

O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar?

The meaning of communication for the patient in Intensive Care Units:
how can the Speech and Hearing Pathologist help?

El significado de la comunicación para el paciente en Unidades de Cuidado Intensivo:
¿cómo puede el fonoaudiólogo ayudar?

*Maria de Jesus Gonçalves**

RESUMO: Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) encontram-se diariamente pessoas, submetidas a diversos tipos de intervenção, sem possibilidade de comunicação pela fala e nem sempre existe no hospital ou na UTI a presença de um fonoaudiólogo destinado a trabalhar os problemas de comunicação. A comunicação é um elemento essencial à vida humana e como tal, nos momentos de maior fragilidade como no caso de uma internação na UTI, ela pode contribuir de forma significativa para o para o bem-estar geral do paciente. Este trabalho discute o a importância da comunicação para o paciente internado em UTI. Nessas situações, a opção pela utilização da Comunicação Alternativa e Suplementar (CAS) faz a diferença entre a comunicação e a não comunicação. A Comunicação Alternativa consiste de um grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas usadas pelos usuários para realizar sua comunicação. Seu objetivo primordial é a facilitação da participação desses usuários em vários contextos comunicativos, permitindo a sua inserção social. A intervenção do fonoaudiólogo evita situações de frustração para o paciente, para a família e para a equipe. Há um ganho significativo para a equipe e para a família com a compreensão do que ocorre em termos da comunicação e conseqüente diminuição de ansiedade e *stress*. É a comunicação que garante ao paciente a expressão de suas necessidades, suas idéias e, principalmente, seus sentimentos, suas dores e suas vontades. É desta forma que se pode garantir a sua autonomia diante dos fatos da sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de terapia intensiva. Comunicação alternativa e suplementar. Fonoaudiologia.

ABSTRACT: In Intensive Care Units (ICU) we find every day people submitted to different interventions with no condition for communicating using speech. Usually there is not a speech and hearing pathologist in the hospital or in the ICU to work with communication disorders. Communication is essential for human life especially when people are fragile for example with a disease in a hospital or in a ICU. The aim of this work is to discuss how communication is important for patients in ICUs. In these situations, Augmentative and Alternative Communication (AAC) can be used and it will make the difference between to communicate or not. Augmentative and Alternative Communication consists on an integrated group of components, including symbols, strategies and techniques for users to communicate. The main objective is to facilitate the participation of these users in several communicative contexts, allowing for their social insertion. The intervention of a speech and hearing pathologist can prevent situations of frustration for patients, their families and the caring team. It helps a lot the team and the family understanding what is happening with the patient's communication and it will consequently reduce anxiety and stress. It is communication that guarantees patients the expression of their necessities, ideas and mainly their feelings, pains and wants. By communicating they have their autonomy over the facts of life assured.

KEYWORDS: Intensive care units. Augmentative and alternative communication. Speech and hearing pathology.

RESUMEN: En las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) encontramos todos los días a la gente sometida a diversas intervenciones sin condiciones de se comunicar a través el habla, e ni siempre hay en el hospital o UCI un profesional de fonoaudiología para trabajar con desórdenes de la comunicación. La comunicación es un elemento esencial para la vida humana especialmente cuando la gente está frágil por ejemplo con una enfermedad en un hospital o en una UCI, puede contribuir significativamente para el bien estar general de los pacientes. Este trabajo desea discutir cómo la comunicación es importante para los pacientes en UCIs. En estas situaciones, se puede utilizar la Comunicación Aumentativa y Alternativa (AAC en inglés), que determina si el paciente va a comunicarse o no. La Comunicación Aumentativa y Alternativa consiste en un grupo integrado de componentes, incluyendo símbolos, estrategias y técnicas usadas para que los usuarios se comuniquen. El objetivo principal es facilitar la participación de estos usuarios en varios contextos comunicativos, teniendo en cuenta su inserción social. La intervención del fonoaudiólogo puede prevenir situaciones de frustración para los pacientes, sus familias y el equipo de cuidados. Contribuye mucho para el equipo y la comprensión de la familia cuando uno entiende lo que está pasando con la comunicación del paciente y eso reduce la ansiedad y la tensión. Es la comunicación que garantiza a pacientes la expresión de sus necesidades, de sus ideas y principalmente de sus sensaciones, dolores y deseos. Comunicándose, el paciente preserva su autonomía delante de los hechos de la vida.

