

A importância da comunicação aumentativa e a sua relação com a ansiedade em doentes com lesão encefálica – Hospital Santo António dos Capuchos

The importance of augmentative communication and its relation with anxiety in patients with brain injury – Hospital Santo António dos Capuchos

Charles Ysaacc da Silva Rodrigues¹

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – N.º 9 – Janeiro-Dezembro 2013 – pp. 129-145

Recebido em 16/3/2013; aceite em 12/6/2013

Resumo

A comunicação aumentativa, geralmente associada a patologias degenerativas graves, apresenta-se na atualidade como um importante processo de comunicação alternativo para quase todo o paciente com incapacidade ou limitações nas suas competências linguísticas. O presente trabalho teve como objectivo demonstrar os benefícios do processo quando aplicado em contexto hospitalar a pacientes com patologias de menor gravidade, mas com igual incapacidade de comunicação natural. Os resultados, demonstraram alterações importantes na nossa amostra, sendo que os níveis de ansiedade são menores quando a comunicação acontece, mesmo que seja através do processo de Comunicação Aumentativa.

Palavras-chave: ansiedade, comunicação aumentativa, contexto hospitalar, doenças neurológicas, saúde pública.

¹ Universidade da Extremadura. E-mail: charles.rodrigues@campus.ul.pt

Abstract

Augmentative communication is usually associated with severe degenerative pathologies, and is currently an important alternative communication process for almost all patients with disabilities or limitations in their language skills. This study aimed to demonstrate the benefits of the procedure when applied in a hospital setting to patients with less serious conditions, but with the same inability to communicate naturally. The results showed a significant change in our sample. Anxiety levels are lower when communication happens, even if through the process of Augmentative Communication.

Keywords: anxiety, augmentative communication, hospital, neurological diseases, public health.

A comunicação aumentativa emergiu como um processo de integração para indivíduos incapazes de comunicar, quer através da oralidade, da escrita ou de gestos. Este processo, como refere a American Speech-Language-Hearing Association (1989) foi o resultado de um trabalho que se estendeu ao longo de anos e que graças à participação de inúmeros profissionais de saúde do mundo inteiro, foi adaptando-se progressivamente às necessidades clínicas de uma grande variedade de doentes e de patologias.

Segundo Chun (2003), a comunicação aumentativa atual disponibiliza uma diversidade de técnicas, recursos e estratégias para minimizar as limitações comunicativas de pacientes com incapacidade temporária ou permanente. No entanto, foram os avanços tecnológicos que permitiram à comunicação aumentativa aumentar o seu espectro de intervenção, alargando-o a pacientes com perturbações motoras, cognitivas ou sensoriais profundas (Garcia, 2003).

Em contexto hospitalar é bastante comum encontrar patologias associadas à incapacidade motora, linguística ou cognitiva. Segundo Ladtkow e Culp (1992) estas limitações podem surgir por traumatismo crânio-encefálico (TCE), por esclerose lateral amiotrófica (Ball, Buekelman & Pattee, 2004) ou por insuficiência cerebral, afasia, apraxia, ou síndrome demencial (Gil,

2004). Em casos mais graves, como o de uma hemorragia do tronco cerebral anterior ou de um acidente vascular cerebral (AVC), segundo Allen (1993), as sequelas podem ir mais além das incapacidades referidas, levando o paciente, inclusivamente, a uma síndrome *locked-in*.

Neste tipo de lesão mais grave, que pode levar à incapacidade quase absoluta das funções motoras do doente ou como referimos, anteriormente, à síndrome *locked-in*, é indispensável o recurso às novas tecnologias para uma escolha objectiva e inequívoca do sistema de comunicação a utilizar (Allen, 1993).

Segundo Garcia (2003), um único dedo, um pé, uma sobrancelha, a cabeça, um leve movimento da mão ou até mesmo um olhar, poderão ser a solução possível e necessária para que o doente possa comunicar com sensores oculares ou com os manípulos hipersensíveis que se adaptam a qualquer sistema de comunicação aumentativa.

O aconselhamento do sistema de comunicação mais adequado a um determinado paciente deverá ser efetuado por uma equipa multidisciplinar de técnicos especializados. Cook e Hussey (1995) referem que um bom levantamento de necessidades do doente permite, posteriormente, uma avaliação mais objectiva das suas capacidades sensoriais, cognitivas, comunicativas e motoras, proporcionando uma melhor escolha que ainda assim, deverá ser testada e reajustada até que se adapte ao doente, sendo capaz de minimizar as suas limitações e de promover uma maior autonomia nas suas funções da vida diária (Beukelman, Fager, Ball, & Dietz, 2007).

