



Ana Isabel Cascais Pinto **AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA
COMUNICATIVA EM PESSOAS
ADULTAS/IDOSAS COM RESPOSTA
MÍNIMA INTERNADAS EM UNIDADES DE
MEDICINA INTENSIVA**

ASSESSMENT OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN
ADULTS/ELDERLY PEOPLE WITH MINIMUM RESPONSE
AND HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNITS



Ana Isabel Cascais Pinto **AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA
COMUNICATIVA EM PESSOAS
ADULTAS/IDOSAS COM RESPOSTA MÍNIMA
INTERNADAS EM UNIDADES DE MEDICINA
INTENSIVA**

ASSESSMENT OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN
ADULTS/ELDERLY PEOPLE WITH MINIMUM RESPONSE AND
HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNITS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, área de especialização em Perturbações Neurológicas no Adulto, realizada sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Mariely Gestosa de Lima, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro.

Para a minha família, pelo apoio que me deu ao longo deste trabalho.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

Arguente

Professor Doutor José Manuel Borges Fonseca
Terapeuta da Fala no Laboratório de Estudos de Linguagem, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Investigador no Instituto de Medicina Molecular - João Lobo Antunes

Orientador

Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões
Professor Adjunto da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho, foram várias as pessoas que, de várias formas, contribuíram com apoio e encorajamento para a conclusão deste projeto. Por esse motivo, deixo o meu profundo agradecimento a quem partilhou os seus conhecimentos, a sua disponibilidade, a sua compreensão e motivação.

Quero agradecer, em especial:

Ao Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões e à Professora Doutora Mariely Gestosa de Lima, que me acompanharam desde o primeiro momento. Agradeço pela orientação, paciência, disponibilidade e incentivo com que me orientaram neste trabalho.

Aos meus pais, ao meu irmão e à minha cunhada, por toda a paciência, por todo o apoio, e por me ajudarem a ser quem sou, pessoalmente e profissionalmente. A vossa presença e incentivo foram fundamentais para me dar força.

À minha prima Beatriz, pela forma como me motivou e acompanhou ao longo de todo o trabalho, pelo seu carinho e amizade.

À Ana Vieira, por toda a ajuda, paciência e partilha de conhecimentos. Foi bom poder contar com todo o teu apoio e poder crescer profissionalmente a teu lado.

Às minhas amigas Marina, Inês e Sara, que foram um apoio em muitos momentos difíceis.

Palavras-chave

Medicina intensiva, competência comunicativa, pessoas com resposta mínima, ventilação mecânica, avaliação

Resumo

As Unidades de Medicina Intensiva (UMI) são as unidades hospitalares onde se encontram as pessoas em estado mais crítico, submetidas a formas de tratamento e monitorização contínuas e intensivas. Nas Unidades de Medicina Intensiva, a pessoa internada pode necessitar de suporte ventilatório ou encontrar-se sob efeitos da medicação, fatores que podem comprometer a inteligibilidade do discurso, impossibilitar a capacidade de fala ou emissão de sons e tornar a pessoa menos apta para comunicar. Por este motivo, a pessoa internada fica dependente neste contexto, apresentando necessidades comunicativas que nem sempre conseguem ser correspondidas. Em Portugal não existem instrumentos formais para avaliar a competência comunicativa, o que pode limitar a intervenção dos profissionais de saúde nestes casos. Assim, o presente estudo propôs-se a contribuir para a avaliação da competência comunicativa das pessoas com resposta mínima internadas em Unidades de Medicina Intensiva. Pretendeu-se assim, mapear as áreas e os instrumentos de avaliação da competência comunicativa de pessoas adultas/idosas com resposta mínima utilizados em Unidades de Medicina Intensiva e sistematizar as categorias de avaliação da competência comunicativa identificadas. Foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute*. Assim, entre fevereiro e março de 2022, foi realizada uma pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE (PubMed), Scopus, Scielo, Business Source Complete (via EBSCOhost), Academic Search Complete (via EBSCOhost) e Web of Science, nos idiomas português, inglês e espanhol. Inicialmente foram obtidas 866 referências. Após seleção de acordo com os critérios de inclusão definidos, foram analisados 8 estudos. Os estudos identificados apresentaram protocolos de avaliação da comunicação e da dor, e permitiram identificar dimensões e categorias para a avaliação da competência comunicativa. Os resultados obtidos na proposta de avaliação para a competência comunicativa reuniram dimensões de áreas multidisciplinares: consciência, cognição, capacidade sensorial, capacidade motora, linguagem, língua, fala e literacia. A informação recolhida proporciona ferramentas para uma formalização de procedimentos de avaliação da competência comunicativa na prática clínica dos Terapeutas da Fala em contexto de medicina intensiva.

Keywords

Intensive care, communicative competence, minimal response, mechanical ventilation, assessment

Abstract

Intensive Care Units (ICU) are the hospital units where people in the most critical condition are, submitted to continuous and intensive forms of treatment and monitoring. In Intensive Care Units, the hospitalized person may need ventilatory support or to be under the effects of medication, factors that can compromise speech intelligibility, make it impossible to speak or produce sounds and make the person less able to communicate. For this reason, the hospitalized person becomes dependent in this context, presenting communicative needs that cannot always be met. In Portugal, there are no formal instruments to assess communicative competence, which may limit the intervention of healthcare professionals in these cases. The present study aimed to contribute to the assessment of the communicative competence of people with minimum response hospitalized in Intensive Care Units. Therefore, it was intended to map the areas and tools for assessing the communicative competence of adult/elderly people with minimum response used in Intensive Care Units and to systematize the identified communicative competence assessment categories.

A Scoping Review was carried out according to the Joanna Briggs Institute protocol. Thus, between February and March 2022, an article research was carried out in the MEDLINE (PubMed), Scopus, Scielo, Business Source Complete (via EBSCOhost), Academic Search Complete (via EBSCOhost) and Web of Science databases, in the languages Portuguese, English and Spanish. Initially, 866 references were obtained. After selection according to the defined inclusion criteria, 8 studies were analyzed.

The identified studies presented communication and pain assessment protocols, and allowed the identification of dimensions and categories for the assessment of communicative competence. The results obtained in the evaluation proposal for communicative competence brought together dimensions from multidisciplinary areas: awareness, cognition, sensory ability, motor ability, language, language, speech and literacy.

The information collected provides tools for the formalization of procedures for evaluating communicative competence in the clinical practice of Speech Language Pathologists in the context of intensive care.

Abreviaturas e siglas

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

EUA – Estados Unidos da América

SAAC – Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação

TF – Terapeuta da Fala

UMI – Unidade de Medicina Intensiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.1. Caracterização das Unidades de Medicina Intensiva.....	4
1.2. A Pessoa Internada nas Unidades de Medicina Intensiva.....	6
1.3. Processo de Comunicação.....	8
1.4. A Intervenção do Terapeuta da Fala nas Unidades de Medicina Intensiva	10
2. METODOLOGIA.....	12
2.1. Objetivos do estudo	12
2.2. Procedimentos Metodológicos da <i>Scoping Review</i>	13
2.3. Procedimentos Metodológicos da Sistematização das Dimensões para Avaliação da Competência Comunicativa.....	18
3. RESULTADOS	19
3.1. Caracterização Geral dos Artigos Incluídos na <i>Scoping Review</i>	19
3.2. Caracterização Específica dos Instrumentos, Dimensões e Indicadores de Avaliação	23
3.3. Avaliação da Competência Comunicativa para Implementação de um Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação	26
4. DISCUSSÃO	31
5. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo.....	17
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Chaves de pesquisa utilizadas em cada base de dados	14
Tabela 2 Dados extraídos a partir da análise das fontes incluídas na <i>Scoping Review</i>	20
Tabela 3 Avaliação da competência comunicativa para implementação de um SAAC.....	27

INTRODUÇÃO

A comunicação consiste no ato de transmitir ou receber informações, com distintas intencionalidades, como a partilha de necessidades, desejos, conhecimentos, emoções ou sentimentos de um indivíduo para outro (Dias, 2019). Esta partilha pode ou não ser intencional, e concretizar-se através de diferentes formas comunicativas, sendo estas verbais ou não verbais, orais ou não orais, nomeadamente através da fala, escrita, choro, riso e gestos (SPTF, 2020).

No que diz respeito à comunicação verbal, esta corresponde ao recurso de sinais falados ou escritos. A comunicação não verbal, por sua vez, engloba os atos de partilha de mensagens sem recorrer a símbolos gráficos. Refere-se, assim, a todas as manifestações através da expressão corporal e/ou facial, de gestos, de movimentos oculares e também através de informações sensoriais, como o toque (SPTF, 2020).

Neste sentido, a comunicação é uma função essencial às relações humanas e ao quotidiano, a qual promove o conhecimento e influencia todos os participantes (Denniston et al., 2017; Modrykamien, 2019).

De acordo com a SPTF (2020), a competência é

“o conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos, estruturados em função de um objetivo numa determinada situação. As competências são heurísticas na medida em que permitem uma interpretação da realidade e a busca de soluções, são estratégicas, pois organizam-se em função da finalidade e do objetivo, e são inventivas, pois são aptas para combinações que resultam em novas vias de solução.” (pp. 58, 59)

Por conseguinte, entende-se por competência comunicativa verbal a capacidade em compreender e produzir enunciados na própria língua, adequando-os aos diferentes contextos e circunstâncias. No que se refere aos indivíduos que não falam, a competência comunicativa pressupõe a adaptação à utilização de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), que procura proporcionar opções alternativas à comunicação, através de Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação (SAAC). Por esse motivo, envolve competências de diferentes âmbitos, como o domínio linguístico, social, operacional e estratégico, todos eles influenciados por fatores psicossociais, na procura da funcionalidade comunicativa (SPTF, 2020).

Nas Unidades de Medicina Intensiva (UMI) é frequente a pessoa internada necessitar, por um lado, de suporte ventilatório, podendo este ser invasivo ou não invasivo ou, por outro lado, de medicação contínua, a qual acomete efeitos secundários. Perante estas circunstâncias, a pessoa internada neste contexto apresenta uma redução significativa da sua aptidão para comunicar, sobretudo através da fala, verificando-se um aumento das barreiras para a comunicação entre a pessoa e restantes intervenientes (Gomes, 2020; Puggina et al., 2014).

Do ponto de vista das dificuldades apresentadas, há um comprometimento da participação ativa por parte da pessoa, uma vez que para possibilitar esta participação, a mesma tem de apresentar competência comunicativa expressiva e compreensiva (Dias, 2019). As dificuldades sentidas pela pessoa internada refletem-se num aumento da sua fragilidade e num comprometimento de todo o processo clínico (Martinho & Rodrigues, 2016).

Tendo em vista o bem estar da pessoa internada, é importante atender não só às necessidades físicas e biológicas, mas também considerar a pessoa de uma forma holística, atendendo ao contexto em que se encontra inserida e aos sentimentos/emoções adjacentes ao processo de internamento (Ferreira, 2017).

