

Artigo Original

Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral

Systematization of procedures for the implementation of alternative and extended communication in a general ICU

Patrícia Santos de Oliveira Coelho^a , Kelly do Valle^a , Gabriela Pereira do Carmo^b ,
Thainá Rodrigues de Melo dos Santos^a , Janaína Santos Nascimento^a , Miryam Bonadiu Pelosi^a 

^aHospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bHospital Municipal Dr. Cármino Caricchio – HMCC, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar: Coelho, P. S. O., Valle, K., Carmo, G. P., Santos, T. R. M., Nascimento, J. S., & Pelosi, M. B. (2020). Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(3), 829-854. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>

Resumo

Objetivo: Descrever os procedimentos que antecederam a intervenção da terapia ocupacional em pacientes com dificuldades comunicativas internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Pesquisa-ação realizada em uma UTI de um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro, no período de junho a dezembro de 2018, com pacientes com restrição de comunicação verbal, profissionais de saúde e familiares. Os instrumentos utilizados foram: 1) avaliação da condição clínica e a biografia do paciente; 2) registro sobre informações básicas à beira do leito; 3) protocolo de avaliação de habilidades comunicativas; 4) avaliação do perfil ocupacional do sujeito apoiada em um conjunto de pranchas de Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA); e 5) escala de satisfação do paciente aplicada antes e após a intervenção. **Resultados:** Dentre os procedimentos, destacaram-se as ações que antecederam a entrada do profissional na unidade e o delineamento de etapas que foram iniciadas com a busca ativa; a preparação do material e os cuidados necessários; o uso do protocolo de avaliação e as habilidades comunicativas; a avaliação do perfil ocupacional; a oferta e o treino do kit básico de pranchas de CAA; a avaliação da satisfação do paciente em relação à sua habilidade comunicativa; o registro no prontuário e a orientação aos familiares e profissionais de saúde. **Conclusão:** Os dados mostraram que há uma série de procedimentos que antecedem a introdução da CAA e que devem ser consideradas e valorizadas pelo terapeuta ocupacional no favorecimento do gerenciamento da comunicação do paciente com restrição verbal em UTI.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Unidades de Terapia Intensiva, Auxiliares de Comunicação para Pessoas com Deficiência.

Recebido em Abr. 15, 2019; 1ª Revisão em Ago. 20, 2019; 2ª Revisão em Out. 8, 2019; Aceito em Abr. 22, 2020.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Abstract

Objective: To describe the procedures before the intervention of occupational therapy with patients having communicative difficulties and hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU). **Method:** Action research performed at an ICU of a reference hospital in the city of Rio de Janeiro, from June to December of 2018 in patients with restricted verbal communication, health professionals, and family members. We used the following instruments: 1) assessment form of the patient's clinical condition and biography; 2) registration of basic information at the bedside; 3) communication skills assessment protocol; 4) assessment of the patient's occupational profile supported by a set of Alternative and Extended Communication (AEC) boards; 5) patient satisfaction scale applied before and after the intervention. **Results:** Among the procedures, we highlight the actions before the entry of the professional in the unit and the outline of steps that were started with the active search; the preparation of the material and the necessary care; the use of the assessment protocol and communicative skills in the hospital context; occupational profile assessment; the offering and training of the basic AEC board kit; the assessment of patient satisfaction regarding their communicative ability; the registration in the medical record and guidance to family members and health professionals. **Conclusion:** The data showed that previous factors of the AEC should be considered and valued by the occupational therapist in favor of the management of communication of the patient with verbal restriction in the ICU.

Keywords: Occupational Therapy, Intensive Care Unit, Communication Aids for Disabled.

1 Introdução

Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são descritos como sujeitos graves ou críticos, necessitando de cuidados intensivos, monitoramento contínuo, por meio de equipamentos tecnológicos, e equipe multidisciplinar especializada (Brasil, 2018). Estes podem facilmente estar com a comunicação prejudicada, em virtude de características clínicas, como *delirium*, fadiga e doença neurológica (Happ, 2001), ou relacionada ao tratamento, como o uso de sedativo e ventilador mecânico (Happ et al., 2004), sendo que este último fator vem ganhando a atenção de pesquisadores por representar uma importante barreira de comunicação (Happ et al., 2011, 2015b; Flinterud & Andershed, 2015; Guttormson et al., 2015; Dithole et al., 2016; Martinho & Rodrigues, 2016).

Pacientes com dificuldades comunicativas classificaram as suas experiências, durante o período de internação na UTI, como muito difíceis ou extremamente difíceis (Martinho & Rodrigues, 2016) e estressantes (Flinterud & Andershed, 2015). Ademais, sentiam-se frustrados, impotentes e sem controle, o que afetava o seu bem-estar, sua segurança e conforto (Flinterud & Andershed, 2015; Guttormson et al., 2015).

O sentimento de frustração é também compartilhado pela família, que se sente despreparada para as novas restrições comunicativas de seu familiar (Broyles et al., 2012), e pelos profissionais que têm como meio principal de comunicação com o paciente os gestos de sim e não (Happ et al., 2011). Um estudo observacional descritivo,

em que os autores analisaram as trocas de comunicação do paciente com a enfermagem para solicitar assistência, mostrou que houve falha na interação em todas as tentativas iniciadas pelo paciente. Além disso, o estudo verificou que o paciente não recebeu a assistência requerida e que um terço das comunicações relacionadas à dor não foi compreendida (Happ et al., 2011).

Diante dessas considerações, percebeu-se que as dificuldades comunicativas enfrentadas pelo paciente na UTI podiam interferir na implantação de diretrizes mundialmente discutidas para a melhoria da prática clínica em cuidados intensivos, como as Diretrizes de prática clínica para tratamento de dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos na UTI, que originou o modelo *ABCDEF bundle*, o qual, por meio da medicina baseada em evidências, ajuda o profissional de saúde a orientar o tratamento do paciente e a utilização de recursos, considerando fatores como: avaliação, prevenção e tratamento da dor; ensaios de despertar e respiração espontânea; escolha da analgesia e sedação; avaliação, prevenção e tratamento de *delirium*; mobilidade precoce e exercício; envolvimento e empoderamento familiar. Tais fatores contribuem para a recuperação dos pacientes, deixando-os mais interativos e conscientes (Marra et al., 2017).

Para auxiliar na interação e satisfação, assim como para minimizar os impactos das dificuldades comunicativas de pacientes, evidências científicas internacionais mostraram resultados positivos no que se refere à comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, por meio da Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) (Radtko et al., 2011, 2012; Broyles et al., 2012; Happ et al., 2014, 2015a; Nilsen et al., 2014; Carruthers et al., 2017; Duffy et al., 2018), além de significativa melhora da comunicação sobre a dor e outros sintomas (Happ et al., 2014). A CAA é definida pela International Society for Augmentative and Alternative Communication (2016) como uma área que envolve um conjunto de ferramentas e estratégias utilizada para auxiliar pessoas com dificuldades na comunicação verbal, produção de sentidos e interação.

Dentre os profissionais especialistas em CAA, destacam-se os terapeutas ocupacionais, por serem habilitados e atuantes no uso eficiente da CAA, visto que suas intervenções são guiadas por avaliações que contemplam fatores como o desempenho de atividades significativas para o sujeito, habilidades de comunicação, seus valores e crenças, rotina, papéis e contextos (American Occupational Therapy Association, 2015).

Ressalta-se que a atuação do terapeuta ocupacional em UTI é garantida pela legislação nacional (Brasil, 2010) e descrita tanto na literatura nacional (Bombarda et al., 2016; Barbosa & Reis, 2017; Okuma et al., 2017; Carmo et al., 2018; Santos, 2018) como na internacional (Celis et al., 2014; Moreno-Chaparro et al., 2017; Weinreich et al., 2017; Koester et al., 2018). Porém, no melhor conhecimento dos autores, a maior parte dessas pesquisas, realizadas nos últimos cinco anos, destaca temáticas como o *delirium* (Álvarez et al., 2016; Rains & Chee, 2017; Tobar et al., 2017) e a mobilização precoce (Patel et al., 2014; Wahab et al., 2016; Fields et al., 2015; Corcoran et al., 2017; Jolley et al., 2017; Yataco et al., 2019). Aquelas que abordaram a CAA, apenas a apresentaram como uma das possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional nesse contexto (Bombarda et al., 2016; Barbosa & Reis, 2017; Okuma et al., 2017; Carmo et al., 2018; Koester et al., 2018; Santos, 2018). À luz dessas considerações, é fundamental a realização de estudos envolvendo essa temática.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever os procedimentos que antecederam a intervenção da terapia ocupacional em pacientes com dificuldades comunicativas

internados em uma UTI. Buscou-se com esta pesquisa a qualidade da assistência e o fortalecimento da literatura científica da profissão.