A seleção do tipo de sistema de comunicação aumentativa é também um processo muito importante, uma vez que este sistema está dividido em dois grupos: os sistemas com ajuda e os sistemas sem ajuda (Sevcik & Ronski, 1997). No primeiro grupo poderemos incluir todas as formas não verbais de comunicação natural, como é o caso dos gestos e das expressões faciais, sendo que este tipo de sistema implica uma boa funcionalidade manual e de coordenação motora e são geralmente aplicados a indivíduos conhecedores dos sistemas de comunicação aumentativa.

No segundo grupo a comunicação apenas é possível através de um sistema com suportes externos ao corpo como forma de apoio. Segundo os mesmos autores Sevcik e Ronski (1997), estes objetos externos têm de

ser apoios simples, como uma folha de papel com símbolos, fotografias, desenhos, palavras, frases ou um objeto que tenha um conteúdo capaz de facilitar a comunicação. Para Cook e Hussey (1995), o sistema de comunicação aumentativa provido de ajuda exterior pode ser utilizado tanto para manter uma conversa, como para uma situação de expressão gráfica e quando bem adaptados são capazes de substituir em absoluto a comunicação verbal e escrita.

Para além do aconselhamento e da seleção do sistema, existe um terceiro aspecto, também bastante importante e que se prende com a aceitação do doente ao seu novo conceito alternativo para comunicar. Segundo os estudos de Mathy, Yorkston, e Gutmann (2000) a aceitação por parte do doente é geralmente muito satisfatória, a mesma ideia foi sustentada pelo estudo de Fager, Hux, Beukelman, e Karantounis (2006) realizado com vítimas de TCE, no entanto, um trabalho realizado por Lasker e Beukelman (1999) com vítimas de AVC mostrou uma menor satisfação com o sistema alternativo de comunicação, sendo que a menor aceitação de todas foi encontrada por Ball, Buekelman, e Pattee (2004), num estudo realizado a doentes com patologias associadas a demências ou a casos terminais de tumores malignos.

Os casos mais comuns de incapacidade comunicativa em contexto hospitalar são claramente as afasias e as apraxias, sendo que nestes casos, o aspecto da aceitação não depende apenas do doente, mas também da aprovação do cuidador ou familiares, que segundo Lasker e Beukelman (1999), preferem que o doente preserve os seus recursos naturais de comunicação, uma vez que no geral, a incapacidade de comunicação nunca é total. Em estudos realizados pelos mesmos autores, Buekelman e Ball (2002), constatou-se que os cuidadores, familiares e amigos sentem desconforto social com as estratégias de comunicação aumentativa utilizadas pelos doentes.

Por outro lado, a comunicação aumentativa, conforme o estudo de Lasker e Beukelman (1999), poderá, em algumas situações, apresentar desvantagens, nomeadamente pelo hábito da sua utilização, que poderá levar à desmotivação da prática e melhoramento da comunicação natural

e em casos mais específicos, poderá ser um obstáculo para doentes que estejam em reabilitação cognitiva.

Na verdade, a questão da aceitação de um sistema de comunicação alternativo deveria ser da exclusiva responsabilidade do doente, uma vez que o processo de adaptação a uma nova realidade comunicativa, seja através de sistemas alternativos ou através dos recursos naturais ainda preservados, são geradores de níveis de ansiedade que irão variar conforme o bem-estar que o doente possa vivenciar. Segundo Oliveira (2006), é uma ansiedade repentina que se ativa no organismo do indivíduo como um alerta inerente a um estímulo externo que sugere uma mudança causadora de instabilidade, principalmente no momento que este não seja capaz de comunicar às outras pessoas as suas necessidades, vontades ou simplesmente as suas opiniões.

