

CAPÍTULO 9

USO DA COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM INDIVÍDUO COM TCE EM NÍVEL III NA ESCALA RANCHO LOS AMIGOS: um relato de caso

Ana Carolina Tavares Moura⁵⁵

Luzimara Vieira Rodrigues⁵⁶

Maria Regina Cardoso de Almeida⁵⁷

Joubert Marinho da Silva Bentes⁵⁸

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é caracterizado pelo comprometimento do tecido cerebral devido a lesões que, por sua vez, impactam o funcionamento do sistema neurológico, resultando em alterações biológicas e/ou estruturais nessa região (Mao, 2023), tratando-se, assim, de uma condição grave, associada a prognósticos desfavoráveis para a funcionalidade plena de um indivíduo e acarretando diversas comorbidades.

Oliveira, Roque e Maia (2019) definem que o tipo de lesão do TCE pode ser caracterizado pelo aspecto da lesão, sendo aberto ou fechado. O TCE do tipo aberto é compreendido pelo trauma que compromete os tecidos cerebrais (ósseos, massa encefálica, vasos e artérias), o que propicia contato com microrganismos com potencial infeccioso. Já o TCE do tipo fechado ocorre devido às situações de mudança de aceleração e desaceleração, que afetam o cérebro sem causar um trauma evidente, porém, pode levar a hemorragias, edemas e comprometimentos graves na estrutura cerebral.

⁵⁵Discente de Terapia Ocupacional na Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁵⁶Discente de Terapia Ocupacional na Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁵⁷Discente de Terapia Ocupacional na Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁵⁸Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA, 2016).

Os sintomas crônicos decorrente desse tipo de lesão em geral atingem tanto à capacidade executiva quanto às habilidades de atenção, memória, compreensão de informações, planejamento e organização de atividades práticas (Vas *et al.*, 2023), que podem ser observados logo após o dano cerebral ou em longo prazo, sendo variáveis para cada caso, porém, com sequelas complexas.

Assim, no panorama do estado do Pará, durante o período de 2006 a 2012, abrangendo Belém, região metropolitana e o interior do estado, observou-se que o perfil predominante dos clientes que sofreram TCE estava associado a acidentes de trânsito (Neto *et al.*, 2020), porém, é possível constatar também a ocorrência de casos de TCE resultantes de ferimentos por arma de fogo, quedas, acidentes envolvendo armas brancas e outras situações específicas.

Essas lesões, além de apresentarem uma elevada taxa de mortalidade, podem deixar sequelas significativas que afetam profundamente à qualidade de vida em longo prazo. Tais sequelas podem abranger alterações nas funções cognitivas, executivas, sensoriais e motoras (Magalhães, 2023), impactando negativamente na autonomia e na capacidade de desempenhar atividades cotidianas.

No contexto da reabilitação de indivíduos com TCE, a Terapia Ocupacional desempenha um papel fundamental. Esta área da saúde tem como foco principal a utilização da atividade e ocupação humana em sua intervenção, conforme definido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2023), assim, o terapeuta ocupacional tem como objetivo de auxiliar o cliente na recuperação de habilidades necessárias para realizar Atividades de Vida Diária e manter uma rotina autônoma, promovendo qualidade de vida e bem-estar.

A partir disso, a Terapia Ocupacional utiliza a Tecnologia Assistiva (TA) para melhorar a qualidade de vida de seus clientes (Missio; Queiroz, 2022). Este recurso ganha particular importância quando os déficits causados pelo TCE afetam às habilidades de comunicação oral, gestual e/ou visual do indivíduo, tornando a

Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) um elemento crucial no processo de tratamento.

Nascimento *et al.* (2017) definem a CAA como um recurso estratégico para clientes com incapacidade de comunicação, seja ela permanente ou temporária. A CAA utiliza materiais selecionados para oferecer formas alternativas de expressão verbal ou não verbal, de acordo com as habilidades do cliente, ganhando importância ocupacional pelo prisma do terapeuta, que entende a complexidade do processo de planejamento e treinamento para a execução de uma comunicação efetiva e de qualidade para o indivíduo afetado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso realizado a partir da prática supervisionada em contexto hospitalar, do curso de graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), em um Centro Especializado de Urgência e Emergência, da cidade de Ananindeua, cuja atuação foi focada na Clínica de Politraumatismo da Instituição. Realizou-se atendimento de cliente de sexo masculino, 37 anos, vítima de TCE grave após colisão de moto sem capacete e submetido à craniectomia descompressiva na região do lobo frontal, traqueostomizado e com déficits relacionados à práxis geral e não realizando comunicação verbal.