2 Método

Trata-se de uma pesquisa-ação que se diferencia como ação composta de avaliação diagnóstica, orientação da assistência, adequando o envolvimento dos pesquisadores com os participantes para, assim, alcançar resultados expressivos e que satisfaçam o objeto de estudo (Thiollent, 2005; Grittem et al., 2008). A pesquisa-ação foi realizada no período de junho a dezembro de 2018, e visou à implementação da CAA para pacientes com dificuldades comunicativas, internados em uma UTI de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro – RJ. Para que a implementação ocorresse de forma sistemática, foram mobilizados diferentes sujeitos envolvidos para uma prática crítica e reflexiva.

Assim, esta pesquisa é parte do Projeto “Comunicação Alternativa e Ampliada, como estratégia de intervenção terapêutica ocupacional em uma UTI geral”, que avaliou e realizou intervenções envolvendo adultos e idosos internados com limitações de comunicação, por meio da fala e/ou escrita, seus familiares e profissionais de saúde do setor em contato direto com o paciente. Ressalta-se que pacientes com deficiências cognitiva, visual e auditiva, de moderada a grave, previamente detectadas, não foram elegíveis para a intervenção.

O registro de informações relevantes, como tempo de intervenção e interações com os cuidadores, profissionais de saúde e observações adicionais durante a pesquisa, foi realizado em um diário de campo, além de uma síntese da intervenção terapêutica ocupacional descrita em prontuário eletrônico.

Para compreender as principais demandas dos pacientes, foram criadas cinco avaliações baseadas em vivências, assim como na literatura científica nacional e internacional, que inspiraram alguns questionamentos, sendo elas: 1) ficha para reconhecer a condição clínica e a biografia do paciente; 2) ficha de registro para confirmar informações básicas à beira do leito e seleção do paciente; 3) protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar, que contempla componentes cognitivos, motores e sensoriais em Anexo A (Pelosi et al., 2019); 4) ficha de avaliação do perfil ocupacional do sujeito, apoiada em um conjunto de pranchas de CAA; e 5) escala de satisfação do paciente aplicada antes e após a intervenção.

O item 3 diz respeito a um protocolo que foi criado por terapeutas ocupacionais, tendo em vista a dificuldade de encontrar avaliações acessíveis às pessoas que estivessem impedidas de responder de forma oral. Para os aspectos cognitivos, foram utilizados como base o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Brucki et al., 2003) e a escala *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU) (Gusmao-Flores et al., 2011; Pelosi et al., 2019).

Esse protocolo viabilizou uma avaliação qualitativa do paciente com base em respostas representadas por pictogramas do Portal *Aragonés* de Comunicação Aumentativa e Alternativa (Arasaac); fotografias retiradas do acervo pessoal dos pesquisadores e da *internet*; letras e números. As pranchas que compuseram a avaliação não ultrapassaram 12 símbolos por página de resposta, exceto a de alfabeto (Pelosi et al., 2019).

Além disso, utilizaram-se instrumentos já reconhecidos, validados e amplamente empregados nesse contexto. Destacam-se: 1) Escala de Coma de Glasgow, criada para avaliar o estado de coma e consciência de pacientes por meio da abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora. O valor mais baixo da escala de Glasgow é de 3 pontos, ao passo que o valor mais alto é de 15 pontos. Quanto mais próximo de 3, mais grave é a condição clínica do paciente (Teasdale et al., 1979); 2) Método de avaliação de confusão para UTI (CAM-ICU), criado para identificar o *delirium* em pacientes da UTI, sensível àqueles que não conseguem se comunicar verbalmente. O método determina a presença e flutuação de aspectos como inatenção, pensamento desorganizado, prejuízo da memória, percepção, agitação ou lentificação psicomotora e alteração do ciclo sono-vigília. Erros maiores ou igual a 3 indicam presença de *delirium* (Gusmao-Flores et al., 2011); 3) Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS), que estuda a agitação e sedação de pacientes críticos; seu escore varia entre -5 e +4. A pontuação zero se refere ao paciente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis menores do que zero significam que o paciente possui algum grau de sedação, e níveis maiores do que zero significam que o paciente apresenta algum grau de agitação (Nassar Junior et al., 2008).

Após conhecer a especificidade da população-fonte, o pesquisador passou por treinamento e capacitação referente à aplicação dos instrumentos de avaliação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – CAAE 86006418.4.0000.5257. O sigilo absoluto foi garantido aos sujeitos que participaram do estudo. Para aqueles que não tinham condições de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o consentimento ocorreu por meio da aposição da impressão digital ou assinatura do responsável legal, após autorização gestual do paciente.

3 Resultados

Este estudo visou descrever de forma detalhada os procedimentos que antecederam a intervenção da Terapia Ocupacional em pacientes com dificuldades comunicativas, internados em uma UTI, a fim de possibilitar que outros terapeutas ocupacionais pudessem propor intervenções semelhantes a esta, em outros hospitais. Neste sentido, foram descritas as ações que precederam a entrada na UTI, assim como o passo a passo para a avaliação desses pacientes.

A UTI analisada neste estudo enfrentava dificuldades econômicas e físicas, e contava com oito leitos e assistência de profissionais da medicina, fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social, farmácia, nutrição e fonoaudiologia. Nesta pesquisa, foram avaliados 54 pacientes com restrição de comunicação pela terapia ocupacional e, deste total, nove pacientes foram elegíveis, assim como foram entrevistados seis familiares e nove profissionais de saúde do setor.

Os pacientes internados na UTI apresentaram diversas instabilidades clínicas graves, decorrentes de doenças cardíacas, pulmonares, neurológicas, câncer, dentre outras, ou estavam no período pós-operatório, e demonstraram necessidade de monitorização contínua, medicamentos específicos para manutenção da capacidade vital de órgãos e sistemas, e procedimento de suporte avançado de vida, como a intubação orotraqueal e

traqueostomia, recursos comumente visíveis em UTI que impedem o sujeito de se comunicar verbalmente. A atuação do terapeuta ocupacional no setor foi estabelecida em três dias da semana, no turno da tarde, totalizando 12 horas semanais.

A implementação da CAA na UTI foi realizada por meio de ações preliminares, em que foram evidenciadas as principais ações que deveriam anteceder a entrada do terapeuta ocupacional na unidade. Os procedimentos para implementação da CAA foram sintetizados no Fluxograma .

3.1 Ações preliminares

Ao reconhecer a especificidade do público, a vulnerabilidade do setor e a riqueza de possibilidades de intervenções terapêuticas ocupacionais, foi necessário que o profissional buscasse informações referentes às rotinas e às tecnologias presentes em UTI, assim como aperfeiçoasse o seu conhecimento quanto à monitorização do paciente crítico; à leitura de exames laboratoriais; à biossegurança; às escalas de avaliação cognitivas, sensorial e motora; à CAA e sua relação com a linguagem, e às ações realizadas por outros profissionais da área.

Como estratégia, antes de iniciar o trabalho, o terapeuta ocupacional atuou, com supervisão, por um mês em uma UTI adulto, participou de minicurso de atuação da profissão na UTI, frequentou, como ouvinte, disciplinas de Tecnologia Assistiva e CAA, aperfeiçoou buscas na literatura científica e teve orientações com profissionais da área de saúde, em especial sobre termos clínicos e tecnologias presentes na UTI que até então eram desconhecidos pelo profissional.

Para formalizar o início do trabalho na UTI, a qual não possuía atendimento terapêutico ocupacional no seu rol de procedimentos, foi necessário prestar os esclarecimentos necessários e dar ciência aos coordenadores das equipes da UTI tanto da Medicina quanto da Enfermagem. Realizaram-se três encontros agendados com os coordenadores da UTI e a equipe da Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH), que contribuíram com a capacitação do terapeuta ocupacional para atuar no setor, com base em informações relacionadas à biossegurança, com dados sobre lavagem das mãos, uso de luvas e indicação para emprego de outros equipamentos de proteção individual, como máscara, capote e touca, principalmente nos casos em que os pacientes estivessem com precaução de contato em virtude da presença de bactérias multirresistentes — sendo as mais comuns no hospital o *Enterococos*, resistentes à Vancomicina (VRE), *Staphylococcus aureus*, resistentes à Metilina (MARS), e Enterobactérias, resistentes aos Carbapenemas (ERC).

O contato com os profissionais das demais áreas aconteceu em reuniões de equipe, encontros pontuais nos momentos dos atendimentos terapêuticos ocupacionais e também nos dois seminários profissionais promovidos pela coordenação da UTI, possibilitando ao terapeuta ocupacional a oportunidade de detalhar os objetivos do seu trabalho, o que proporcionou melhor interação com a equipe e a possibilidade de identificação da demanda. Também foi conveniente a divulgação de cartazes em pontos estratégicos da UTI, informando ao público a atuação e os contatos com o terapeuta ocupacional.