A ansiedade, segundo Cordioli (2004), é um estado emocional que pode ser experienciado em situações de perigo real ou em situações subjetivas de medo, podendo gerar um quadro sintomatológico variado, onde geralmente se encontram sintomas somáticos, cognitivos, comportamentais, emocionais e perceptivos. A partir desta questão, decidimos verificar a adaptação, aceitação e os níveis de ansiedade dos pacientes, em contexto hospitalar, quando confrontados com um sistema de comunicação aumentativa capaz de lhes proporcionar de novo, a possibilidade de se expressarem, comunicando e partilhando com os outros as suas vontades.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 60 indivíduos, de ambos sexos (35 indivíduos do sexo feminino e 25 indivíduos do sexo masculino), com idade $M = 64.83$, variando entre os 48 e os 85 anos de idade, internados no serviço de neurocirurgia do Hospital Santo António dos Capuchos, entre o ano de 2010 e o ano 2011, e que constituíram uma amostra por conveniência.

O critério de inclusão aplicado foi o da incapacidade de comunicar por via natural, consequência de uma intervenção cirúrgica por patologia leve

e que cujas necessidades de comunicação se adequassem aos sistemas de comunicação aumentativa. Como critérios de exclusão para este trabalho estiveram as patologias degenerativas graves e os indivíduos que já tivessem limitações comunicativas antes do seu internamento.

Material

Este trabalho foi operacionalizado a partir das medidas da escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), que passaremos a designar em português como Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS). Segundo Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), esta escala avalia os estados afectivos de depressão, ansiedade e stresse, sendo que a consistência interna da mesma foi inspeccionada com recurso ao Alfa de Cronbach e os resultados encontrados para a EADS foram, respectivamente, de 0,85 para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stresse, embora para este estudo tenhamos utilizado apenas os parâmetros da avaliação referentes à ansiedade.

A nossa amostra foi avaliada segundo a intensidade com que experienciaram cada sintoma antes e depois da possibilidade de utilizarem o seu caderno de comunicação aumentativa. Para cada questão existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert: (0) “não se aplicou nada a mim”; (1) “aplicou-se a mim algumas vezes”; (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” e (3) “aplicou-se a maior parte do tempo”.

A EADS incorpora uma escala referente ao fator ansiedade que inclui 14 itens, cujos conceitos se referem 4 dimensões: Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens). De salientar, que para a adaptação portuguesa foi utilizada uma amostra de 200 participantes (162 raparigas e 38 rapazes), estudantes de Psicologia dos três primeiros anos, idade $M=19,79$, $DP=1,11$, variando entre os 18 e os 23 anos. Os resultados mostraram que as diferenças entre o género não eram significativas com o valor p a variar entre 0,35 para a ansiedade, 0,65 para o stresse e 0,78 para a depressão. Uma constatação

idêntica levou a que Lovibond e Lovibond (1995), no estudo original, trabalhassem os dados como uma única amostra sem discriminação de género.

Os resultados da subescala de ansiedade da EADS foram analisados em função do programa SPSS, versão 16.0 para Windows XP e Vista, apresentando a média e respectivo desvio padrão e contribuiu para as correlações necessárias com a ansiedade.

Utilizamos para este trabalho um caderno de comunicação aumentativa, que para situações em que existe alguma autonomia ao nível motor parece ser suficiente, embora cada caso fosse analisado de forma isolada, mas que no conjunto nos levaram à utilização do caderno de comunicação aumentativa.

O caderno de comunicação aumentativa é constituído por símbolos que podem substituir palavras, ações ou até frases inteiras. Os cadernos são divididos por categorias e a cada categoria é atribuída uma cor, para que seja mais fácil ao paciente encontrar a categoria que deseja utilizar no seu ato de comunicação. As categorias podem variar tanto quanto os temas de conversação que se possam ter. Para este estudo a categoria que mais trabalhamos foi a da saúde. Os símbolos foram dos mais diversos, seringas, pensos, comprimidos, ícones representativos de dor, náusea, de necessidade de mudar de posição na cama, de ficar sentado entre outros símbolos.

Nos cantos superiores de todas as páginas encontramos sempre o “sim” e o “não”, respostas necessárias para qualquer categoria. Existem também categorias simplificadas e gerais, como é o caso dos números que podem ser utilizados nos mais diversos temas. Os símbolos poderiam ser desenhos ou fotografias, no entanto utilizamos o Boardmaker Software Family versão 6.0 para Windows, que foi concebido exatamente para o efeito, trazendo padrões predefinidos de páginas, tamanhos e a possibilidade da escrita conjuntamente com o ícone apresentado.

