



**MARINA SOFIA
SARAIVA
CORREIA**

**ESTUDO DE CATEGORIAS E VOCÁBULOS
PARA SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO
AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

STUDY OF CATEGORIES AND WORDS FOR AUGMENTATIVE
AND ALTERNATIVE COMMUNICATION SYSTEMS IN PEDIATRIC
INTENSIVE CARE



**MARINA SOFIA
SARAIVA
CORREIA**

**ESTUDO DE CATEGORIAS E VOCÁBULOS
PARA SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO
AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

STUDY OF CATEGORIES AND WORDS FOR AUGMENTATIVE
AND ALTERNATIVE COMMUNICATION SYSTEMS IN PEDIATRIC
INTENSIVE CARE

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, realizada sob a orientação científica da Doutora Mariely Gestosa de Lima, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu Pai, a minha estrelinha mais
brilhante.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Susana Maria Capitão da Silva Alves

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

Orientadora

Professora Doutora Mariely Gestosa de Lima

Professor Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Agradeço a disponibilidade, a sinceridade e o apoio incondicional da Professora Mariely, orientadora desta dissertação e do Professor João, coorientador desta dissertação. Obrigado por acreditarem em mim e contribuírem para o sucesso deste trabalho.

À minha família, mãe, mano, prima Ana, primo Agostinho e pequenas princesas, obrigado por estarem sempre presentes, por todo o carinho, por todo o incentivo e pelo orgulho que têm no meu percurso académico.

Ao meu namorado que esteve presente nos dias bons e menos bons e nunca me deixou desistir nem duvidar das minhas capacidades, obrigado por seres o meu porto seguro.

À minha Bela, minha parceira de aventura, obrigado por dividires esta etapa comigo, por me dares consolo, limpares as minhas lágrimas e tornares tudo muito mais fácil, sem ti isto não era a mesma coisa, adoro-te!

Ao meu pedaço de terra, Mariana, por ser a pessoa incrível que é e mostrar-me que aconteça o que acontecer vai estar sempre lá para dar uma palavra amiga e um abraço. Obrigado por todos os momentos de descontração, por ouvires os meus desvaneios e principalmente por me apoiares e acreditares em mim. És muito especial, tu sabes!

Ao Sr. Zé Manel e à D. Lena, que são o verdadeiro significado de “os amigos são a família que escolhemos”, obrigado por todo o apoio, consideração e festejarem as minhas vitórias como se fossem vossas.

Palavras-chave

Cuidados Intensivos, Criança, Vocabulário, Lista, Comunicação Aumentativa e Alternativa

Resumo

As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), constituem um ambiente desconhecido e complexo, podendo gerar sentimentos de medo e ansiedade. Aliado a isso, devido a práticas sedo-analgésicas, imobilizações mecânicas e/ou ventilação mecânica invasiva, as crianças internadas estão impedidas de comunicar oralmente com diferentes interlocutores. Não conseguirem transmitir necessidades e sentimentos pode originar emoções negativas, erros no diagnóstico e eventos adversos, levando a um aumento do tempo de internamento. Assim, é fundamental proporcionar a estas crianças Sistemas de Comunicação Aumentativos e/ou Alternativos (SCAA). Contudo, os SCAA só são eficazes quando respeitado no processo de seleção do vocabulário, um conjunto de orientações que acautelam diretamente o seu uso funcional.

Mediante esta realidade foi realizado um estudo com o objetivo de estudar o vocabulário a incluir num SCAA destinado a crianças e/ou jovens portugueses internados em UCIPed.

Realizou-se uma *scoping review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute - Manual for Evidence Synthesis* (JBI), nas plataformas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science* e *Google Scholar* e uma sistematização do vocabulário encontrado através de uma organização categorizada.

Foram incluídos 3 artigos na revisão e através da análise destes artigos foi identificado um conjunto de 13 categorias propostas pela literatura para serem incluídas num SCAA destinados a crianças e adolescentes internados numa UCIPed.

Apesar da lista de vocabulário obtida com a realização deste trabalho não estar adaptada à idade, ao nível linguístico, e não permitir satisfazer as necessidades comunicativas específicas de todos os potenciais usuários do SCAA internados nestas unidades, pode constituir um recurso/instrumento importante para os profissionais de saúde e familiares na seleção do vocabulário inicial. Estas categorias e respetivas mensagens/vocábulos podem ser norteadores no momento de avaliar a compreensão das crianças e adolescentes dos vocábulos selecionados para o SCAA e ainda para a seleção dos vocábulos por parte da família e profissionais de saúde, contribuindo para a construção de SCAA mais funcionais.

Keywords

Intensive care, Child, Vocabulary, List, Augmentative and Alternative Communication

Abstract

Pediatric Intensive Care Units (PICU) are an unknown and complex environment, which may generate feelings of fear and anxiety. In addition, due to sedation-analgesic practices, mechanical immobilization and/or invasive mechanical ventilation, hospitalized children are unable to communicate orally with different interlocutors. Not being able to convey needs and feelings can lead to negative emotions, misdiagnosis, and adverse events, leading to increased length of stay. Therefore, it is essential to provide these children with Augmentative and/or Alternative Communication Systems (AACs). However, AACs are only effective when the vocabulary selection process is followed by a set of guidelines that directly safeguard their functional use.

In view of this reality, a study was carried out with the purpose of studying the vocabulary to be included in a SCAA for Portuguese children and/or youth admitted to a PICU.

A scoping review based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute - Manual for Evidence Synthesis (JBI) was conducted in the Pubmed, Scopus, Web of Science and Google Scholar platforms and the vocabulary found was systematized through a categorized organization.

Three articles were included in the review and through the analysis of these articles, a set of 13 categories proposed by the literature to be included in a SCAA for children and adolescents hospitalized in a PICU was identified.

Although the vocabulary list obtained with this work is not adapted to age and language level and does not meet the specific communication needs of all potential users of the AACs in these units, it may be an important resource/tool for health professionals and family members in the selection of the initial vocabulary. These categories and respective messages/vocabulary may be guiding tools when assessing children and adolescents' understanding of the vocabulary selected for the AAC and also for the selection of vocabulary by the family and health professionals, contributing to the construction of more functional AAC.

Abreviaturas e siglas

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

SCAA – Sistema (s) de Comunicação Aumentativa (os) e Alternativa (os)

TF – Terapeuta da Fala

UCIPed – Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.....	5
1.2. COMUNICAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	8
1.3. INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA NUMA UCIPed.....	10
2. METODOLOGIA	12
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO	12
2.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
2.2.1. Tipo de estudo	12
2.2.2. Questão de Investigação	12
2.2.3. Procedimento de pesquisa.....	13
2.2.4. Procedimento de seleção da amostra.....	14
2.2.5. Extração de dados.....	15
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	16
3.1 Caracterização global dos estudos incluídos.....	16
3.2. Caracterização específica das categorias e mensagens/vocábulos a integrar um SCAA destinado às Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	18
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
4. CONCLUSÕES	22
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICE	30
Apêndice I - Tabela de categorização da lista de vocábulos resultantes da <i>Scoping Review</i>	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa aplicada por base de dados.....	13
Tabela 2 - Tabela de extração de dados.....	16

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama PRISMA do processo de seleção do estudo.....	14
--	----

INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) são unidades hospitalares especificamente projetadas para o tratamento de indivíduos pediátricos que se destinam à prestação de cuidados de saúde especializados na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações críticas/graves que, garantem uma vigilância e monitorização contínua e rigorosa (Costello et al., 2010; de la Oliva et al., 2018; Ferreira, 2017; Pina et al., 2020; Pontes et al., 2014). Estas unidades caracterizam-se por serem ambientes inóspitos, com ruídos, alarmes e iluminação constante, reconhecidos pela realização de procedimentos invasivos e elevada movimentação de profissionais, revelando-se um ambiente desconhecido e assustador para o indivíduo, onde na maioria das vezes tem informações limitadas e uma grande incerteza sobre aquilo que está a vivenciar (Costello et al., 2010; Ouchi et al., 2018). Numa UCIPed a comunicação assume um papel importante, uma vez que é parte integrante do processo terapêutico e permite ao indivíduo conectar-se com os seus familiares e expressar a sua angústia de forma a estabelecer um maior sentido de controlo, identificar necessidades e informar sobre procedimentos a efetuar, promovendo o relacionamento entre o profissional de saúde e o indivíduo. (Costello et al., 2010; Ferreira, 2017).

Não obstante, nas UCIPed são muitas as barreiras de comunicação que interferem na verbalização dos indivíduos internados, pois tendo em conta as situações pelo qual são internados nestas unidades, podem estar sujeitos a práticas sedo-analgésicas, imobilizações mecânicas e/ou necessitar de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva (Costello et al., 2010; Ferreira, 2017; Pina et al., 2020; Pontes et al., 2014). A ausência de comunicação verbal oral é tida como uma barreira à comunicação e uma fonte geradora de *stress* e ansiedade para os indivíduos internados, que se vêem impedidos de interagir e expressar os seus sentimentos, vontades e necessidades (Costello et al., 2010; Handberg & Voss, 2017; Pina et al., 2020).

Outra barreira encontrada neste contexto é a linguagem infantil, uma vez que os indivíduos internados neste contexto não possuem a linguagem verbal desenvolvida, recorrendo a diferentes formas comunicativas que muitas vezes são de difícil interpretação por parte dos interlocutores (Pontes et al., 2014). Estas dificuldades comunicativas fazem com que, na maioria das vezes, os indivíduos internados não consigam transmitir sentimentos e/ou emoções, podendo percecionam que não fazem parte integrante do processo terapêutico, originando erros no diagnóstico e eventos adversos, o que pode levar a um aumento do tempo de internamento (Costello et al., 2010; Handberg & Voss, 2017; Pina et al., 2020).

O comprometimento da fala dos indivíduos internados neste contexto também é uma fonte de angústia, desespero e sofrimento para os seus familiares, pois são eles os seus porta-vozes (Broyles et al., 2012; Côa & Mandetta Pettengill, 2011).