Para a seleção dos pacientes, o profissional coletou informações em ferramentas físicas e digitais disponíveis na instituição diariamente, além da avaliação direta.

O prontuário eletrônico permite que diversos profissionais possam ter acesso aos dados clínicos e sociais dos pacientes, facilitando a comunicação e o armazenamento de dados diários, que incluem as evoluções e os resultados de exames. Esta ferramenta é acessada por meio de computadores disponíveis no setor. Além do prontuário eletrônico, há na UTI um modelo de *Kanban* representado em um quadro branco com dados resumidos dos pacientes internados naquela unidade, que é atualizado frequentemente pela equipe médica. As informações anotadas com base neste modelo incluem o nome do paciente, o leito, a idade, o número do prontuário, o diagnóstico e outras questões pertinentes, facilitando a visibilidade e o acesso dos dados por toda a equipe.

Além desses recursos, os profissionais, principalmente os diaristas médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, complementaram as informações utilizando conversas informais na própria unidade, nas quais indicavam aos pacientes que, na avaliação deles, necessitavam de acompanhamento de Terapia Ocupacional, CAA, ou em reuniões de equipe multiprofissional diárias, matinais, em que o terapeuta ocupacional participava de acordo com a sua disponibilidade de agenda.

3.2 Plano de ação

O plano de ação consistiu no delineamento das etapas necessárias para identificação dos pacientes elegíveis e das estratégias de observações que favorecessem um processo participativo dos sujeitos envolvidos na pesquisa e a compreensão de aspectos essenciais para implementação da CAA em uma UTI geral.

A primeira etapa baseou-se na busca ativa para registro da biografia e situação clínica do paciente, somada à aplicação de escalas e instrumentos indicados para o caso, como a escala de coma de Glasgow, a CAM-ICU e a RASS, sendo, dessa maneira, possível eleger o paciente com interação necessária para o início da intervenção em CAA. Na etapa seguinte, foi realizada a preparação dos materiais e cuidados necessários para a aplicação posterior do protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar, em que o profissional classificava o desempenho do paciente como excelente ou bom, e prosseguia para a avaliação do perfil ocupacional.

Em seguida, houve a oferta e o treino do kit básico de pranchas de comunicação, o registro da satisfação de atendimento expressa pelo paciente e a finalização com o registro do prontuário e a orientação aos familiares e profissionais do turno. O fluxograma de implementação, apresentado na Figura 1, está detalhado ao longo do texto.

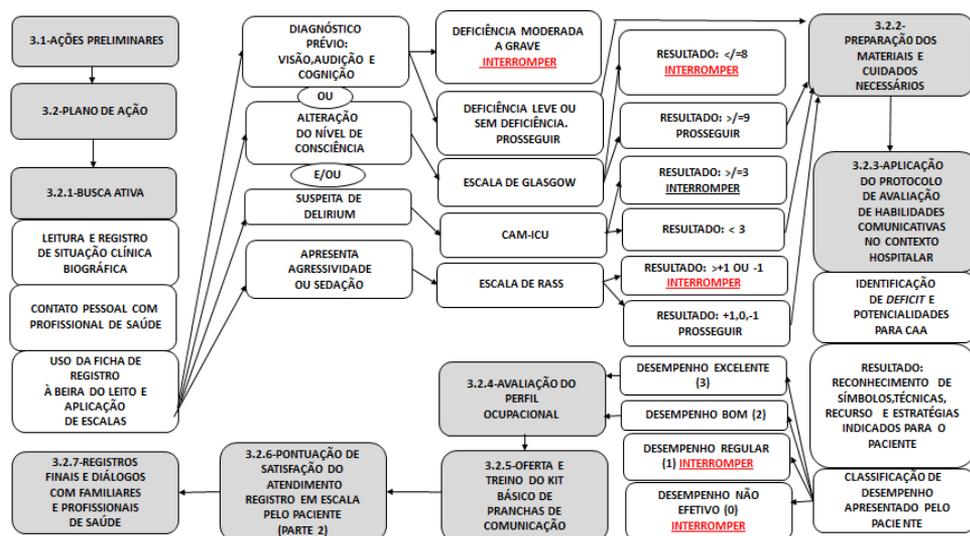


Figura 1. Fluxograma acerca dos procedimentos realizados para implementação da CAA em uma UTI geral.

3.2.1 Busca ativa

A busca ativa trata-se de um levantamento de demanda do profissional, e inicia-se com o acesso ao prontuário eletrônico, primeira fonte de dados sobre o paciente. Nele, o profissional faz a coleta, com o apoio de uma ficha padronizada, dos seguintes dados: nome do paciente, data da internação, tempo na UTI, número do prontuário, número do leito, idade, sexo, telefone para contato, motivo da internação, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, outras comorbidades e, de forma breve, mais informações sobre o perfil ocupacional do paciente.

Verifica-se, também, a presença de outros aparelhos e registros clínicos de normalidade presentes em rotinas de UTI, para o monitoramento da sua estabilidade clínica e que influenciam no seguimento do atendimento, como: parâmetros de frequência cardíaca; pressão arterial ou pressão arterial média; saturação; temperatura; presença de traqueostomia, intubação orotraqueal, acessos periféricos em membro superior; administração de medicamentos, principalmente sedativos e drogas vasoativas; tipo de respiração (em ar ambiente, cateter de O₂, macronebulização, ventilação mecânica); valores de glicose; valores laboratoriais, em especial as plaqueta, hemoglobina e sódio; queixas de dor; presença de edema em extremidades superiores que impede o paciente de interagir; lesão por pressão; contenção no leito; e precaução por contato. Além de consultar registros de outros profissionais em prontuário, as informações foram obtidas pela leitura do *Kanban* e por contato pessoal.

Ao concluir essa etapa de registros clínicos e biográficos, o terapeuta ocupacional foi ao encontro do paciente para que fossem possíveis a interação com ele à beira do leito e a confirmação de dados coletados — esta realizada diariamente —, em todos os leitos e de forma rápida, possibilitando a elegibilidade do paciente para acompanhamento. Para nortear essa ação, utilizou-se uma ficha de registro simples, inspirada em um modelo criado por um terapeuta ocupacional e utilizada na UTI do Hospital Municipal

Cármino Carricchio, no município de São Paulo, São Paulo, baseada em escalas de avaliação.

Inicialmente, o terapeuta ocupacional seguia para o contato direto com os pacientes da unidade, um de cada vez, e preenchia as informações da ficha de registro à beira do leito, em uma ação de aproximadamente 10 minutos. Essa ficha possuía um espaço para a caracterização do paciente (nome, leito, número do prontuário, data da intervenção, idade, diagnóstico ou hipótese), a confirmação de medicamentos em uso por meio de bomba infusora, o nível de consciência (interagindo, sonolento, sedado e coma), assim como o tipo de comunicação no momento (adequada ou com uso de equipamentos, como ventilador mecânico, macronebulização, gestos, mímica labial, expressões faciais), ou a opção inconclusiva (quando não é possível identificar a forma de comunicação naquele momento).

Próximo ao campo de visão do paciente, o profissional realizou as seguintes ações: 1) tentava despertá-lo com a voz ou toque; 2) fazia uma breve apresentação sobre si e esclarecia qual o seu objetivo naquele momento; 3) fazia perguntas simples, com respostas possíveis de serem dadas por meio de afirmação ou negação, utilizando alguma parte do seu corpo (ex.: Está me entendendo? Está me enxergando? Consegue me escutar? Você sabe onde está? Você está na praia?) e, concomitantemente, observava a receptividade do sujeito, sua capacidade de resposta e reações, capacidade visual e auditiva, se ao ser incentivado realizava movimentos voluntários sutis, como fechar os olhos, movimentar a cabeça e as extremidades, ou o aperto de mão. Com essas informações, o profissional já estava apto a identificar a comunicação naquele momento e as possibilidades de comunicação do paciente, além de poder verificar a aplicação da escala de coma de Glasgow, caso ele fosse capaz de observar as variáveis de respostas motoras, respostas verbais e abertura ocular.

A partir desse momento, o terapeuta pontuou a interação dos pacientes de acordo com uma das três escalas escolhidas para a busca ativa. A escala de coma de Glasgow foi utilizada estabelecendo um parâmetro de elegibilidade para casos com pontuação maior ou igual a 9 (estado moderado de consciência) (Teasdale et al., 1979). Ressalta-se que na pontuação final da escala de Glasgow daqueles pacientes impedidos de se comunicar verbalmente por uma invasão mecânica (traqueostomia ou intubação orotraqueal), deve ser inserida essa observação no registro da escala como “11/15 TQT”, que significa pontuação 11 para um total de 15 pontos com o paciente traqueostomizado. Em caso de suspeitas de flutuação do estado mental basal que influencie na apresentação de um *delirium* hipoativo, hiperativo ou misto, utilizou-se o método de avaliação CAM-ICU, e o paciente só se tornou elegível com pontuação menor que 3, ou seja, sem sinais de *delirium* (Gusmao-Flores et al., 2011).