Os profissionais de saúde, constituem, por si só, uma parte fundamental da dinâmica nestas unidades. Por um lado, como resposta imediata e atempada para a execução de técnicas especializadas e, por outro lado, como elementos que coordenam, transmitem e recebem informação entre equipa-pessoa-família, representando um papel considerável na capacitação comunicativa da pessoa internada (Ferreira, 2017).

Por todos estes motivos, uma comunicação eficiente é essencial na atuação com as pessoas internadas nas UMI, procurando não só garantir a sua inclusão e participação ao longo de todo o processo e tomadas de decisão, mas também possibilitando uma interação na qual a pessoa se sente ouvida, contribuindo assim para uma melhoria do seu estado psicológico, emocional e social (Dias, 2019).

Neste âmbito, a atuação do Terapeuta da Fala (TF) é essencial. O TF é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, formação e investigação de perturbações em distintas áreas, entre as quais, as perturbações da comunicação (SPTF, 2020). No que diz respeito às orientações internacionais referentes à prática baseada na evidência, o TF deve ser um dos elementos presentes numa equipa prestadora de cuidados nas UMI, com atuação específica nas áreas da deglutição e da

comunicação (McRae et al., 2020). No entanto, o impacto da sua colaboração nestas equipas é ainda pouco valorizado e considerado, quer a nível nacional, quer a nível internacional (Dias, 2019).

A seleção do tema em investigação é justificada pelas dificuldades marcadas e pelo impacto que a perturbação da comunicação acarreta na pessoa internada nas UMI, bem como pelas limitações ao nível da literatura sobre esta temática, nomeadamente na escassez de orientações ou protocolos formais para a avaliação da competência comunicativa neste contexto, que permitam uma intervenção adequada e individualizada numa fase posterior, particularmente a implementação de SAAC.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral contribuir para a avaliação da competência comunicativa de pessoas adultas ou idosas com resposta mínima internadas em UMI.

Este estudo contempla 6 capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento teórico, onde é realizada uma abordagem aos conceitos centrais do estudo de investigação. O segundo capítulo contempla o enquadramento metodológico. Neste capítulo, são apresentados os objetivos da investigação, seguindo-se os procedimentos metodológicos definidos para responder aos objetivos delineados. Na metodologia relativa à *Scoping Review* é feita uma descrição do desenho de estudo, enumerando as etapas necessárias para a sua construção, incluindo os critérios de inclusão definidos e os procedimentos utilizados para a seleção das publicações a incluir. O terceiro capítulo coincide com a apresentação dos resultados, seguindo-se a sua discussão, na qual é apresentada a análise e reflexão dos resultados obtidos, terminando com o capítulo da conclusão. Por último encontram-se as referências bibliográficas consultadas para a construção do presente estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é o resultado do estado da arte sobre um tema de investigação específico. Este processo é essencial para uma adequada contextualização da problemática em estudo, permitindo a ligação entre o nível de conhecimento atingido até à atualidade com a pertinência da investigação em curso (Oliveira, 2011).

Este capítulo caracteriza-se pela descrição e correlação dos principais conceitos relacionados com a temática, através de uma forma ordenada e lógica. Pretende-se, assim, em primeiro lugar caracterizar as UMI, inclusive o seu ambiente e as equipas responsáveis por estas unidades, seguindo-se uma descrição da pessoa internada neste contexto. Posteriormente, são abordados o processo comunicativo e o papel do TF, com destaque para a sua atuação na avaliação da competência comunicativa.

1.1. Caracterização das Unidades de Medicina Intensiva

A medicina intensiva atua perante pessoas que apresentam um risco de vida elevado, submetidas a formas de tratamento e monitorização contínua e intensiva, sendo responsável pela prevenção, diagnóstico, vigilância e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em indivíduos que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (Rocheta, 2018).

As UMI constituem os serviços hospitalares designados para a prestação de cuidados de saúde a pessoas em estado crítico, clinicamente instáveis e que carecem de cuidados complexos (Rocheta, 2018). São unidades onde se encontram disponibilizados os recursos materiais e humanos necessários para dar resposta a pessoas em estado grave, através de equipamentos altamente tecnológicos, para a monitorização das suas condições vitais e por uma equipa multidisciplinar e diferenciada, devidamente preparada para manusear o equipamento, acompanhar, monitorizar a pessoa e intervir em situações de urgência (Rocheta, 2018; Susin, 2016).

Na medicina intensiva, as respostas dadas à pessoa em estado crítico podem ser diversas, como por exemplo o recurso contínuo a fármacos, métodos complexos não invasivos ou aparelhos e técnicas invasivas. Tendo em consideração os diferentes níveis de cuidados prestados, é possível classificar as UMI em três classes, com base nas técnicas e valências disponibilizadas:

- Nível I – unidades com monitorização não invasiva ou pouco invasiva, nas quais são asseguradas manobras de reanimação e é feita a articulação com outras unidades.
- Nível II – unidades com monitorização invasiva e com suporte das funções vitais, no entanto, não têm recurso a meios de diagnóstico nem a especialidades diferenciadas.
- Nível III – unidades integradas com uma equipa multidisciplinar especializada, com acesso a meios de diagnóstico e tratamento. Neste nível, pressupõe-se também o controlo contínuo da qualidade e programas de ensino (Ferreira, 2017; Rocheta, 2018).

O estudo de Susin (2016) destaca um conjunto de fatores comuns numa UMI, relacionados com a gravidade e imprevisibilidade dos quadros clínicos nela presentes, que exigem o recurso a procedimentos complexos e exigentes, devendo estes ser realizados num período de tempo reduzido, com a máxima exatidão e, frequentemente, de forma simultânea. Estes fatores contribuem para que o contexto de medicina intensiva seja stressante. Perante um cenário intenso, de ritmo acelerado e de grande coordenação de recursos humanos e materiais, a equipa responsável pela prestação de cuidados, muitas vezes, não consegue gerir a sua atenção entre os procedimentos e a pessoa em si, aspeto que pode contribuir para uma intervenção mais direcionada para os procedimentos clínicos e não tanto para a pessoa (Susin, 2016).

Adicionalmente aos fatores stressantes, os profissionais de saúde são continuamente expostos a um ambiente de atuação muito restrito, o qual, frequentemente, encontra-se sobrelotado, exigindo da equipa o confronto diário com pessoas em estado grave e a vigilância de múltiplas pessoas em simultâneo. Destacam-se, dentre estes fatores, as dificuldades sentidas ao nível da comunicação com as pessoas, resultantes da entubação ou alteração da consciência (Ferreira, 2017). Como resultado destes fatores, o estudo de Martinho & Rodrigues (2016) relata a presença de frustração e insatisfação na prestação dos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde. Uma vez presente o desconforto nas trocas comunicativas entre profissional e pessoa, os profissionais de saúde muitas vezes restringem-se a interações estritamente necessárias e breves, que se baseiam maioritariamente nos procedimentos clínicos a realizar ou realizados (Pina et al., 2020).

Por conseguinte, a equipa integrada na UMI experiencia diversos sentimentos e emoções relacionados com o ambiente imprevisível e, por vezes até hostil, dada a

situação crítica das pessoas, exigindo dos profissionais não só competências técnicas, mas também competências de *coping*, para gerir diferentes situações e vivências, como a perda, a dor e o sofrimento (Silva et al., 2016).

1.2. A Pessoa Internada nas Unidades de Medicina Intensiva

A pessoa internada numa UMI apresenta um quadro clínico complexo, com limitações motoras, cognitivas e/ou sensoriais, associadas ao quadro atual ou a alterações previamente adquiridas ou congénitas (Kotfis et al., 2017).

Em consequência do estado crítico da pessoa internada numa UMI, podem surgir complicações que exijam o recurso ao suporte ventilatório, podendo este ser invasivo ou não invasivo. No que diz respeito ao suporte ventilatório invasivo, este pode ser realizado através de entubação endotraqueal ou traqueostomia, o que impossibilita a capacidade de fala ou emissão de sons, uma vez que a passagem do fluxo de ar pelas pregas vocais é interrompida (Hoorn et al., 2016; Istanbulian et al., 2019). Ao passo que o suporte ventilatório não invasivo pode comprometer de forma moderada a grave a inteligibilidade do discurso (Holm & Dreyer, 2018; Holm & Dreyer, 2017). Por outro lado, a pessoa que não esteja ventilada, pode encontrar-se sob efeitos secundários da medicação, como por exemplo a sedação, a qual pode torná-la menos apta para comunicar, aumentando as barreiras para a comunicação (Gomes, 2020).

Por sua vez, a pessoa em estado crítico pode apresentar alterações ou flutuações no grau de vigília, que impactam na sua capacidade e disponibilidade para comunicar. Entende-se por consciência o conhecimento que a pessoa tem da sua própria existência e da existência daquilo que a rodeia (Gago, 2014). Ao contrário da consciência, a vigília é um processo complexo de ativação cerebral, mínimo, que permite o estado de alerta em oposição ao estado de sono (Gago, 2014). A preservação da vigília é essencial para que a pessoa esteja consciente. No entanto, uma pessoa pode não estar consciente, mas encontrar-se com o grau de vigília preservado (Gago, 2014).

Assim, as alterações ao nível da consciência pressupõem uma perturbação da vigília da pessoa, podendo estas serem classificadas como:

- Coma – perturbação da vigília na qual a pessoa não se encontra consciente, podendo apresentar abertura dos olhos e/ou resposta motora de membros, na presença de estímulo doloroso, mas sem capacidade em fixar ou seguir

movimentos oculares, e ausência ou redução significativa dos reflexos do tronco cerebral; a pessoa em coma pode transitar para morte cerebral, com perda das funções cerebrais, para estado vegetativo persistente, para estado minimamente consciente ou para completamente consciente, mediante a recuperação da consciência;

- Estado vegetativo persistente – a pessoa encontra-se em vigília, mas sem consciência de si própria ou do que a rodeia; mantém a preservação de ciclos de sono, dos reflexos cranianos e dos centros respiratórios e cardiovasculares, contudo, não apresenta capacidade para realizar movimentos voluntários ou verbalizações;
- Estado minimamente consciente – a pessoa tem consciência mínima, apresentando conhecimento de si própria e do ambiente que a rodeia; demonstra competências para fixar e perseguir com o olhar, exprimir emoções faciais ou produzir sons ou palavras, quando possível; mantém nível elevado de dependência consequente a lesões graves nas funções cognitivas superiores e motoras, permanecendo acamado;
- Estado confusional agudo ou *delirium* – estado que surge de forma aguda ou subaguda, provocando alterações da vigília e levando a estados de sonolência, obnubilação ou de estupor; as pessoas podem apresentar um estado de vigília flutuante, com períodos intercalados entre depressão e hiperatividade motora, labilidade e desorientação ou desorganização (Bayne et al., 2016; Gago, 2014).

O impacto do comprometimento da consciência gera uma falha ou ausência no ato comunicativo entre as pessoas internadas na unidade e os profissionais de saúde e/ou familiares (Modrykamien, 2019).