Tendo em conta que os profissionais de saúde têm um papel fundamental no processo terapêutico, é importante salientar que também eles se deparam com o desafio de decifrar as necessidades comunicativas do indivíduo (Holm & Dreyer, 2018; Pontes et al., 2014). Na maioria das vezes a tentativa

de decifrar as mensagens transmitidas não é eficaz aumentando os níveis de *stress*, sentimentos de incompetência e frustração por não conseguirem identificar necessidades e propor medidas para amenizar o desconforto ou favorecer o bem-estar (Broyles et al., 2012; Jansson et al., 2019; Martinez et al., 2013; Pontes et al., 2014).

Perante estes fatores acima mencionados que condicionam uma comunicação eficaz entre todos os envolvidos, podem ser utilizadas estratégias para suprimir esta falha do processo comunicativo, tal como a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) (Cesa, 2009).

A CAA é um conjunto de ferramentas e estratégias que ajuda a ultrapassar barreiras à comunicação, quando a verbal se encontra impedida e/ou prejudicada, com o objetivo de superar desafios comunicativos diários dos vários tipos de comunicadores (Cesa, 2009). Ainda, de acordo com o Dicionário Terminológico de Terapia da Fala (2020), a CAA é um “ato pelo qual uma pessoa transmite ou recebe de outra pessoa informações de forma: aumentativa, quando é usada para complementar a fala existente e alternativa, quando é usada para substituir a fala que está ausente ou não funcional” (SPTF, 2020).

A comunicação de indivíduos traqueostomizados e mecanicamente ventilados nas UCIPed através de um SCAA permite a prestação de cuidados de maior conforto e bem-estar aos indivíduos internados, na medida em que podem expressar verbalmente as suas necessidades e com isso contribuir para as decisões de saúde (Ferreira, 2017). Os dispositivos de apoio à comunicação utilizados nestas unidades podem ser de baixa ou alta tecnologia, contudo a sua utilização não se encontra relacionada apenas com as características e qualidades do dispositivo, mas sim com o facto de estarem adaptados às necessidades e características dos usuários (Beukelman et al., 2012; Cesa, 2009; Rocha, 2014). Tendo em conta o referido, é fundamental que o dispositivo de comunicação apresente vocábulos específicos, funcionais e adaptados à idade, permitindo ao usuário iniciar e manter interações (Bean et al., 2019; Thankappan, 2013). A seleção do vocabulário é uma das etapas que estão na base de uma comunicação eficaz, na medida em que condiciona a possibilidade dos usuários dos SCAA influenciarem o meio que os rodeia (Bean et al., 2019). Segundo a ASHA (2014), a seleção do vocabulário para indivíduos que usam SCAA deverá ter em consideração 4 variáveis: o contexto onde o vocabulário será usado, o período em que o vocabulário será relevante, a possibilidade do vocabulário permitir manter interações com diferentes interlocutores, e a possibilidade do vocabulário facilitar estruturas gramaticais próprias da idade. Embora os profissionais de saúde possam recorrer a diferentes fontes para a seleção do vocabulário inicial a incluir num SCAA destinado a indivíduos, um dos métodos mais usados são as listas de vocabulário publicadas na literatura, as quais podem ajudar a reduzir omissões de vocabulário importantes (Laubscher & Light, 2020).

Considerando esta problemática, o objetivo deste trabalho consistiu em mapear as categorias de vocabulário e as mensagens/vocábulos sugeridos pela literatura para incluir num SCAA destinado a crianças e/ou jovens internados em UCIPed. Trata-se, como já foi referido, de um contexto muito particular, onde o tempo de internamento é muito curto, e onde são internados indivíduos até aos 18 anos, que poderão ter necessidade de comunicar distintas mensagens a diferentes interlocutores

recorrendo a estruturas linguísticas variadas através de formas comunicativas diferentes da fala (de la Oliva et al., 2018). Para a concretização deste objetivo foi realizada uma *scoping review* que seguiu a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020). Numa pesquisa inicial na base de dados JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, não foi encontrada qualquer tipo de revisão *scoping* (publicada ou a ser realizada) sobre esta temática.

A escolha do tema do presente estudo prendeu-se com o facto de ser realizado um trabalho diário com crianças com diferentes patologias pela estudante de mestrado, potenciais usuárias de um SCAA. Para além disso, a experiência pessoal de contacto com uma pessoa que já vivenciou dificuldades de comunicação em ambiente hospitalar constituiu uma motivação, pois a utilização de um conjunto de vocábulos adequado a um SCAA pode fazer a diferença na vida dos indivíduos internados nas UCIPed, assim como diminuir sentimentos menos positivos dos familiares e profissionais de saúde.

Relativamente à estrutura da presente Dissertação optou-se por organizá-la em quatro partes principais. A primeira parte é constituída pela fundamentação teórica que se subdivide na caracterização das UCIPed, na definição de comunicação e no papel do Terapeuta da Fala (TF). Na segunda parte foi realizada uma descrição da metodologia, fazendo referência aos principais passos dados durante o processo metodológico. Na terceira parte é realizada a apresentação e a discussão dos resultados que derivaram do estudo. Por último, é apresentada a discussão dos resultados, que integra as limitações do estudo e as conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Comunicar permite interagir com aquilo que nos rodeia e, conseqüentemente, participar de forma ativa enquanto ser social. Contudo, apesar de inata e exclusiva ao ser humano, nem todos os indivíduos conseguem fazer uso desta capacidade na sua amplitude.

Neste capítulo pretende-se compreender a dinâmica das Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), quais as dificuldades comunicativas sentidas pelos indivíduos internados neste contexto, pelos profissionais de saúde e pelos familiares, quais as estratégias comunicativas e o qual o papel do Terapeuta da Fala (TF) em contexto de UCIPed.

Focou-se em particular na comunicação, especificamente na importância da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) e da escolha de um vocabulário adequado e específico para este contexto.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Uma UCIPed é constituída por recursos humanos e materiais especializados que possibilitam uma vigilância e monitorização contínua e rigorosa, permitindo dar resposta às necessidades de cuidados de indivíduos em estado crítico (Costello et al., 2010; Pina et al., 2020; Rocheta, 2018). As UCIPed são unidades hospitalares destinadas à prestação de cuidados de saúde que se caracterizam pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica (Ferreira, 2017). São especializadas na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações que se podem alterar constantemente, tais como alterações respiratórias e neurológicas (Costello et al., 2010; Ferreira, 2017; Pina et al., 2020).

De acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, as Unidades de Cuidados Intensivos podem ser categorizadas em três níveis (Penedo et al., 2013; Rocheta, 2018). As unidades de nível I, denominadas também por Unidades de Cuidados Intermédios, visam a monitorização, habitualmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver falência de órgãos. Asseguram ainda, as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior (Penedo et al., 2013; Rocheta, 2018). As unidades de nível II, dispõem de meios de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. Podem não oferecer, de modo ocasional ou permanente, acesso aos meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas. Por este motivo, deve ser garantida a articulação com Unidades de nível superior, garantindo o acesso permanente a médicos com preparação específica (Penedo et al., 2013; Rocheta, 2018). As unidades de nível III, correspondem aos Serviços de Medicina Intensiva, constituídos por uma equipa médica e de enfermagem qualificada e assistência médica por um intensivista durante 24h. Possuem acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, dando resposta à Urgência e aos restantes serviços do hospital polivalente. Para além disto, as unidades de nível III devem

implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos (Ferreira, 2017; Penedo et al., 2013; Rocheta, 2018).

Os indivíduos internados nas UCIPed, devido à sua situação de alteração da saúde, podem estar sujeitos a práticas sedo-analgésicas, imobilizações mecânicas e/ou necessitar de ventilação mecânica invasiva, através de intubação endotraqueal ou traqueostomia, ou não invasiva, através de máscaras nasais ou faciais (Costello et al., 2010; Pina et al., 2020).

A ventilação mecânica invasiva é realizada através de um tubo traqueal com *cuff* ou um tubo de traqueostomia com *cuff* e ambos que, devido à sua localização, alteram o normal funcionamento do aparelho fonador, impedindo o indivíduo de produzir qualquer tipo de som, o que implica que a fala não possa ser utilizada (Alves, 2012; Martinho & Rodrigues, 2016). Por sua vez, a ventilação mecânica não invasiva permite, em situações específicas, assegurar a ventilação e a oxigenação através da aplicação de uma pressão positiva na via aérea com a utilização de máscaras nasais ou faciais. Neste caso, por não ser necessário recorrer à abordagem invasiva da via aérea, as crianças e/ou adolescentes mantêm a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa da via aérea (Alves, 2012).

Para além disto, é igualmente comum os indivíduos internados estarem sob efeitos farmacológicos analgésicos e sedativos, alterando o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais as formas de comunicar, como é o caso da escrita e da comunicação não verbal (Alves, 2012; Gomes, 2020).

As alterações da consciência podem ter impacto na capacidade de estar alerta/vigil ou no conteúdo da consciência, que engloba as funções mentais e cognitivas e podem variar entre dois extremos, desde uma desorientação têmporo-espacial até um estado de coma profundo. Na desorientação têmporo-espacial, o indivíduo está atento ao meio envolvente e é capaz de responder a ordens e perguntas, ao contrário do estado de coma profundo em que existe uma ausência de resposta a qualquer estímulo externo (Andrade et al., 2007).

Para além destes quadros, existem os estádios intermédios que podem anteceder a instalação do quadro e que também devem ser considerados. São eles: o estado de confusão/desorientação, onde o indivíduo se encontra desorientado no espaço, tempo ou em relação a si próprio e aos outros que a/o rodeiam e pode apresentar défices na capacidade de raciocínio; o estado de letargia, caracterizado por sonolência e necessidade de estímulos verbais ou cinestésicos para iniciar uma resposta; estado de obnubilação, onde existe uma resposta lenta à estimulação externa, necessitando de estímulos repetidos para manter a atenção; o estado de estupor, que apresenta respostas mínimas a estímulos vigorosos, respondendo apenas por murmúrios e gemidos (Andrade et al., 2007).