Em caso de paciente agitado ou com nível de consciência comprometido por algum medicamento sedativo, como o Midazolam ou o Fentanil, usou-se a escala de RASS, tendo como parâmetros de elegibilidade pontuações entre -1 (torporoso, não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por um tempo maior ou igual a 10 segundos), 0 (alerta e calmo) e +1 (inquieto, ansioso, mas não agressivo) (Nassar Junior et al., 2008). A busca ativa encerrou com o diálogo do terapeuta ocupacional com outros profissionais do turno que acompanharam o paciente. A partir dessa ação, o terapeuta ocupacional conseguiu determinar quais foram

os pacientes habilitados ou inabilitados para a avaliação ou atendimento naquele momento.

Destaca-se que todos os pacientes dessa unidade foram avaliados pela busca ativa, a fim de abranger o maior número de pessoas com condições de iniciar e/ou continuar a utilizar a CAA. A avaliação era diária, considerando-se que em UTI o estado clínico do paciente pode melhorar ou se agravar a ponto de levá-lo a óbito, como também havia um fluxo de alta do setor e admissão de novos casos.

3.2.2 Preparação do material e cuidados necessários

Para seguir o atendimento com os pacientes elegíveis para a CAA, o profissional necessita separar, higienizar e proteger os materiais em um espaço adequado, seja na sala do serviço de terapia ocupacional, seja dentro da UTI — neste último espaço, a ação tinha a duração de aproximadamente 15 minutos, sendo mais prática e eficiente por já estar dentro da própria UTI —, para em seguida aplicar o protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar.

O conjunto de materiais incluía: pranchas de comunicação impressas e plastificadas; adaptadores para apontar com a cabeça e mãos em telas *touchscreen*; apontador a *laser*; caneta regular ou engrossada e bloco de anotações em espiral; caneta *pilot* e quadro branco pequeno; *tablet* com sistema operacional *Android*; *notebook* com sistema operacional *Windows* de 13 polegadas com tela *touchscreen* flexível a uma rotação de 360°; suporte articulado para *tablet*, que pode ser fixado na grade da cama; suporte para o computador em forma de mesa para apoio na cama; *mouse* ocular; e um carrinho de alumínio com rodas da própria UTI. Esse carrinho possuía duas prateleiras e, após ser higienizado, era usado pelo profissional para transportar os recursos limpos e protegidos a serem empregados no atendimento do dia, e como espaço de armazenamento daqueles já utilizados pelo paciente, proporcionando mais funcionalidade no manuseio dos recursos no decorrer dos atendimentos.

Ressalta-se que as pranchas de comunicação utilizadas na avaliação e nos atendimentos foram inseridas também no computador e no *tablet* por serem recursos de fácil transporte, preparação, proteção, utilização e higienização, quando comparadas às pranchas impressas e plastificadas. Fatores como o peso e o manuseio de folhas para permitir o uso do conteúdo tornaram-se barreiras para o profissional.

A escolha dos materiais para CAA foi criteriosa e condicionada às normas e à aprovação da CCIH, e eles foram classificados como recursos de fácil limpeza, que poderiam ser higienizados diretamente com álcool 70, Clorexidina Alcoólica e Prático 100, como as ponteiras; os que poderiam coletar secreções do paciente e que necessitavam ser lavados com Clorexidina Degermante ou limpos com Prático 100, como a lousa; os que não poderiam mais ser reutilizados por outras pessoas, devendo ser disponibilizados permanentemente para o paciente, ou então descartados, como o bloquinho de papel; e os que não poderiam entrar em contato com substâncias de limpeza e, por essa razão, deveriam ser protegidos com sacos plásticos grandes, papel filme e sacos *ziplock*, como o *tablet* e o computador. A forma correta de envolver e retirar os eletrônicos dos plásticos pode ser vista na sequência de imagens da Tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Passo a passo para retirada segura de equipamentos digitais inseridos em sacos ziplock.

Imagens da ação	Descrição da imagem
	Passo 1: O profissional segura o equipamento com a mão esquerda e, com a mão direita, rasga a ponta de abertura do saco <i>ziplock</i> . O equipamento está apoiado em uma mesa de alumínio previamente higienizada.
	Passo 2: O profissional retira o saco <i>ziplock</i> no sentido da mesa, com ambas as mãos.
	Passo 3: O profissional realiza uma rápida manobra: segura o equipamento com a mão esquerda e, ao mesmo tempo, retira a luva da mão direita.
	Passo 4: Com a mão direita sem luva, o profissional segura firme a ponta do computador que não está mais protegido. A mão esquerda, ainda com luva, finaliza a retirada do saco <i>ziplock</i> .
	Passo 5: O profissional retira totalmente o equipamento do saco <i>ziplock</i> , que agora está pronto para ser armazenado em local seguro.

Fonte: Arquivo pessoal.

3.2.3 Protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar

Após a preparação do material e dos cuidados necessários, o terapeuta ocupacional aplicou o protocolo para identificação de *deficit* e potencialidades do paciente para utilização da CAA. As respostas do protocolo foram adaptadas por meio de diferentes

símbolos, conforme mencionado na seção Métodos, a fim de possibilitar a participação efetiva do público-alvo.

Ressalta-se que o paciente foi convidado a expressar a satisfação em relação à sua habilidade comunicativa antes da intervenção, por meio de uma escala visual de desempenho, que foi construída pelo pesquisador, com valores de zero a 10. A satisfação foi coletada apenas por meio desta pergunta e registrada como uma variável quantitativa, com o intuito de favorecer a comparação do desempenho após a inserção da CAA.

O profissional atuou como facilitador na sua aplicação, e o paciente poderia responder de forma direta, com alguma parte do corpo; com auxílio de ponteiras; ou por sistema de varredura, com o profissional apontando, de modo pausado, até que o paciente sinalizasse o símbolo desejado. Além disso, foram observadas outras habilidades motoras do paciente, dentre elas: se ele segurou e manteve o objeto; se levou a mão ao objeto; se apontou; se existiu algum fator intrínseco impeditivo (incoordenação, alteração de tônus, fraqueza muscular); ou se existe algum fator extrínseco impeditivo (acessos periféricos, contenção de membros no leito).

Registraram-se as capacidades sensoriais relacionadas ao sistema visual e auditivo. No que concerne à visão, buscou-se identificar a preservação da acuidade visual, a percepção de cores e de contraste; na audição, o terapeuta ocupacional pontuou se existia preservação da acuidade auditiva e percepção do som com o teste do sussurro.

Dentre os aspectos cognitivos, foram avaliados: atenção; compreensão; movimento voluntário; percepção visual; percepção auditiva; memória; linguagem (leitura de letras, números, palavras e frases; formação de frase e escrita espontânea; nomeação e compreensão); orientação temporal; orientação espacial; reconhecimento de fotografias e pictogramas que representam conceitos concretos e abstratos. As respostas em relação aos itens cognitivos foram pontuadas pelo profissional como certas, erradas e sem resposta, ou pelo número de acertos, dependendo da questão (Pelosi et al., 2019), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Parte representativa do protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar.

Aspecto avaliado	Comando do avaliador	Prancha	Respostas e Observações
Reconhecer fotografias	19 - Mostre-me a pessoa que está deitada	MOSTRE-ME A PESSOA QUE ESTA DEITADA	
			<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Sem resposta

Fonte: Arquivo pessoal.

Além dos aspectos considerados anteriormente, o protocolo permitiu ainda o registro das preferências do paciente em sua interação com símbolos, recursos, técnicas de seleção e estratégias. Em relação aos símbolos, o profissional registrou se o paciente foi capaz de reconhecer fotografias, pictogramas, palavras, números; se foi capaz de escrever

utilizando a prancha de alfabeto. Os recursos marcados como utilizados estão entre a gama de objetos citadas anteriormente. As técnicas de seleção foram direta ou por sistema de varredura.

Ao final, o profissional realizou a classificação do desempenho do paciente no protocolo, assinalando uma dentre as seguintes opções: 3 pontos para o desempenho excelente (capaz de expressar necessidades com uso da CAA em tempo hábil e adequada interação); 2 pontos para desempenho bom (capaz de expressar necessidades com melhora na utilização da CAA em relação ao tempo e interação); 1 ponto para desempenho regular (capaz de expressar necessidades, mas ainda com dificuldade para utilizar a CAA em relação ao tempo e à interação); 0 ponto para desempenho não efetivo (não foi capaz de expressar necessidades). Esse critério foi arbitrado pelo pesquisador.

Em caso de desempenho bom e excelente, seguiu-se para a avaliação do perfil ocupacional do paciente. Para desempenho regular e não efetivo, encerrou-se a abordagem e acompanhou o paciente pela busca ativa nos próximos encontros.