Contudo, não só a comunicação verbal oral se pode encontrar gravemente comprometida, como também podem surgir barreiras para o acesso a formas de comunicação verbal não oral (Modrykamien, 2019). Isto é, a pessoa apresenta ainda uma perda ou atrofia de funções motoras, fisiológicas e/ou sensoriais, resultantes de alterações no Sistema Nervoso Central e no Sistema Nervoso Periférico, sequelas associadas a distintos fatores, entre eles a sedação contínua e a ventilação mecânica. Consequentemente à deterioração das funções motoras, a capacidade de recorrer ao gesto, à escrita ou ao desenho, fica igualmente comprometida, reduzindo substancialmente as interações interpessoais da pessoa (Modrykamien, 2019).

Dadas as dificuldades apresentadas, a pessoa com limitações na forma de se expressar vê-se confrontada com um comprometimento da participação ativa na partilha de sintomatologia e tomada de decisões (Dias, 2019; Modrykamien, 2019). Como resultado, as dificuldades sentidas pela pessoa refletem-se num aumento da vulnerabilidade e na incapacidade de expressar de forma eficiente as suas vontades, desejos, sentimentos e necessidades (Gomes, 2020; Martinho & Rodrigues, 2016).

Adicionalmente, a pessoa internada encontra-se perante fatores que contribuem para níveis elevados de stresse, em consequência do envolvimento por uma equipa de profissionais que não conhece, por equipamentos e materiais complexos, que fornecem estímulos muito ruidosos e demasiado luminosos, pelo ambiente pouco familiar, pelo isolamento social, pela ausência de privacidade, por todos os procedimentos a que é submetida, pela desregulação dos ciclos de sono/vigília, pelas limitações acentuadas na capacidade de questionar, expressar ou esclarecer dúvidas, entre outros fatores (Ferreira, 2017; Susin, 2016).

O estudo de Istanboulian et al. (2019) aponta para a prevalência de *delirium*, de contenção física e do prolongamento na ventilação mecânica em pessoas cujos sintomas não foram devidamente comunicados ao longo do internamento. Como efeito, verificou-se também o predomínio da dor crónica, depressão e stresse pós-traumático. A este propósito, o estudo de Modrykamien (2019) não estabelece relação entre a competência comunicativa com o aumento do tempo de internamento na UMI, ainda assim, alerta para a importância do bem estar psicossocial de cada indivíduo, enumerando como principais consequências das dificuldades e limitações comunicativas o aumento da depressão/solidão, da agitação, da frustração e também do *delirium*.

Pelas mesmas razões, o estudo de Gomes (2020) afirma a presença de maior passividade em pessoas que requerem cuidados críticos, na medida em que se sentem impotentes na tomada de decisão referente aos seus cuidados de saúde e dependentes da equipa de saúde e dos respetivos equipamentos.

1.3. Processo de Comunicação

Perante as circunstâncias em que a competência comunicativa se encontra limitada, torna-se essencial a procura e adaptação de estratégias facilitadoras do processo comunicativo. Assim, é importante identificar devidamente e compreender as barreiras

e os facilitadores comunicativos, reforçando a inclusão dessas estratégias com diferentes interlocutores e em diferentes situações, através do meio em que este se insere. Com isto, pretende-se clarificar a importância dos restantes intervenientes compreenderem e incluírem a pessoa, na medida em que se as estratégias não forem utilizadas pelos restantes participantes, estes não estarão a promover um bom acesso à comunicação (Dias, 2019; Fontáinhas, 2019; Istanbulian et al., 2019).

Tendo em consideração o impacto da comunicação e em que consiste uma troca comunicativa, as limitações neste âmbito não são sentidas apenas pelas pessoas e pelos profissionais. Os familiares e outras pessoas significativas são um elemento do processo que reconhecem o impacto de não conseguir comunicar com as pessoas internadas em estado crítico (Martinho & Rodrigues, 2016). No que diz respeito às experiências dos familiares, estes sentem-se com frequência incapazes de prestar apoio à pessoa por não conseguirem aceder ao que a própria quer comunicar. Este sentimento de incapacidade pode evoluir muitas vezes para um sentimento de culpa quando o familiar morre, por não terem tido uma última conversa ou uma interação com qualidade (Martinho & Rodrigues, 2016).

A literatura realça o impacto negativo que as experiências comunicativas tiveram nas pessoas internadas em estado crítico e incapacitadas de se expressarem verbalmente. Estudos de Grossbach et al. (2011), Holm et al. (2020) e Karlsen (2021) reportam a importância atribuída pelas próprias pessoas internadas em UMI à capacidade de comunicar, permitindo-lhes uma maior participação e acompanhamento de todo o processo clínico e uma maior interação com a família, amigos e cuidadores. Relatos de pessoas submetidas a ventilação mecânica remetem para dificuldades moderadas a graves em comunicar sem ser capaz de falar, concedendo atributos negativos à experiência de tentativas malsucedidas para comunicar, descrevendo-a como perturbadora, frustrante e assustadora (Pina et al., 2020; Tembo et al., 2015). As dificuldades comunicativas refletem-se assim no aumento de stresse, sintomas depressivos, solidão, ressentimentos, medos e inseguranças, vulnerabilidade, agonia/pânico, agitação, raiva, *delirium* e até mesmo violência (Patak et al., 2004; Hoorn et al., 2016; Martinho & Rodrigues, 2016).

Uma vez reconhecido o impacto que as dificuldades comunicativas acarretam nas pessoas em estado crítico, os profissionais de saúde têm demonstrado maior consciencialização e sensibilização para lidar com a pessoa que apresenta restrições nas suas competências comunicativas, implementando estratégias para facilitar a

comunicação (Martinho & Rodrigues, 2016; Tembo et al., 2015). Considerando a implementação de SAAC, importa salientar a existência de inúmeros sistemas que, com ajuda ou sem ajuda, de baixa ou alta tecnologia, permitem as pessoas comunicarem com movimentos voluntários mínimos (Beukelman & Light, 2020). No entanto, dada a reduzida adequação e ajuste das práticas à individualidade de cada pessoa, frequentemente o processo comunicativo continua a ocorrer com dificuldades marcadas, exigindo um esforço significativo da pessoa, quer a nível motor, quer a nível emocional. Complementarmente, as pessoas que passaram por esta experiência comunicativa referiram dificuldades em perceber ou compreender as estratégias aplicadas (Martinho & Rodrigues, 2016; Patak et al., 2004). Estas dificuldades emergem não só pela ausência de formalização das técnicas facilitadoras para a comunicação, como também pela falha na avaliação formal da competência comunicativa, a qual não só permite delinear de forma individual uma adequada forma comunicativa a cada pessoa, valorizando as suas competências, ultrapassando ou reduzindo as suas dificuldades e promovendo a sua autonomia e participação mas também, permite aos profissionais de saúde extrair informação decisiva para a implementação de um SAAC futuro (Martinho & Rodrigues, 2016; Patak et al., 2004; Tembo et al., 2015).

1.4. A Intervenção do Terapeuta da Fala nas Unidades de Medicina Intensiva

Ao longo dos tempos tem-se verificado uma mudança do paradigma da medicina intensiva, na qual as pessoas se encontravam predominantemente com sedação contínua e ventilação, incapacitadas de falar ou comer, passando para um contexto de reabilitação mais ativo. Esta mudança atribuiu uma maior valorização às perturbações da comunicação e da deglutição presentes nas pessoas internadas em medicina intensiva, destacando o papel do TF no respetivo contexto (McRae, 2018; McRae et al., 2020).

Na medicina intensiva, o TF pode intervir com pessoas que apresentam quadros clínicos que impactuem com as competências linguísticas e/ou comunicativas e com as funções associadas à deglutição e tosse. O TF é o profissional responsável pela avaliação, intervenção e orientação nas áreas da comunicação e da deglutição em pessoas internadas nas UMI (McRae, 2018; McRae et al., 2020).

A avaliação numa fase inicial do internamento ao nível da comunicação beneficia o estabelecimento de uma via comunicativa eficiente, a qual pode facilitar o processo de

comunicação para todas as pessoas internadas, atendendo às capacidades e necessidades individuais e garantindo o seu envolvimento nos seus cuidados diários e decisões (Fontainhas, 2019; McRae, 2018).

As restrições à comunicação verbal oral exigem o recurso a formas alternativas ou complementares de comunicação. Para o efeito, uma avaliação formal capacita o TF a encontrar uma forma comunicativa que potencia a sua competência e funcionalidade comunicativa, tanto ao nível da compreensão como da expressão (Fontainhas, 2019; Prazeres, 2013). Assim, o profissional reúne competências para uma adequada avaliação, considerando as áreas da compreensão, das formas de expressão verbal oral (fala) e não oral (escrita, língua gestual, braille) e expressão não verbal oral (sons, gritos, choros) e não oral (postura, gestos, mímica) das diferentes funções comunicativas (McRae, 2018).

Por conseguinte, cabe ao TF não só estabelecer uma forma de comunicação que permita a contínua interação com os profissionais prestadores de cuidados de saúde e familiares/amigos, como também ensinar e motivar os restantes intervenientes a utilizar as estratégias implementadas de forma consistente (Dias, 2019; Silva et al., 2016). É fundamental que as respetivas ferramentas e estratégias adaptadas, sejam monitorizadas e reavaliadas e, sempre que se justificar, modificadas. O principal objetivo consiste em empoderar a pessoa com resposta mínima, para que a mesma consiga comunicar todas as funções comunicativas (Silva et al., 2016; Dias, 2019; McRae, 2018).

No caso das pessoas que apresentem traqueostomia, o TF é o profissional que poderá colaborar na equipa multidisciplinar de saúde para avaliar a desinsuflação do *cuff*. A respetiva avaliação permite analisar a viabilidade de utilização de uma válvula que permitirá a estimulação das funções laríngeas para fonação, deglutição e tosse (McRae, 2018).

Todos estes aspetos referentes à intervenção nas alterações da comunicação reforçam a importância de uma avaliação formal e rigorosa, possibilitando ao TF a implementação de formas comunicativas em conformidade com as necessidades de cada indivíduo e definição de um único código para todos os elementos comuns a cada pessoa (Dias, 2019; Fontainhas, 2019).

2. METODOLOGIA

O enquadramento teórico apresentado anteriormente permitiu a definição do objetivo a atingir com o presente estudo, já apresentado na introdução. Assim, a presente secção visa a apresentação e classificação dos meios e das estratégias definidos para o alcance do objetivo geral e específicos, procurando responder à problemática em estudo (Oliveira, 2011).

De seguida, apresentam-se os objetivos, e a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes a cada componente da presente investigação.

2.1. Objetivos do estudo

Considerando a problemática em estudo, verificou-se a existência de um número reduzido de publicações relativas aos processos de comunicação entre as pessoas internadas em UMI com a equipa de profissionais de saúde e os restantes intervenientes no processo, como por exemplo a família/pessoas significativas. Este aspeto pode ser justificado tendo em conta a escassa utilização de procedimentos formais para avaliação da competência comunicativa das pessoas internadas.

Neste sentido, a temática de investigação escolhida tem origem nas dificuldades e no impacto que as perturbações da comunicação têm no processo de saúde de cada pessoa, motivada ainda pela escassez de estudos na literatura atual, nomeadamente que abordem a avaliação da competência comunicativa.