Para além das barreiras mencionadas, nomeadamente a ventilação mecânica invasiva e os efeitos farmacológicos analgésicos e sedativos, outra barreira encontrada neste contexto é a da linguagem infantil, pois muitos indivíduos internados podem não possuir a linguagem verbal desenvolvida, recorrendo ao choro, balbúcio, grito, gemidos e movimentos corporais para comunicar, que são formas comunicativas de difícil interpretação por parte dos interlocutores (Pontes et al., 2014).

É importante salientar que estas barreiras à comunicação podem ainda ser agravadas por condições pré-existentes dos domínios cognitivos, sensoriais e/ou motores (Costello et al., 2010).

Todos os referidos podem condicionar a capacidade dos indivíduos internados nestas unidades comunicarem através da fala, necessidades e sentimentos, o que pode originar emoções negativas, erros no diagnóstico e eventos adversos e conduzir a um aumento do tempo de internamento (Costello et al., 2010; Handberg & Voss, 2017).

Além das dificuldades comunicativas, o ambiente que envolve o indivíduo exacerba as emoções negativas, pois é um ambiente desconhecido, assustador e complexo, dotado de tecnologia de ponta e equipamentos com estímulos muito ruidosos e luminosos. Estas sobrecargas de eventos podem propiciar estímulos sensoriais em excesso, o que pode causar *stress*. (Carvalho et al., 2005; Costello et al., 2010; Guerra et al., 2019; Handberg & Voss, 2017; Santos et al., 2020). Para além da exposição a procedimentos clínicos invasivos, o facto de estarem afastadas de casa, da escola e dos familiares e, terem que lidar com profissionais de saúde que não conhecem, pode gerar no indivíduo agitação, medo, angústia e ansiedade (Carvalho et al., 2005; Costello et al., 2010; Guerra et al., 2019; Handberg & Voss, 2017; Santos et al., 2020).

O facto de estarem afastados dos familiares também é uma fonte de angústia para os próprios familiares que vivem momentos de desespero e sofrimento provocado pela alteração de saúde do indivíduo, pelas interações que vivencia com o ambiente que a rodeia e pela falta de comunicação com os profissionais de saúde e com o indivíduo. (Côa & Mandetta Pettengill, 2011). Com a hospitalização, os familiares sentem-se perdidos, desprotegidos e envolvidos num ambiente desconhecido, o que leva a que a família vivencie sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar (Ferreira, 2017).

A impossibilidade de comunicar através da fala, concomitantemente com as dificuldades de interpretar sinais atípicos produzidos pelos indivíduos internados nas UCIPed faz com que os profissionais de saúde sintam dificuldade em comunicar com eles, aumentando nos profissionais os níveis de *stress*, sentimentos de incompetência e frustração (Broyles et al., 2012; Jansson et al., 2019; Martinez et al., 2013; Pontes et al., 2014),

Para que o processo de hospitalização seja o menos traumático possível, é necessário que a equipa multidisciplinar se envolva num método de cuidar diferenciado, que englobe o indivíduo e a família (Pontes et al., 2014). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no processo terapêutico do indivíduo e suas famílias e são os principais responsáveis por iniciar e controlar a comunicação numa UCIPed (Holm & Dreyer, 2018; Pontes et al., 2014). No contexto de uma UCIPed, a comunicação assume um papel importante, uma vez que é parte integrante do processo terapêutico, de relação/interação de afinidade, de conhecimento mútuo e de aceitação. Permitindo identificar necessidades e informar sobre procedimentos a efetuar, promovendo assim o relacionamento entre profissional de saúde e o indivíduo (Ferreira, 2017). Para além disto, a comunicação tem como finalidade identificar e atender às necessidades de saúde do indivíduo, permitindo criar oportunidades

de aprendizagem e despertar sentimentos de confiança fazendo com que ela se sinta segura e satisfeita (Ferreira, 2017). Assim, e tendo em conta a importância da comunicação, os profissionais de saúde deparam-se com o desafio de interpretar as necessidades dos indivíduos que na maioria das vezes estão impossibilitadas de comunicar através da fala, pelo que torna fundamental a implementação de sistemas de comunicação aumentativos e alternativos (Broyles et al., 2012; Holm & Dreyer, 2018; Jansson et al., 2019; Martinez et al., 2013).

1.2. COMUNICAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Os Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SCAA) podem ser definidos como um conjunto de ferramentas e estratégias que ajudam os profissionais de saúde, o indivíduo e suas famílias a ultrapassar barreiras à comunicação, quando a comunicação verbal oral está impedida e/ou prejudicada, podendo ser utilizados em contexto de UCIPed (Cesa, 2009). Ainda, de acordo com o Dicionário Terminológico de Terapia da Fala (2020), um SCAA é um “grupo integrado de componentes flexíveis e adaptáveis, usados para melhorar a comunicação com o objetivo de a tornar progressivamente mais eficiente. Esses componentes incluem formas de CAA, auxiliadas ou não, símbolos, técnicas de seleção e estratégias.” (SPTF, 2020).

Consideram-se Sistemas de Comunicação Aumentativa quando têm como objetivo “aumentar” a comunicação verbal do indivíduo, em situações específicas em que a fala se revela ininteligível; por sua vez consideram-se Sistemas de Comunicação Alternativa quando a fala não é de todo possível para o indivíduo (Rocha, 2014).

Os dispositivos de apoio à comunicação podem ser de baixa tecnologia, como é o caso de dispositivos pouco sofisticados que não incluem componentes elétricos ou eletrônicos ou podem ser de alta tecnologia, de natureza eletrônica ou computadorizada, de maior sofisticação e complexidade (Rocha, 2014). Como vantagens, os dispositivos de baixa tecnologia são mais facilmente integrados e utilizados nas rotinas diárias, ao contrário dos de alta tecnologia que necessitam de algum tipo de formação e manutenção (Cesa, 2009; Rocha, 2014). Por sua vez, os SCAA de alta tecnologia permitem a saída de fala artificial ao contrário dos sistemas de baixa tecnologia que não permitem saída de voz (Rocha, 2014).

Segundo vários autores (Beukelman et al., 2012; Cesa, 2009), a utilização funcional destes sistemas por parte dos seus usuários não está diretamente relacionada com as características e qualidades do dispositivo, mas sim com o facto de estar adaptado às necessidades e características do seu usuário em particular, tais como características motoras, sensoriais e cognitivas. Neste sentido, o foco principal não está no dispositivo, mas sim no indivíduo com dificuldades comunicativas que, através dele, conseguirá expressar as suas dúvidas, medos, inseguranças e necessidades, levando a uma adequação dos cuidados e à otimização da relação terapêutica (Cesa, 2009; Jansson et al., 2019; Pina

et al., 2020). Tendo em consideração este foco, é fundamental que o dispositivo de comunicação tenha um vocabulário específico, funcional e adaptado à idade e gênero, que permita ao usuário iniciar e manter interações nos diferentes contextos, nomeadamente em meio hospitalar, e expressar uma variedade de funções comunicativas de acordo com as suas necessidades, interesses e personalidade (Bean et al., 2019; Thankappan, 2013).

Beukelman et al. (2012) descreveram a seleção de vocabulário como “o processo de escolha de uma pequena lista de vocábulos ou itens apropriados vindos de um conjunto de todas as possibilidades”. Segundo Paura (2009), a seleção de vocabulário pode ser uma tarefa difícil e demorada, pois requer a consideração das necessidades comunicativas, dos objetivos, das experiências pessoais e dos diferentes contextos e interlocutores. A seleção de vocabulário deve ser feita em conjunto com o usuário ou, quando não é possível, com a família, para que o vocabulário seja mais rico, amplo e pessoal (Paura, 2009).

Existem diversas técnicas ou procedimentos para a seleção do vocabulário a introduzir num SCAA, tal como entrevistas aos cuidadores, interlocutores ou usuário, observação do usuário e pares em diferentes contextos, diários de comunicação e listas de vocabulário publicadas (Bean et al., 2019; Paura, 2009; Thankappan, 2013). É notório que o vocabulário selecionado não irá conseguir atender a todas as necessidades do seu usuário, devido às inúmeras possibilidades de ambientes, interlocutores, desejos e rotinas (Paura, 2009). Segundo Bean et al. (2019), o vocabulário poderá ser categorizado em dois grupos: *core* e *fringe*, de acordo com sua constituição e utilidade.

O *core vocabulary* é geralmente definido como um pequeno conjunto de aproximadamente 200-400 palavras, não sofrendo muitas alterações ao longo do tempo, usado consistentemente dentro de ambientes e entre indivíduos. Implica até 80% de todas as palavras utilizadas em contextos comunicativos. Consiste em vocábulos e mensagens utilizados com alta frequência e representa várias partes do discurso ou texto, ou seja, pronomes, conjunções, preposições, verbos auxiliares, interjeições e advérbios (van Tilborg & Deckers, 2016). O vocabulário *core* corresponde a palavras funcionais que contrastam com aquelas que são mais concretas, denominadas palavras de conteúdo (Paura, 2009). A identificação do *core vocabulary* baseia-se em três tipos de estudo de listas de vocabulário: o vocabulário mais utilizado por outros usuários de CAA; o modelo utilizado por um usuário específico; e o desempenho de utilizadores em contextos semelhantes (Beukelman et al., 2012; Paura, 2009). Por sua vez, o vocabulário *fringe* são vocábulos e mensagens específicas ou únicas que compõe o vocabulário alargado de um indivíduo (Paura, 2009). É considerado grande e individual, consistindo principalmente em substantivos, verbos e/ou adjetivos. Com estas palavras, um indivíduo é capaz de refletir sobre as suas próprias atividades, interesses, ambientes, e o seu estilo pessoal, servindo para personalizar o seu vocabulário (van Tilborg & Deckers, 2016). Uma vez que o vocabulário *fringe* inclui expressões utilizadas em situações específicas, não são de alta frequência de uso, sendo mais facilmente conseguidas por meio de entrevistas ao utilizador e inventários do ambiente em que vai ser utilizado (Beukelman et al., 2012).