3.2.4 Avaliação do perfil ocupacional

Após a aplicação do protocolo, apresentou-se um conteúdo de pranchas dinâmicas construído com os mesmos recursos citados anteriormente para o reconhecimento do perfil e desempenho do paciente. Dentre as perguntas, estiveram: 1) bairro em que reside; 2) estado civil; 3) coabitação; 4) recebe visitas e de quem; 5) escolaridade; 6) dominância; 7) religião; 8) ocupação; 9) dispositivos de assistência utilizados; e 10) o que gosta de fazer. Essa avaliação permitiu compreender a história ocupacional e experiências do cliente, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades (American Occupational Therapy Association, 2015), assim como a criação de pranchas que atendessem demandas mais individualizadas.

A Figura 2 mostra uma prancha dinâmica utilizada para apoiar a resposta do paciente à pergunta.



Figura 2. Exemplo de prancha dinâmica utilizada para apoiar a resposta do paciente. Fonte: Arquivo pessoal.

A presença de familiares nos horários de visita contribuiu com informações mais detalhadas sobre o paciente. Ressalta-se que a atuação da terapia ocupacional na UTI foi estrategicamente escolhida para ser realizada no turno da tarde, porque, além de poder contar com a presença dos familiares como fator de estímulo à comunicação do paciente

e fonte de informações, havia diminuição de interferências de outros profissionais para cuidados e exames de rotina, que aconteciam com mais frequência no turno da manhã.

3.2.5 Oferta e treino do kit básico de pranchas de comunicação

Nessa etapa, foi oferecido ao paciente um kit com quatro pranchas básicas impressas e plastificadas, sendo elas: 1) prancha com símbolo do corpo humano em plano anterior, posterior e lateral, destacando sintomas de “dor”, “coceira”, “queimação”, “câimbra” e “não consigo mexer”; 2) prancha com símbolo do sim e não; 3) prancha do alfabeto com opções de “errei”, “espaço”, “fim” e “cansado”; e 4) escala visual de dor. O tablet e o computador foram usados apenas na presença do terapeuta ocupacional, haja vista a impossibilidade de deixar tais recursos com os pacientes nesse ambiente.

Nos casos em que o paciente foi capaz de escrever, o terapeuta ofereceu recursos para apoio da escrita, como quadro branco e caneta *pilot*, e orientou-se o familiar para adquirir tais recursos. Essas ações foram fortalecidas com a colagem de um símbolo na grade da cama (Figura 3), para que aqueles pacientes com habilidades motoras adequadas facilmente alcançassem e identificassem o símbolo como um meio para solicitar os recursos de comunicação a algum facilitador. Essa sinalização ajudou, também, a equipe de saúde a identificar o tipo de comunicação do paciente. Além disso, no kit de pranchas básicas havia um breve passo a passo de como utilizar o material, possibilitando que pessoas inexperientes na área de CAA pudessem fazer uso dos recursos com facilidade.



Figura 3. Exemplo da colagem de símbolo na grade da cama. Fonte: Arquivo pessoal.

3.2.6 Pontuação de satisfação do atendimento registrada em escala pelo paciente

A pontuação de satisfação do paciente em relação à sua habilidade comunicativa foi questionada no início do protocolo e, imediatamente, após a intervenção e o recebimento do kit básico de comunicação. Tal avaliação foi realizada por meio de uma escala visual de desempenho numérica de zero a 10, conforme citado anteriormente. Os pacientes que se beneficiaram da CAA permaneceram em acompanhamento pela equipe de terapia ocupacional para a adaptação e o treino dos recursos de CAA, até a alta do setor, retorno da comunicação oral ou óbito.

3.2.7 Registros finais e diálogo com familiares e profissionais de saúde

Dentre os registros ao fim da intervenção, o profissional utilizou um diário de campo para o destaque de informações e observações adicionais durante a pesquisa, como: de que maneira encontrou o paciente no leito; qual o desempenho apresentado pelo paciente; descrição da intervenção, interações e orientações com os cuidadores e profissionais de saúde; impressões subjetivas; dúvidas que necessitam de mais esclarecimentos; tempo de intervenção com o paciente registrado em menos de 10 minutos, entre 10 e 20 minutos, entre 20 e 40 minutos, entre 40 e 60 minutos, e em mais de 60 minutos, para que o profissional identificasse o tempo necessário para cada abordagem. Além do diário de campo, foi importante sintetizar a intervenção em prontuário eletrônico, para que os outros profissionais do setor acompanhassem as intervenções terapêuticas ocupacionais e, quando necessário, reforçassem as ações em reuniões de equipe.

Destaca-se que o processo de avaliação geralmente acontecia em um único dia, mas neste contexto de internação o paciente poderia ficar cansado, solicitar a interrupção do atendimento, necessitar de uma intercorrência médica, como exames e medicamentos, receber visitas, ou apresentar mudanças no quadro clínico com flutuações do nível de consciência, podendo ser necessário interromper a avaliação ou realizar uma nova avaliação para CAA.

4 Discussão

Para o uso da CAA em pacientes com restrição de comunicação verbal em UTI, o terapeuta ocupacional deve considerar uma diversidade de características do setor e do paciente que influenciam e antecedem a sua entrada na UTI, repercutindo no sucesso de uma avaliação e no acompanhamento. Desde 1986, Dowden, Honsinger e Beukelman já realizavam intervenções com pacientes que não falavam, em cuidados intensivos, e descreveram fatores a serem considerados, como: a gravidade do caso que impede a realização de avaliação com dispositivos de comunicação complexos e demorados; a rotina hospitalar com intervenção flexível a intercorrências; a instabilidade dos pacientes que pode mudar suas funções cognitivas, motoras e motivacionais; e, por fim, o fato de que pacientes e profissionais precisavam de intervenções que facilitassem a comunicação imediata.

Com base nessas informações, os autores apresentaram um protocolo de avaliação de intervenção em pacientes de UTI com restrições comunicativas, considerando uma sequência de etapas a serem seguidas para a escolha dos recursos de comunicação, desde uma triagem preliminar com questões comportamentais, de orientação e respostas a comandos, seguida da valorização das capacidades de componentes motores, sensoriais e cognitivos, até a finalização, com uma entrevista com familiares, profissionais e, quando possível, com o paciente, considerando as necessidades de seus parceiros de comunicação, o ambiente e suas mensagens individualizadas (Dowden et al., 1986a).

Verificou-se que mesmo após mais de 30 anos de publicação desse estudo (Dowden et al., 1986a), ele apresenta similaridade com a nossa pesquisa e ratifica a importância da sistematização da assistência em CAA para tomada de decisão do

profissional. Tal sistematização favorece maior qualidade ao cuidado e contribui para a continuidade das intervenções com pacientes de UTI com restrições comunicativas.

Dentre os procedimentos para a intervenção da Terapia Ocupacional neste estudo, destacam-se a coleta de informações em prontuários sobre os pacientes internados na UTI, a leitura do *Kanban* e as conversas com outros profissionais no próprio setor, pois é imprescindível que o terapeuta ocupacional compreenda de forma detalhada o caso, reconheça seus limites e evite erros que possam até mesmo ameaçar a vida do paciente.

Com base na compreensão do contexto que os pacientes com dificuldades comunicativas estavam inseridos, construiu-se um instrumento aplicável à beira do leito, baseado em avaliações já amplamente utilizadas nas UTIs, como a Escala de Glasgow, RASS e CAM-ICU, com o objetivo de auxiliar o profissional a identificar os pacientes elegíveis para a implementação da CAA.

Happ et al. (2015b) utilizaram critérios iniciais de avaliação e elegibilidade, e conseguiram identificar que 53,9% dos pacientes em ventilação mecânica se beneficiariam do uso da CAA e do acompanhamento de profissional experiente na área. Os critérios utilizados foram: paciente acordado; alerta; e sensível a uma comunicação com o profissional. Como estratégia de operacionalização de tais critérios, os pesquisadores utilizaram como procedimentos o relato da enfermagem, para se certificar de que o paciente estava acordado por 12 horas, e o fator alerta, com um dos aspectos a seguir: resposta a comandos; descrição da enfermagem; pontuação 6 para resposta motora na escala de coma de Glasgow; pontuação maior ou igual a 4 na escala de agitação e sedação de Riker; pontuação entre 1 e 3 na escala de sedação de Ramsay modificada.

Ao compreender a necessidade de usar materiais que poderiam ser inseridos na UTI, e a forma como eles seriam utilizados, armazenados e higienizados para prevenir infecções hospitalares, no presente estudo, utilizou-se como referência a pesquisa de Nascimento et al. (2017). Entretanto, reconhecendo as peculiaridades da UTI, optou-se pela substituição do plástico filme por sacos *ziplock*, após ser constatada a sua qualidade e praticidade. A higienização e a preparação dos materiais foram realizadas em uma sala dentro da própria UTI, reduzindo o tempo de deslocamento e a preparação do material de 1 hora, como estipulado no estudo referenciado, para 15 minutos.