Considerando o objetivo geral, já apresentado na Introdução, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a literatura para identificar as **áreas de avaliação da competência comunicativa** de pessoas adultas/idosas com resposta mínima utilizadas em UMI;
- Mapear a literatura para identificar os **instrumentos de avaliação da competência comunicativa** de pessoas adultas/idosas com resposta mínima utilizados em UMI;
- Sistematizar as categorias de avaliação da competência comunicativa identificadas no mapeamento da literatura.

Para a concretização dos dois primeiros objetivos específicos, optou-se pela realização de uma *Scoping Review* e, para a execução do terceiro objetivo, foi construída uma tabela com a inclusão das categorias e áreas identificadas através da *Scoping Review*.

2.2. Procedimentos Metodológicos da *Scoping Review*

Uma *Scoping Review* é realizada para facultar uma visão geral das evidências ou para responder a perguntas sobre a natureza e diversidade dos conhecimentos disponíveis (Peters et al., 2020). Por outras palavras, as *Scoping Review* consistem numa metodologia de revisão exploratória, sistematizada, usadas com a finalidade de mapear a literatura sobre uma determinada área (Peters et al., 2020). Desta forma, permitem a identificação dos tipos de evidências disponíveis dentro de um determinado campo de investigação, a identificação e análise de lacunas e de áreas relevantes para investigação, o esclarecimento de principais conceitos, a identificação das principais características ou fatores relacionados com um determinado conceito, entre outras finalidades (Peters et al., 2020).

A presente *Scoping Review* foi construída com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020). Esta metodologia propõe uma estratégia de pesquisa, extensa e bem delineada, nas principais bases de dados online para o assunto (Peters et al., 2020). Na presente revisão recorreu-se a 6 bases de dados, nomeadamente à MEDLINE (PubMed), Scopus, Scielo, Business Source Complete (via EBSCOhost), Academic Search Complete (via EBSCOhost) e Web of Science. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a março de 2022. Numa pesquisa exploratória inicial, foram identificados um número significativamente reduzido de estudos primários relativos à problemática em estudo. Uma vez que o tipo de revisão selecionado permite a inclusão de todos os tipos de literatura, admitiu-se a busca de diferentes fontes relevantes e de literatura cinzenta, não se restringindo apenas à evidência científica presente nas bases de dados.

Segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, o primeiro passo na realização de uma *Scoping Review* é a formulação da questão de investigação (Peters et al., 2020). Esta é formulada com a finalidade de apoiar e facilitar o desenvolvimento do protocolo da revisão, a pesquisa da literatura e providenciar uma clareza na sua estrutura. Permite, neste sentido, uma adequada orientação para a definição dos critérios de inclusão específicos para o estudo (Peters et al., 2020). Assim sendo, a questão de investigação foi formulada segundo os elementos do Conceito e Contexto da População (PCC). No que diz respeito aos participantes, a presente revisão

considerou estudos que incluíam pessoas adultas ou idosas, com resposta mínima. Relativamente ao conceito, a revisão considerou estudos focados na avaliação da competência comunicativa, privilegiando os estudos que explorassem as dimensões e categorias de avaliação necessárias e que incluíssem instrumentos de avaliação da competência comunicativa. No contexto, pretendeu-se reunir estudos que se tivessem realizado em UMI. Deste processo resultou a seguinte **questão de investigação**: “Quais as áreas e os instrumentos de avaliação da competência comunicativa de pessoas adultas ou idosas com resposta mínima internadas em UMI já publicados na literatura?”.

De seguida, com base na questão de investigação foram definidos os principais descritores relacionados com a problemática em estudo. Para a construção da Chave de Pesquisa a usar nas diferentes bases de dados, foram definidos os seguintes descritores, agrupados pelas categorias PCC: Participantes (“mechanically ventilated patient”, “nonvocal patient”, “nonspeaking patient”); Conceitos (“assess communication”, “communication assessment”, “communication screening”, “communication evaluation”, “evaluation of communication”, “communication measure”); Contexto (“intensive care”, “critical care”, “critically ill”).

Com a aplicação de todos os descritores identificados anteriormente, combinados através dos conectores booleanos “AND” e/ou “OR”, resultaram diferentes chaves de pesquisa, que foram utilizadas em cada base de dados de acordo com os requisitos específicos de cada uma, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 Chaves de pesquisa utilizadas em cada base de dados

Bases de Dados	Chave de Pesquisa
MEDLINE (PubMed)	(((((("intensive care") OR ("critical care")) OR ("critically ill")) AND ("mechanically ventilated patient")) OR ("nonvocal patient")) OR ("nonspeaking patient")) AND ("assess communication") OR ("communication assessment")) OR ("communication screening")) OR ("communication evaluation")) OR ("evaluation of communication")) OR ("communication measure")
Scopus	(ALL ("intensive care") OR ALL ("critical care") OR ALL ("critically ill") AND ALL ("mechanically ventilated patient") OR ALL ("nonvocal patient") OR ALL ("nonspeaking patient") AND ALL ("assess communication") OR ALL ("communication assessment") OR ALL ("communication screening") OR ALL ("communication evaluation") OR ALL ("evaluation off communication") OR ALL ("communication measure"))
Scielo	("critically ill") AND ("patient") AND ("communication")

Business Source Complete (via EBSCOhost)	TX "critically ill" AND TX "mechanically ventilated patient" OR TX "nonspeaking patient" AND TX "communication assessment"
Academic Search Complete (via EBSCOhost)	TX "critically ill" AND TX "mechanically ventilated patient" OR TX "nonspeaking patient" AND TX "communication assessment"
Web of Science	#1 ((ALL=(intensive care)) OR ALL=(critical care)) OR ALL=(critically ill)
	#2 ((ALL=(mechanically ventilated patient)) OR ALL=(nonvocal patient)) OR ALL=(nonspeaking patient)
	#3 ((((((ALL=(communication disorders)) OR ALL=(assess communication)) OR ALL=(communication assessment)) OR ALL=(communication screening)) OR ALL=(communication evaluation)) OR ALL=(evaluation of communication)) OR ALL=(communication measure)
	#1 AND #2 AND #3
Literatura Cinzenta	"intensive care" OR "critical care" OR "critically ill" AND "mechanically ventilated patient" OR "nonvocal patient" OR "nonspeaking patient" AND "assess communication" OR "communication assessment" OR "communication screening" OR "communication evaluation"

O processo de seleção dos artigos a incluir na *Scoping Review* foi segmentado em diferentes fases, nomeadamente a fase de identificação, de seleção, de elegibilidade e de inclusão. Na fase de identificação, foram reunidos os artigos identificados nas bases de dados eletrónicas e os artigos identificados por meio de pesquisa na literatura cinzenta. De seguida, na fase de seleção, foi realizada uma análise aos artigos reunidos na fase de identificação. Nesta etapa, consideraram-se todos os estudos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola e todas as publicações com acesso integral ao texto. Relativamente às publicações às quais não se obteve acesso integral nas bases de dados indicadas, primeiro foi realizada uma pesquisa adicional, noutras bases de dados, com a finalidade de verificar a possibilidade em aceder ao texto integral, quando não foi possível, posteriormente, foi solicitado o respetivo acesso diretamente aos autores dos artigos através do correio eletrónico ou outras plataformas. Foram excluídos todos os artigos duplicados. Posteriormente, os artigos foram selecionados com base no título e resumo, considerando os que incluíssem população adulta/idososa, com idade igual ou superior a 18 anos, realizados em contexto de UMI e focados para a avaliação das formas ou funções comunicativas. Já na fase de elegibilidade, obteve-se um conjunto de artigos para leitura integral, que foram avaliados com rigor para uma seleção

mais específica. Nesta fase definiu-se como critério de inclusão todas as publicações cuja temática se relacionasse com instrumentos ou áreas de avaliação da competência comunicativa, pela sua pertinência para a investigação em curso. Após uma análise detalhada, os artigos que não cumprissem com os requisitos de inclusão foram excluídos. Concluídas todas as etapas anteriores, reuniram-se os artigos elegíveis para a *Scoping Review* na fase de inclusão (Figura 1). Em todo o processo de seleção de artigos não foi definido como critério de inclusão um período temporal, dada a escassez de protocolos de avaliação da competência comunicativa.

Inicialmente, foram identificados um total de 866 artigos. Após a eliminação dos artigos duplicados, os que não eram em língua inglesa, portuguesa e espanhol e que não se tinha acesso ao texto integral, ficaram 718 artigos que seguiram para a fase de seleção. Após a exclusão dos artigos por título e resumo e que não se incluíam em contexto de medicina intensiva e não abordavam uma população adulta/idosa, resultaram 66 artigos para leitura integral. Destes, foram excluídos os artigos que não eram relacionados com a comunicação, obtendo-se um total de 45 artigos que foram validados para elegibilidade. Após a remoção dos artigos que não se relacionavam com instrumentos ou áreas de avaliação da competência comunicativa, resultaram 8 artigos finais (Figura 1).

Os 8 artigos finais foram analisados com recurso a uma tabela de extração de dados, elaborada a partir das sugestões do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020). Esta tabela incluiu categorias mais genéricas, como o título, autor(es), ano de publicação, país de origem e tipo de estudo e, por outro lado, categorias mais específicas relacionadas com o objetivo do artigo, com a população e o seu contexto e, por fim, informação referente a instrumentos de avaliação da competência comunicativa propostos, dimensões e categorias de avaliação desta competência.

Todo o processo metodológico, incluindo a extração dos dados foi realizada por um investigador, acompanhado por dois revisores que supervisionaram e resolveram eventuais divergências ou conflitos.

