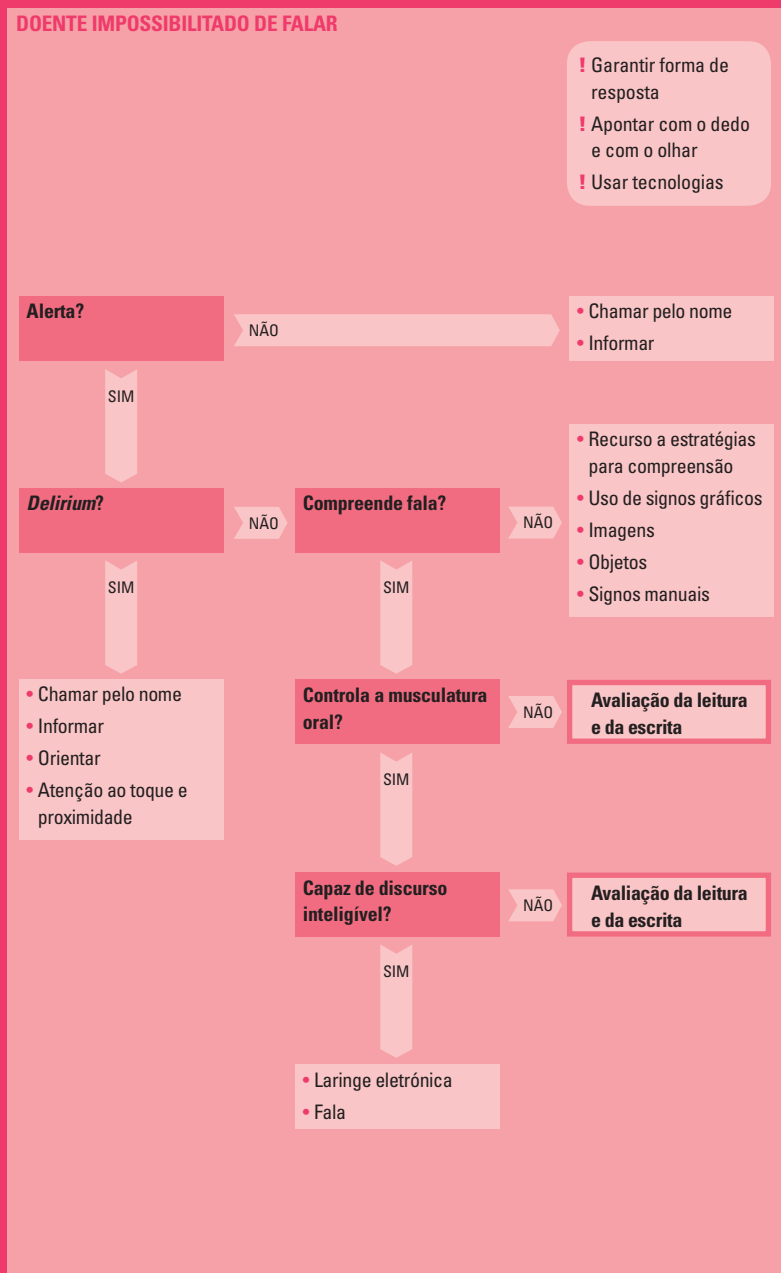


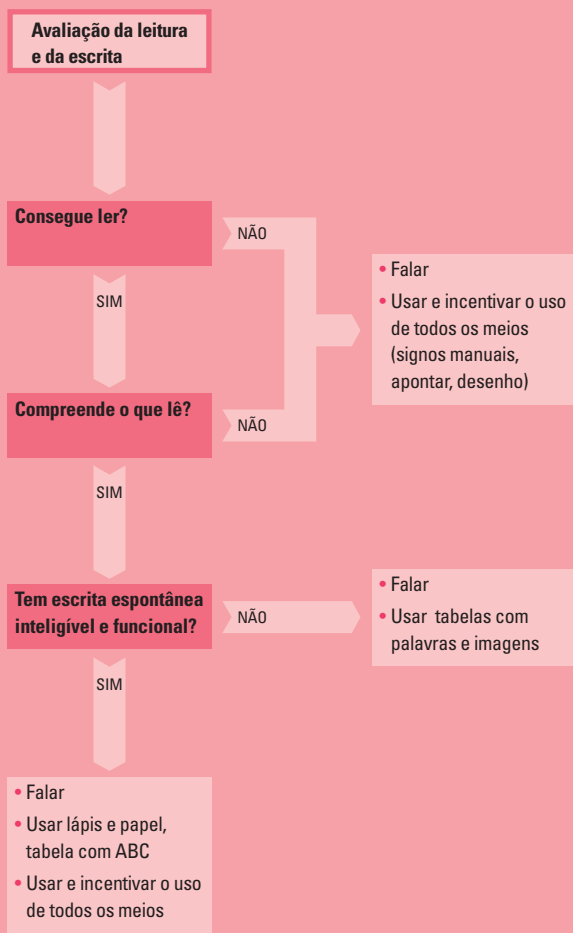
3.1. DOENTE IMPOSSIBILITADO DE FALAR

Ana Peixoto e Paula Valente



AVALIAÇÃO DA LEITURA E DA ESCRITA

- ! Recetividade ao uso de outros meios de comunicação
- ! Emoções



Este capítulo procura apoiar os profissionais de saúde na comunicação com adultos cujas condições clínicas dificultam ou impedem a comunicação verbal. Embora não substitua o trabalho em equipa, pretende apetrechar os profissionais de saúde com alguns procedimentos e estratégias básicas que podem ter uma interferência positiva no processo comunicativo¹, especialmente desde o primeiro contacto. Para a maioria das pessoas com uma afeção grave da linguagem e da fala, o sucesso comunicativo depende sobretudo da capacidade do interlocutor se adaptar a ela.²

Os profissionais de saúde, para além da procura da melhor estratégia a utilizar com cada doente em particular, assumem os seguintes princípios básicos em todas as entrevistas com um doente com dificuldade em comunicar verbalmente:³

- **Transmitir calma e respeito** pelo outro, pelos seus sentimentos, necessidades e dificuldades;
- **Respeitar** a sua **privacidade**;
- **Encorajar** a **autonomia** do doente em todas as áreas, principalmente, no processo comunicativo;
- **Evitar aumentar a tensão** ou **fadiga** do doente (fazer pausas, não pedir tarefas simultâneas, adequar linguagem, não apressar a conversa);
- **Evitar falar demais**;
- **Evitar infantilizar** ou usar familiaridade excessiva;
- **Evitar críticas e correções**;
- **Ser paciente**.

