouco difundida na prática hospitalar, tradicionalmente é mais empregada na área da reabilitação por profissionais da Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Entretanto, conforme as falas supracitadas, que apesar dos profissionais não possuírem conhecimento da terminologia CSA, ela estava sendo empregada pelos profissionais.

Contudo, pode-se perceber que, independente do foco, o profissional da enfermagem considera a comunicação como fator indispensável no processo humanizado e holístico da assistência. Mesmo aqueles pacientes que, por motivos clínicos ou físicos, não utilizam a fala como meio principal para expressar suas necessidades e anseios fazem parte da rotina de atendimentos do enfermeiro em UTI.

Embora sem conhecimento teórico sobre a área, os profissionais estão utilizando recursos de CSA de baixa tecnologia como gestos, expressões, sinais e, com menos frequência, a utilização de pranchetas.

As dificuldades para o estabelecimento do processo da comunicação está relacionada a interpretação correta do enfermeiro das mensagens emitidas pelo

paciente, pela falta do conhecimento sobre o tema o enfermeiro dispõe de poucos recursos ou estratégias que promovam a comunicação. Entretanto, ao serem questionadas sobre a área da CSA, todas demonstraram interesse em se aprofundar na temática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram positivos. Os enfermeiros entrevistados demonstram interesse em buscar conhecimento sobre a área pesquisada para, com isso, aperfeiçoarem a assistência prestada aos pacientes com a comunicação verbal prejudicada.

Devemos enxergar o paciente como um ser complexo que possui necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional, o qual se encontra fragilizado pela doença. Mesmo assim, esse ser ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. O enfermeiro deve estar sensibilizado para perceber essa individualidade e as necessidades de cada um, facilitando assim seu processo de comunicação.

Ainda que o paciente esteja sedado e sem verbalizar, ficou evidenciado que ele pode utilizar outros recursos para promover a comunicação e sentir-se parte do ambiente que está inserido.

É a comunicação que garante ao paciente a expressão de suas necessidades, idéias e, principalmente, seus sentimentos, suas dores e suas vontades. Dessa forma, é que se pode garantir a sua autonomia durante sua internação hospitalar.

A priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, então, planejar ações. Nesta perspectiva, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber não constitui apenas olhar, mas atentar a identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. Contudo, percebe-se, ainda, na prática de alguns enfermeiros a ausência da valorização do relacionamento interpessoal e da adequação ao uso da comunicação no contexto do cuidado.

Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o profissional que trabalha em UTI deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto à realização dos procedimentos técnicos, já que nem

sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem diante de situações de estresse como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, G. A. R. **O direito de comunicar, por que não? Comunicação Alternativa e ampliada a pessoas com necessidades educacionais especiais no contexto de sala de aula.** Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Decreto Nº3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D3298.htm>>. Acesso em 15.abr.2011

BERSCH, Rita. **Introdução a Tecnologia Assistiva.** Porto Alegre: Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil, 2008.

BITTES JÚNIOR, A; MATHEUS, M. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. **I. Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 6, p. 61–73.

BOONE, D. R.; PLANTE, E. **Comunicação Humana e Seus Distúrbios.** [tradução de Sandra Costa]. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CAPOVILLA, F.C. ; THIERS, V.O. ; CAPOVILLA, A.G.S. Avaliação cognitiva de crianças com severos distúrbios motores: versões computadorizadas, normatizadas e validadas de cinco testes de vocabulário, compreensão auditiva, prontidão para leitura e inteligência geral. In: Nunes, L.R.O.P. (Org.). **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais.** Rio de Janeiro: Dunya, 2003, p. 253-262.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnóstico de Enfermagem:** aplicação á prática clínica; trad. Reginca Garcez. 10ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica.** 5ª Ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2006

CESA, Carla Ciceri. **A Comunicação Aumentativa e Alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2009.

COOK, A. M.; HUSSEY, S. M. **Assistive Technologies**: principles and practice. 2nd. ed. Saint Louis: Ed. Mosby, 1995.

COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. Comitê de Ajudas Técnicas. **Ata VII do comitê de Ajudas Técnicas** : realizadas nos dias 13 e 14 de dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cordel/comite_at.asp> Acesso em: 15.abr.2011

DELIBERATO, Débora. **Comunicação Alternativa: Recursos e procedimentos utilizados no processo de inclusão do aluno com severo distúrbio na comunicação**. São Paulo: [s.d.], 2007.