Uma vez que os SCAA contribuem para favorecer a comunicação de necessidades e desejos, é recomendado pela literatura que um SCAA inclua um vocabulário *core* robusto, combinado com um vocabulário *fringe* personalizado e é importante que ao longo do tempo seja feita uma otimização do vocabulário presente no sistema, de modo a constatar quais os vocábulos a retirar, manter e acrescentar (Paura, 2009; van Tilborg & Deckers, 2016).

Em todo o processo de implementação de um SCAA, incluindo na seleção do vocabulário, os profissionais de saúde, nomeadamente os TF têm um papel crucial, uma vez que são responsáveis por otimizar as capacidades de comunicação de indivíduos de todas as idades através da promoção das funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, como também de outras formas de comunicação não verbal (APTF, 2017).

1.3. INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA NUMA UCIPed

O TF é o profissional especializado nas perturbações da comunicação e da deglutição, trabalhando próximo do indivíduo, da família e de outros profissionais de saúde (Fontainhas, 2019). O principal objetivo de intervenção é a reabilitação, permitindo reduzir o impacto das perturbações da comunicação e da deglutição, promovendo uma melhoria no conforto e na qualidade de vida do indivíduo e da sua família (Fontainhas, 2019).

No contexto específico das UCIPed, o TF para além de avaliar e promover a deglutição segura, intervém junto das crianças e/ou adolescentes com estratégias comunicativas para que possam, de forma livre e autónoma, comunicar decisões, necessidades e expressar sentimentos, bem como junto dos cuidadores e os outros profissionais, para partilhar com eles orientações sobre como interagir e comunicar com as crianças e/ou adolescentes (Dias, 2019). No caso de ser imprescindível a implementação de um SCAA, o TF lidera o processo de avaliação da criança e/ou adolescente no sentido de poder sugerir o dispositivo de comunicação a implementar, bem como o tipo de símbolos e respetivo tamanho, disposição e forma de acesso. Deve ainda contribuir no processo de seleção do vocabulário atendendo a distintas variáveis, nomeadamente ao contexto onde o vocabulário será usado, ao período em que o vocabulário será relevante, à possibilidade do vocabulário permitir manter interações com diferentes interlocutores e à possibilidade do vocabulário facilitar estruturas gramaticais próprias da idade (ASHA, 2014).

A seleção do vocabulário para um SCAA destinado a crianças e/ou adolescentes internados em UCIPed apresenta vários desafios para os profissionais, nomeadamente o facto destas unidades constituírem um contexto muito particular, que pode gerar um conjunto de necessidades muito específicas, durante um curto período de tempo. Além disso, neste processo de seleção de vocábulos os profissionais raramente podem contar com os potenciais usuários dos sistemas, visto que a situação clínica que estes vivenciam impossibilita-os de colaborar ativamente nesse processo (Banajee et al., 2003; Fallon et al., 2001; Fried-Oken & More, 1992). Por outro lado, os familiares e os profissionais de saúde, incluindo os TF, têm pouco tempo, formação e experiência na seleção do vocabulário para

SCAA destinados a um contexto tão específico como é o contexto das unidades de medicina intensiva (Banajee et al., 2003; Carlson, 1981; Costigan & Light, 2010; Fields, 2015; Fried-Oken & More, 1992; Hustad & Miles, 2010; Ratcliff et al., 2008). Este processo pode ainda ser mais desafiador para os profissionais pelo facto de, entre milhares de palavras, os sistemas de comunicação e/ou o nível linguístico dos indivíduos internadas apenas permitirem “armazenar” um número reduzido de vocábulos, que se espera que seja relevante para esse contexto e que não inclua apenas palavras de conteúdo (Beukelman & Miranda, 2013; Morrow et al., 1993; Yorkston et al., 1989).

Embora os profissionais possam recorrer a diferentes fontes para a seleção do vocabulário inicial a incluir num SCAA destinado a indivíduos, um dos métodos mais usados são as listas de vocabulário publicadas na literatura (Laubscher & Light, 2020). Até ao momento desconhece-se qualquer tentativa de reunir num só documento as categorias e as mensagens sugeridas na literatura para serem incluídas num SCAA destinado especificamente para crianças e adolescentes internados em UCIPed. Considerou-se assim pertinente e necessário o mapeamento destes conteúdos através de uma *Scoping review*.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritos os objetivos específicos do estudo, bem como os procedimentos metodológicos relativos à *scoping review*. Os procedimentos metodológicos dividiram-se em 5 etapas, nomeadamente caracterização do tipo de estudo, questão de investigação, procedimento realizado para a pesquisa e para a seleção da amostra e extração de dados.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Definiram-se como objetivos específicos para o presente trabalho:

- 1) Mapear as categorias de vocabulário propostas na literatura para serem incluídas nos SCAA destinados à população pediátrica internada em unidades de cuidados intensivos;
- 2) Mapear os vocábulos propostos na literatura para serem incluídos nos SCAA destinados à população pediátrica internada em unidades de cuidados intensivos.

2.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.2.1. Tipo de estudo

A *scoping review* é um método de síntese do conhecimento que integra diferentes desenhos de estudo de forma abrangente, resume e sintetiza evidências, informando práticas, políticas e programas, além de fornecer orientação quanto à prioridade de investigação (Peters et al., 2020; Salvador et al., 2021).

Este tipo de revisão não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, mas sim, mapear a evidência científica já existente, fornecendo uma visão geral da mesma (Peters et al., 2020; Salvador et al., 2021). Esta *scoping review* seguiu as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI), permitindo mapear a evidência científica existente das categorias e dos vocábulos que podem ser incluídos num SCAA direcionado para crianças e/ou adolescentes com alterações comunicativas internados em UCIPed (Peters et al., 2020).

2.2.2. Questão de Investigação

Seguindo a metodologia recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), a questão de investigação foi orientada pela estratégia PCC (*Participants, Concept, Context*), sendo “P” a população (crianças e adolescentes até aos 18 anos), “C” o conceito (comunicação aumentativa e alternativa) e “C” o contexto (unidade de cuidados intensivos pediátricos). Assim, considerando esta estratégia, chegou-se à seguinte questão de investigação que norteou o percurso metodológico:

- Quais as categorias de vocabulário e os vocábulos propostos na literatura que deverão ser incluídos em SCAA destinados à população pediátrica internada em unidades de cuidados intensivos?

2.2.3. Procedimento de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa inicial e limitada na *Pubmed*, utilizando palavras-chave preliminares, para identificar artigos sobre o tema. As palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos de índice utilizados para descrever esses artigos, foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa para cada base de dados selecionada. Tendo em conta isto, foram então selecionados os seguintes descritores: a) contexto – *critical care, critically ill e intensive care*; b) população – *child e pediatric*; c) conceito – *vocabular, inventor, word, checklist, list, communication aid e augmentative and alternative communication*.

Nessa sequência, a pesquisa foi conduzida nas seguintes bases de dados: *Pubmed, Scopus, Web of Science e Google Scholar*, onde foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, uma vez que são idiomas dominados pela equipa de investigação, não sendo definida especificação temporal. Esta última opção justifica-se pela escassez de publicações acerca da temática em estudo, constatada aquando da pesquisa inicial nas bases de dados referidas.

Os descritores acima mencionados foram agrupados entre si através da utilização de conectores booleanos com o termo “AND” e ligados a sinónimos com o termo “OR” formando diferentes chaves de pesquisa para as diferentes bases de dados, apresentadas na Tabela 1. A pesquisa em todas as bases de dados foi realizada durante o mês de março de 2022.

Tabela 1 - Chaves de pesquisa desenvolvidas para cada uma das bases de dados utilizadas

Bases de dados	Chave de pesquisa
Pubmed	((("critical care" OR "critically ill" OR "intensive care unit*")) AND (("child*" OR "pediatric*"))) AND (("vocabular*" OR "word*" OR "inventor*" OR "list*" OR "checklist*")) AND ("communication aid*")
Scopus	(ALL ("critical care") OR ALL ("critically ill") OR ALL ("intensive care unit*") AND ALL ("pediatric*") OR ALL ("child*") AND ALL ("vocabular*") OR ALL ("inventor*") OR ALL ("list*") OR ALL ("word*") OR ALL ("checklist*") AND ALL ("communication aid*") OR ALL ("augmentative and alternative communication"))
Web of Science	((ALL=(critical care)) OR ALL=(critically ill)) OR ALL=(intensive care unit*) AND (ALL=(child*)) OR ALL=(pediatric*) AND (((ALL=(vocabular*)) OR ALL=(word*)) OR ALL=(inventor*)) OR ALL=(list*)) OR ALL=(checklist*) AND ALL=(communication aid*)
Goggle Scholar	"critical care" and "pediatric" and "vocabulary" and "communication aid"

2.2.4. Procedimento de seleção da amostra

No processo de seleção dos estudos a considerar nesta revisão, foram seguidas as diretrizes do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

O processo de seleção foi dividido em diferentes fases, nomeadamente fase de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (Figura 1).

Os resultados de pesquisa de cada base de dados foram exportados para os programas informáticos *excell* e *mendeley*, onde as duplicações foram removidas. Os artigos foram então avaliados quanto à sua relevância para a questão da revisão, após um processo dividido em duas fases. Primeiro, apenas os títulos e os resumos dos artigos foram analisados. Os estudos potencialmente relevantes foram recuperados na sua totalidade. Os textos completos foram então analisados e os artigos que não preenchiam os critérios de inclusão foram excluídos. No caso dos artigos não disponíveis de forma gratuita, foram feitas tentativas para contactar o autor original na obtenção do texto completo. Para assegurar a saturação da literatura, as listas das referências bibliográficas de todos os artigos de texto integral incluídos na revisão foram rastreadas para identificar outros estudos adicionais.

Em caso de dúvida houve sempre a supervisão de dois investigadores, com diferentes formações académicas, terapia da fala e enfermagem (os orientadores deste estudo) e com uma vasta experiência na docência, investigação, supervisão de estágios clínicos e orientação de trabalhos de conclusão de licenciatura, pós-graduações e mestrado, sendo autores de diversas publicações científicas.