Preparamos, também, duas questões de resposta aberta para serem aplicadas após segunda passagem da EADS, tendo em vista a análise das mesmas com base numa metodologia de análise de conteúdo, enquanto material qualitativo. Sendo que a extensão dos elementos de informação que foram recolhidos durante esta breve entrevista, correspondem ao

material que será sujeito a uma análise sistemática de conteúdo, com base na técnica de análise categorial, que procede a uma categorização das respostas a partir da análise temática do seu conteúdo (Bardin, 1994).

Procedimento

Todos os participantes da nossa amostra deram entrada no serviço de urgências do Hospital de São José em Lisboa, onde foram examinados, diagnosticados e submetidos a intervenção cirúrgica. Passadas as 24 horas pós-cirúrgicas foram transferidos para o serviço de neurocirurgia do Hospital Santo António dos Capuchos em Lisboa, com pedido de acompanhamento temporário, de pelo menos cinco dias. Foram verificadas as fichas clínicas a fim de confirmar a incapacidade de comunicar por via natural, consequência de uma intervenção cirúrgica por patologia leve e, finalmente, foram efetuados os pedidos formais aos doentes e familiares para que participassem no estudo.

O período de tempo utilizado para verificar os critérios de inclusão e exclusão, bem como para formalizar a participação dos doentes neste trabalho foi de pelo menos 24 horas, após a transferência dos mesmos para o Hospital dos Capuchos, tempo que consideramos ser o mínimo necessário para a primeira passagem da EADS, procurando medir os níveis de ansiedade antes de que se lhes apresentasse a oportunidade de poderem comunicar por via de um sistema de comunicação alternativo.

Na primeira aplicação da EADS, as 14 questões relativas à escala de ansiedade foram aplicadas pelo psicólogo, devido às limitações comunicativas do paciente. Desta forma, as perguntas foram lidas a todos os participantes, em sessões individuais, com um tempo intermédio suficiente para responderem a cada uma delas antes que fosse lida a seguinte. As respostas foram rigorosamente apontadas na folha de resposta da EADS e reconfirmadas com os pacientes, uma vez que estes cada vez que queriam responder tinham de o fazer por sons ou tentando apontar a respectiva resposta na folha de resposta.

Concluída a primeira passagem da EADS, foi explicado a cada participante as características dos cadernos e a sua forma de utilização, para

que assim, em conjunto, pudéssemos organizar para cada um deles um caderno específico, seguindo as suas prioridades temáticas, bem como as suas preferências nas cores correspondentes aos temas e ao tipo de organização dos ícones em cada folha. Este processo teve como objectivo permitir ao doente uma mais rápida familiarização com o instrumento e com a sua utilização.

Passadas 48 horas da primeira passagem da EADS, tempo que consideramos o mínimo necessário para a organização individual dos cadernos e, conseqüentemente, para a sua adaptação e manipulação, efectuamos a segunda passagem da EADS, com o objectivo de voltar a verificar os níveis da ansiedade da nossa amostra após terem experienciado a comunicação por meio alternativo.

Esta segunda passagem da escala foi efectuada com recurso ao caderno de comunicação aumentativa do próprio paciente, ainda que as perguntas fossem igualmente efectuadas pelo psicólogo, as respostas foram dadas pelo doente utilizando a comunicação aumentativa. Depois deste processo, da segunda passagem da EADS, apresentamos aos doentes as duas questões de resposta aberta para avaliação qualitativa.

Ambas as aplicações da EADS, bem como as questões de resposta aberta foram efectuadas numa sala de consultas do serviço, onde no momento da aplicação se encontravam apenas o psicólogo e o paciente testado. A utilização deste espaço teve como objectivo, em primeiro lugar, o de criar um ambiente seguro para o paciente promovendo a sua confiança para poder comunicar como melhor se sentisse e, em segundo lugar, para evitar que se sentisse observado pelos companheiros de quarto ou por visitantes. Os participantes do estudo foram informados dos objectivos do estudo, a sua participação foi voluntária e correspondeu aos critérios éticos de confidencialidade e anonimato e metodológicos difundidos pela American Psychological Association (APA).

Resultados

A partir da análise de dados e com base na Tabela 1, poderemos constatar que na primeira passagem da EADS os níveis de ansiedade foram

superiores aos da segunda passagem, o que nos leva a considerar que a utilização do sistema de comunicação aumentativa poderá ter contribuído para a diminuição dos níveis de ansiedade.