Avaliação

Perante um doente com uma afeção grave da linguagem e da fala, a avaliação permite guiar o profissional de saúde na tomada de decisões relativas às estratégias de comunicação e às formas de comunicação aumentativa e alternativa⁴ mais eficazes para comunicar. Assim, o profissional de saúde avalia alguns parâmetros que permitirão delinear as estratégias e meios de comunicação mais eficazes para comunicar com cada doente e em cada situação.⁴ Em doentes com alterações congénitas, a avaliação deve ainda incluir o reconhecimento e uso das estratégias que o doente já utilizava na comunicação com os outros.

A interpretação de sinais não verbais, por outro lado, deve ser ajustada ao contexto em que as perturbações da linguagem e da fala surgem. Em Unidades de Cuidados Intensivos, por exemplo, olhos abertos não correspondem a um nível de alerta, da mesma maneira que olhos fechados não correspondem a um nível de inconsciência.

i “Entende-se por **Comunicação Alternativa** qualquer forma de comunicação, diferente da fala, usada por um indivíduo em contexto de comunicação frente a frente. **Comunicação Aumentativa** é uma forma de comunicação complementar ou de apoio, a qual tem o duplo objetivo de promover e apoiar a fala e garantir uma forma de comunicação, caso a pessoa não aprenda/consiga falar.”¹⁹

1. Estado de consciência

O **estado de consciência** é o primeiro parâmetro que o profissional de saúde avalia, recorrendo a escalas próprias como a **Escala de Coma de Glasgow** e, uma vez que pode sofrer modificações relevantes, deve ser reavaliado em cada (re)encontro com o doente. Esta avaliação permite monitorizar dois componentes fundamentais da consciência: o **estado de vigília** e a **autoconsciência** (orientação que a pessoa exhibe em relação a si própria, no tempo e no espaço). O profissional de saúde está atento ao estado de consciência e adapta-se, comunicativamente, ao nível com o qual o doente está capaz de cooperar.⁵

Assim, perante um estado de consciência entre o **coma profundo** e o **coma intermédio** (pontuação de 4 a 7 na Escala de Coma de Glasgow), o profissional de saúde:

- **Trata** o doente **pelo nome**;
- **Apresenta-se** referindo o seu nome e os dados que lhe pareçam relevantes no momento (funções e lugar na equipa);
- **Informa** o doente de todos os atos que vai realizar antes de estes acontecerem, e do resultado previsível;
- **Transmite segurança e conforto** através do tom de voz, da forma como toca e mobiliza;
- **Despede-se** no final da entrevista.

Se o doente se encontra sedado, a comunicação do profissional de saúde é simples no que concerne a informações dadas, baseando-se em frases curtas ou a perguntas formuladas que deverão ser fechadas. Esta estratégia permite ao doente responder apenas com “sim”, “não” ou “não sei”. A última alternativa representa uma mais-valia na intervenção com pessoas com perturbações da capacidade de comunicação – dá oportunidade de responder corretamente a perguntas como “*É alérgico a algum medicamento?*” ou “*Ingeriu álcool antes do acidente?*”, quando o doente não se recorda ou não sabe a resposta, podendo até evitar erros graves. Alguns autores apontam ainda a categoria “*outra coisa*”, que dá ao doente a hipótese de alertar para um tópico diferente daquele que está a ser equacionado.⁶

Quando o doente está reativo ao ambiente, percebe que falam com ele e é capaz de responder de forma mais elaborada. Contudo, ainda não é capaz de se manter concentrado por longos períodos.⁶ Deste modo, a preocupação durante a interação comunicativa deverá ser a de manter as informações simples e curtas.

No início da interação, o profissional de saúde pergunta ao doente (ou à família) se usa **óculos, próteses auditivas** ou qualquer outro dispositivo cuja ausência possa comprometer a comunicação, e se estes estão bem ajustados. Em contexto de Cuidados Intensivos fá-lo assim que o doente apresentar um nível de consciência que permita a interação.⁶

A par desta avaliação, o profissional de saúde está atento a sinais de alerta relativos a alterações de estados de consciência, como por exemplo o *delirium*.⁷

ii Não confundir com Delírio, síndrome psicopatológica que ocorre sem alteração do estado de consciência.

Neste sentido, perante um doente em *delirium* o profissional de saúde coopera com o doente e facilita os *imprintings* que está a fazer da realidade:⁶

- **Mantém uma distância social** superior a 50 cm, para que não se torne ameaçadora (as pessoas que estão a menos de 50cm de distância, numa análise de proximidade, são as pessoas que são emocionalmente muito próximas ou os agressores);
- **Trata o doente pelo nome**, quando se aproxima dele;
- **Apresenta-se;**
- **Informa** o doente de todos os atos que vai realizar e do resultado previsível;
- **Pergunta-lhe se tem dúvidas** (repete a informação dada anteriormente, em caso afirmativo);
- **Transmite segurança** e conforto através do tom de voz, da forma como toca e mobiliza;
- Pergunta-lhe se tem **alguma dúvida;**
- **Esclarece;**
- **Despede-se.**

À medida que o estado de consciência evolui para níveis de maior alerta ou se encontra normal, é necessário ajustar o nível comunicativo e linguístico àquele com que o doente pode cooperar e participar. De forma a definir uma estratégia de comunicação adequada ao nível comunicativo do doente, o profissional de saúde procede à avaliação da linguagem, que pode ser feita formal ou informalmente.⁸ Existem algumas baterias formais ajustadas à população portuguesa, tal como a *Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa*^{22,23,24}, que permitem uma avaliação instrumental deste parâmetro. Na impossibilidade de aplicar os testes referidos, é possível uma **avaliação informal**. Isto é, o profissional de saúde usa o ambiente para a avaliação, utilizando objetos do próprio contexto, adequados a cada doente.