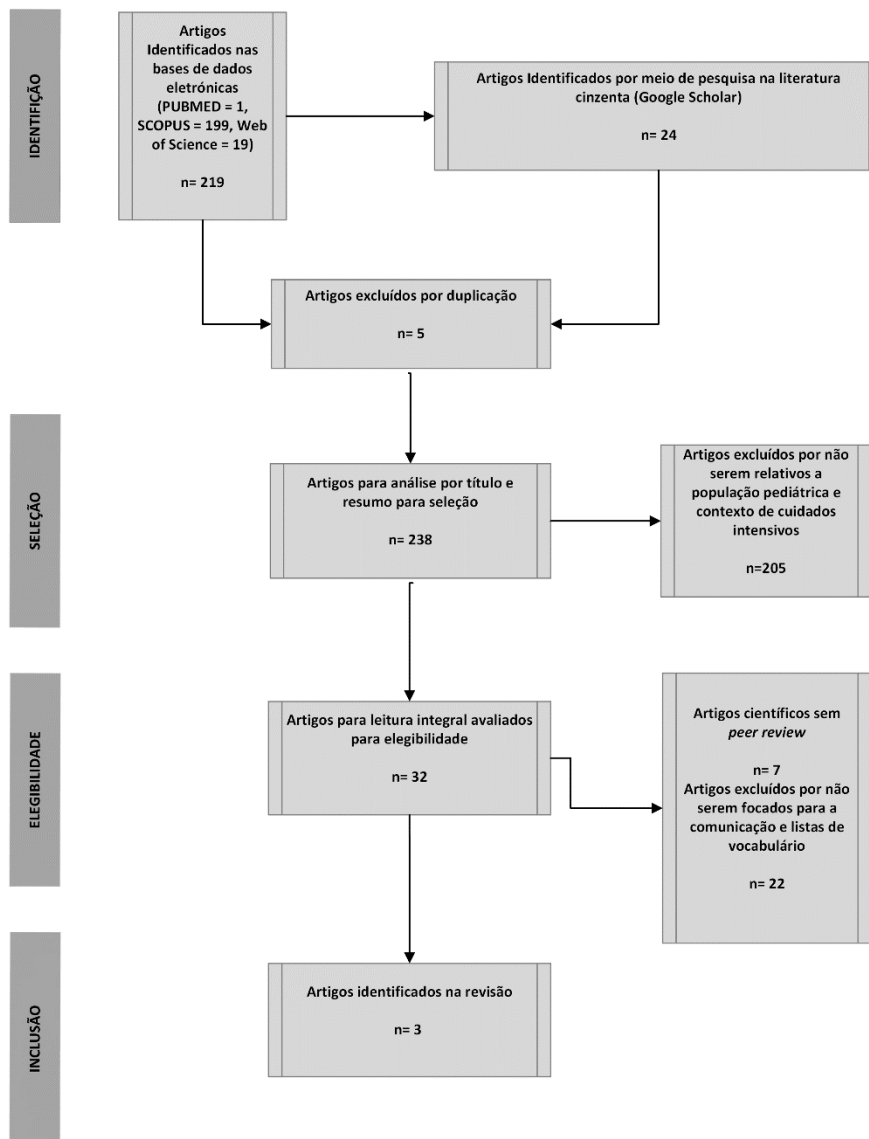


Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção do estudo

2.2.5. Extração de dados

Todos os dados relevantes foram extraídos, utilizando como instrumento de extração uma tabela que englobou todos os dados relacionados com a questão de investigação e os objetivos da revisão, nomeadamente: autor (ano), título da revista, tipo de estudo/país do estudo/idade dos participantes, categorias e subcategorias do vocabulário.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada inicialmente uma caracterização global dos estudos incluídos na *scoping*, seguida da descrição específica das categorias e subcategorias das mensagens/vocábulos a integrar num SCAA destinado a crianças e/ou adolescentes, internados em uma UCIPed. A sistematização dos resultados encontrados será realizada posteriormente em formato de tabela.

3.1 Caracterização global dos estudos incluídos

Os participantes dos estudos incluídos nesta *scoping review* são principalmente crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 1A e 0m e os 17A e 11m (ver Tabela 2).

Os artigos selecionados foram publicados em 2018 e 2000 e apresentam uma dispersa representatividade geográfica. Um artigo foi publicado em Boston (EUA) (Costello, 2000), um foi publicado no Canadá (incluindo 17 artigos originários de diferentes países, nomeadamente Estados Unidos da América, Canadá, Finlândia, Kuwait, África do Sul, Espanha, Suécia e Reino Unido) (Johnson et al., 2018) e outro foi publicado na Tailândia (Tantacharoenrat et al., 2018). Um artigo representa um estudo experimental do tipo pré e pós teste onde participaram 43 pessoas, sendo 28 participantes pediátricos (Costello, 2000a), um representa uma *scoping review* (Johnson et al., 2018), fazendo parte dela artigos com recurso a metodologias distintas, tal como estudos qualitativos, estudos multimétodos, estudos de desenvolvimento de questionário/lista de palavras e estudo quantitativo, em que participaram 2.683 crianças e o último representa um estudo quase experimental em que participaram 18 participantes pediátricos (Tantacharoenrat et al., 2018).

Tabela 2 - Tabela de Extração de dados

Autor (Ano) Título - Revista	Tipo de estudo/País do Estudo/Idade dos Participantes	Categorias e subcategorias do vocabulário
John Costello (2000) AAC intervention in the intensive care unit: The children's hospital Boston model - Journal of International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC)	Estudo quase experimental do tipo pré teste e pós teste / Boston, EUA / 2A;8m – 44A	1- Personal Needs (Necessidades Pessoais); 2- Statements/Directives (Declarações/Diretrizes); 3- Medical (Médico); 4- Social; 5- Sarcasm (Sarcasmo); 6- Emotions/Feelings (Emoções/Sentimentos); 7- Control (Controlo); 8- Clarification (Esclarecimento); 9- Leisure/Entertainment (Lazer/Entretenimento); 10- Position (Posicionamento); 11- Questions (Questões); 12- Confort (Conforto).

Autor (Ano) Título - Revista	Tipo de estudo/País do Estudo/Idade dos Participantes	Categorias e subcategorias do vocabulário
<p>Ensa Johnson, Kobie Boshoff & Juan Bornman (2018) Scoping Review of Children's Pain Vocabulary: Implications for Augmentative and Alternative Communication - Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology (CJSLPA)</p>	<p>Scoping Review (inclui 17 estudos, dos quais 7 eram qualitativos, 5 multimétodos, 2 de métodos mistos, 2 de desenvolvimento de questionário/lista de palavras e 1 quantitativo) / Canadá (dos 17 artigos incluídos no estudo, 7 são originários dos Estados Unidos da América, 3 do Canadá, 2 da Finlândia e um do Kuwait, África do Sul, Espanha, Suécia e Reino Unido.) / 1A;0m – 17A;11m</p>	<p>Description of pain (Descrição da dor) - quatro categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Uses descriptors (Descritores de uso) - subdivididos em interjections (interjeições), graphic word descriptions (descritores de palavras gráficas), sensory descriptors (descritores sensoriais), comparisons (comparações) e intensifiers (intensificadores); 2- Describes physical or sensory pain rather than emotional pain (Descritores da dor física ou sensorial ao invés da dor emocional); 3- Indicates location of pain (Descritores da localização da dor); 4- Recounts causes of pain (Descritores da causa da dor). <p>Coping with pain (Lidar com a dor) - seis categorias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ask for attention, support, or Comfort (Pedir atenção, apoio ou conforto); 2- Uses distractions or dissociation from pain (Utilizar distrações ou realizar dissociações da dor); 3- Focuses on secondary gains or avoiding unpleasant activities (Concentrar-se em ganhos secundários ou evitar atividades desagradáveis); 4- Indicates physiological need (Indicar necessidades fisiológicas); 5- Request treatment (Solicitar tratamento); 6- Employs fake bravery (Empregar falsa bravura).
<p>Chanita Tantachoenrat, Tassanee Prasopkittikun, Somsiri Rungamornrat & Kawewan Limprayoon (2018) Use of a User-Friendly Tablet Application to Communicate with Pediatric Patients on Mechanical Ventilators - Aquichan</p>	<p>Estudo quase experimental/ Tailândia/ 8A– 14A</p>	<p>Needs (Necessidades):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Food and water (comida e água) 2- Excretion (Excreção); 3- Changing position (Mudança de posição); 4- Breathing (Respiração); 5- Hygiene (Higiene); 6- Relaxation (Relaxamento). <p>Feelings (Sentimentos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Physical (Físico); 2- Psychological (Psicológico). <p>Questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Questions about parents (Perguntas sobre os pais); 2- Physical well-being or symptoms (Bem-estar físico ou sintomas); 3- Time (Tempo). <p>Emergency (Emergência):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Severe pain (Dor intensa); 2- Dispnea (Dispneia); 3- Nausea/vomiting (Náusea/vômito)

3.2. Caracterização específica das categorias e mensagens/vocábulos a integrar um SCAA destinado às Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

Através da análise dos artigos incluídos na *Scoping Review* foram identificadas um conjunto de 13 categorias propostas pela literatura para serem incluídas num SCAA destinados a crianças e/ou adolescentes internados numa UCIPed.

As 13 categorias identificadas, bem como os vocábulos, são apresentadas em inglês e português, uma vez que não houve possibilidade de realizar a tradução da referida lista através de uma metodologia estabelecida na literatura para uma tradução e adaptação cultural (e.g. (de Mello & Barbosa, 2021)). Tendo em conta as limitações já referidas e de forma a não alterar o conceito/significado dos vocábulos optou-se por mantê-los em inglês, dando assim oportunidade de os mesmos serem traduzidos futuramente, de acordo com um processo mais formal de tradução e validação.

Tendo em conta o número elevado de mensagens e vocábulos identificados nos três artigos que integram esta revisão optou-se por apresentá-los na Tabela 3, que faz parte do apêndice 1.