Tabela 1.

Resultados Médios por Resposta das 2 Passagens da EADS

Escala de respostas da EADS	1ª passagem	2ª passagem
(0) não se aplicou a mim	12,0	47,2
(1) aplicou-se a mim algumas vezes	28,7	32,8
(2) aplicou-se a mim muitas vezes	43,8	18,5
(3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes	15,5	1,5

Como podemos observar, após as primeiras 24 horas de internamento, na primeira passagem da EADS e antes de que os participantes tivessem conhecimento do sistema de comunicação alternativa a resposta (0) “não se aplicou a mim” teve uma média de $M = 12$, sendo que a resposta (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” teve uma média de $M = 43,8$. Uma diferença de valor bastante significativa, no que respeita aos níveis de ansiedade e que assim, poderão caracterizar uma primeira fase em que o doente é confrontado com as suas limitações comunicativas.

Numa fase posterior, isto é, depois de o doente estar familiarizado com o seu livro de comunicação aumentativa, os níveis de ansiedade baixam consideravelmente, verificando que a mesma resposta (0), agora, apresenta uma média de $M = 47,2$, um aumento médio de $M = 35,2$, enquanto a mesma resposta (2) apresenta agora uma média de $M = 18,5$, apresentando um aumento médio de $M = 25,3$.

Ainda que no estudo original da EADS, Lovibond e Lovibond (1995) tivessem trabalhado os dados da amostra como única sem discriminação de género, bem como Pais-Ribeiro et al. (2004) fizeram no estudo de adaptação portuguesa da EADS, achamos pertinente apresentar a Tabela 2, onde se podem verificar as médias das duas passagens por género.

Tabela 2

Resultados médios das 2 passagens por resposta e género.

Escala de respostas da EADS	Masculino M	Femenino M
(0) não se aplicou a mim	35,7	42,3
(1) aplicou-se a mim algumas vezes	27,45	18,5
(2) aplicou-se a mim muitas vezes	15,3	19,8
(3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes	21,55	19,4

Referente a esta análise podemos referir que em termos de ansiedade o sexo feminino apresentou uma $M = 42,3$ para a resposta (0) “não se aplicou nada a mim”, sendo que a média das restantes respostas estão distribuídas de forma linear, enquanto no sexo masculino verifica-se um índice de ansiedade menor, com uma $M = 35,7$ para a resposta (0). No entanto, a distribuição da média das restantes respostas do sexo masculino é menos linear, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Relativamente ao tempo utilizado para a aplicação da escala, foram necessários mais de 25 minutos por cada doente, na primeira passagem da EADS, uma vez que as limitações motoras e comunicativas dificultaram as respostas à escala. A segunda passagem, não foi além dos 15 minutos por doente, com apoio à seção dos números do caderno de comunicação aumentativa, os participantes apenas necessitavam de apontar o número que pretendiam atribuir a cada resposta, fator que não só agilizou o processo, bem como os deixou bastante mais tranquilos, em relação à primeira passagem.

A avaliação qualitativa foi efetuada após a segunda passagem da EADS, foram colocadas duas questões de resposta aberta para que pudéssemos compreender a realidade e o sentimento vivenciado pelos doentes no momento em que perceberam que não eram capazes de comunicar e o sentimento de mais tarde o conseguirem fazer a partir de um mecanismo de comunicação alternativa.

Assim propusemos as seguintes questões:

1 – *Qual foi a sua primeira preocupação quando percebeu que não poderia voltar a comunicar como antes?*

2 – Como se sentiu depois de familiarizado com o seu caderno de comunicação aumentativa?

O segundo momento de testagem teve um tempo de duração médio de 45 minutos no total, uma vez que foram utilizados em média 15 minutos para responder a escala de ansiedade da EADS e os restantes 30 minutos, para responderem às questões de avaliação qualitativa.

A análise das 120 respostas, referentes às duas questões apresentadas a cada um dos 60 participantes, permitiu a identificação de três categorias psicológicas: insegurança, medo e esperança. Estas categorias compreendem o nível de ansiedade experienciado por cada paciente em dois momentos, num primeiro caracterizado pela incapacidade comunicativa e num segundo, onde o doente comunica através do sistema de comunicação aumentativa.