Ainda antes de iniciar a avaliação de linguagem propriamente dita, o profissional de saúde **garante que o doente tem alguma forma de responder**. Assim, verifica quais os segmentos corporais que exibem movimento voluntário. Pensa, no caso de não encontrar movimento ativo e voluntário ao nível das mãos ou dos braços, em segmentos corporais alternativos. Verifica, se possível com a colaboração de outros profissionais (por exemplo, terapeutas ocupacionais), se a pessoa é capaz de realizar algum movimento de cabeça (que permita a colocação de um *switch* com o qual possa ativar uma tecnologia com saída de voz, por exemplo), com os pés, pernas, etc. Este parâmetro é particularmente importante em pessoas com síndrome de *Locked-in*. Nestas, ou quando o compromisso motor parece envolver a maioria do corpo, o profissional de saúde pesquisa a existência de outros movimentos voluntários como movimentos oculares ou palpebrais.^{5,9,10}

2. Compreensão e expressão linguística

A avaliação da **compreensão e expressão linguística** constituiu o segundo momento de avaliação.

Quanto à avaliação da **compreensão linguística**¹¹ é imprescindível avaliar a compreensão de ordens simples, de ordens complexas, a orientação no espaço e no tempo, etc. Testa o cumprimento de ordens relacionadas com o próprio corpo do doente e com os objetos disponíveis. Dá ordens diretas como “*Levante o braço*”, “*Feche os olhos*”, “*Ponha a caneta dentro do copo*” e não usa expressões pouco diretas, como “*Gostaria que pegasse no copo*”, acrescentando sempre “*Por favor*”. Se a pessoa falhar, realiza perguntas de resposta sim/não. (Em perturbações específicas, como é o caso da Afasia, existem alguns aspetos particulares a considerar ao longo da avaliação da compreensão. Para saber mais da avaliação da compreensão, consulte o Anexo.)

Quando a compreensão linguística está perturbada, a capacidade do doente compreender e fazer-se entender estão afetadas. Seria comparável a querer falar num país estrangeiro, desconhecendo a língua dos seus habitantes e sendo incapaz de se expressar de modo compreensível para os outros. Mantém-se a ideia do que se quer e de quem se é, mas a capacidade de comunicar fica perturbada, sem acesso a formas conceptuais de se referir “ao mundo”.

Da perceção desta dificuldade resulta a necessidade de adaptação o discurso ao doente, **adotando-se formas alternativas de comunicação**, quer para se expressar, quer para compreender o doente. Nesta adaptação, feita em equipa com o terapeuta da fala¹², o profissional de saúde segue alguns procedimentos gerais:^{11, 13, 14}

- Utiliza uma **voz expressiva** a acompanhar uma expressão facial apropriada e gestos naturais;
- Usa **frases curtas**;
- **Fala pausadamente** e usa um volume de voz moderado, **sem gritar** (o doente pode não perceber o que lhe é dito, mas ouve);
- Apresenta um **sinal claro de mudança de tópico** (mostra imagem/objeto/escreve);
- Aborda **um tópico de cada vez**;
- Dá **tempo para responder**;
- **Pergunta o que pode ajudar** (“*Ajuda se repetir?*”);
- **Responde a todos os modos de comunicação e interpreta as tentativas do doente** para se exprimir;
- **Assegura-se** regularmente de que o doente **está a compreender** o que lhe está a ser dito (sumariando e repetindo);
- **Acompanha o que está a dizer com imagens, gestos naturais e signos gráficos** que possam facilitar a compreensão do que é dito e a participação do doente na resposta (um exemplo destas imagens e signos gráficos é o uso de uma escala de dor);
- **Escreve as palavras principais** do que está a dizer num papel;
- **Pede à família** que reúna **imagens e fotografias** de atividades, pessoas e acontecimentos sobre os quais possam comunicar. (Ver estratégias específicas para pessoas com Afasia ou com outras patologias que afetam a compreensão – Anexo.)

A comunicação sem recurso à fala é desafiante e exige um conjunto de adaptações conscientes e ajustadas por parte do interlocutor, que justificam a procura de formação específica nesta área, a sua promoção junto da equipa e o pedido de ajuda ao terapeuta da fala.^{2,14}

A **capacidade de expressão oral e capacidades de leitura e escrita** são outros parâmetros a ser avaliados. A avaliação do controlo ativo da musculatura oral e da capacidade de expressão oral constituem um desafio para o profissional de saúde de natureza tripla: ver se a fala é possível,¹ no caso de não ser, verificar se a perturbação que a limita é de natureza central, periférica ou ambas.² Se o doente consegue falar, verificar se existem alterações linguísticas que afetem a sua inteligibilidade.^{3,5,14}

No que diz respeito à avaliação destes parâmetros, o profissional de saúde:

- Verifica se o **doente tenta falar**;
- Pede-lhe para esboçar alguns **movimentos sob comando** (“*abra a boca*” “*ponha a língua de fora*”);
- Pede ao doente para **contar até 20** (a resposta a este pedido exige discurso automático; se apresentar dificuldades, significa que em discurso espontâneo, em que a pessoa tem de se organizar para falar de um assunto, a dificuldade pode aumentar de forma exponencial).
- Por fim, verifica se o seu **discurso** é inteligível, se tem parafasias, se tem erros sistemáticos ou aleatórios (poderá fazê-lo com perguntas sobre a história pessoal ou o motivo da consulta ou realizar uma prova simples de nomeação de objetos).

Se o doente apresentar alterações linguísticas no discurso, existem algumas estratégias gerais que o profissional de saúde deve adotar.¹⁴⁻¹⁶ Assim:

- Usar e disponibilizar **outros meios de comunicação**;
- Identificar o tema da conversa fazendo **perguntas** de resposta **sim/não**;
- **Repetir em voz alta** para confirmar a informação obtida;
- **Resumir**;
- **Recorrer aos familiares** como fonte de informação em último caso (se experimentou todas as hipóteses de entender o doente);

O anexo final aborda estratégias mais específicas usadas em doentes com Afasia, mas que podem ser utilizadas também em doentes com outras alterações de expressão.