Costello (2000) apresenta uma proposta de lista de vocabulário obtida através de um modelo de intervenção utilizando um sistema de comunicação aumentativo e alternativo com crianças no hospital, em regime pré-operatório. Neste estudo é solicitado numa fase pré-cirúrgica que o participante e os familiares listem livremente o vocabulário a introduzir no dispositivo de comunicação, tendo como base a experiência de internamentos anteriores ou imaginando como será não poder falar após a cirurgia. Num segundo momento, o profissional de saúde solicita ao participante para, do conjunto de palavras listadas, seleccionar apenas 30 a 40 vocábulos que representem a sua personalidade, os seus interesses e o seu sentido de humor. Neste artigo, o autor apresenta 3 categorias principais (médico, conforto pessoal e psicossocial) que se subdividem num total de 12 subcategorias (ver Tabela 2). Para cada subcategoria, o autor inclui exemplos de diferentes mensagens, num total de 115. As principais mensagens de conforto pessoal estão relacionadas com necessidades pessoais, posicionamento e declarações/diretrizes, e o vocabulário psicossocial incluía mensagens classificadas como social, emocional, conforto, controlo, sarcasmo e humor, esclarecimento, lazer/entretenimento e questões. Na proposta deste autor, as mensagens sugeridas correspondem na sua maioria a frases, sendo apenas 4 delas palavras isoladas não havendo a diferenciação entre vocabulário *core* ou *fringe*.

Johnson et al. (2018) identificam dois temas principais de uso de vocabulário, nomeadamente a descrição da dor e a forma de lidar com a dor, onde cada uma é ainda representada por 4 e 6 categorias, respetivamente (ver Tabela 2). No que diz respeito à descrição da dor, são apresentadas quatro categorias: a) descritores de uso (subdivididos em interjeições, descritores de palavras gráficas, descritores sensoriais, comparações e intensificadores); b) descritores da dor física ou sensorial ao invés da dor emocional; c) descritores da localização da dor; e d) descritores da causa da dor (direta ou indiretamente). Quanto à forma de lidar com a dor foram identificadas seis categorias: a) pedir atenção, apoio ou conforto; b) utilizar distrações ou realizar dissociações da dor; c) concentrar-se em ganhos secundários ou evitar atividades desagradáveis; d) indicar necessidades fisiológicas; e) solicitar tratamento; e f) empregar falsa bravura. Os resultados desta *scoping* apresentam um total de 360

vocábulos, sendo que 147 deles são consideradas palavras de função (core), 60 palavras são consideradas palavras de conteúdo relacionadas com a dor (*pain-related fringe words*) e 153 palavras consideradas palavras de conteúdo, mas não relacionadas com a dor.

No estudo apresentado por Tantacharoenrat et al. (2018) foram incluídas na aplicação 53 mensagens classificadas em 4 categorias, nomeadamente: necessidades, sentimentos, questões e pedidos de emergência (ver Tabela 2). As mensagens propostas foram validadas por peritos na área da comunicação e enfermagem, crianças e cuidadores. Atendendo ao facto de no artigo consultado não serem apresentadas na íntegra as 53 mensagens, não foi possível descrever se se trata de palavras de conteúdo e/ou de função ou frases.

Numa análise comparativa dos três artigos identificados, constatamos que uma das categorias identificadas em dois deles denomina-se Necessidades Pessoais, sendo que Costello (2000) apresenta nove mensagens e Tantacharoenrat et al. (2018) seis subcategorias, nomeadamente: comida e água, excreção, mudança de posição, respiração, higiene e relaxamento. Para além desta categoria, abordam também a categoria *Medical*, sendo que Johnson et al. (2018) centra-se especificamente na dor, sugerindo sessenta vocábulos, enquanto que Costello (2000) e Tantacharoenrat et al. (2018) propõem apenas uma mensagem respetivamente: “*I am in pain*” e “*severe pain*”.

Quanto à categoria Emoções, apenas dois artigos fazem referência à mesma, sendo que Costello (2000) apresenta oito mensagens e Tantacharoenrat et al. (2018) incluem nesta categoria duas subcategorias, nomeadamente: físico e psicológico. Apesar de Johnson et al. (2018) não apresentar a categoria Emoções devidamente definida, apresenta vocábulos que facilmente são encaixados nesta categoria, nomeadamente: infeliz, chateado, triste e assustado.

Também a categoria Questões é abordada por dois artigos, onde Costello (2000) apresenta doze mensagens e Tantacharoenrat et al. (2018) incluem três subcategorias, nomeadamente: questões sobre os pais, bem-estar físico ou sintomas e questões sobre o tempo. Apesar de serem apresentados possíveis vocábulos que podem ser inseridos nesta categoria, Tantacharoenrat et al. (2018) levanta subcategorias importantes que não são tidas em conta nas mensagens já apresentadas, uma vez que estas se focam para questões de nível pessoal, como por exemplo “quando posso comer?”.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com vista a auxiliar o desenvolvimento de um SCAA passível de ser usado por crianças e/ou adolescentes internados numa UCIPed, o objetivo deste trabalho foi mapear as categorias de vocabulário e as mensagens/vocábulo propostos na literatura. Trata-se de um contexto muito particular, onde o tempo de internamento é muito curto, e onde são internadas crianças e/ou adolescentes até aos 18 anos, que poderão ter necessidade de comunicar distintas mensagens a diferentes interlocutores recorrendo a estruturas linguísticas variadas (de la Oliva et al., 2018).

Os resultados obtidos sugerem a inclusão de distintas categorias e mensagens/vocábulo representativos de vocabulário *core* e *fringe*. Os resultados obtidos nesta scoping mostram que as categorias relativas às necessidades básicas, posicionamento, emoções, lazer/entretenimento, dor e questões devem ser garantidas em qualquer SCAA a disponibilizar numa UCIPed. Não obstante, se atendermos a todas as mensagens propostas para cada uma destas categorias, poderemos obter um número elevado de palavras/frases, cujo número deverá ser objeto de reflexão, uma vez que, de acordo com os padrões de seleção do vocabulário, verificou-se que aproximadamente 40 vocábulos são adequados para atender as necessidades comunicativas da maioria dos indivíduos (Costello, 2000).

Os estudos analisados sugerem vocábulos destinados a indivíduos de diferentes faixas etárias, que vão desde os 1A e 0m aos 17 anos e 11m, o que representa um intervalo de idades bastante alargado, onde se incluem nomeadamente crianças em idade pré-escolar. Esta questão torna-se importante uma vez que as crianças mais novas utilizam diferentes vocábulos para descrever as suas experiências e o que fazem para lidar com elas. Por exemplo, a utilização dos diferentes descritores de dor pelas crianças muda à medida que vão crescendo. As crianças mais novas utilizam principalmente interjeições e palavras isoladas para descrever o que sentem, pois ainda não têm as capacidades linguísticas e cognitivas para explicar as sensações corporais que experienciam e preferem procurar o apoio emocional dos pais ou distrair-se da dor, referindo-se a tratamentos ou ações concretas para diminuir a dor (Johnson et al., 2018). À medida que o pensamento das crianças se desenvolve a um nível mais simbólico, elas começam a utilizar descritores mais gráficos, chegando a utilizar intensificadores quando usam palavras descritoras e preferem a distração dos outros ou “tentam ignorar” a dor numa tentativa de ajudar a esquecer (Johnson et al., 2018). Crianças mais velhas começam a pensar de forma mais abstrata começando a utilizar comparações e a definir a dor como um estado psicológico baseado nas emoções. Começam também a perceber que enquanto experimentam a dor, podem ter ganhos secundários como “fugir” das responsabilidades em casa ou na escola. Para além da descrição da forma como lidam com a dor, um outro estudo realizado por Scolnik et al.(2003) realça o facto de poder ser muito diferente a forma como as crianças mais novas nomeiam as partes privadas do seu corpo (pénis, testículos, vagina, nádegas e seios) e as diferentes funções corporais (vómito, defecação e urinar). Portanto, o nível linguístico dos potenciais usuários deve também ser uma variável a considerar aquando a seleção do vocabulário, alertando para o não recurso a vocabulário “one size fits all” (Johnson et al., 2018).

É importante salientar a importância de um SCAA também conter vocábulos que representem necessidades ou desejos do indivíduo, mesmo sabendo que essas necessidades ou desejos não podem ser satisfeitos pelos profissionais de saúde ou familiares, pois este fator ajuda a demonstrar a personalidade do indivíduo, reduzindo o *stress* da experiência que está a ser vivida (Costello, 2000).

Outra questão na seleção do vocabulário é o tipo de sistema onde irá ser incluído. Nestes contextos, a literatura mostra uma preferência por sistemas com ajuda de baixa tecnologia, sem saída de voz (e.g. (Costello, 2000)). Não obstante, autores salientam o facto de alguns sistemas de alta tecnologia permitirem o recurso a um maior número de mensagens, com a vantagem de terem saída de fala artificial. Segundo Costello (2000), a gravação do vocabulário tem vários benefícios, tanto para o utilizador como para os familiares e profissionais de saúde. Para o indivíduo, possibilita a comunicação na sua própria voz, tom e padrão de entoação, o que ajuda a preservar uma parte da sua personalidade e contrariar a sensação de despersonalização que os indivíduos experienciam na UCI. Para além disto, ajuda os indivíduos a desempenhar um papel ativo na gestão do vocabulário e nos seus próprios cuidados pós-operatórios, permitindo que o indivíduo mantenha relações e se ligue emocionalmente com as pessoas que o rodeiam, conseguindo comunicar mensagens aparentemente caprichosas ou sem sentido. Para os familiares, o banco de voz proporciona o conforto de ouvir a voz do indivíduo durante o período de doença crítica, permitindo aos pais ajudar de uma forma concreta, reduzindo os sentimentos de impotência e frustração. Quanto aos profissionais de saúde, o banco de voz permite que eles formem conexões pessoais com o indivíduo, ajudando a conhecê-lo como pessoa e não só como paciente (Costello, 2000).

Ainda que este estudo tenha permitido mapear as principais categorias de vocabulário e um conjunto de mensagens e vocábulos a incluir num SCAA destinado às UCIPed, é importante realçar que a seleção das respetivas mensagens/vocábulos implica uma maior formação por parte dos TF e restantes profissionais de saúde. É fundamental que os profissionais estejam familiarizados com todos os equipamentos e procedimentos realizados pelos outros elementos da equipa médica para conseguirem identificar necessidades e desejos por parte dos usuários. É igualmente importante desenvolver um trabalho de parceria com a família para, depois de lhe explicar a importância da comunicação para a recuperação da criança/adolescente e lhe apresentar as vantagens da implementação de um SCAAC, poder incluí-la no processo de seleção do vocabulário.