Na análise à primeira questão, todos os participantes demonstraram muita preocupação com as limitações comunicativas, essencialmente quanto ao fato de ser uma consequência temporária ou definitiva. Como se pode verificar na Tabela 3, em termos gerais qualificaram o seu estado respondendo com outras questões:

- como poderei dizer o que preciso?
- e se me sentir mal com algum medicamento?
- poderei algum dia dizer o que nunca disse?
- Sem poder falar que vida me espera?.

Tabela 3

Sistema de categorias e frequência relativos à primeira questão

Categorias descritivas	Exemplos	Unidades de Registo	
		N	%
Insegurança	“...como poderei dizer o que preciso?” “...e se me sentir mal com algum medicamento?”	61	47,3
Medo	“...poderei algum dia dizer o que nunca disse?” “...sem poder falar que vida me espera...”	52	31,2
Esperança	“Rezar para ficar bom...” “...voltar a dizer o que penso.”	24	21,5
Total		137	100%

O sentimento de insegurança foi aquele que teve uma maior frequência e foi vivenciado por 47,3 % da nossa amostra. O sentimento de medo foi também bastante visível no momento da primeira passagem da EADS, sendo que a esperança nesse momento esteve presente em apenas 21,5% da população. Valores que são claramente inversos quanto às respostas dadas à segunda questão, como se pode verificar na Tabela 4:

Tabela 4
Sistema de Categorias e Frequência Relativos à Segunda Questão

Categorias descritivas	Exemplos	Unidades de Registo	
		N	%
Insegurança	“já posso dizer aquilo que realmente sinto, mas até quando?” “No primeiro momento senti-me inseguro, porque os meus familiares pareciam envergonhados comigo, mas já na segunda visita perguntaram pelo livro...”	31	19,5
Medo	“...o livro é do hospital ou é para mim?” “Feliz por poder voltar a falar com a minha filha, mas será para sempre?”	15	13,1
Esperança	“Finalmente pude voltar a ter os meus próprios tempos em coisas tão simples como saciar as minhas necessidades fisiológicas” “Inicialmente fiquei envergonhado, com a minha idade já não se anda de caderno na mão, mas quando percebi o que aquele caderno poderia fazer, fiquei contente em poder usa-lo”	76	67,4
Total		122	100%

As respostas dadas pelos doentes à segunda questão apresentam um nível de esperança com uma frequência superior com mais 52 registos que na primeira questão, e o sentimento é agora vivenciado por 67,4% da população, um aumento de 45,9% dos participantes em relação à primeira resposta. Desceram, significativamente, os valores referentes à insegurança e ao medo. Estes valores tornam visíveis a descida dos níveis de ansiedade e um possível aumento da satisfação dos doentes por poderem comunicar através do caderno de comunicação aumentativa:

– *Finalmente pude voltar a ter os meus próprios tempos em coisas tão simples como saciar as minhas necessidades fisiológicas.*

– *Inicialmente fiquei envergonhado, com a minha idade já não se anda de caderno na mão, mas quando percebi o que aquele caderno poderia fazer, fiquei contente em poder usa-lo.*

Conclusão

Realizada uma análise cuidada dos resultados, podemos afirmar que a comunicação aumentativa poderá ter influência na diminuição dos níveis de ansiedade apresentados por doentes hospitalares com incapacidade comunicativa, após intervenção cirúrgica devido a patologia leve. Como referimos, inicialmente, este tipo de comunicação alternativa está muito associada a patologias neurológicas degenerativas graves como é o caso da doença de Parkinson, Huntington, esclerose, miastenia entre outras. No entanto, os valores analisados corroboram, expressivamente para uma implementação necessária da comunicação aumentativa em contexto hospitalar ou para qualquer situação, em que o paciente esteja privado de comunicar.

Os níveis excessivos de ansiedade potenciaram na nossa amostra manifestações públicas das suas emoções, assim como nos foi possível verificar, identificando três categorias psicológicas (insegurança, medo e esperança) que refletiram, qualitativamente a carga emocional dos participantes. Estas manifestações públicas parecem ganhar maior magnitude em contexto hospitalar, promovendo negativamente o processo relacional do doente, a sua consciência perceptiva da condição clínica e por vezes, a inadaptação a terapêuticas não farmacológicas.