Em relação ao protocolo de avaliação de habilidades comunicativas, é importante que o terapeuta ocupacional tenha esclarecimentos sobre todos os fatores que envolvem a CAA: seus recursos, técnicas de seleção, estratégias e símbolos (Pelosi, 2007). Todas as avaliações criadas e utilizadas na literatura forneceram informações para identificar mais especificamente os facilitadores e as barreiras relacionadas ao desempenho ocupacional, sobretudo o gerenciamento de comunicação (Dowden et al., 1986a; Radtke et al., 2011). O terapeuta ocupacional tem um papel fundamental nas proposições sobre as diferentes formas de acesso; na integração das funções sensoriais e motoras; no desenvolvimento da funcionalidade dos membros superiores e outras partes do corpo; e na aquisição da independência em atividades essenciais (King, 1999), como na comunicação.

Cuidados individualizados foram necessários, pois aspectos físicos e cognitivos podem se modificar diariamente, tornando-se barreiras para o uso generalizado de técnicas e dispositivos de CAA na UTI, somados à importância do reconhecimento de que o paciente internado nesta unidade de assistência tem um perfil de intervenção

complicado, que necessita de vários sistemas de comunicação em um mesmo momento para o sucesso na interação (Dowden et al., 1986b). Além dos pacientes com necessidades complexas de comunicação já descritas, poderia ser necessário o uso de recursos de CAA para favorecer a comunicação de imigrantes ou turistas internados nas UTIs que não se comunicam em português e que, pela legislação brasileira, têm o direito de ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990).

A escolha do recurso de comunicação também deve ser acompanhada de uma avaliação adequada. Caso sejam escolhidos recursos de forma aleatória e sem considerar as habilidades do paciente, isso poderá repercutir de maneira negativa em sua comunicação. Flinterud & Andershed (2015), em um estudo descritivo, observaram que pacientes traqueostomizados, que estavam confiantes sobre suas aptidões para usar recursos como o *iPad*, a caneta e o papel, mostraram-se extremamente desapontados quando perceberam que não tinham capacidade no momento para realizar aquela tarefa, e consideraram a comunicação muito cansativa e trabalhosa, e com exigências físicas e mentais além de suas possibilidades. Nesse sentido, é essencial a participação de um profissional com expertise na área. O gerenciamento de comunicação é uma atividade instrumental de vida diária (American Occupational Therapy Association, 2015) que, quando prejudicado e conseqüentemente provocar insatisfações no sujeito, necessita de um acompanhamento terapêutico ocupacional.

O número de símbolos para a montagem da maioria das pranchas de avaliação e a utilização de recursos de alta tecnologia de CAA, como computador com tela flexível a 360° e *tablet*, baseou-se nas conclusões da pesquisa de Pelosi & Nascimento (2018). Nessa pesquisa, com 34 sujeitos com restrição de comunicação verbal e hospitalizados, o *tablet* foi o recurso escolhido pelos pacientes, em conjunto com o terapeuta ocupacional, como o mais adequado para favorecer a sua comunicação, além de 12 símbolos por tela serem uma quantidade adequada para o grupo estudado. Essa pesquisa mostrou também a necessidade de o terapeuta ocupacional considerar a escolha do paciente.

Na presente pesquisa, o terapeuta ocupacional criou estratégias para beneficiar a autonomia do sujeito em seu tratamento, como também para abordar questões que vão para além do diagnóstico. É imprescindível, para o bem-estar do paciente, que aspectos físicos, sociais, espirituais e emocionais sejam considerados, uma vez que a sua intervenção se baseia em uma abordagem holística e centrada no cliente.

Ao fixar símbolos de CAA visíveis, próximos ao paciente, o terapeuta ocupacional considerou as suas potencialidades e possibilitou que ele conseguisse sinalizar o desejo de iniciar uma interação, tornando-o autônomo e ativo no tratamento. Em estudo em UTI, realizado com pacientes intubados e traqueostomizados, identificou-se que 86,6% das trocas de comunicação eram iniciadas pelo enfermeiro, com média de tempo de 2,62 minutos (Happ et al., 2011), ou seja, a maior parte dos assuntos era controlada pelo profissional. Outro estudo, com o perfil semelhante dos sujeitos da presente pesquisa, mostrou que, além de responderem a perguntas sobre necessidades básicas (dor, posicionamento, aspiração endotraqueal e temperatura), ao serem questionados se desejavam comunicar outro conteúdo, 83% dos pacientes confirmaram (Duffy et al., 2018).

Com a avaliação do perfil ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2015), o terapeuta ocupacional também pôde entender quais rupturas foram ocasionadas pelo processo de adoecimento, os suportes e as barreiras, sobretudo

as prioridades dos pacientes avaliados. A possibilidade de demonstrar a satisfação pelo atendimento recebido, por meio de uma escala de desempenho, antes e após a intervenção, também forneceu ferramentas para que o paciente exercesse a sua autonomia e expressasse sua opinião.

A participação de familiares e outros profissionais da saúde no trabalho de CAA desenvolvido na UTI foi fundamental e possibilitou a troca de informações no que se refere ao paciente. As famílias forneceram informações importantes sobre alfabetização limitada e deficiências visuais/auditivas preexistentes, que eram críticas para o planejamento eficaz de CAA e seleção de estratégias (Broyles et al., 2012). Além disso, o apoio da família possibilitou a aproximação do paciente com o seu cotidiano e favoreceu a interação com pessoas queridas quanto à expressão de sentimentos e expectativas.

Para que a CAA possa ser implementada, é importante que os profissionais que trabalham nas UTI estejam habilitados para essa intervenção. No presente estudo, a formação dos profissionais aconteceu por meio de conversas diretas dentro da própria UTI, de sínteses impressas da usabilidade dos dispositivos deixados para o paciente e dos seminários organizados pela chefia do serviço. Dithole et al. (2016, 2017) apontaram a importância dos estudos e do treinamento no manejo dos recursos, além de outras estratégias que podem ser adotadas em parceria com a coordenação do setor, como ações de treinamento especializado e alocação de mais recursos. Nesta mesma direção, o estudo de Happ et al. (2011) relatou que, sem treinamento em técnicas de CAA, enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos não possuem o conjunto de habilidades em estratégias necessárias para favorecer a comunicação de seus pacientes mais gravemente acometidos por restrições de comunicação. Desta forma, percebe-se que a Terapia Ocupacional tem um papel especial nas ações de formação dos familiares e profissionais, de modo a facilitar a introdução de recursos de CAA na UTI.

5 Conclusão

Pela primeira vez, um estudo descreveu de forma sistemática e detalhada os procedimentos necessários para a implementação da CAA a pacientes com restrição de comunicação verbal na UTI.

Uma série de procedimentos deve ser considerada e valorizada pelo terapeuta ocupacional no favorecimento do gerenciamento da comunicação do paciente com restrição verbal em UTI. Dentre os procedimentos, destacaram-se as estratégias que antecederam a entrada do terapeuta ocupacional na unidade e o delineamento de etapas que foram iniciadas com busca ativa; preparação do material e cuidados necessários; uso do protocolo de avaliação e habilidades comunicativas no contexto hospitalar; avaliação do perfil ocupacional; oferta e treino do kit básico de pranchas de CAA; avaliação da satisfação do paciente em relação à sua habilidade comunicativa; registro no prontuário e orientação aos familiares e profissionais de saúde.

Nesse sentido, torna-se fundamental que o profissional tenha acesso a esse tipo de informação durante o seu processo de aprendizado em graduações e pós-graduações, por exemplo, como também receba o apoio dos sistemas de saúde para alcançar uma mudança profunda e em longo prazo na prática de comunicação nas UTI, qualificando a prestação de serviço à sociedade.

Os resultados desta pesquisa poderão dar voz a pacientes com restrição de comunicação verbal nas UTIs, além de possibilitar que terapeutas ocupacionais elucidem problemas comuns nesse cenário e obtenham dados clínicos essenciais para o tratamento, estabeleçam objetivos terapêuticos e direcionam intervenções centradas no cliente. Esses resultados poderão também propiciar que outros terapeutas ocupacionais se proponham a realizar ações semelhantes a esta em outros hospitais e a desenvolverem outras pesquisas com diferentes abordagens sobre essa temática.