DOBRO, E. R. H. et al. **A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal**. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.

FERREIRA, B. **Análise de Conteúdo**. <http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm> em 18/010/11.

FONTES, Maria Cristina F., UTYAMA, Iwa Keiko Aida and RODRIGUES, Ines Gimenes. **Communication in the integrated curriculum of the nursing graduation course at the State University of Londrina**.. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP, Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100012&lng=en&nrm=abn>. Access on: 13 May. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

GILL, Nadia Browning. Comunicação através de símbolos: abordagem clínica baseada em diversos estudos. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo v. 6, n. 34, p. 34-41, 1997.

GLENNEN, S. L. (1997) Introduction to augmentative and alternative communication. Em S.L. Glennen & D. DeCoste (Eds). **The handbook of augmentative and alternative communication**, (pp. 3-20). San Diego, Singular.

GONCALVES, Maria de Jesus. Editorial II - **Comunicação alternativa na fonoaudiologia**: uma área em expansão. *Rev. CEFAC* [online]. 2008, vol.10, n.3, pp. 0-0. ISSN 1516-1846. doi: 10.1590/S1516-18462008000300002.

GONCALVES, Maria de Jesus. **O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI**: como o fonoaudiólogo pode ajudar? *O Mundo da Saúde* São Paulo: 2008: jan/mar 32(1):79-84

HANLINE, M. F.; NUNES, D. R.; WORTHY, M. B. **Augmentative and alternative communication in the early childhood years**. *Young Children on the Web*, July , 1-6, 2007.

HUDAK, C. M.; GALLO, B.M. Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In: HUDAK, C. M.; GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem**: uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MANZINI, Eduardo José; DELIBERATO, Débora. Recursos para Comunicação Alternativa. In: **Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física**. 2. ed., 2006. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf> Acesso em: 29.MAR. 2011.

MANZINI, E. J.; DELIBERATO, D. **Portal de ajudas técnicas para a educação: equipamento e material pedagógico para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física -recursos para comunicação alternativa**. Brasília: Mec/Secretaria de Educação Especial, 2004. Fascículo 2, 52p. il. ISBN 85-86738-22-0.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 11ª Ed, 2008

MOURÃO, Carla Monique Lopes; Albuquerque, Aline Mara Souza; Silva, Anna Paula Sousa da; Oliveira, Mariza Silva de; Fernandes, Ana Fátima Carvalho. **Comunicação**

em enfermagem: uma revisão bibliográfica / Communication in nursing: a literature review. *Rev. RENE*;10(3):139-145, jul.-set. 2009.

MOTA, Gizele Pereira; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos.: **Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva:** validação de um método alternativo / Non verbal communication in intensive care unit: validation of an alternative method : *Comun. ciênc. saúde*;21(1):39-48, jan.-mar. 2010. tab, ilus.

NEGRINI, M. R.; RODRIGUES, A. R. F.: **Relacionamento terapêutico enfermeiro paciente junto a mulheres mastectomizadas.** *Revista Mundo da Saúde*, v.24, n.4, p. 16-22, 2000.

NUNES, L. R. d'O. P. A comunicação alternativa para portadores de distúrbios da fala e da comunicação. In: MARQUEZINE; M.C.; ALMEIDA, M.A.; TANAKA, E. D. O. (Orgs.). **Perspectivas multidisciplinares em Educação Especial II.** Londrina: EDUEL, 2001

NUNES, L.R.O.P. (Org.). **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais.** Rio de Janeiro: Dunya, 2003.

OLIVEIRA, Fátima Inês Wolf de. **Comunicação alternativa.** *Rev. bras. educ. espec.* [online]. 2010, vol.16, n.1, pp. 151-152. ISSN 1413-6538. doi: 10.1590/S1413-65382010000100012

OLIVEIRA, P.S.; NÓBREGA, M.M.L.M; SILVA, A.T.M.C; FERREIA FILHA, M.O. **Comunicação Terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva.** *Ver, Eletr. Enf.* [Internet]. 2005;7 (1):54-63.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca – **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

PAULA, Kely Maria Pereira de and ENUMO, Sônia Regina Fiorim. **Avaliação assistida e comunicação alternativa: procedimentos para a educação inclusiva.** *Rev. bras. educ. espec.* [online]. 2007, vol.13, n.1, pp. 3-26. ISSN 1413-6538. doi: 10.1590/S1413-65382007000100002.