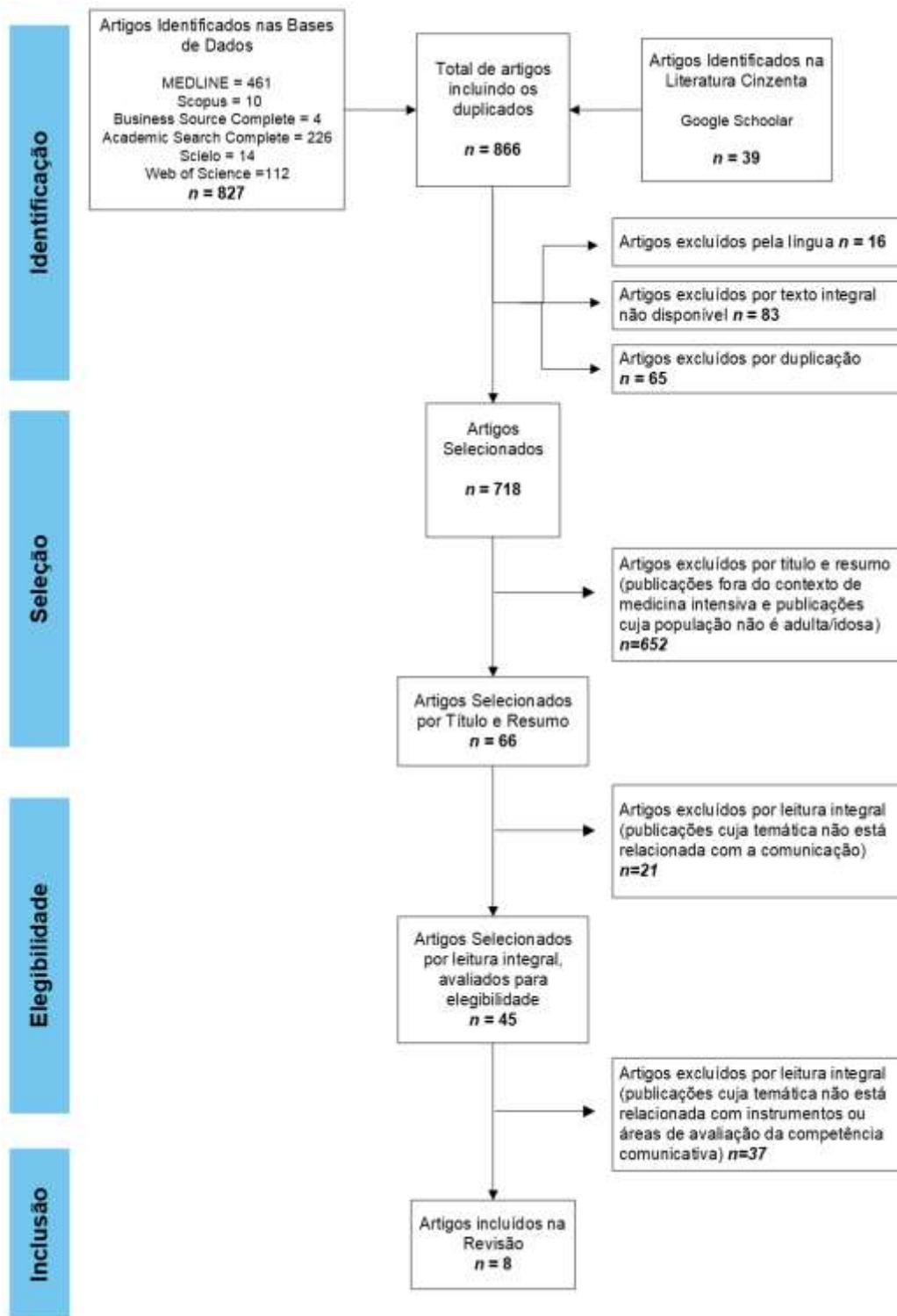


Figura 1 Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo

2.3. Procedimentos Metodológicos da Sistematização das Dimensões para Avaliação da Competência Comunicativa

Com base na informação reunida na *Scoping Review* não foi identificado nenhum instrumento de avaliação da competência comunicativa, que reunisse a avaliação das diferentes dimensões que são propostas na literatura.

Por este motivo, optou-se pela construção de uma tabela, na qual são sistematizadas as dimensões para avaliação da competência comunicativa de pessoas com resposta mínima. A respectiva tabela organiza as dimensões a avaliar por categorias, que são as áreas identificadas na literatura, e indicadores de avaliação, que são os pontos que vão permitir operacionalizar/concretizar a avaliação de cada uma das áreas.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização Geral dos Artigos Incluídos na *Scoping Review*

Como podemos observar na Tabela 2, dos 8 estudos incluídos na presente revisão, estão compreendidas duas revisões sistemáticas da literatura (Hoorn et al., 2016; Varndell et al., 2016), uma revisão integrativa da literatura (Espinoza-Caifil et al., 2021), três revisões da literatura (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011), uma delas com apresentação de um estudo de caso (Tate et al., 2012), uma proposta de boas práticas/*call to action* (Patak et al., 2009) e uma tese de doutoramento (Karlsen, 2021). Geograficamente, quatro estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA) (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Patak et al., 2009; Tate et al., 2012), um foi realizado na Holanda (Hoorn et al., 2016), outro na Noruega (Karlsen, 2021), um no Chile (Espinoza-Caifil et al., 2021) e um na Austrália (Varndell et al., 2016). Apenas um dos estudos é referente a um estudo com uma amostra populacional, que incluiu pessoas mecanicamente ventiladas e os respetivos profissionais de saúde (Karlsen, 2021). Todos os artigos fazem referência a dimensões ou categorias de avaliação para a competência comunicativa e em 6 destes estudos são referidos protocolos de avaliação formal (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009; Varndell et al., 2016).

Relativamente às categorias específicas, a análise dos artigos incluídos na *Scoping Review* identificou protocolos e domínios-chave de avaliação da competência comunicativa de pessoas com resposta mínima. Assim, em todos os estudos selecionados, é analisada a avaliação da comunicação entre a pessoa internada em contexto de medicina intensiva e restantes pessoas significativas. Dentre o total de artigos, seis fazem referência a protocolos de avaliação formais, incluindo protocolos de avaliação específicos para a competência comunicativa de pessoas com resposta mínima (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009) e protocolos formais para a avaliação da dor na respetiva população (Varndell et al., 2016). No estudo que analisa os protocolos formais para a avaliação da dor é apresentada uma síntese dos resultados de validade, fiabilidade e viabilidade para a sua construção e aplicação (Varndell et al., 2016). Em contrapartida, em nenhum dos estudos que apresentam protocolos de avaliação da competência comunicativa são referidos os respetivos testes de fiabilidade para a sua construção e aplicação (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009).

Tabela 2 Dados extraídos a partir da análise das fontes incluídas na *Scoping Review*

Fonte	Autores / País/Ano	Tipo de Fonte	Tipo de Estudo	Objetivo do Artigo	Instrumentos identificados	Dimensões e Categorias de Avaliação da Competência Comunicativa ¹
1	Irene Grossbach, Sarah Stranberg, Linda Chlan USA, 2011	Artigo	Revisão da Literatura	Fazer uma revisão das várias estratégias para promover comunicação eficaz entre pessoas mecanicamente ventiladas e a equipa de profissionais de saúde e familiares	<i>Communication Assessment Tool for nonvocal patients</i>	<i>Mental Status</i> (estado mental); <i>Auditory Acuity</i> (acuidade auditiva); <i>Visual Acuity</i> (acuidade visual); <i>Handedness</i> (destreza); <i>Assess Muscle Strength</i> (avaliação da força muscular); <i>Language</i> (linguagem/língua); <i>Literacy</i> (literacia).
2	Lance Patak, Amy Wilson-Stronks, John Costello, Ruth M. Kleinpell, Elizabeth A. Henneman, Colleen Person, and Mary Beth Happ USA, 2009	Artigo	proposta de boas práticas/ Call to action	Posicionar a comunicação entre a pessoa e o profissional de saúde como uma prioridade de qualidade nos cuidados prestados, dentro da organização de saúde, integrando boas práticas de cuidados que promovam uma comunicação eficaz, especialmente com os que apresentam perturbações da comunicação	<i>Patient Communication Assessment Tool</i>	<i>Verbal</i> (verbal); <i>Writing (Pen & Paper)</i> (escrita); <i>Communication board</i> (quadro de comunicação); <i>Electronic communication device</i> (sistema de comunicação de alta tecnologia); <i>Speaking valve</i> (válvula de fala); <i>Gesturing</i> (gestos); <i>Mouthing/lip Reading</i> (leitura labial); <i>Hearing aids</i> (tecnologias de apoio à audição); <i>Glasses</i> (óculos); <i>Language interpreter needed</i> (necessidade de intérprete); <i>Family facilitated</i> (familiares facilitadores); <i>Sign language/interpreter needed</i> (língua gestual/intérprete de língua gestual); <i>Other</i> (outro).
					<i>Assessment and Intervention Considerations for Speech-Language Pathologists</i>	<i>Cognition</i> (cognição); <i>Sensory</i> (sensorial); <i>Language comprehension and literacy screening</i> (compreensão da linguagem e rastreio das competências de leitura e escrita); <i>Motor access assessment</i> (avaliação motora); <i>Speech production</i> (produção de fala); <i>Vocabulary selection</i> (seleção de vocabulário); <i>Environmental assessment</i> (ambiente/contexto).

¹ Tradução livre das categorias de avaliação propostas na literatura

Fonte	Autores / País/Ano	Tipo de Fonte	Tipo de Estudo	Objetivo do Artigo	Instrumentos identificados	Dimensões e Categorias de Avaliação da Competência Comunicativa ¹
3	Margarita Espinoza-Caifil, Paula Baeza-Daza, Flérida Rivera-Rojas, Paula Ceballos-Vásquez Chile, 2021	Artigo	Revisão Integrativa da Literatura	Analisar na literatura científica publicada como é realizada a comunicação entre a pessoa adulta em estado crítico e os profissionais de enfermagem	Não aplicável	Principais métodos de comunicação não verbal: <i>contacto visual</i> (contacto visual); <i>gestos</i> (gestos); <i>sonidos</i> (sons); <i>interpretación de lectura de labios o el tacto</i> (interpretação da leitura labial ou tato); <i>verificar todas las respuestas de los pacientes</i> (verificação de todas as respostas dos pacientes).
4	S. ten Hoorn, P. W. Elbers, A. R. Girbes and P. R. Tuinman Holanda, 2016	Artigo	Revisão Sistemática da Literatura	Resumir as mais atuais evidências publicadas sobre os métodos de comunicação não verbais usados com pessoas adultas mecanicamente ventiladas internadas em UMI; desenvolver um algoritmo para uma abordagem estruturada de dispositivos auxiliares de comunicação com pessoas mecanicamente ventiladas	Algoritmo para seleção de métodos alternativos de comunicação com pacientes intubados	<i>Level of consciousness</i> (nível de consciência) <i>Cognitive level</i> (estado cognitivo) <i>Auditory acuity, Visual acuity, Language</i> (acuidade auditiva, visual e língua) <i>Functional skills</i> (competências funcionais): <ul style="list-style-type: none"> <i>fine motor abilities</i> (motricidade fina) - <i>write</i> (escrita), <i>gross motor abilities</i> (motricidade grossa); <i>oral motor abilities</i> (competências oromotoras) – <i>tracheostomy</i> (traqueostomia), <i>oral tube</i> (tubo oral), <i>laryngeal structures</i> (estruturas laringeas), <i>cuff deflation</i> (desinsuflação do <i>cuff</i>).
5	Wayne Varndell, Margaret Fry and Doug Elliott Austrália, 2016	Artigo	Revisão Sistemática da Literatura	Estudar as propriedades psicométricas e a adequação dos instrumentos observacionais de comunicação não verbal de dor disponíveis para um potencial uso com pessoas adultas em estado crítico no departamento de emergência	Escalas de Avaliação da Dor: <i>Behavioural Pain Scale</i> ; <i>Critical-Care Pain Observation Tool</i> ; <i>Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Scale</i> ; <i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i> ; <i>Nonverbal Pain Scale</i>	<i>Behavioural Dimension, domains</i> (dimensão comportamental/domínios): <ul style="list-style-type: none"> <i>Facial expression</i> (expressão facial); <i>Body movement</i> (movimentos corporais); <i>Body posture</i> (postura corporal); <i>Verbal response</i> (resposta verbal); <i>Ventilator compliance</i> (adesão do paciente à ventilação e tolerância a movimentos); <i>Other</i> (outro). <i>Physiologic dimension</i> (dimensão fisiológica): <ul style="list-style-type: none"> <i>Breathing</i> (respiração); <i>Stable vital signs</i> (estabilidade de sinais vitais); <i>Dilated pupils</i> (dilatação de pupilas);