Embora se trate do primeiro estudo a procurar reunir esta informação, os resultados devem ser analisados com cautela, pois esta revisão apresenta diversas limitações, nomeadamente o número reduzido de artigos identificados e o facto de só terem sido considerados artigos em 3 línguas. Além disso, os estudos incluídos nesta revisão consideram participantes desde o 1 ano de vida até aos 17 anos, o que integra indivíduos com níveis de desenvolvimento linguístico muito diferente.

4. CONCLUSÕES

Os utilizadores do SCAA que não são capazes de escolher o seu vocabulário e as suas mensagens, dependem das decisões realizadas por outras pessoas, como os profissionais de saúde e familiares. Identificar o vocabulário de um utilizador de um SCAA pode ser uma tarefa difícil e demorada. Requer considerar as necessidades comunicativas, objetivos, experiências pessoais, diferentes ambientes e a participação do indivíduo e de uma equipa, como os profissionais de saúde, a família e os amigos (Beukelman et al., 2007; Deliberato & Manzini, 2012; Romski & Sevcik, 2005).

Como já foi referido, são muitas as técnicas ou procedimentos descritos para a seleção do vocabulário de crianças e jovens não-oralizados, nomeadamente o recurso às listas de palavras padronizadas propostas na literatura, que têm sido desenvolvidas para várias idades e ambientes específicos, nomeadamente o contexto familiar e escolar (Bean et al., 2019). As listas de vocabulário podem ser úteis, quando há a necessidade de individualizar o vocabulário para determinado usuário e podem ajudar a reduzir omissões de vocabulário importantes. Assim este estudo pretendeu mapear as categorias e as mensagens/vocábulos propostos na literatura que possam constituir um reportório de partida para o processo de seleção de vocabulário a incluir num SCAA destinado a crianças e adolescentes internados neste contexto tão específico.

Não obstante, será importante no futuro avaliar em diferentes grupos etários se as categorias e as mensagens/vocábulos resultantes deste mapeamento são realmente úteis na comunicação entre crianças e adolescentes internados em UCIPed e os profissionais de saúde e familiares, de modo a concluir sobre a necessidade de incluir e/ou retirar categorias e mensagens/vocábulos. Este objetivo poderá, por exemplo, ser concretizado através da metodologia *focus group*, incluindo inicialmente diversos profissionais, como TF, enfermeiros, médicos, familiares e posteriormente crianças e jovens, de diferentes faixas etárias, que já tenham vivenciado uma experiência de internamento nestas unidades, mas que tenham conseguido recuperar posteriormente a fala.

Será importante no futuro investigar uma forma de as mensagens e os vocábulos identificados na literatura para serem incluídos nos SCAA destinados ao contexto das UCIPed, serem representados visualmente considerando os tipos de símbolos comumente usados. Desta forma, poderá ser investigado se existem representações visuais disponíveis ou se será necessário desenvolver novos símbolos gráficos para o vocabulário identificado.

Um outro passo na investigação prende-se com o facto de estudar a forma de organizar este vocabulário nos SCAA de maneira a facilitar a busca por parte do utilizador. Nesse ponto, é importante destacar que mentalmente o vocabulário de uma pessoa pode ser organizado de inúmeras maneiras. No entanto, os vocábulos num SCAA podem ser organizados de uma maneira que não é necessariamente compatível com a organização mental do usuário, nomeadamente de forma taxonómica, esquemática, sintático-semântica, alfabética e idiossincrática (Drager et al., 2003).

Apesar da lista de vocabulário obtida com a realização deste trabalho não estar adaptada à idade, ao nível linguístico, e não permitir satisfazer as necessidades comunicativas específicas de todos os

potenciais usuários do SCAA internados nestas unidades, acreditamos que o resultado obtido pode constituir um recurso/instrumento importante para os profissionais de saúde e familiares na seleção do vocabulário inicial. Estas categorias e respectivas mensagens/vocábulo podem ser norteadores no momento de avaliar a compreensão das crianças e adolescentes dos vocábulos selecionados para o SCAA e ainda para a seleção dos vocábulos por parte da família e profissionais de saúde, contribuindo para a construção de SCAA mais funcionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. P. L. (2012). *A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva - perspectiva do enfermeiro* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. repositorio.ipv.c.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf
- Andrade, A. F. de, Carvalho, R. D. C., Amorim, R. L. O. de, Paiva, W. S., Figueiredo, E. G., & Teixeira, M. J. (2007). Coma e outros estados de consciência. *Revista de Medicina*, 86(3), 123–131. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v86i3p123-131>
- APTF. (2017). *O Terapeuta da Fala*. <http://www.aptf.org/o-terapeuta-da-fala>
- ASHA. (2014). *Schools survey report: SLP caseload characteristics*. <http://www.asha.org/uploadedFiles/2014-Schools-Survey-SLPCaseload-Characteristics.pdf>
- Banajee, M., Dicarlo, C., & Stricklin, S. B. (2003). Core Vocabulary Determination for Toddlers. *Augmentative & Alternative Communication*, 19(2), 67–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/0743461031000112034>
- Bean, A., Cargill, L. P., & Lyle, S. (2019). Framework for selecting vocabulary for preliterate children who use augmentative and alternative communication. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1000–1009. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0041
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & alternative communication: Supporting children and adults with complex communication need*. Brookes Pub.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230–242. <https://doi.org/10.1080/07434610701553668>
- Beukelman, D. R., Schrunk, A., Thiessen, A., Fager, S., & Ullman, C. (2012). Vocabulary Associated With Medical Procedures. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 22(3), 119–123. <https://doi.org/10.1044/nnsld22.3.119>
- Broyles, B. L. M., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 21–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ajcc2012752>
- Carlson, F. (1981). A Format for Selecting Vocabulary for the Nonspeaking Child. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 12(4), 240–245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1044/0161-1461.1204.240>
- Carvalho, W. B., Pedreira, M. L. G., & De Aguiar, M. A. L. (2005). Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 495–498. <https://doi.org/10.2223/JPED.1424>

- Cesa, C. C. (2009). *Comunicação Aumentativa e Alternativa em uma Perspetiva Dialógica na Clínica de Linguagem* [Universidade Federal de Santa Maria]. <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/6446>
- Côa, T. F., & Mandetta Pettengill, M. A. (2011). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 45(4), 825–832. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400005>
- Costello, J. M. (2000). AAC intervention in the intensive care unit: The Children's Hospital Boston model. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 16(3), 137–153. <https://doi.org/10.1080/07434610012331279004>
- Costello, J. M., Patak, L., & Pritchard, J. (2010). Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(4), 289–301. <https://doi.org/10.3233/PRM-2010-0140>
- Costigan, F. A., & Light, J. (2010). A Review of Preservice Training in Augmentative and Alternative Communication for Speech-Language Pathologists, Special Education Teachers, and Occupational Therapists. *The Official Journal of RESNA*, 22(4), 200–212. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10400435.2010.492774>
- de la Oliva, P., Cambra-Lasaosa, F. J., Quintana-Díaz, M., Rey-Galán, C., Sánchez-Díaz, J. I., Martín-Delgado, M. C., de Carlos-Vicente, J. C., Hernández-Rastrollo, R., Holanda-Peña, M. S., Pilar-Orive, F. J., Ocete-Hita, E., Rodríguez-Núñez, A., Serrano-González, A., & Blanch, L. (2018). Admission, discharge and triage guidelines for paediatric intensive care units in Spain. *Anales de Pediatría*, 88(5), 287.e1-287.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.008>
- de Mello, J. F., & Barbosa, S. de F. F. (2021). Translation and transcultural adaptation of the patient measure of safety (Pmos) questionnaire to brazilian portuguese. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30, 1–16. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0322>
- Deliberato, D., & Manzini, E. J. (2012). Identification of the communicative abilities of Brazilian children with cerebral palsy in the family context. *Communication Disorders Quarterly*, 33(4), 195–201. <https://doi.org/10.1177/1525740110384130>
- Dias, C. O. (2019). *Cuidados Paliativos: O Papel do Terapeuta da Fala na Promoção da Funcionalidade Comunicativa de Utentes Adultos Cária*. Universidade do Porto.
- Drager, K. D. R., Light, J. C., Speltz, J. C., Fallon, K. A., & Jeffries, L. Z. (2003). The Performance of Typically Developing 2½-Year-Olds on Dynamic Display AAC Technologies With Different System Layouts and Language Organizations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(2), 298–312. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003\)024](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003)024)
- Fallon, K. A., Light, J. C., & Paige, T. K. (2001). Enhancing Vocabulary Selection for Preschoolers Who Require Augmentative and Alternative Communication (AAC). *American Journal of Speech-*

Language Pathology, 10(1), 81–94. [https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2001/010\)](https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360(2001/010))

- 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*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fields, A. (2015). Examining barriers with implementing augmentative and alternative communication in a Midwest school. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 76(6-A(E)), No-Specified.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2015-99231-200>
- Fontainhas, R. M. (2019). *A Perspetiva Dos Terapeutas Da Fala Sobre a Sua Intervenção Numa Equipa De Cuidados Paliativos* [Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2210>
- Fried-Oken, M., & More, L. (1992). An initial vocabulary for nonspeaking preschool children based on developmental and environmental language sources. *Augmentative & Alternative Communication*, 8(1), 41–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07434619212331276033>
- Gomes, B. M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Guerra, C. M., Chesani, F. H., & Bossardi, C. N. (2019). A perspectiva de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica ideal a partir do olhar das crianças internadas. *Saúde e Pesquisa*, 13(2), 233–241. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p233-241>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2017). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 102–114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- 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>
- Hustad, K. C., & Miles, L. K. (2010). Alignment between Augmentative and Alternative Communication Needs and School-Based Speech-Language Services Provided to Young Children with Cerebral Palsy. *Early Childhood Services (San Diego, Calif.)*, 4(3), 129–140.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22194705%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3243446>
- Jansson, S., Martin, T. R. S., Johnson, E., & Nilsson, S. (2019). Healthcare professionals' use of augmentative and alternative communication in an intensive care unit: A survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.002>