Muitas vezes, no contexto das Unidades de Cuidados Intensivos, quando o profissional percebe que a pessoa que está à sua frente tem um bom controlo da musculatura oral mas está impossibilitado de usar a fala como forma de comunicação (por fraco suporte respiratório, pela existência de um traqueostoma, etc.), pode optar por fazer leitura labial. Nestes casos, pode ainda considerar o uso de uma **laringe eletrónica**, apesar desta modificar a “voz” do doente, tornando-a claramente artificial.¹³

No entanto, também amplifica a voz e reduz de forma drástica o esforço comunicativo. É essencial procurar o melhor ponto de contacto da laringe eletrónica. Para algumas pessoas o melhor ponto fica mais perto do pescoço, para outras a inteligibilidade melhora quando o ponto de contacto está mais perto da base da língua.⁶

Para as pessoas com **boas capacidades de compreensão** mas que estão impedidas de usar a fala como forma de comunicação (por ex. mutismo, hipofonia, disartria, traqueostomia), inclusive através de laringe eletrónica, as alternativas diversificam-se. Para além do uso de imagens ou signos gráficos já referidos, uma estratégia primária nesta situação será combinar com a pessoa um sinal para sim/não (por exemplo, piscar os olhos uma vez para “SIM”, e duas para “NÃO”, apertar a mão, acenar com a cabeça, olhar/apontar para a palavra “SIM” ou “NÃO” escritas, etc.). Além disso, o profissional de saúde também considera sistemas que se baseiam nas competências de leitura e escrita, a avaliar.¹³

Na avaliação das **capacidades de leitura e escrita** certifica-se, em primeiro lugar, qual é a escolaridade do doente (através da profissão ou perguntando-lhe). Se não o fez no início, confirma neste momento se necessita de óculos. Depois, faculta-lhe algumas palavras escritas em letra maiúscula e pede-lhe para ler em voz alta. Se ler corretamente, testa se compreendeu o que leu, pedindo-lhe para associar as palavras ao objeto correspondente, para identificar, entre várias, a palavra pretendida, ou cumprir uma ordem escrita.¹⁷

Se consegue ler e compreende a informação assim obtida, o profissional de saúde prossegue para a avaliação da capacidade de expressão escrita. Se, pelo contrário, o doente não consegue ler, não avalia a escrita e passa a utilizar comunicação assistida com recurso a formas de representação mais fáceis. Estas podem incluir, como referido: fotografias facultadas pela pessoa e pela família, imagens, signos gráficos, etc. Uma vez mais, é importante o contacto com o terapeuta da fala para conhecer as alternativas existentes.^{6, 11, 13}

Para avaliar a capacidade de expressão escrita, o profissional de saúde pede ao doente que escreva o seu nome. Contudo, sendo a assinatura uma atividade que apela a um automatismo, nem sempre revela a real capacidade de escrita espontânea. Melhor será pedir para escrever algumas palavras e, se o doente conseguir escrever palavras isoladas, pede-lhe para escrever palavras e frases espontaneamente (*“Por favor, escreva o que gosta de fazer quando tem tempo livre”*). O ditado não é funcional para a interação comunicativa. Algumas pessoas podem ter mais facilidade em escrever por ditado do que espontaneamente.¹⁷

Existem alguns aspetos a ter em consideração na avaliação das competências de leitura e escrita em doentes com Afasia, a consultar no Anexo.

Se o doente apresenta as capacidades de leitura e escrita relativamente preservadas, o profissional de saúde usa estas capacidades como suporte, quer à compreensão quer à expressão de ambos os intervenientes. A forma como é utilizada a escrita por ambos dependerá de vários fatores, nomeadamente da funcionalidade da escrita (por exemplo, legibilidade da letra com a mão mais funcional; se a pessoa estiver deitada, etc.), da aceitação emocional por parte do doente

(por exemplo, comparativamente ao que era capaz, antes da situação atual), do material que existe ao dispor, etc..^{6, 18-20}

Assim, no que concerne a estratégias gerais, o profissional de saúde:

- **Escreve** palavras-chave/opções de resposta/ tópicos de conversa para acompanhar a sua fala, apoiar a compreensão do doente e para clarificar o discurso de ambos;
- **Usa uma caneta** ou marcador grosso e escuro;
- Usa um **tamanho e tipo de letra adequado** (confirmando com o doente se é legível para ele);
- Escreve as palavras/opções **separadamente e de forma distinta** (por exemplo mudando de folha para um novo tópico);
- **Desenha escalas** para avaliar quantidades (por exemplo escala de dor);
- **Encoraja o apontar e/ou assinalar graficamente** a resposta;
- Disponibiliza uma **tabela alfa-numérica ou tabelas com listas de palavras** (elaboradas em equipa, para cada serviço) para apontar e formular respostas, opiniões, perguntas, etc.;
- Com doentes com grave limitação motora (por exemplo, em Unidades de Cuidados Intensivos), o profissional de saúde usa uma **ajuda técnica** (quadro de acrílico) onde estejam dispostas letras, números e pontuação que permitam a escrita alfa-numérica, por varrimento assistido visual ou auditivo (na primeira, vai apontando as letras uma a uma até a pessoa lhe dar indicação de que está na letra correta; na segunda alternativa, diz alto o alfabeto dando tempo para que o doente o possa interromper quando chegar à letra desejada). Esta mesma tabela de acrílico permite a seleção direta pelo doente se o número de elementos disponíveis tiver uma boa distância entre si, de forma a não gerar confusão no interlocutor. O profissional de saúde deve solicitar a colaboração do terapeuta da fala e do terapeuta ocupacional na construção destas ajudas.

A	B	C	D	E	F
G	H	I	J	K	L
M	N	O	P	Q	R
S	T	U	V	W	X
Y	Z	.	!	?	
Sim	Não	Não sei	Talvez		
Espaço	Fim				
0	1	2	3	4	
5	6	7	8	9	

Tabela 1: Tabela alfanumérica.

Nota: O espaçamento, o tamanho e o tipo de letra, bem como a quantidade de informação a colocar deve ser analisada em equipa.