Fonte	Autores / País/Ano	Tipo de Fonte	Tipo de Estudo	Objetivo do Artigo	Instrumentos identificados	Dimensões e Categorias de Avaliação da Competência Comunicativa ¹
6	JiYeon Choi, Margaret L. Campbell, Céline Gélinas, Mary Beth Happ, Judith Tate, Linda Chlan USA, 2017	Artigo	Revisão da Literatura	Revisão da literatura sobre a comunicação não verbal de sintomas e a avaliação de sintomas físicos selecionados em pessoas em UMI	Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies - <i>SPEACS-2 communication assessment guide; Condensed Memorial Symptom Assessment Scale, Respiratory distress observation scale</i>	<i>SPEACS-2:</i> <i>Sensory</i> (sensorial); <i>Point/Write</i> (apontar/escrever); <i>ETT vs. Oral movement</i> (tubo endotraqueal vs. movimentos orais); <i>Attention/cognition</i> (atenção/cognição); <i>Clear yes/no</i> (sinal sim/não); <i>Speaks/reads English</i> (língua dominante para expressão oral e leitura); <i>Delirium</i> (delírio) <i>Pain</i> (dor) – <i>Behavioral changes</i> (mudanças comportamentais); <i>Pupillary dilatation reflex</i> (reflexo pupilar).
7	Judith A. Tate, Jennifer B. Seaman, Mary Beth Happ USA, 2012	Artigo	Revisão da Literatura com apresentação de um Estudo de Caso	Melhorar a precisão da avaliação e comunicação da dor, compensando as limitações físicas e/ou cognitivas da pessoa submetida a ventilação mecânica	Não aplicável	<i>Establishing a reliable yes-no signal</i> (estabelecer um sinal sim/não seguro) <i>Communication Boards</i> (quadros de comunicação); <i>Lip reading</i> (leitura labial).
8	Marte-Marie Wallander Karlsen Noruega, 2021	Tese	Tese de Doutorado	Adquirir conhecimento relativo à comunicação e interação entre pessoas e profissionais de saúde quando as pessoas estão conscientes, em alerta e submetidas a ventilação mecânica nas UMI	<i>ICU Communication Screening Protocol, SPEACS-2 communication program</i>	Categorias referidas no artigo 6.

3.2. Caracterização Específica dos Instrumentos, Dimensões e Indicadores de Avaliação

No que diz respeito à avaliação da competência comunicativa, os estudos apresentam diferentes ferramentas de avaliação da comunicação em pessoas internadas sujeitas a ventilação mecânica e/ou incapacitadas de se expressarem oralmente, nomeadamente:

- *Communication Assessment Tool for nonvocal patients* (Grossbach et al., 2011);
- *Patient Communication Assessment Tool e Assessment and Intervention Considerations for Speech-Language Pathologists* (Patak et al., 2009);
- Algoritmo para seleção de métodos alternativos de comunicação com pacientes intubados (Hoorn et al., 2016);
- *ICU Communication Screening Protocol (SPEACS-2 communication assessment guide)* (Choi et al., 2017; Karlsen, 2021).

Em todos os estudos é linear uma avaliação global, que contempla os domínios motor, cognitivo, sensorial, linguístico e articulatório. Alguns estudos acrescentam ainda a importância de avaliar o contexto/ambiente.

Relativamente à avaliação da dor, os estudos analisados apresentam diversos protocolos de avaliação, os quais atentam às possíveis formas de comunicar a dor ou desconforto, nomeadamente:

- *Pain Assessment in Advanced Dementia* (Varndell et al., 2016);
- *Nonverbal Pain Scale* (Varndell et al., 2016);
- *Behavioural Pain Scale* (Tate et al., 2012; Varndell et al., 2016);
- *Critical-Care Pain Observation Tool* (Tate et al., 2012; Varndell et al., 2016);
- *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Scale* (Tate et al., 2012; Varndell et al., 2016);
- *Numeric Rating Scale* (Tate et al., 2012; Varndell et al., 2016);
- *The Verbal Descriptor Scale* (Tate et al., 2012; Varndell et al., 2016).

O estudo de Grossbach et al., (2011) enumera um conjunto de seis estratégias que promovem a comunicação com pessoas mecanicamente ventiladas, entre elas, a avaliação das competências que afetam a comunicação. Realça também a importância de adequar um ambiente facilitador para a comunicação, a antecipação das necessidades das pessoas, a facilitação de leitura de fala, o uso de CAA e a escolaridade da própria pessoa sobre estratégias comunicativas, bem como dos seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos (Grossbach et al., 2011).

O conjunto de estudos analisados apresenta diferentes dimensões e categorias que devem ser consideradas para a avaliação da competência comunicativa. Assim, de seguida, são apresentadas as dimensões e categorias que são propostas pela literatura.

Consciência

Dos protocolos de avaliação identificados, uma das principais dimensões referidas remete para a consciência, propondo como categorias a avaliação da vigilância e a avaliação da orientação da pessoa que, por sua vez, incluem a observação/avaliação de variações no estado de vigília, a capacidade e tempo de permanência com abertura dos olhos e a orientação da pessoa no tempo e no espaço (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009).

Capacidade Sensorial: Acuidade Auditiva e Visual

Na dimensão sensorial, é descrita a importância de incluir a avaliação relativamente às áreas da acuidade auditiva e visual. Estas devem integrar não só a avaliação do estado de audição e visão pré-mórbida, verificando a presença de possíveis perdas e necessidades de utilização de produtos ou tecnologias de apoio, como também a avaliação de possíveis alterações neurológicas, que possam comprometer o acesso aos SAAC (Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009).

Posicionamento e Capacidade Motora

Dentre os diferentes domínios referidos na literatura para avaliação da competência comunicativa, incluem-se também o posicionamento e a competência motora da pessoa (Grossbach et al., 2011).

No que diz respeito ao posicionamento, devem ser avaliadas as diferentes posições em que a pessoa internada se pode encontrar ou posições que são toleradas pela própria, como decúbito dorsal, decúbito lateral, posicionamento em *semi-fowler*, ou posicionamento em *fowler* (Varndell et al., 2016).

A avaliação motora deve englobar as diferentes áreas ao nível da mobilidade, expressão facial, lateralidade e alteração neurológica. No que concerne à mobilidade, a sua avaliação integra as áreas da motricidade grossa, da motricidade fina e das competências oromotoras. Os indicadores para a motricidade fina reúnem a avaliação da capacidade ou restrição da pessoa para fazer gestos ou mímica, sejam estes naturais ou definidos por um código prévio, em apontar de forma direta ou indireta e/ou na capacidade de escrever ou desenhar. Relativamente às competências oromotoras, a

literatura identificada aponta como principais indicadores a avaliação das estruturas laríngeas, principalmente nos quadros clínicos em que há presença de traqueostomia ou entubação, incluindo a avaliação da tolerância de desinsuflação do *cuff* (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009).

Considerando o impacto que as alterações neurológicas podem representar no acesso às formas comunicativas, valoriza-se uma avaliação neste domínio, registrando a presença de lesões motoras que possam constituir restrições, particularmente no lado dominante da pessoa, podendo comprometer de forma moderada a grave a capacidade em escrever, gestualizar ou apontar (Grossbach et al., 2011).

A dimensão da capacidade motora deve ainda incluir categorias de avaliação como a expressão fácil e a lateralidade. No que concerne à expressão facial, esta pode ser utilizada como um marcador comportamental para avaliação e interpretação da dor, uma vez que pessoas que se encontram incapacitadas de se expressar oralmente, podem manifestar-se através de mudanças comportamentais, nomeadamente movimentos corporais ou faciais (Choi et al., 2017; Varndell et al., 2016).

Linguagem e Língua

As competências linguísticas são determinantes no acesso e transmissão da informação, atribuindo uma importância significativa à avaliação das competências compreensivas e expressivas da pessoa. A avaliação destas categorias impactam não só no vocabulário a utilizar durante a avaliação, como também nas estratégias selecionadas para uma posterior intervenção (Patak et al., 2009).

Com o objetivo de facilitar o acesso às estratégias de CAA, é essencial garantir que a pessoa domine a língua na qual as estratégias são apresentadas. Por esse motivo, deve ser devidamente identificada a língua materna da pessoa internada, verificando se a respetiva língua coincide com a língua do local de internamento (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011).

Como já foi referido em diferentes dimensões, a presença de lesões neurológicas pode representar uma barreira às competências compreensivas ou expressivas da pessoa. Neste sentido, realça-se a importância em avaliar a presença de alterações neurológicas, que possam ter impacto no processo de comunicação, nomeadamente a presença de afasia (Grossbach et al., 2011).

Fala e Literacia

A literatura propõe ainda algumas orientações para a avaliação da produção de fala. Neste domínio, consideram-se como principais indicadores a capacidade de fonação, o volume e a inteligibilidade do discurso, em paralelo com as competências oromotoras referidas anteriormente (Patak et al., 2009; Varndell et al., 2016).

A interpretação de sinais da dimensão fisiológica é ainda controversa. Por um lado, os estudos de Espinoza-Caifil et al. (2021) e Varndell et al. (2016) consideram a análise dos sinais fisiológicos para a interação e comunicação de dor, como a frequência respiratória e estabilidade de sinais vitais. Por outro lado, os estudos de Choi et al. (2017), Grossbach et al. (2011) e Karlsen (2021) referem a escassez de validação desses parâmetros para avaliação, atendendo à variabilidade dos sinais vitais, provocado por diversos fatores.

Adicionalmente, é proposta a inclusão da avaliação do nível de literacia, uma vez que o recurso a estratégias com suporte a palavras ou frases pode ser prejudicial para pessoas com dificuldades de leitura e escrita (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011).

3.3. Avaliação da Competência Comunicativa para Implementação de um Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação

Atendendo às dificuldades comunicativas presentes na pessoa internada em contexto de medicina intensiva, urge a necessidade de implementar formas alternativas à comunicação, através de SAAC (SPTF, 2020). Para o efeito, é importante realizar uma avaliação de forma estruturada, permitindo identificar as potenciais formas comunicativas de cada pessoa. Com base nos conceitos identificados na *Scoping Review*, foi construída a Tabela 3, na qual são apresentadas as dimensões necessárias para a avaliação da competência comunicativa das pessoas. Em cada dimensão, são listadas as categorias relevantes para inclusão no processo de avaliação, e os respetivos indicadores de avaliação identificados.