Devido à lesão na região central, o cliente apresentava um prognóstico de comprometimento quanto habilidades essenciais, já que o local atingido corresponde ao maior lobo do cérebro, ocupando cerca de 1/3 do volume de cada hemisfério, e é responsável pela obtenção, organização e resposta executiva para a realização de uma ação e de movimentos voluntários (Tavares *et al.*, 2020), contando ainda com a área da Broca, componente central nas habilidades que envolvem a compreensão, planejamento e execução do discurso, essencial à fala.

Foi realizada avaliação do nível de consciência na escala Rancho Los Amigos (1998), que avalia o nível de consciência e função

cognitiva de clientes que sofreram traumatismo crânio encefálico, possui oito níveis de funcionamento cognitivo, indo desde de “sem respostas” aos estímulos (I) até “intencional e apropriado” (VIII) (Oliveira; Meneses; William, 2022), assim, foi constatado que o cliente encontrava-se em nível III, “resposta localizada”, que corresponde a respostas inconsistentes do cliente, entretanto, com quadros de resposta a estímulos específicos, podendo realizar um comando simples, como apontar, abrir e fechar os olhos.

A equipe utilizou também a Medida de Independência Funcional (MIF), que é uma escala que analisa o desempenho de um indivíduo em seis subescalas: autocuidado, controle de esfínteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social (Lima *et al.*, 2019), na qual constatou-se dependência total nas Atividades de Vida Diárias (AVDs).

Com o propósito de oportunizar o acesso do usuário a outras ferramentas para auxiliá-lo na retomada de sua comunicação, foram realizadas cinco sessões de Terapia Ocupacional, em que, a partir de suas respostas localizadas, foi considerado apto para introdução da CAA durante os atendimentos.

Foi produzida uma prancha comunicativa com representação visual (Figura 1), utilizando-se gravuras de mão com o ícone “legal” (mão fechada lateralmente com polegar em extensão) e “não legal” (mão em posição vertical para baixo, com polegar em extensão na mesma direção). Foi feita uma escolha de cores correspondentes para representar a resposta afirmativa (legal

= verde) e negativo (não legal = vermelho), dispostos em posições opostas da prancha, para evitar falha interpretativa das respostas do cliente.

Figura 1 - Prancha de comunicação positiva e negativa



Fonte: elaborado pelos autores.

Foi ainda elaborada uma segunda prancha baseada na Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 2), utilizada para mensuração de dor de maneira simples (Oliveira; Roque; Maia, 2019), com três ícones relacionados à dor (sem dor, moderada e muita dor), para introdução posterior ao treinamento da primeira prancha. O processo da intervenção da CAA foi dividido em: introdução e explicação do recurso; treinamento de habilidades para o uso da prancha e intervenção direta com uso da prancha para comunicação.

Figura 2 - Prancha baseada na EVA



Fonte: elaborado pelos autores.

RESULTADOS

O processo de introdução da CAA foi realizado em cinco sessões, na primeira, foi apresentado o recurso ao cliente e sua

acompanhante, que recebeu orientações sobre a finalidade e benefícios da ferramenta, assim como o significado das imagens e seu uso, estabelecendo metas dentro das limitações do cliente.

Na segunda sessão, foi realizado o treinamento para habilitar o cliente para realizar a aproximação direcionada necessária e adequada em suas respostas na prancha comunicativa, sendo realizada a preparação física dos membros superiores (MMSS) com mobilização passiva e estimulação sensorial, bem como avaliação de seu estado de consciência e compreensão com estimulação cognitiva para realizar a comunicação.

Na terceira e quarta sessão, o cliente foi incentivado a realizar aproximações direcionadas propositais na prancha com uso de seus MMSS a partir de respostas para questionamentos simples da estagiária, como o estado geral (O Sr. está legal ou não hoje?/O Sr. sente eu tocar sua mão?/O clima está legal ou não?/ Sua esposa é legal ou não?), apresentando intencionalidade de resposta a partir de sutis movimentações com uso de sua mão para direcionar qual ícone representa sua resposta, executando a mesma quatro vezes seguidas.

Na quinta sessão, o cliente apresentou rebaixamento considerável de consciência e movimentos passivos, que evoluiu para um quadro de cuidado paliativo, não sendo possível mais a utilização do recurso de modo benéfico e confortável ao mesmo, sendo então encerrada a intervenção com uso de CAA.