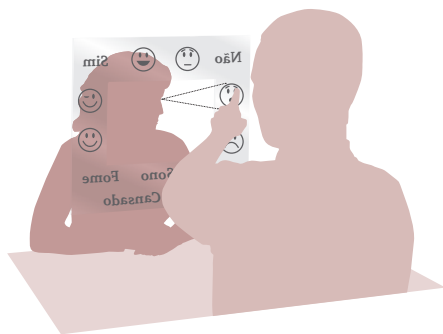


Tabela 2: Tabela de acrílico para seleção direta, apontando com o olhar ou com o dedo.

Nota: A seleção de um signo no quadro de acrílico pode ser feita com o olhar. Neste caso, o interlocutor (à frente) aponta a opção assinalada pelo doente e lê-a em voz alta.

No que diz respeito a outras adaptações funcionais, o profissional de saúde discute-as com o terapeuta ocupacional da equipa. De modo geral, para o doente poder escrever, deve ficar garantido que:^{5,6}

- Se encontra numa **posição confortável**;
- Consegue ter **contacto ocular** eficaz com a superfície de escrita;
- Tem todas as **tecnologias** necessárias no caso de necessitar de escrita adaptada (engrossadores de lápis ou canetas, etc.);
- **Se estiver deitado** o papel deve ser disponibilizado lateralmente ou deve ser-lhe possibilitado escrever numa outra posição;
- Existe um **registo no processo** sobre as formas que prefere utilizar para escrever (à mão, com o computador, com varrimento, etc.);
- O local tem um foco de **luz** ou luminosidade suficiente;
- O uso de **computadores de bolso ou outra** tecnologia do mesmo tipo só acontecerá se o doente se mostrar à vontade em usá-los e após avaliação terapêutica por parte do terapeuta da fala e do terapeuta ocupacional. É essencial manter em mente que a escrita é, do ponto de vista motor, uma tarefa exigente e pode ser difícil para indivíduos com baixa oxigenação sanguínea, edemas, escaras, sedação, artrite, hemiparésia do lado dominante, etc.;
- Se houver hipótese de usar o computador, o profissional de saúde considera o uso da **escrita inteligente ou preditor de texto**, que reduzirá largamente o tempo e esforço necessários à atividade de escrita.

Para todas as alternativas supracitadas, o profissional de saúde considera a hipótese de acelerar o processo comunicativo pedindo autorização ao doente, antecipadamente, para adivinhar a mensagem que este está a compor.⁶

O uso de **registos diários**, por doente, é benéfico quer na interação entre o profissional de saúde e o doente internado, quer entre a família e aquele. No caso de doentes que utilizam, de forma eficaz, gestos de uso comum na comunicação de necessidades básicas, o profissional de saúde compila-os no processo do doente, de forma a que outros profissionais de saúde compreendam aquilo que está a ser dito.

É mais comum a equipa ter o cuidado de registar o vocabulário quando este assume uma forma gráfica, do que quando assume uma forma manual/gestual. As atividades e as rotinas também são registadas para facilitar a comunicação sobre cuidados de saúde prestados. O profissional de saúde regista todos os avanços comunicativos no processo do doente de forma a que qualquer outro profissional de saúde possa, antecipadamente, saber as formas bem sucedidas. Assim, regista:

- **Estratégias que melhoraram a compreensão.**
- **Estratégias que permitiram a expressão.**
- **Formas de comunicação mais bem sucedidas.**
- **Tecnologias utilizadas.**

Dependendo das características e evolução de cada situação clínica, as competências linguísticas e comunicativas poderão modificar-se com o tempo, tanto para melhor (por exemplo, durante o período de 6 meses desde a instalação da Afasia), como para pior (por exemplo, no caso das doenças degenerativas e progressivas). Assim, o profissional de saúde mantém-se atento e reavalia cada um dos parâmetros sempre que considerar necessário.

É útil reunir ou adquirir tecnologias de alto e de baixo custo, ajustadas às necessidades de cada serviço.

FUNDAMENTAÇÃO

O presente capítulo procurou percorrer as estratégias e atitudes comunicativas mais ajustadas aos doentes impossibilitados de falar, revendo estratégias adaptadas a diferentes quadros de perturbação da comunicação, resultado de situações patológicas agudas ou crónicas com perturbação da linguagem e/ou da fala.

Adultos cujas condições clínicas dificultam ou impedem a comunicação verbal podem encontrar-se na maioria de contextos de cuidados de saúde, desafiando os profissionais de saúde a modificar a sua forma de comunicação para irem ao encontro das necessidades comunicativas dos doentes.²¹ Assim, algumas das estratégias apontadas revestem-se de um carácter de urgência ou ajustam-se a contextos específicos, tais como Unidades de Cuidados Intensivos, enquanto outras estratégias são mais dirigidas a contextos hospitalares ou clínica privada.

De forma sucinta, este capítulo é apenas um ponto de partida, oferecendo mecanismos de reflexão e fornecendo um esquema que permita tomar decisões comunicativas ajustadas. Compilar estratégias comunicativas, uma atitude reflexiva dos profissionais relativa ao seu estilo comunicativo, às estratégias que sentem maior à vontade em usar e ao efeito que as mesmas têm na eficácia comunicativa, devem ser procuradas e mantidas, através do trabalho em equipa e de formação específica na área da comunicação (não substituindo o trabalho dos diferentes elementos de equipa).

A comunicação com pessoas impossibilitadas de falar é um desafio comumente referido pelos profissionais de saúde, atendendo aos seguintes aspetos:^{2,6,10}

1. Falta de formação específica ao nível de formas alternativas à comunicação (nomeadamente ao nível das estratégias e formas assistidas de comunicação);
2. Interposição de outros cuidados, como os cuidados médicos que garantam a vida, e a desvalorização da comunicação;
3. “Tempo disponível” para a comunicação – a comunicação com pessoas impossibilitadas de usar a fala para comunicarem ocupa um tempo superior ao da comunicação verbal, o qual pode ser difícil de disponibilizar institucionalmente;
4. Falta de condições ambientais que permitam uma comunicação alternativa;
5. Necessidade de avaliar e utilizar competências alternativas do doente que não fala.