- Johnson, E., Boshoff, K., & Bornman, J. (2018). Scoping review of children's pain vocabulary: Implications for augmentative and alternative communication | Revue exploratoire sur le vocabulaire utilisé par les enfants pour exprimer la douleur: Implications pour les systèmes de communication augmentée e. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 42(1), 55–68. <http://hdl.handle.net/2263/66636>
- Laubscher, E., & Light, J. (2020). Core vocabulary lists for young children and considerations for early language development: a narrative review. *Augmentative & Alternative Communication*, 36(1), 43–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07434618.2020.1737964>
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. de. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37–44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132–140. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Morrow, D. R., Mirenda, P., Beukelman, D. R., & Yorkston, K. M. (1993). Vocabulary Selection for Augmentative Communication Systems. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(2), 19–30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360.0202.19>
- Ouchi, J. D., Lupo, Ana Paula Rodrigues Alves, B. de O., & Andrade, Renato Vasques Fogaça, M. B. (2018). O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DIANTE DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE. *Revista Saúde Em Foco*. <https://doi.org/10.33233/eb.v12i5.3769>
- Paura, A. C. (2009). *Estudo de vocábulos para proposta de instrumento de avaliação do vocabulário de crianças não-oralizadas* [Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”]. <http://hdl.handle.net/11449/102183>
- Penedo, J. M. V. dos S., Ribeiro, An. A. B. R., Lopes, H. do A. R. de C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. da S., Sá, R. A. Ma. de V., & Moreno, R. P. J. (2013). *Avaliação Nacional da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos*.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In M. Z. Aromataris E (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–445). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- 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>
- Pontes, E. P., Couto, D. L., Lara, H. de M. S., & Santana, J. C. B. (2014). Comunicação não-verbal na

- unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 152–157. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140012>
- Ratcliff, A., Koul, R., & Lloyd, L. L. (2008). Preparation in Augmentative and Alternative Communication: An Update for Speech-Language Pathology Training. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 48–59. [https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/005\)](https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/005))
- Rocha, S. F. C. (2014). *Tecnologias de apoio e multideficiência: recursos mediadores da aprendizagem e da inclusão* [Instituto Politécnico de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.21/4116>
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos* [Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/68138>
- Romski, M. A., & Sevcik, R. A. (2005). Augmentative communication and early intervention myths and realities. *Infants and Young Children*, 18(3), 174–185. <https://doi.org/10.1097/00001163-200507000-00002>
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Santos, P. M. dos, Silva, J. O. M. da, Makuch, D. M. V., Souza, A. B. de, Silva, L. F. da, & Depianti, J. R. B. (2020). A percepção da criança hospitalizada quanto ao ambiente da unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 1(1), 331–340. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/19>
- Scolnik, D., Atkinson, V., Hadi, M., Caulfeild, J., & Young, N. L. (2003). Words used by children and their primary caregivers for private body parts and functions. *Cmaj*, 169(12), 1275–1279.
- SPTF. (2020). *Dicionário Terminológico de Terapia da Fala* (I. Guimarães (ed.); 1ª). Papa-Letras.
- Tantachoenrat, C., Prasopkittikun, T., Rungamornrat, S., & Limprayoon, K. (2018). Use of a user-friendly tablet application to communicate with pediatric patients on mechanical ventilators. *Aquichan*, 18(3), 275–286. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.3>
- Thankappan, S. (2013). *Evolving a vocabulary for effective communication with non-speaking patients in situations of medical emergency / hospital intensive care Author ' s declaration* [OCAD University]. <http://openresearch.ocadu.ca/id/eprint/162>
- van Tilborg, A., & Deckers, S. R. J. M. (2016). Vocabulary Selection in AAC: Application of Core Vocabulary in Atypical Populations. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1(12), 125–138. <https://doi.org/10.1044/persp1.sig12.125>

Yorkston, K., Dowden, P., Honsinger, M., Marriner, N., & Smith, K. (1988). A Comparison of standard and user vocabulary lists. *Augmentative & Alternative Communication*, 4, 189–210.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07434618812331274807>

Yorkston, K., Honsinger, M., Dowden, P., & Marriner, N. (1989). Vocabulary selection: a case report. *Augmentative & Alternative Communication*, 5(2), 101–108.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07434618912331275076>

APÊNDICE

Apêndice I - Tabela de categorização da lista de vocábulos resultantes da *Scoping Review*

NECESSIDADES PESSOAIS	MÉDICO	CONFORTO	EMOÇÕES/SENTIMENTOS	POSICIONAMENTO	SOCIAL	DECLARAÇÕES/DIRETRIZES
<p>I need to go to the bathroom. I want to eat. I want a drink. I want ice chips on my lips. Please put a wet cloth on my mouth. Please brush my teeth. I am really thirsty! Please cover me up. Put on my glasses. Wipe my nose. I need my hearing aid. I am hot/cold.</p>	<p>I need to be suctioned. I need to throw up. I need to cough. I am in pain. I want medicine. Something doesn't feel right. I feel sick. It hurts. My breathing feels weird.</p>	<p>Please don't leave me. Hold my hand. Rub my head. Stay with me. Get in bed with me. Read me a story. Keep talking to me. I am going to be fine. I am okay. Tell me a puppy story. Talk about anything. Visualize with me. Pray with me.</p>	<p>I am afraid. I am mad. I'm okay. I am not stupid. This sucks. I hate/love you. I am tired. I am afraid I will be like this forever.</p>	<p>Please move the bed up/down. I am uncomfortable. I want to turn over. I want to sit in the chair. I want to go to bed. Place a pillow under my legs. Roll up towels and put them under my right shoulder. Bring my left knee over to my right hip.</p>	<p>Thank you. I am sorry. I appreciate it. You are nice. What is your name? I love you. I am glad you came to see me. How is _____? Please talk to me. God bless you.</p>	<p>Nurse, I need you! I want to see the doctor. Tell me what is going on. Don't touch my IV. Don't move me. I want to go to the floor. Turn the lights on/off Open/close the curtain. Be careful you don't unplug that!</p>

SARCASMO	ESCLARECIMENTO	QUESTÕES	CONTROLO	LAZER/ENTRETENIMENTO	DOR		
<p>I love this place! What are you looking at, Doogie? Go jump in the lake! You are a turkey! I think I just heard them page you, doctor. Give me a break! Duh! Yeah, right! I love this place!</p>	<p>What did you say? I don't understand. Huh? Say it again. Explain that, please.</p>	<p>Ask How am I doing? When can I go home? When can the tube come out? When can I eat? When can I drink? Who are you? What are you doing? Will it hurt? Where is my mother? Am I going to die? I have a question. Who is feeding the dogs?</p>	<p>No Leave me alone. Come back in a few minutes. Stop! Go away. I don't want that. I want privacy. No! Wait 5 minutes. I am 12 years old and do not like watching Barney! Turn the lights off.</p>	<p>I want to watch TV. I want to listen to music. I want my Walkman. I want to watch a video. Can I go to the playroom? I want to draw. Please turn the volume up/down. Can I look at my photos? Please read to me.</p>	<p>A/an About All Am And Another Around At Away Back Bad Ball Be Because Bed Being Better Big Bit But By Call Can/could Can't Cause Cold Come Could Cut Dad Different Do/does Doctor Dog Done Don't Down Drive</p>	<p>Painful Paralyzing Pill Pin Pinch Poke Pounding Puke Radiating Sad Scared Scratch Scream/shout Sore Sting Stretch Suffer Suffocate Swollen Throbbing Tickle Tingle Unhappy Unwell Upset Vomit Yuckie Across Alone Angry Animals Annoy Anything Area Arms Bear Beat Bee Blame Body Brothers Brakes Breathe Bump</p>	<p>Pain Numb Ouch Nauseous Oooh Ow Moan Ill Hospital Medicine Eee Eina Itch Injection Boo Burn Worse Worry Yell Anxious Ask Avoid Awful Brave Break Drink Left Lie Lose Lot Make Mom Movie Mood Mosquito Relax Rest School She Need Next No Sleep Careful</p>

					Eat Else Even Fall Fire First Go/goes Hand Has/have Head Him Hold Home Hot How Hug Hurt I/me I'll If In Inside Is/are It Know Let Let's Like Little More Most Move Much My New Okay On Over Play Please Put Really	Certain Cheer Cheers Clap Clean Clothespin Crazy Crush Cymbals Dance Deadly When Die Difficult Dirt Distract Dull Ears Easier Elephant Enough Eventually Exam Exhausting Expect Extremely Failure Family Fear Feel Fight Fine Fix Forget God/allah Guilty Hard Harm Hit Hobby Horrible Might Needle Nothing Nuts Palm Position Pot	Comfort For Friend Get Give Good Teacher Tear Terrible Well What Look Stress Strong You Your Ache Cry Cast Warm Blood Fun Funny Of Off Not Hammer Nerves Nervous Just Kind Help Here One Only Or Dizzy Touch Ice Lead Matter Pack Office Point Part Weird Other Depends
--	--	--	--	--	---	---	--

					Say/tell Show Sick Sleep So Some Somebody Someone Something Sometimes Somewhere That The Then Ther They Think This Very Want Was/were While Whole Will/would With Band-Aid/plaster Blister Discomfort Healthcare Ointment/cream Useless	Pray Presence Pressure Principal Pull Punch Real Restrict Road Rough Rub Sample Scary Sharp Shock Shoot Sickroom Skateboard Seldge Somehow Sorrow Very Sort Speak Special Split Usually Stab Water Stomach Strength Swallow Tummy Understand	Up Use Staff Talk Were Headache Willie Whenever Miserable Vacation Cramp Bang Tight Bandage Terrify Stay Taken Skin Smile To Too Vessel Sorry Start Try Sweet Thumb Disgust Stiff Squeeze Way Time
--	--	--	--	--	---	---	---