PELOSI, Miryam Bonadiu. Comunicação Alternativa e Suplementar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 47, p. 462 -468.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: Conceitos, processo e prática**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RYS, Regina Yu Shon. **Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil**. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2009 jan-mar;21(1):69-74.

SÁ, A. C. de O. **O cuidado do emocional em enfermagem**. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SCHIMER, Carolina R. Comunicação Suplementar e Alternativa no trabalho com portadora de paralisia cerebral. In: RIBAS, Letícia Pacheco; PANIZ, Sandra Inês Marcon. **Atualizações de temas em Fonoaudiologia**. Novo Hamburgo: Editora FEEVALE, 2004.

SCHIMER, Carolina R.; BERSCH, Rita. Comunicação Aumentativa e Alternativa – CAA. In: Atendimento educacional especializado. Brasília: SEESP/SEED/MEC, 2006

SILVA, Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. 159 p.

SUÁREZ, M.D. et al Ajudas de alta tecnologia para acesso à comunicação e à escrita. In: C. B. Almirall e col (org). **Sistemas de sinais e ajudas técnicas para a comunicação alternativa e a escrita**. Marília: São Paulo: Editora Santos, p. 43-61, 2003.

VON TETZCHNER, S.; MARTINSEN, H. **Introdução à comunicação aumentativa e alternativa**. Portugal: Porto Editora, 2000, 287p.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R.: **Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida**. Ver Latino-am Enfermagem, 2003 maio-junho; 11(3): 326-32.

APÊNDICES

APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, Natal/RN
Cep: 59014-540 Telefone(84) 3215-2917. E-mail: osvaldo@farn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Análise do uso da comunicação suplementar e alternativa desenvolvida pelos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva em pacientes com diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada**” coordenada pelo Prof.º Osvaldo Goes Bay Júnior, do Curso de Enfermagem – FARN. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura analisar a comunicação suplementar e alternativa desenvolvida pelos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva em pacientes com diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. Uma vez, conhecendo os recursos utilizados, poderemos identificar as potencialidades e fragilidades de tais recursos, bem como contribuindo para suas difusões, subsidiando futuras propostas de (re) organização do trabalho voltado para os cuidados do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, com vistas à promoção das necessidades humanas básicas.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: um processo de entrevista semi-estruturada, contendo perguntas abertas, elaborado e aplicado em local seguro, em condições de privacidade, conforto, proteção e segurança.

Nesta pesquisa, durante a sua participação os riscos são mínimos e imprevisíveis. Caso ocorram, serão de inteira responsabilidade dos pesquisadores, que responderão por qualquer indenização, se for o caso. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Ressaltamos que sua participação é livre e voluntária. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, além de desistir deste estudo em qualquer etapa sem penalidades ou prejuízos, conforme os princípios que regem a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o responsável pela pesquisa MSc. Osvaldo Goes Bay Júnior, no endereço: FARN - Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, Natal/RN ou pelo telefone (84) 3215-2917. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“Análise do uso da comunicação suplementar e alternativa desenvolvida pelos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva em pacientes com diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada”**

Natal, _____ de _____ de 2011.

Sujeito participante da Pesquisa

Impressão Datiloscópica



Vívian Cristine de Lara Menezes Medeiros
 Graduanda em Enfermagem

Prof.º MSc. Osvaldo Goes Bay Júnior
 Professor MSc. Do Curso de Enfermagem da FARN
 Orientador da Pesquisa

APÊNDICE B– ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
ENFERMAGEM

ENTREVISTA

I - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA:

Sexo:

Idade:

II – SOBRE O TRABALHO

Tempo de formação:

Possui pós-graduação:

Tempo de experiência profissional em Unidade de Terapia Intensiva:

Possui outro vínculo profissional:

II – QUESTÕES:

Para você, qual a importância da comunicação estabelecida entre o enfermeiro e os pacientes com comunicação verbal prejudicada?

Fale um pouco sobre como você realiza esse processo de comunicação.

Quais as principais dificuldades encontradas para a concretização dessa comunicação?