Cerca de 10% da população mundial teve, tem ou terá, em algum momento, um problema de comunicação, o que aponta para a necessidade do profissional de saúde conhecer estratégias simples para comunicar com indivíduos nestas circunstâncias.

A comunicação permite a manutenção de papéis sociais, a satisfação de necessidades e desejos, a manutenção da proximidade social, o desenvolvimento humano, etc. No contexto clínico, a ausência de fala, como forma de comunicação habitual, está associada a sentimentos de medo, pânico, raiva, alterações de sono e ansiedade.¹⁰ Mais ainda, a ausência de formas eficazes de comunicação associa-se a um maior número de erros de diagnóstico, a dificuldades no tratamento e a uma menor satisfação do doente e do profissional de saúde. Em contextos específicos, onde a probabilidade de existirem dificuldades comunicativas é maior, como nos serviços de Urgência e Cuidados Intensivos, existe igualmente uma maior necessidade de comunicar de modo eficaz para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida ou, mais ainda, da condição de vida.^{5, 6, 10, 11}

Foi o contexto de Cuidados Intensivos que fez compilar um conjunto de procedimentos sobre o nível mais básico de comunicação, condicionado por um primeiro aspeto que deve ser analisado: o estado de consciência. Mas este é também o contexto em que, de uma forma diferente dos restantes, a família é equacionada.¹¹ Dependente, confrontada com uma realidade que desconhece e com a qual tem de cooperar de imediato, a família, tal como os profissionais de saúde, tem que modificar as formas como sempre se habituou a comunicar com o seu familiar. A prestação de cuidados ao doente passa pela oferta de (in)formação à família sobre as formas mais eficazes de comunicar com o doente, num processo orientado e coconstruído. Apre(e)nder a comunicar procurando outras formas complementares à fala é um processo que não é natural e que tem de ser explicitado. O terapeuta da fala é o profissional mais competente para a mediação deste processo, mas essa sua competência não substitui o dever de cada profissional de saúde assumir que tem um papel fulcral para o sucesso comunicativo com o doente.¹¹

Embora muitas das interações entre a equipa de saúde e o doente, e entre este e a família, tenham um conteúdo previsível, há uma parte substancial desta comunicação que é pessoal e ditada pelas contingências individuais das pessoas que se envolvem em comunicação. Curiosamente, os profissionais de saúde acreditam que a maioria dos doentes quer comunicar, na maior parte das vezes, sobre o seu estado de saúde. No entanto, para os doentes, em determinadas condições, a manutenção de uma proximidade social é uma das funções comunicativas muito importantes (muitos doentes, em contexto de Cuidados Intensivos, referem que a possibilidade de dizerem, escreverem ou apontarem o símbolo “obrigado”, após a receção de cuidados por parte da equipa, os fazia sentir mais próximos das pessoas e mais em sintonia com aquilo que habitualmente faziam antes da mudança da sua condição de saúde) e esta, muitas vezes não é prevista pela equipa de saúde. Para além das diferentes necessidades de comunicação de cada elemento, há ainda um conjunto elevado de enunciados que se relacionam com tópicos fora do contexto em que se encontram (um doente que saiba que é o dia de pagar a renda da casa, quando essa era uma das funções que desempenhava antes, e não consiga pedir a um elemento da família que tome as medidas necessárias até à sua recuperação, pode experimentar níveis de *stress* aumentados, sem que estes se relacionem diretamente com as condições clínicas do seu estado, podendo até agravá-lo) e que interferem com o que acontece no contexto hospitalar.^{6, 10}

É a comunicação que nos liga ao mundo e aos outros. Estar impossibilitado de falar não é estar impossibilitado de tornar comum (vontades, opiniões, sentimentos). Modifica-a (a comunicação), desafia-a, mas depende do outro para se concretizar num tornar comum.

É sempre na relação com o outro que, à revelia da vontade da pessoa, essa doença, que ela não quis, se intromete no espaço comunicativo entre ela e o outro. É à revelia da sua própria vontade que as palavras lhe falham.

Não seja à revelia da nossa consciência que o trabalho em comunicação fique aquém do que pode ser: um processo coconstruído, em que duas pessoas se conseguem encontrar, mesmo que não seja através das formas com que se habituaram a partilhar o que são.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Beukelman, D, Garrett, K, & Yorkston, K. *Augmentative and alternative Communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company; 2007.
- Soro, E e al. *Manual de toma de decisiones y de evaluacion para aprendizaje y uso de los sistemas aumentativos de comunicacion*. Espanha ATAM. Fundesco; 1988.
- Von Tetzchner, S, Grove, N. *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Porto: Porto Editora; 2000.
- Worrall L, Hickson L. *Communication Disability in Aging: From prevention to intervention*. New York: Derman Learning; 2003.

Bibliografia

1. Simmons-Mackie N, Kagan A. Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*. 1999; 13: 807-20.
2. Beukelman RD, Yorkston KM, Garrett KL. *An Introduction to AAC Services for Adults with Chronic Medical Conditions. Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2007. p. 1-16.
3. Lasker JP, Garrett LK, Fox LE. Severe Aphasia. *Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2007. p. 163-206.
4. King JM, Alarcon N, Rogers MA. Primary Progressive Aphasia. *Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2007. p. 207-41.
5. Dowden P, Beukelman DR, Lossing C. Serving Nonspeaking Patients in Acute Care Settings: Intervention Outcomes. *Augmentative and Alternative Communication*. 1986: 38-44.
6. Garrett KL, Happ MB, Costello JM, Fried-Oken MB. AAC in the Intensive Care Unit. *Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2007. p. 17-57.
7. Granberg-Axell A, Bergbom I, Lundberg D. Clinical signs of ICU syndrome/delirium: an observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2001; 17: 72-93.
8. Simmons-Mackie N, Threats TT, Kagan A. Outcome assessment in aphasia: a survey *Journal of Communication Disorders*. 2005; 38: 1-27.
9. Culp DM, Ladtkow MC. Locked-In Syndrome and Augmentative Communication. In: Yorkston KM, editor. *Augmentative Communication in Medical Setting*. Texas: Pro-ed; 1992. p. 59-138.
10. Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13: 210-20.
11. O'Halloran R, Worrall L, Hickson L. A psychometric investigation of speech, language and cognitive communicative rating scales for adults with acquired neurogenic communication disorders in the acute hospital setting. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2009; 11: 206-19.
12. Magnus SV, Turkington L. Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22: 167-80.
13. Fried-Oken M, Howard JM, Stewart SR. Feedback on AAC Intervention from Adults Who Are Temporarily Unable to Speak. *Augmentative and Alternative Communication*. 1991; 7: 43-50.
14. Worrall LE, Hickson LM. *Communication Disability in Aging: From Prevention to Intervention*. Australia: Thomson Delmar Learning; 2003.