Tabela 3 Avaliação da competência comunicativa para implementação de um SAAC

Dimensão	Categorias de Avaliação	Indicadores de Avaliação	Considerações
Consciência	Vigilância	Flutuação da vigilância nas últimas 24 horas Tempo de vigilância/alerta (tempo em que permanece com abertura espontânea dos olhos) Abertura de olhos	Se sim, reavaliar mais tarde. Impacto na duração da avaliação.
	Orientação	Sem informação.	Considerar estratégias de orientação.
Cognição	Sem informação.	Sem informação.	Considerar pistas visuais, livros de memórias. Impacto na linguagem a utilizar na avaliação e intervenção.
Capacidade Sensorial	Acuidade Auditiva	Estado de audição pré-mórbida <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de perda auditiva prévio ○ Utilização de aparelhos auditivos Estado atual da audição <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de perda auditiva ○ Acesso ao(s) aparelho(s) auditivo(s) ○ Funcionamento adequado dos aparelhos auditivos 	Impacto na seleção da tecnologia de saída de voz e o tipo de voz. Disponibilizar um aparelho auditivo adaptado. Garantir que o aparelho colocado não tenha feedback audível devido ao posicionamento da pessoa.
	Acuidade Visual	Estado de visão pré-mórbida <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de perda de visão ○ Utilização de óculos / lentes Estado atual da Visão <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de perda de visão ○ Acesso aos óculos 	Considerar tipo de símbolo ou texto usado: tamanho, cor, complexidade e layout. Garantir a limpeza e colocação adequada dos óculos.
	Alteração Neurológica	<i>Neglect</i> <i>Field Cuts</i>	Considerar localização e tipo de estímulo.

Dimensão	Categorias de Avaliação		Indicadores de Avaliação	Considerações
Posicionamento			Diferentes posições que a pessoa consegue permanecer/tolerar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Decúbito dorsal ○ Decúbito lateral esquerdo ○ Decúbito lateral direito ○ Posicionamento em <i>semi-fowler</i> (elevação da cabeceira até 45°) ○ Posicionamento em <i>fowler</i> (elevação da cabeceira entre 45 e 90 °) 	Sem informação.
Capacidade Motora	Mobilidade	Motricidade Grossa	Sem informação.	Sem informação.
		Motricidade Fina	Capacidade de: <ul style="list-style-type: none"> ○ fazer gestos ou mímica ○ apontar diretamente ○ apontar usando os olhos ou um acessório como ponteiro ou luz ○ desenhar ○ escrever 	Gestos naturais codificados e sinais sim/não/talvez. Papel e caneta. Realizar seleção indireta. Utilizar o <i>switch</i> .
		Competências Oromotoras	Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal Preservação das estruturas laringeas Tolerância à desinsuflação do <i>cuff</i>	Quadro de comunicação (alta ou baixa tecnologia) com ou sem dispositivo de controlo, válvula de fala, laringe eletrónica.
	Alteração Neurológica		Sem informação.	Restrições no lado dominante pode comprometer a escrita, gestos ou apontar.
	Expressão Facial		Sem informação.	Sem informação.
	Lateralidade		Esquerdino Destro Ambidestro	Sem informação.

Dimensão	Categorias de Avaliação	Indicadores de Avaliação	Considerações
Linguagem	Compreensão	Sem informação.	Quadros de imagens podem funcionar melhor do que quadros de palavras/frases/letras. Se a pessoa tiver dificuldade em entender/usar símbolos complexos, considerar o uso inicial de um sistema de mensagem única para apoiar a capacidade de chamar atenção/assistência.
	Expressão	Sem informação.	
	Alteração Neurológica	Afasia	Sem informação.
Língua	Língua Materna	Língua materna Língua atual Avaliar domínio pela língua atual	Placa de comunicação baseada na língua nativa (formato bilíngue), quadros de imagens; gravação de voz digital para tradução de idiomas de mensagens básicas.
Fala	Produção de Fala	Volume Grau de inteligibilidade	Recurso a laringe eletrônica, amplificadores de som, pistas visuais, escrita/soletração, quadros de comunicação ou dispositivos geradores de fala.
	Alteração Neurológica	Sem informação.	Sem informação.
Literacia	Competências de leitura	Sem informação.	Palavras escritas, sistema baseado em imagem, dispositivo de geração de fala sofisticado que suporta ortografia para criação de mensagens mais detalhadas e inovadoras.
	Competências de escrita	Escrita do nome e morada	

Complementarmente, foram listadas as considerações específicas para cada dimensão, categoria ou indicador, as quais permitem uma melhor compreensão da importância das dimensões a avaliar e fornecem orientações gerais para possíveis soluções ou estratégias terapêuticas. No próximo capítulo, dedicado à discussão dos resultados, é realizada uma reflexão sobre as dimensões e categorias identificadas e uma exploração de possíveis áreas a incluir na respetiva tabela, que não foram identificadas na *Scoping Review*.

4. DISCUSSÃO

No âmbito deste trabalho foi realizado um reconhecimento dos instrumentos e áreas de avaliação da competência comunicativa de pessoas adultas/idasas com resposta mínima utilizados em UMI. Este mapeamento contribuiu para a identificação das dimensões a avaliar na competência comunicativa, possibilitando uma uniformização do processo de avaliação para a implementação de SAAC, na prática clínica dos TF.

A competência comunicativa de pessoas com resposta mínima internadas em UMI é um assunto que tem adquirido progressivamente maior reconhecimento, estando publicadas as principais dificuldades sentidas pela pessoa internada, bem como as sequelas relacionadas com as dificuldades vividas pelas respectivas pessoas (Ferreira, 2017; Pina et al., 2020). No entanto, foram encontrados poucos estudos que contemplem a avaliação formal da competência comunicativa de pessoas com este perfil.

Os estudos identificados apontam para a necessidade de avaliar um conjunto de domínios que são comuns a diferentes abordagens de avaliação da competência comunicativa, nomeadamente: a consciência (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021), a cognição (Choi et al., 2017; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009), a capacidade sensorial e motora (Choi et al., 2017; Espinoza-Caifil et al., 2021; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009; Varndell et al., 2016), o posicionamento (Varndell et al., 2016), a linguagem (Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009), a língua (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Karlsen, 2021; Patak et al., 2009), a fala (Patak et al., 2009; Varndell et al., 2016) e a literacia (Grossbach et al., 2011; Patak et al., 2009).

As dimensões identificadas na *Scoping Review* permitiram reunir informação respetivamente ao que deve ser incluído no processo de avaliação da competência comunicativa. Em cada dimensão, foram reconhecidas diversas categorias que correspondem a áreas específicas. No entanto, para algumas categorias referidas nos estudos identificados na *Scoping Review*, não foram apresentados indicadores ou estes são apresentados de forma pouco precisa ou incompleta.

Ao nível da consciência, os estudos referem a vigilância e a orientação como categorias a avaliar. Porém a informação documentada na forma como podem ser avaliadas (indicadores) é pouco explorada (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Karlsen, 2021). Por exemplo, para a avaliação da vigilância não foram

identificados registros sobre as circunstâncias em que é possível a abertura de olhos, isto é, se ocorre de forma espontânea, com estímulo verbal ou sonoro ou se com estímulo doloroso. A avaliação da consciência é determinante pois influencia o nível da responsividade da pessoa internada, refletindo-se na duração da avaliação, na complexidade da linguagem a aplicar tanto no momento da avaliação como ao longo da intervenção e na determinação de necessidade de suportes para facilitar a compreensão (Choi et al., 2017; Grossbach et al., 2011).

Apenas três estudos identificam a cognição como uma das dimensões para avaliação da competência comunicativa, contudo não são exploradas quais as categorias a considerar, como a percepção, a atenção e a memória (Choi et al., 2017; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009). A cognição, por sua vez, tem um impacto significativo não só na compreensão e aprendizagem da utilização de um SAAC, mas também na construção do próprio sistema, estruturando-o e organizando-o ao nível do vocabulário e categorias, atendendo às competências cognitivas de cada pessoa (Beukelman & Light, 2020; Fried-Oken et al., 2015; Harvey, 2019; Lund et al., 2021).

Relativamente à capacidade sensorial, especificamente à acuidade visual, não foi considerado em nenhum instrumento a capacidade de seguir um objeto com o olhar (*eye gazing*), o qual permite realizar processos como rastreamento e seleção, possibilitando o acesso a SAAC (Espinoza-Caifil et al., 2021; Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016). A avaliação da acuidade visual facilita a determinação de aspetos complementares às estratégias de comunicação definidas, relativas ao *layout*, como por exemplo a seleção do tipo de símbolo ou texto utilizado, o tamanho, a cor, o contraste, o espaçamento, a localização, a iluminação e o posicionamento do SAAC (Beukelman & Light, 2020; Grossbach et al., 2011; Lund et al., 2021; Patak et al., 2009).

No que diz respeito à capacidade motora são explorados os indicadores para a avaliação da motricidade fina e das competências oromotoras. No entanto, além de não terem sido registadas as funções orais ou as características e mobilidade de estruturas orofaciais, não foram apresentados os indicadores para avaliação da motricidade grossa, incluindo a amplitude, a velocidade, a precisão e a eficiência de todos os movimentos. Além disso, não foram considerados nos diferentes estudos, a presença de alterações neuromotoras, como quadros de paralisia ou fraqueza muscular (plegia ou paresia, respetivamente), ataxia, espasticidade, movimentos involuntários e/ou tremores, como consequência de lesões ou alterações neurológicas. A avaliação completa e detalhada da capacidade motora, que deve incluir todas as partes do corpo,

possibilita escolher o método de seleção que permite controlar e manipular um SAAC, codificar um sinal para sim/não/talvez, utilizar a escrita ou o desenho e recorrer a gestos (Beukelman & Light, 2020; Lund et al., 2021). Por sua vez, a avaliação das competências oromotoras e expressão facial, também é determinante, na medida em que permitem identificar possíveis técnicas de controlo ou rastreamento dos SAAC, através de diferentes movimentos, como o pestanejar, os movimentos labiais e linguais, a elevação da sobrancelha ou o franzir do sobrolho (Beukelman & Light, 2020).

No que se refere à linguagem, os estudos da *Scoping Review* apenas mencionam as categorias ao nível da compreensão, expressão e lesão neurológica, não evidenciando quais os indicadores a ponderar para a avaliação (Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016; Patak et al., 2009). A avaliação da compreensão contribui para a determinação das estratégias que facilitam a entrada e processamento da informação linguística ou, por outro lado, quais os fatores que contribuem para um aumento da dificuldade (Beukelman & Light, 2020). Na categoria da compreensão poderiam ser considerados como indicadores a identificação direta e indireta de objetos, a compreensão auditiva de material verbal e de material não verbal (J. M. B. Fonseca, 2017; Tábuas-Pereira et al., 2018). As respostas obtidas na avaliação destes indicadores permitem tomar decisões quanto ao tipo e quantidade de símbolos a introduzir num SAAC (Beukelman & Light, 2020; Grossbach et al., 2011; Patak et al., 2009).