Durante as sessões realizadas, o cliente mostrou-se em primeiro momento reativo ao recurso, com tentativas objetivas em utilizar a prancha, dentro de suas limitações, porém, por conta das complicações do TCE e de infecção hospitalar decorrente de suas lesões por pressão, o cliente apresentou dificuldades, principalmente nas habilidades cognitivas e motoras necessárias para a continuidade do treinamento e efetivação do recurso em sua rotina, inviabilizando sua comunicação no ambiente hospitalar e pós-internação.

DISCUSSÃO

Diante do estado crítico das comorbidades, o cliente com TCE é ainda mais afetado em sua comunicação, sofrendo constantes manipulações clínicas que o levam a um quadro de fadiga intensa, procedimentos invasivos que envolvem seu aparelho orofacial, como inserção de sondas e intubações orotraqueais, além de lesões neurológicas complexas (Coelho *et al.*, 2020), as suas demandas ao ser recebido pela Terapia Ocupacional não trata apenas de encontrar desafios na ocupação comunicativa, mas também sobre sentir-se fragilizado em seu senso de função, de desempenho e autonomia.

Nesse sentido, os clientes com dificuldades comunicativas presentes no decorrer do processo de internação hospitalar, usualmente, utilizam estratégias alternativas para estabelecerem uma comunicação com o outro ou para exteriorizar suas vontades, como: sinais com o corpo, seja por meio de gestos manuais, gestos com os lábios, mas sem produzir sons, ou movimentos da cervical (Thomas; Rodriguez, 2011).

Em contrapartida, Rodriguez *et al.* (2012) destaca que as estratégias adotadas pelos clientes são, na maioria das vezes, ineficazes para uma interação eficiente, culminando em quadros de frustração, com indivíduos ansiosos, irritados e com o humor deprimido. Assim, ressalta-se a importância da implantação de recursos de CAA para que tais impactos sejam evitados ou minimizados, visto que sua introdução nesse cenário colabora de modo definitivo para o cuidado do sujeito com prejuízos na comunicação.

Dessa forma, a CAA encontra-se em uma das áreas da Tecnologia Assistiva, destacando-se por possuir e fazer uso tanto de recursos de baixa tecnologia — pranchas de comunicação, álbuns pictográficos, mesas com símbolos —, como instrumentos de alta tecnologia — aparelhos eletrônicos (computadores, celulares e *tablets*) e *softwares* especializados (Pelosi; Nascimento, 2018). Tais recursos possibilitam que o usuário se comunique de forma alternativa

com as pessoas ao seu entorno, devolvendo ao mesmo o papel ativo em sua vida.

Ainda assim, deve-se levar em consideração inúmeros fatores para a implementação da CAA no ambiente hospitalar, como: os níveis de consciência do cliente; aspectos cognitivos; presença de sintomas relacionados com cansaço; fraqueza muscular; dificuldades na coordenação motora e estados de *delirium*, valendo-se de uma avaliação para analisar adequadamente, visto que tais aspectos interligam-se com o desempenho do indivíduo e o recurso ideal para o contexto (Pelosi; Nascimento, 2018).

Logo, o gerenciamento da comunicação caracteriza-se como uma das áreas que compõem as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e que são de competência do terapeuta ocupacional, de acordo com a American Occupational Therapy Association (AOTA, 2021). Assim, o terapeuta ocupacional auxilia no resgate desse gerenciamento ao buscar desenvolver três etapas fundamentais para a comunicação humana: enviar, receber e interpretar as informações.

Neste âmbito, o terapeuta ocupacional é o profissional habilitado a utilizar seu arcabouço teórico-prático para aplicar a CAA dentro das possibilidades e limitações do cliente e do ambiente, por vezes, orientando a dinâmica hospitalar da equipe multiprofissional para sua efetividade, que, por vezes, desconhecem a CAA e como estes mecanismos podem auxiliar no processo de implementação na prática (Aguilera, 2022), uma vez que a comunicação só ocorre de forma funcional se todos os envolvidos estiverem disponíveis a acolher um diferente modo de expressão para com o cliente.

Desse modo, mesmo sem a observação da continuidade do atendimento focado na CAA, a prática com uso deste meio no ambiente hospitalar é enriquecedora na formação de acadêmicos de Terapia Ocupacional, possibilitando a experiência de construir possibilidades à clientes que tanto necessitam de voz e compreensão, encontrando na CAA uma oportunidade de ressignificar as dificuldades e retomar sua independência como ser ocupacional.

CONCLUSÃO

Dentro do ambiente hospitalar, a comunicação é de suma importância, pois é o laço de intermédio entre o cliente, seus familiares e a equipe. Assim, o ato de se comunicar é uma ferramenta utilizada não apenas para garantir as necessidades apontadas pelo cliente, mas também para minimizar os temores causados pela vivência do trauma e potencializar o sentimento de esperança nesse contexto (Campos; Silva; Silva, 2019).