Ainda que o objetivo deste trabalho fosse o de avaliar a utilidade da comunicação aumentativa em situação pós-cirúrgica, nas condições que referimos, parece evidente a possibilidade e o benefício de alargar este tipo de comunicação aos outros sectores hospitalares. Este método não implica alterações estruturais, apenas alguns livros de comunicação aumentativa adaptados às categorias mais usuais. No caso hospitalar, seriam importantes categorias tais como: consultas externas, tratamento em

enfermaria, internamento cirúrgico, serviço de urgências ou até mesmo, para acompanhamento específico.

O serviço de urgências será certamente um dos serviços com maior necessidade de uma boa comunicação médico/doente, um fator crucial tanto para o bom encaminhamento do doente, como para evitar o desperdício de meios. Até porque, devido à falta de condições humanas e físicas em que se encontram na maioria das instituições públicas de saúde do nosso país, estes espaços tendem a estar sobrelotados de doentes, que muitas vezes têm dificuldades em comunicar.

Lamentavelmente, a aplicação do sistema de comunicação aumentativa em contexto hospitalar ainda depende muito da boa vontade dos profissionais de saúde ou da necessidade de campanhas informativas sobre este método, para reforçar a sua utilidade e motivar a sua utilização. Um sistema que no âmbito geral é simples de utilizar e de fácil aquisição e adaptação.

Do ponto de vista da investigação, a comunicação aumentativa continua a crescer em alguns países europeus, este meio de comunicação alternativo tem permitido estabelecer relação com alguns doentes que de outra forma não teriam como interagir, permitindo a análise qualitativa e quantitativa do estado clínico dos mesmos.

Finalmente, pretendemos que este trabalho possa motivar outros investigadores a utilizarem a comunicação aumentativa como ferramenta metodológica em estudos onde a amostra esteja incapacitada de comunicar de forma natural, de motivar a comunidade científica e às instituições de saúde pública ou privadas em geral, de que a comunicação aumentativa pode ter um impacto deveras positivo nos conceitos de comunicação não natural.

Referências Bibliográficas

American Speech-Language-Hearing Association. (1989). Competencies for speech-language pathologists providing services in augmentative communication. *ASHA*, 31, 7-10.

- Allen, C. M. C. (1993). Conscious but paralyzed: Releasing the locked-in. *The Lancet*, 142, 130-131.
- Ball, L., Beukelman, D., & Pattee, G. (2004). Augmentative and alternative communication acceptance by persons with amyotrophic lateral sclerosis. *Augmentative and Alternative Communication*, 20, 113-123.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beukelman, D. R., & Ball, L. J. (2002). Improving AAC use for persons with acquired neurogenic disorders: Understanding human and engineering factors. *Assistive Technology*, 14, 33-44.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for Adults with Acquired Neurological Conditions: A Review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230-242.
- Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Chun, R. Y. S. (2003). Comunicação suplementar e/ou alternativa: Favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. *Pró-Fono*, 15(1), 55-64.
- Cook, A. M., & Hussey, S. M. (1995). *Assistive technologies: Principles and practice*. Saint Louis, MO: Mosby.
- Fager, S., Hux, K., Beukelman, D., & Karantounis, R. (2006). Augmentative and alternative communication use and acceptance by adults with traumatic brain injury. *Augmentative and Alternative Communication*, 22, 37 – 47.
- Garcia, L. F. B. (2003). *Concepção, implementação e teste de um sistema de apoio à comunicação aumentativa e alternativa para o português europeu*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa Instituto Superior Técnico
- Gil, R. (2004). *Manual de Neuropsicologia*. Barcelona: Masson.
- Ladtkow, M., & Culp, D. (1992). Augmentative communication with the traumatically brain injured population. In K. Yorkston (Ed.), *Augmentative communication in the medical setting* (pp. 139-243). San Antonio, TX: Pro-ed.
- Lasker, J., & Beukelman, D. R. (1999). Peers perceptions of storytelling by an adult with aphasia. *Aphasiology*, 13, 857-869.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Mathy, P., Yorkston, K., & Gutmann (2000). AAC for individuals with amyotrophic lateral sclerosis. In D. Beukelman, K. Yorkston, & J. Reichle (Eds), *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders* (pp. 183-232). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Oliveira, E. A. (2006). *Delimitando o conceito de stress*. Campinas: Faculdade Comunitária de Santa Bárbara.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Sevcik, R. A., & Ronski, M. A. (1997). *Breaking the speech barrier: Language development through augmented means*. Baltimore: Paul H. Brookes.