15. Simmons-Mackie NN, Kagan A, Christie ONC, Huijbregts M, McEwen S, Willems J. Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*. 2007; 21: 39–66.
16. Verna A, Davidson B, Rose T. Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2009; 11: 191–205.
17. Leal G, Martins IP. Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2005; 21: 359-64.
18. Kagan A. Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*. 1998; 12: 816-30.
19. Tetzchner Sv. Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa. Porto: Porto Editora; 2001.
20. Kagan A. Reply: Philosophical, practical and evaluative issues associated with 'Supported conversation for adults with aphasia'. *Aphasiology*. 1998; 12: 851 – 64.
21. Kagan A, Simmons-Mackie N, Rowland A, Huijbregts M, Shumway E, McEwen S, et al. Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*. 2008; 22: 258–80.
22. Damásio, AR. Neurologia da Linguagem (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1973.
23. Castro-Caldas, A. Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1979.
24. Ferro, JM. Neurologia do comportamento. Estudo da Correlação com a Tomografia Axial Computorizada (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1986.

EXEMPLOS CLÍNICOS

1. Exemplos de perguntas e ordens para avaliação informal da compreensão linguística:

- Como se chama? Que idade tem? Com quem vive?
- Feche os olhos. Dê-me a sua mão. Olhe para a janela.
- Onde está...o relógio/a TV/a caneta?... aquilo que serve para escrever?
- A luz está acesa? Já almoçou? É de noite? (Não dê pistas sobre a resposta, por exemplo, olhar para os objetos quando pergunta.)

2. Exemplos de tarefas para avaliar o discurso:

- Discurso espontâneo na resposta a perguntas sobre a história clínica, biografia, motivo da consulta, etc..
- Nomeação de objetos do próprio contexto e uso comum (copo, relógio, óculos, caneta, chave, moeda): o que é isto? Para que serve?

3. Exemplos de uso de imagens/signos gráficos, como estratégia aumentativa para a compreensão:

Profissional de saúde: *Tem dores?* (Acompanha a pergunta com um signo gráfico que representa dor. Pode fazer um gesto para indicar “dor” e a seguir aponta para a pessoa.)

Doente: Acena em sinal afirmativo.

Profissional de saúde: *Onde tem dores?* (Faculta um desenho do corpo humano e vai apontando para várias partes do corpo.)

Doente: Não faz nada. Parece não perceber.

Profissional de saúde: *Tem dores de cabeça?* (Faz gesto de dor de cabeça, aponta para a cabeça da imagem e a seguir para a pessoa, com uma expressão interrogativa.)

Doente: Abana a cabeça em discordância.

Profissional de saúde: *Onde tem dores?* (Faculta uma impressão do corpo humano e vai apontando para várias partes do corpo) Aponta para as diferentes partes do corpo e nomeia-as uma a uma até conseguir perceber.

4. Exemplo de uma entrevista entre um profissional de saúde e um doente internado em contexto de cuidados intensivos:

Profissional de saúde: *Já percebi que quando quer dizer sim olha para cima, é verdade? Se for, olhe para cima.*

Doente: Olha para cima (sim).

Profissional de saúde: *Diz no processo que quando quer dizer não, olha para baixo. Olhe para baixo, por favor.*

Doente: Olha para baixo (não).

Profissional de saúde: *Preciso que me diga se tomava medicação antes de ser internado.*

Doente: Olha para cima (sim).

Profissional de saúde: *Preciso de saber os medicamentos que tomava e o nome de cada um. Vamos começar pelo número de medicamentos. Vou dizer os números um a um. Quando chegar ao número correcto, por favor olhe para cima. Percebeu o que disse?*

Doente: Olha para cima (sim.)

Profissional de saúde: *Acha que se lembra do número exacto?*

Doente: demora alguns segundos até olhar para baixo. (não).

Profissional de saúde: *Não há problema nenhum. Há algum membro da sua família que me possa ajudar com esta informação?*

Doente: Olha para baixo (não).

Profissional de saúde: *Não se preocupe. Vamos fazer um esforço para tentar descobrir a medicação mais importante. Neste momento, com a medicação que está tomar, precisamos de saber se tomava Aspirina. Percebeu a minha pergunta?*

Doente: Olha para cima (sim).

Profissional de saúde: *Tomava Aspirina?*

Doente: Olha para cima (sim).

Profissional de saúde: *Lembra-se da dosagem?*

Doente: Olha para cima (sim).

Profissional de saúde: faz o varrimento auditivo dos números...

5. Exemplos de tarefas para avaliar a compreensão de material verbal escrito:

- Escrever algumas palavras (caneta, copo, relógio, moeda) com letra maiúscula e legível, e pedir para o utente ler em voz alta.
- Pedir para identificar “*onde está escrito caneta?*” ou associar a palavra lida ao objecto.
- Dar uma instrução (do tipo: “*Coloque o lápis debaixo do livro*”) escrita num papel, dizendo à pessoa para proceder conforme a ordem que lhe é dada por escrito.

6. Exemplo de um registo de gestos de uso comum utilizados pelo doente, para comunicar:

- SIM – com a mão fechada e o polegar para cima.
- NÃO SEI – com a mão fechada e movimento lateral da mesma.
- NÃO – com a mão fechada e o polegar para baixo.
- TENHO SEDE – Rodar a língua nos lábios.
- TENHO DORES – Franzir o sobrolho e abanar a cabeça.

ANEXO – COMUNICAR COM A PESSOA COM AFASIA

a) Aspectos a ter em consideração na avaliação da compreensão linguística

O profissional de saúde considera:^{1,2}

- Existência de **apraxia** (dificuldade em executar um movimento, após comando verbal, não havendo alteração do tónus, sensorial ou de compreensão).
- Existência de **disartria** (perturbação da fala que resulta de alterações no controlo muscular por fraqueza, espasticidade, descoordenação, diminuição de amplitude de movimentos, etc.).