Sendo assim, ressalta-se a necessidade de fornecer alternativas eficazes para o desenvolvimento da função comunicativa, quando esta não estiver apta para o seu funcionamento máximo, seja de modo temporário ou permanente (Campos; Silva; Silva, 2019). Nesse sentido, o terapeuta ocupacional demonstra-se como um profissional capacitado para utilizar-se dos recursos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) nesse cenário.

Com isso, denota-se que a implementação dos mecanismos alternativos de comunicação utilizados no atendimento terapêutico ocupacional é de extrema importância para que o sujeito perpassa pelo processo de adoecimento com o mínimo de qualidade de vida, tendo em vista que eles possibilitam a manutenção das relações sociais, estimulam a tomada de decisões e até favorecem a expressão de desejos.

Assim, destaca-se a relação entre a comunicação e a qualidade de vida, principalmente quando se refere a pessoas com sequelas significativas e que, geralmente, limitam suas experiências e vivências a um leito de hospital por tempo indeterminado. Sendo fundamental ressignificar a experiência traumática vivenciada não só pela vítima, mas por todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, G.B. Comunicação alternativa ampliada sob a ótica dos profissionais atuantes em cuidados paliativos no contexto hospitalar.

Repositório Institucional UFSCAR, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/14129>. Acesso em: 17 set. 2023.

AOTA. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain & Process. **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v.68, n. 6, p. 1-43, 2021.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M. da; SILVA, J. J. da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Rev Bioética**, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGNZHWqfmtcZKf/?format=pdf>. Acesso em: 18 set. 2023.

COELHO, P. S. O. *et al.* Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 829–854, 2020. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1930. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2525>. Acesso em: 17 set. 2023.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução n. 429 de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2 set. 2013.

LIMA, A.M.N. *et al.* Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 28–43, 2019.

Disponível em:

<https://periodicos2.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4062>.

Acesso em: 29out. 2023.

MAGALHÃES, M; *et al.* Abordagem geral do Traumatismo Cranioencefálico. **Revista EletrônicaAcervo Médico**, São Paulo, 2023. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/13112/7736>.

Acesso em: 5 ago. 2023.

MAO, G. Trauma Cranioencefálico (TCE). **MSD Manuals**, 2023.

Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce>. Acesso em: 4 ago. 2023.

MISSIO, M. M.; QUEIROZ, L. F. Proceso de construcción de una ayuda técnica para asistiractividad de la vida diaria para una persona con discapacidad física: Descripción del caso. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, 23(2), 63–70, 2022.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Cuidados do terapeuta ocupacional na introdução de recursos deComunicação Alternativa no ambiente hospitalar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, p. 215–222, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1423>. Acesso em5 ago. 2023.

NETO, C. A. S. C. *et al.* Perfil dos Pacientes Internados por Acidentes Automobilísticos no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua no Período de 2006 à 2012. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs->

2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=533&path%5B%5D=pdf. Acesso em: 5 ago. 2023.

OLIVEIRA, G. P. A. de; MENESES C. R.; WILLIAMS, E. M. O. Traumatismo cranioencefálico (TCE): intervenção fonoaudiológica. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 17023–17031, 2022.

OLIVEIRA, D. S. da S.; ROQUE, V. de A.; MAIA, L. F. dos S. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 26, p. 40–59, 2019. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/192>. Acesso em: 6 nov. 2023.

PELOSI, M. B.; NASCIMENTO, J. S. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 53-61, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988459>. Acesso em: 18 out. 2023.

RODRIGUEZ, C. S. *et al.* Development of a communication intervention to assist hospitalized suddenly speechless patients. **Technology and Health Care**, Amsterdam, v. 20, n. 6, p. 489-500, 2012.

TAVARES, N. S. A.; *et al.* Frontal lobe activation in older adults and youngs: an electroencephalographic analysis during exergame for postural balance. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e225985726, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5726>. Acesso em: 20 ago. 2023.

THOMAS, L. A.; RODRIGUEZ, C. S. Prevalence of sudden speechlessness in critical care units.

Clinical Nursing Research, Newbury Park, v. 20, n. 4, p. 439-447, 2011.

VAS, A. *et al.* Cognitive Rehabilitation: Mild Traumatic Brain Injury and Relevance of OTPF. **Occupational therapy international**, 2023, 8135592. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10241584/>. Acesso em: 10 out. 2023.