Referências

- Álvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceño, C. D., & González, F. J. (2016). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: a pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 37, 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>.
- American Occupational Therapy Association – AOTA. (2015). Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26, 1-49.
- Barbosa, F. D. S., & Reis, M. C. S. (2017). O papel da terapia ocupacional nas unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 1(2), 221-239.
- Bombarda, T. B., Lanza, A. L., Santos, C. A. V., & Joaquim, R. H. V. T. (2016). Terapia ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(4), 827-835. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861>.
- Brasil. (1990, 20 de setembro). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1. Recuperado em 18 de dezembro de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. (2010, 25 de fevereiro). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 18 de dezembro de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
- Brasil. (2018, 3 de abril). Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 18 de dezembro de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html
- Broyles, L. M., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and assistive communication strategies by family members in the icu. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 21-32. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012752>.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3), 777-781. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

- Carmo, G. P., Freitas, L. D., Queiroz, M. E. G., & Lima, P. L. S. (2018). Unidade de Terapia Intensiva: parâmetros assistenciais, evidências clínicas e terapia ocupacional. In A. C. Rodrigues (Ed.), *A interface da terapia ocupacional no contexto multiprofissional da educação, saúde, previdência e assistência social* (pp. 92-118). São Paulo: Crefito.
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in intensive care units? a systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 42, 88-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003>.
- Celis, F., Gálvez, C., Moretti, C., Navarrete, E., Rovengo, M., & Torrent, V. (2014). Terapia ocupacional y paciente crítico. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(1), 101-110. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-5346.2014.32395>.
- Corcoran, J. R., Herbsman, J. M., Bushnik, T., Van Lew, S., Stolfi, A., Parkin, K., McKenzie, A., Hall, G. W., Joseph, W., Whiteson, J., & Flanagan, S. R. (2017). Early rehabilitation in the medical and surgical Intensive Care Units for patients with and without mechanical ventilation: an interprofessional performance improvement project. *PM & R*, 9(2), 113-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.06.015>.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 74. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206. <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12146>.
- Dowden, P. A., Honsinger, M. J., & Beukelman, D. R. (1986a). Serving nonspeaking patients in acute care settings: an intervention approach. *Augmentative and Alternative Communication*, 2(1), 25-32. <http://dx.doi.org/10.1080/07434618612331273840>.
- Dowden, P., Beukelman, D. R., & Lossing, C. (1986b). Serving nonspeaking patients in acute care settings: intervention outcomes. *Augmentative and Alternative Communication*, 2(2), 38-44. <http://dx.doi.org/10.1080/07434618612331273870A>.
- Duffy, E. I., Garry, J., Talbot, L., Pasternak, D., Flinn, A., Minardi, C., Dookram, M., Grant, K., Fitzgerald, D., Rubano, J., Vosswinkel, J., & Jawa, R. S. (2018). A pilot study assessing the spiritual, emotional, physical/environmental, and physiological needs of mechanically ventilated surgical intensive care unit patients via eye tracking devices, head nodding, and communication boards. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 3(1), e000180. <http://dx.doi.org/10.1136/tsaco-2018-000180>.
- Fields, C., Trotsky, A., Fernandez, N., & Smith, B. A. (2015). Mobility and ambulation for patients with pulmonary artery catheters: a retrospective descriptive study. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 6(2), 64-70. <http://dx.doi.org/10.1097/JAT.0000000000000012>.
- Flinterud, S. I., & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2295-2304. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12826>.
- Grittem, L., Meier, M. J., & Zagonel, I. P. S. (2008). Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 765-770. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400019>.
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, D., Lima, M. A. S. D., Santana, L. R., Lins, R. M. P., Lemos, P. P., Serpa, G. V., Oliveira, J., Chalhub, R. A., Pitrowsky, M. T.,

- Lacerda, A. L. T., Koenen, K. C., & Quarantini, L. C. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*, *66*(11), 1917-1922.
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing*, *31*(3), 179-186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>.
- Happ, M. B. (2001). Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science. *AACN Clinical Issues*, *12*(2), 247-258. <http://dx.doi.org/10.1097/00044067-200105000-00008>.
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E., & Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, *43*(2), 89-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., Radtke, J., & Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the Intensive Care unit. *American Journal of Critical Care*, *20*(2), 1-21. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2011433>.
- Happ, M. B., Seaman, J. B., Nilsen, M. L., Sciulli, A., Tate, J. A., Saul, M., & Barnato, A. E. (2015a). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, *44*(1), 45-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.010>.
- Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., Van Panhuis, J., Sculli, A., Paull, B., George, E., Angus, D. C., & Barnato, A. E. (2015b). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-novocal patient communication. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, *44*(5), 408-415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., DiVirgilio-Thomas, D., & Kitutu, J. (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *13*(3), 210-218. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2004.13.3.210>.
- International Society for Augmentative and Alternative Communication – ISAAC. (2016). *O que é a Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA)?* Recuperado em 18 de dezembro de 2018, de <http://www.isaacbrasil.org.br/comunicaccedilatildeo-alternativa.html>
- Jolley, S. E., Moss, M., Needham, D. M., Caldwell, E., Morris, P. E., Miller, R. R., Ringwood, N., Anders, M., Koo, K. K., Gundel, S. E., Parry, S. M., & Hough, C. L. (2017). Point prevalence study of mobilization practices for acute respiratory failure patients in the United States. *Critical Care Medicine*, *45*(2), 205-215. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002058>.
- King, T. W. (1999). *Assistive technology: essential human factors*. Boston: Person.
- Koester, K., Troeller, H., Panter, S., Winter, E., & Patel, J. J. (2018). Overview of Intensive Care Unit: related physical and functional impairments and rehabilitation-related devices. *Nutrition in Clinical Practice*, *33*(2), 177-184.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, *33*(2), 225-243. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>.

- Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C., & Duarte-Torres, S. C. (2017). Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 291-296. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342>.
- Nascimento, J. S., Mannini, J., Pelosi, M. B., & Paiva, M. M. (2017). Cuidados do terapeuta ocupacional na introdução de recursos de comunicação alternativa no ambiente hospitalar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 25(1), 215-222. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0742>.
- Nassar Junior, A. P., Pires Neto, R. C., Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Medical Journal*, 126(4), 215-219. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>.
- Nilsen, M. L., Sereika, S. M., Hoffman, L. A., Barnato, A., Donovan, H., & Happ, M. B. (2014). Nurse and patient interaction behaviors' effects on nursing care quality for mechanically ventilated older adults in the ICU. *Research in Gerontological Nursing*, 7(3), 113-125. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20140127-02>.
- Okuma, S. M., De Paula, A. F. M., Carmo, G. P., & Pandolfi, M. M. (2017). Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 1(5), 574-588.
- Patel, B. K., Pohlman, A. S., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2014). Impact of early mobilization on glycemic control and ICU-acquired weakness in critically ill patients who are mechanically ventilated. *Chest*, 146(3), 583-589. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-2046>.
- Pelosi, M. B. (2007). Comunicação alternativa e suplementar. In A. Cavalcanti & C. Galvão (Eds.), *Terapia ocupacional: fundamentação e prática* (pp. 462-468). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pelosi, M. B., & Nascimento, J. S. (2018). Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 26(1), 53-61. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1157>.
- Pelosi, M. B., Coelho, P. S. O., Valle, K., & Nascimento, J. S. (2019) A comunicação alternativa no contexto hospitalar. In M. G. Manzini & C. M. S. Martinez (Eds.), *Terapia ocupacional e comunicação alternativa em contextos de desenvolvimento humano* (pp. 77-102). São Carlos: Edufscar.
- Radtke, J. V., Baumann, B. M., Garrett, K. L., & Happ, M. B. (2011). Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the Intensive Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 791-795. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2010.0313>.
- Radtke, J. V., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(1), 16-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.005>.
- Rains, J., & Chee, N. (2017). The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *The Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), 318-322. <http://dx.doi.org/10.1177/1751143717720589>.
- Santos, C. A. V. (2018). Terapia ocupacional em Unidade de Terapia Intensiva adulto. In M. M. R. P. De Carlo & A. M. Kudo (Eds.), *Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos* (pp. 350-354). São Paulo: Payá.
- Teasdale, G., Murray, G., Parker, L., & Jennett, B. (1979). Adding up the Glasgow Coma Score. *Acta Neurochirurgica*, 28(1), 13-16. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-4088-8_2.
- Thiollent, M. (2005). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

- Tobar, E., Alvarez, E., & Garrido, M. (2017). Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(2), 248-252. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170034>.
- Wahab, R., Yip, N. H., Chandra, S., Nguyen, M., Pavlovich, K. H., Benson, T., Vilotijevic, D., Rodier, D. M., Patel, K. R., Rychcik, P., Perez-Mir, E., Boyle, S. M., Berlin, D., Needham, D. M., & Brodie, D. (2016). The implementation of an early rehabilitation program is associated with reduced length of stay: a multi-ICU study. *The Journal of the Intensive Care Society*, 17(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.1177/1751143715605118>.
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S., & Mayo, H. (2017). Occupational therapy in the Intensive Care Unit: a systematic review. *Occupational Therapy in Health Care*, 31(3), 205-213. <http://dx.doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>.
- Yataco, R. A., Arnold, S. M., Brown, S. M., David Freeman, W., Carmen Cononie, C., Heckman, M. G., Partridge, L. W., Stucky, C. M., Mellon, L. N., Birst, J. L., Daron, K. L., Zapata-Cooper, M. H., & Schudlich, D. M. (2019). Early progressive mobilization of patients with external ventricular drains: safety and feasibility. *Neurocritical Care*, 30(2), 414-420. <http://dx.doi.org/10.1007/s12028-018-0632-7>.