Ambas as perturbações poderão existir isoladamente ou coexistir com alterações de compreensão. Estas patologias são aqui referidas por poderem interferir com a avaliação da compreensão e com a capacidade de resposta da pessoa doente. Ou seja, é necessário verificar se a pessoa falha porque tem uma limitação relativa à execução da resposta motora, se falha porque não compreendeu, ou por ambas, sendo necessário rastrear a compreensão com provas variadas.

É comum a compreensão ser melhor em conversas sobre um tema familiar (pois existem informações facilitadoras, como a expressão facial e a entoação), e pior no cumprimento correto de ordens (por exemplo, “*Olhe para a porta*”) por serem descontextualizadas.

Ou seja, é importante **garantir que tanto o profissional de saúde como o doente estão conscientes do tópico** de conversa cada vez que este muda.

b) Aspectos a ter em consideração na avaliação do discurso da pessoa com Afasia

Em todos os tipos de afasia existe défice de nomeação (capacidade de dizer nomes). A pessoa pode **não dizer o nome**, ou **demorar mais tempo** que o normal até dizê-lo, ou realizar **parafasias** de vários tipos. Poderão estar presentes no discurso outras alterações que afetam em maior ou menor grau a sua inteligibilidade, tais como:³

- **Frases telegráficas com erros sintáticos** (constituídas apenas pelos elementos principais);
- **Circunlóquios** (descrição das características/função; uso de muitas palavras para dizer uma coisa);
- **Repetição de um estereótipo** (sempre que quer comunicar produz a mesma palavra/som ou frase);
- **Erros de articulação das palavras;**
- **Produção de muitas palavras sem conteúdo;**
- **Predomínio de pausas anómicais** (por exemplo, “*Aqui... como se diz... ah... está a pedir... vai... distraiu-se aqui...*”).⁴

b.1) Ajudas para nomeação

Dizer o primeiro som da palavra (“isto é um R...” – “relógio”);

Dizer a primeira sílaba da palavra (“isto é um Re...” – “lógio”);

Dizer uma frase incompleta que o utente termina com a palavra pretendida (“Para beber, uso o...” – “copo”);

Descrever a função e realizar o gesto em simultâneo ou escrever a palavra.

Selecionar as melhores ajudas para utilizar ao longo da interação comunicativa.

c) Estratégias específicas

São atitudes de base do profissional de saúde:⁵

- **Reconhecer a competência do doente**

- Implicitamente (por exemplo, através de tom de voz apropriado, uso de ajudas para manter a conversa natural e adulta, recurso ao humor, etc.).
- Explicitamente (por exemplo, verbaliza o reconhecimento de que a pessoa sabe o que quer dizer: “eu sei que o senhor sabe o que quer dizer”).

- **Revelar competência**

- assegurando a compreensão do que o doente expressa;
- assegurando que a pessoa consegue expressar o que pensa, sabe e sente;
- confirmando o que a pessoa disse.

c.1) Estratégias específicas a usar quando a compreensão está alterada

- Certifica-se de que a luz e o ruído não perturbam;
- Estar atento a comportamentos que indiquem **quebra de compreensão**;
- Fazer **perguntas** contextualizadas **de resposta sim/não**;
- Usar **frases curtas** e enfatizar **palavras-chave**;
- **Exemplificar** primeiro o que se pretende;
- **Escrever opções de resposta/tópico novo/palavras-chave** numa folha;
- Utilizar **gestos, sinais, objetos, imagens** conjuntamente com a fala;
- Cumprir uma **rotina** (por exemplo, O sr. X coloca sempre os óculos antes de começar a consulta).

c.2.) Estratégias específicas a usar quando a expressão está alterada

- **Identificar o tema** fazendo perguntas de resposta sim/não;
- **Repetir em voz alta** o que vai compreendendo;
- **Expandir o que vai compreendendo**
 Clínico: *Como vai para casa?*
 Sr. X: *Ali... todos... apita* (apontando para a saída).
 Clínico: *Ah, vai embora na ambulância com as outras pessoas. Percebi-o bem?.*
- **Reconhecer e interpretar** sinais verbais e não verbais, intencionais ou não.
- **Gerar perguntas e respostas possíveis** através da escrita de palavras, escalas, mapas;
- **Resumir** e continuar;
- **Recorrer aos familiares.**

d) Aspectos a ter em consideração na avaliação da leitura e escrita na pessoa com Afasia

A capacidade de ler em voz alta não reflete a compreensão da leitura. Existem afasias em que a pessoa tem dificuldade em ler em voz alta mas compreende o que lê e outras em que a pessoa lê bem em voz alta mas não compreende.^{3,6}

Se a pessoa não compreender o que lê, significa que não poderá utilizar a leitura e a escrita para facilitar a comunicação. O Profissional de saúde comunique, então, utilizando as estratégias adequadas e recorrendo a outros meios já referidos.

Os erros observados no discurso poderão também ser observados na escrita.^{3,6}

Bibliografia

1. Duffy, J.R. (2005) Motor Speech Disorders. Substractes, Differential Diagnosis and Management. (2ed) Elsevier Mosby
2. Shipley, K. G. e McAfee, J. G. (2009) Assessment of Neurologically Based Communicative Disorders. In Shipley, K. G. e McAfee, J. G. Speech-Language Pathology. A resource Manual. (4 ED). Delmar Cengage Learning
3. Rosenbeck, J.C.; Lapoint, L.L.; Wertz, R.T.; (1989) *Aphasia: A Clinical Approach*. Boston: Little, Brown & Co.
4. Leal, G. e Martins, I. P. (2005) *A avaliação da afasia pelo Médico de Família*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21 359-364
5. Kagan, A. (1998) Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*
6. Patterson, J. P. e Chapey, R. (2005) Assesment of Language Disorders in Adults. In Chapey, R (Editor) *Language Intervention Strategies in Aphasia. Related Neurogenic Communication Disorders*. (5 Ed) Wolters Kluwer