Em semelhança a outras dimensões, os estudos que identificaram a fala e a literacia como dimensões para avaliação, apenas apresentaram possíveis categorias a considerar para avaliação, mas não foi explorado como concretizar essa avaliação (Grossbach et al., 2011; Patak et al., 2009; Varndell et al., 2016). Por esse motivo, propõe-se a avaliação relativamente à capacidade de produzir sons, quer estes sejam voluntários ou reflexos, e à capacidade de fala, considerando características como o volume e a inteligibilidade, de forma a compreender o nível de comprometimento da produção de fala e a auxiliar na tomada de decisão relativamente às opções aumentativas ou alternativas a implementar (Beukelman & Light, 2020; Olchik et al., 2020). Não obstante, é necessário avaliar também a presença de alterações de fala provocadas por lesões neurológicas, como a apraxia ou a disartria (Beukelman & Light, 2020). A adaptação de dispositivos que potenciem o discurso pode ser possível atendendo à variabilidade na capacidade de fala que cada pessoa apresenta, consoante as circunstâncias em que se encontra (Patak et al., 2009). Alguns estudos, perante a ausência de fonação e preservação das estruturas laríngeas, propõem o recurso a uma laringe eletrónica (Grossbach et al., 2011; Hoorn et al., 2016). Em contrapartida, na

presença de fonação com volume reduzido, é proposto o recurso a amplificadores de som ou, na presença de fonação, mas com comprometimento da inteligibilidade, é proposto o recurso a pistas visuais, à escrita ou soletração (Patak et al., 2009). No que concerne à literacia, sugere-se a avaliação das competências de leitura e escrita através da leitura em voz alta e silenciosa de letras, sílabas, palavras e frases, a compreensão da leitura, a escrita automática, por exemplo do nome ou alfabeto, e a escrita espontânea de palavras e frases (Ferreira, 2018; Miranda, 2018). A avaliação da literacia contribui na definição da representação dos signos no SAAC e nas estratégias aplicadas na intervenção (Choi et al., 2017).

Apesar de toda informação ausente ou pouco precisa, importa salientar que esta *Scoping Review* integrou um número reduzido de estudos, com reduzida distribuição geográfica, aspetos que podem ter influenciado os resultados obtidos. Devido às limitações temporais, não foi possível dar seguimento a um processo formal de tradução e validação das categorias de avaliação, o qual pode ter condicionado a nomenclatura aplicada. Outra limitação do estudo consistiu na impossibilidade de selecionar um grupo significativo de peritos para análise e validação do conteúdo dos artigos incluídos na *Scoping Review*.

5. CONCLUSÃO

O objetivo inicial deste estudo era contribuir para a avaliação da competência comunicativa de pessoas adultas ou idosas com resposta mínima internadas em UMI. Com o intuito de identificar protocolos de avaliação existentes ou publicações que explorassem especificamente as áreas de avaliação, optou-se por uma metodologia que permitisse a identificação de diferentes tipos de estudos, garantindo uma variedade ampla na recolha de dados relativamente à temática em estudo. Foi realizado um levantamento e síntese das dimensões identificadas na literatura, acerca da avaliação da competência comunicativa para implementação de um SAAC. Deste modo, obteve-se uma tabela que reúne as categorias sugeridas para a avaliação da competência comunicação em contexto de medicina intensiva, com a inclusão dos respetivos indicadores.

A tabela obtida pretendeu sistematizar um conjunto de dimensões, categorias e indicadores para a avaliação da competência comunicativa na prática clínica dos TF em contexto de medicina intensiva. É importante referir que a prática clínica proporciona cada vez mais um acompanhamento atendendo às necessidades das pessoas e procura promover maior autonomia e participação ativa das mesmas. No entanto, se por um lado é importante intervir junto das pessoas com resposta mínima adaptando estratégias e orientações para uma comunicação eficaz, por outro é essencial que as respetivas estratégias estejam adequadas às competências e necessidades individuais de cada pessoa. Consequentemente, o primeiro passo passa pela avaliação formal destas competências, possibilitando a identificação da forma comunicativa mais adequada e acessível a cada pessoa e a uniformização de um código comunicativo entre os restantes intervenientes.

O presente estudo veio reforçar não só a necessidade de procedimentos formais para a avaliação da competência comunicativa, verificada em dados, opiniões e sugestões na literatura, como também salientar a importância da existência de um protocolo de avaliação formal da competência comunicativa.

A informação apresentada neste projeto fornece um ponto de partida para a construção de um instrumento de avaliação formal, que descreva todas as áreas exploradas e que forneça linhas orientadoras devidamente validadas para a forma como devem ser avaliadas, atendendo às adaptações necessárias do perfil das pessoas com resposta mínima internadas em medicina intensiva e assim reduzir a margem para interpretação e adaptação individual de cada profissional. Os resultados obtidos através da aplicação

de um instrumento de avaliação formal permitirão, por um lado, aos profissionais de saúde extrair toda a informação decisiva para a implementação de um SAAC futuro e, por outro, a exploração de todas as formas comunicativas que a pessoa consegue recorrer de forma mais voluntária, potenciando a sua participação ativa ao longo de todo o processo clínico.

Sugere-se a continuidade do presente estudo através da construção de um protocolo formal de avaliação da competência comunicativa, dando seguimento a um processo formal de tradução, adaptação cultural e validação das dimensões, categorias e indicadores de avaliação da competência comunicativa identificados nesta *Scoping Review*. Além disso, poderá ser relevante estudar as necessidades das pessoas que já estiveram internadas em UMI e recuperaram a fala ou dos profissionais de saúde que lá trabalham, de forma a poder considerar a integração de outras dimensões e/ou categorias no instrumento de avaliação proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayne, T., Hohwy, J., & Owen, A. M. (2016, June). Are There Levels of Consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(6), 405–413. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.03.009>
- Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs* (D. R. Beukelman & J. C. Light (eds.); Fifth). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Choi, J., Campbell, M. L., Gélinas, C., Happ, M. B., Tate, J., & Chlan, L. (2017). Symptom assessment in non-vocal or cognitively impaired ICU patients: Implications for practice and future research. *Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 46(4), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.04.002>
- Denniston, C., Molloy, E., Nestel, D., Woodward-Kron, R., & Keating, J. L. (2017). Learning outcomes for communication skills across the health professions: A systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014570>
- Dias, C. O. (2019). *Cuidados Paliativos: O Papel do Terapeuta da Fala na Promoção da Funcionalidade Comunicativa de Utentes Adultos - Dissertação*. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina.
- Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F., & Ceballos-Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30–43. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Ferreira, A. C. (2018). Agrafia. In J. Fonseca (Ed.), *Afasia e Comunicação após Lesão Cerebral: definição, classificação e reabilitação* (1ª, pp. 129–154). Papa-Letras.
- Ferreira, R. S. C. (2017). *O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos - Dissertação*. Universidade de Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.
- Fonseca, J. M. B. (2017). *Avaliação de Capacidades Cognitivas Não-Verbais na Afasia de Etiologia Vascular - Tese*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina e Faculdade de Letras.

- Fontainhas, R. M. (2019). *A Perspetiva Dos Terapeutas Da Fala Sobre a Sua Intervenção Numa Equipa De Cuidados Paliativos - Dissertação*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde.
- Fried-Oken, M., Mooney, A., & Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37(1), 69–87. <https://doi.org/10.3233/NRE-151241>. Supporting
- Gago, M. (2014). Perturbações da Consciência. In M. J. Sá (Ed.), *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (2ª Edição, pp. 83–100). Universidade Fernando Pessoa.
- Gomes, B. M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos - Relatório de Estágio*. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde.
- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46–61. <https://doi.org/10.4037/ccn2010728>
- Harvey, P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227–237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88–94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Holm, Anna, & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 81–88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
- Holm, Anna, Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(June), 2909–2920. <https://doi.org/10.1111/jan.14524>
- Hoorn, S. ten, Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: A systematic review. *Critical Care*, 20(333). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>

- Istanboulian, L., Rose, L., Gorospe, F., Yunusova, Y., & Dale, C. M. (2019). Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Care*, 57(8), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.02.015>
- Karlsen, M.-M. W. (2021). *Communication and interaction between conscious and alert critically ill patients on mechanical ventilation and healthcare providers in intensive care units : An in-depth study - Dissertation*. University of Oslo: Faculty of Medicine.
- Kotfis, K., Zegan-Baraska, M., Szydłowski, L., Ukowski, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients-Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49(1), 66–72. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>
- Lund, S. K., Weissling, K., Quach, W., & McKelvey, M. (2021). Finding a Voice for Individuals With ASD Who Are Minimally Verbal Through Comprehensive Communication Assessment. *Language Learning and Education*, 6(April), 306–314. <https://pubs.asha.org>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132–140. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- McRae, J. (2018). The role of speech and language therapy in critical care. *ICU Management and Practice*, 18(2), 128–131. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/the-role-of-speech-and-language-therapy-in-critical-care>
- McRae, J., Montgomery, E., Garstang, Z., & Cleary, E. (2020). The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*, 21(4), 344–348. <https://doi.org/10.1177/1751143719875687>
- Miranda, F. (2018). Alexia. In J. Fonseca (Ed.), *Afasia e Comunicação após Lesão Cerebral: definição, classificação e reabilitação* (1ª, pp. 115–128). Papa-Letras.
- Modrykamien, A. M. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32(4), 534–537. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1635413>

- Olchik, M. R., Miranda, V. S. G. de, & Rech, R. S. (2020). Proposta de aplicação da comunicação alternativa para paciente com doença neurodegenerativa e seu impacto na qualidade vida: relato de caso. *Distúrbios Da Comunicação*, 32(2), 238–244.
- Oliveira, M. F. de. (2011). Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. In *Metodologia Científica*. Universidade Federal de Goiás.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., & Berg, J. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 33(5), 308–320. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.002>
- Patak, L., Wilson-stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R. M., Henneman, E. A., Person, C., & Happ, M. B. (2009). Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action. *The Journal of Nursing Administration*, 39(9), 372–376. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181b414ca.Improving>
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In M. Z. Aromataris E (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–451). JBI.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Prazeres, S. (2013). *Cuidados Paliativos e Enquadramento do Terapeuta da Fala - Relatório de Investigação*. Universidade Atlantica.
- Puggina, A. C., lenne, A., Carbonari, K. F. B. S. da F., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(2), 277–283. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos - Dissertação*. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Silva, D. L. R. e, Lira, F. O. Q., Oliveira, J. C. C. de, & Canuto, M. S. B. (2016). Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. *Revista CEFAC*, 18(1), 174–183. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618112015>
- SPTF. (2020). *Dicionário Terminológico de Terapia da Fala* (I. Guimarães (ed.); 1ª). Papa-Letras.
- Susin, Â. C. (2016). *Estratégias de Humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Privado do Município de Caxias do Sul - Dissertação*. Universidade do Vale do Rio dos Sinos: Programa Pós-Graduação em Enfermagem.
- Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, M. A., Nogueira, A. R., Silva, F., Sargento-Freitas, J., Cordeiro, G., Cunha, L., & Santana, I. (2018). Aphasia Rapid Test : Estudos de Tradução , Adaptação e Validação para a População Portuguesa. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 31(5), 265–271. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.9090>
- Tate, J. A., Seaman, J. B., & Happ, M. B. (2012). Overcoming Barriers to Pain Assessment: Communicating Pain Information with Intubated Older Adults. *Geriatric Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.06.004>.Overcoming
- Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2016). A systematic review of observational pain assessment instruments for use with nonverbal intubated critically ill adult patients in the emergency department : an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 7–32. <https://doi.org/10.1111/jocn.13594>