Contribuição dos Autores

Patrícia Santos de Oliveira Coelho realizou o planejamento, a coleta e digitação de dados, a redação, revisão e discussão do artigo. Kelly do Valle colaborou com a coleta e digitação dos dados. Gabriela Pereira do Carmo e Thainá Rodrigues de Melo dos Santos auxiliaram na revisão do artigo. Janaína Santos Nascimento e Miryam Bonadiu Pelosi colaboraram com o planejamento, a discussão e a correção do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Fonte de Financiamento

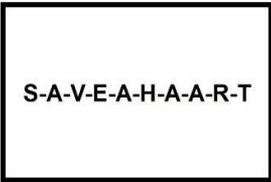
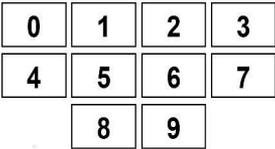
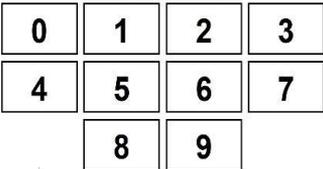
Pesquisa desenvolvida com o apoio financeiro do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ.

Autor para correspondência

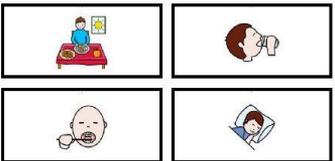
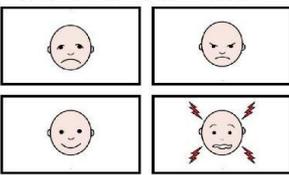
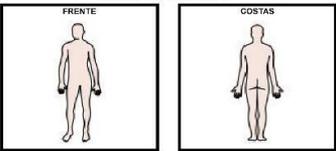
Patrícia Santos de Oliveira Coelho
e-mail: santospatricia513@gmail.com

Anexo A. Protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar.

Protocolo de avaliação de habilidades comunicativas no contexto hospitalar que contempla componentes cognitivos, motores e sensoriais.

ASPECTO AVALIADO	COMANDO DO AVALIADOR	PRANCHA	RESPOSTAS E OBSERVAÇÕES
Atenção Básica	1 - Pisque os olhos quando escutar a letra "A"	COMANDO DO AVALIADOR 	<input type="checkbox"/> < 3 erros <input type="checkbox"/> >= 3 erros <input type="checkbox"/> sem resposta
Rastreamento visual, compreensão e velocidade de resposta	2 - Mostre-me o número 7	MOSTRE-ME O NÚMERO 7 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
Rastreamento visual, compreensão e velocidade de resposta	3 - Forme o número 51	FORME O NÚMERO 51 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
Memória imediata com pistas visuais	4 - Preste atenção: Eu vou dizer três palavras e você irá mostrar-me a seguir: "Caneta, bola e flor"		<input type="checkbox"/> 1 acerto <input type="checkbox"/> 2 acertos <input type="checkbox"/> 3 acertos <input type="checkbox"/> Sem acertos <input type="checkbox"/> sem resposta
Linguagem: leitura e nomeação	5 - O que você vê na imagem?	O QUE VOCÊ VÊ NA IMAGEM  	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
Linguagem: leitura e compreensão	6 - Leia e faça o que está sendo pedido	FECHE OS OLHOS	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
Linguagem: Escrita	7 - Escolha os itens necessários para formar uma frase simples na ordem correta	FORMAR FRASE 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta

ASPECTO AVALIADO	COMANDO DO AVALIADOR	PRANCHA	RESPOSTAS E OBSERVAÇÕES																														
Linguagem: escrita	8 - Quais são as letras que formam o seu nome?	<p>QUAIS AS LETRAS QUE FORMAM O SEU NOME</p> <table border="1"> <tr><td>A</td><td>G</td><td>L</td><td>Q</td><td>V</td></tr> <tr><td>B</td><td>H</td><td>M</td><td>R</td><td>W</td></tr> <tr><td>C</td><td>i</td><td>N</td><td>S</td><td>X</td></tr> <tr><td>D</td><td>J</td><td>O</td><td>T</td><td>Y</td></tr> <tr><td>E</td><td>K</td><td>P</td><td>U</td><td>Z</td></tr> <tr><td>F</td><td>ERREI</td><td>ESPAÇO</td><td>FIM</td><td>CANSADO</td></tr> </table>	A	G	L	Q	V	B	H	M	R	W	C	i	N	S	X	D	J	O	T	Y	E	K	P	U	Z	F	ERREI	ESPAÇO	FIM	CANSADO	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
A	G	L	Q	V																													
B	H	M	R	W																													
C	i	N	S	X																													
D	J	O	T	Y																													
E	K	P	U	Z																													
F	ERREI	ESPAÇO	FIM	CANSADO																													
Linguagem: escrita	9 - Escreva o seu nome e idade	<p>COMANDO DO AVALIADOR</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ESCREVA SEU NOME</div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ESCREVA SUA IDADE</div>	<input type="checkbox"/> 1 Acerto <input type="checkbox"/> 2 Acertos <input type="checkbox"/> Sem acerto <input type="checkbox"/> sem resposta																														
Evocação tardia com Pistas visuais	10 - Quais as palavras ditas anteriormente?	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 1 acerto <input type="checkbox"/> 2 acertos <input type="checkbox"/> 3 acertos <input type="checkbox"/> Sem acertos																								
																																	
																																	
Orientação temporal	11 - Que dia é hoje?	<p>QUE DIA É HOJE</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta																		
0	1	2	3																														
4	5	6	7																														
8	9	10																															
Orientação temporal	12 - Em que mês estamos?	<p>EM QUE MÊS ESTAMOS</p> <table border="1"> <tr><td>JANEIRO</td><td>FEVEREIRO</td><td>MARÇO</td><td>ABRIL</td></tr> <tr><td>MAIO</td><td>JUNHO</td><td>JULHO</td><td>AGOSTO</td></tr> <tr><td>SETEMBRO</td><td>OUTUBRO</td><td>NOVEMBRO</td><td>DEZEMBRO</td></tr> </table>	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta																		
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL																														
MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO																														
SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO																														
Orientação temporal	13 - Em que ano estamos?	<p>EM QUE ANO ESTAMOS</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td></td><td></td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta																		
0	1	2	3																														
4	5	6	7																														
8	9																																
Orientação temporal	14 - Em que dia da semana estamos?	<p>EM QUE DIA DA SEMANA ESTAMOS</p> <table border="1"> <tr><td>SEGUNDA</td><td>TERÇA</td></tr> <tr><td>QUARTA</td><td>QUINTA</td><td>SEXTA</td></tr> <tr><td>SÁBADO</td><td>DOMINGO</td></tr> </table>	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta																							
SEGUNDA	TERÇA																																
QUARTA	QUINTA	SEXTA																															
SÁBADO	DOMINGO																																
Orientação temporal	15 - Em que turno do dia estamos?	<p>EM QUE TURNO DO DIA ESTAMOS</p> <table border="1"> <tr><td>MANHÃ </td><td>TARDE </td></tr> <tr><td>MADRUGADA </td><td>NOITE </td></tr> </table>	MANHÃ 	TARDE 	MADRUGADA 	NOITE 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta																										
MANHÃ 	TARDE 																																
MADRUGADA 	NOITE 																																

ASPECTO AVALIADO	COMANDO DO AVALIADOR	PRANCHA	RESPOSTAS E OBSERVAÇÕES
Orientação espacial	16 - Em que local nós estamos?	<p>EM QUE LOCAL NÓS ESTAMOS</p> 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
		<p>QUE LOCAL É ESTE AQUI</p> 	
Orientação espacial	17 - Que local é este aqui?	<p>EM QUE CIDADE NÓS ESTAMOS</p> 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
		<p>MOSTRE-ME A PESSOA QUE ESTA DEITADA</p> 	
Reconhecer pictogramas	19 - Mostre-me a pessoa que está deitada	<p>QUE FAZEMOS QUANDO ESTAMOS COM SEDE</p> 	<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> sem resposta
		<p>MOSTRE-ME A EXPRESSÃO FELIZ</p> 	
Reconhecimento de pictogramas abstratos	21 - Mostre-me a expressão feliz	<p>CORPO HUMANO</p> 	<input type="checkbox"/> 1 acerto <input type="checkbox"/> 2 acertos <input type="checkbox"/> 3 acertos <input type="checkbox"/> Sem acertos <input type="checkbox"/> sem resposta

Fonte: Pelosi et al. (2019).