PALABRAS LLAVE: Unidades de cuidado intensivo. Comunicación aumentativa y alternativa. Fonoaudiología.

* Fonoaudióloga Clínica. Doutora em Psicologia Experimental pela USP. Mestre em Linguística pela UNICAMP. Atua em terapia de Linguagem e Comunicação Alternativa.

“Acordei de manhã, e eu não era eu. Havia outra pessoa na minha cama. E tudo que eu tinha perdido era a minha cabeça... (Joseph, 1986)”

“Então você não pode falar, e isto é chato e frustrante e ninguém entende o quanto isto é realmente ruim. Se você pára, e pensa em todas as coisas que era capaz de fazer e agora não consegue mais fazer, você se sente um miserável... (Simpson, 1988)”

A experiência de pessoas que perdem repentinamente a capacidade de falar é devastadora. Os relatos acima, citados por Beukelman e Mirenda (1995), mostram as sensações de duas pessoas que perderam a fala após traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular encefálico, respectivamente. Estas são situações típicas em que freqüentemente podem ocorrer distúrbios de fala, da linguagem ou de ambas, limitando a capacidade comunicativa do paciente ou incapacitando a comunicação por meio da fala. Entretanto, além destes casos típicos, nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI podem ser encontradas diariamente milhares de pessoas submetidas aos mais diversos tipos de intervenção, nestas mesmas condições, sem possibilidade de comunicação pela fala. Esta constatação torna-se mais grave quando, na maioria dos casos, não há qualquer preocupação com o fato de existir comunicação ou não, já que nem sempre existe no hospital ou na UTI a presença de um fonoaudiólogo destinado a trabalhar os problemas de comunicação. E o que significa comunicação? A comunicação pode significar a diferença entre sentir-se uma pessoa ou um objeto. Como relata novamente o paciente Josef (1986), *“A fala é a coisa mais importante que nós temos. Ela nos torna uma pessoa e não uma coisa. Ninguém deveria jamais ter que se sentir uma coisa.”*

A comunicação é um elemento essencial à vida humana e, como tal, nos momentos de maior fragilidade, como no caso de uma internação hospitalar e em especial na UTI, ela pode contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do paciente. Este trabalho discute a importância da comunicação para o paciente internado em UTI.

A comunicação por meio da fala ocorre de forma natural, desde o seu desenvolvimento na infância até o uso pleno na idade adulta. Por isso, raramente se pensa na sua complexidade ou nas consequências da sua perda, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva.

Entretanto, tal possibilidade não é tão remota. Há muitas situações em que pode ocorrer a ausência da fala, por razões diversas. Nessas situações, a opção pela utilização da Comunicação Alternativa e Suplementar faz a diferença entre a comunicação e a não comunicação.

A Comunicação Alternativa e Suplementar – CAS é definida como uma área de atuação clínica que objetiva compensar (temporária ou permanentemente) dificuldades de indivíduos com distúrbios severos de expressão (i.e., prejuízos severos de fala, linguagem e escrita) (Asha, 1989, p.107, apud Beukelman, Mirenda, 1995). Assim, um sistema de Comunicação Alternativa deve consistir em um grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas usadas pelos usuários para realizar sua comunicação. Seu objetivo primordial é a facilitação da participação desses usuários em vários contextos comunicativos, permitindo a sua inserção social.

Tradicionalmente, os sistemas de CAS são empregados na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, doenças neurodegenerativas, acidentes vasculares encefálicos, traumatismo crânioencefálico, en-

tre outros, isto é pessoas que por algum motivo perderam a possibilidade de expressão por meio da fala. O processo de reabilitação com introdução de CAS é geralmente conduzido em situação de clínica; muitas vezes, depois de o potencial usuário se encontrar há muito tempo sem qualquer forma de comunicação. Em alguns destes casos, o uso de CAS poderá ser temporário, se a pessoa recuperar a fala, ou será permanente, quando a pessoa não tem possibilidade de recuperação da expressão verbal.

A Comunicação Alternativa e Suplementar pode ser de extrema ajuda em outras situações. Uma delas é aquela em que a pessoa está hospitalizada e impossibilitada de falar – ou pelo quadro clínico ou pelos procedimentos dos cuidados que lhe estão sendo prestados naquele momento.

Muitos pacientes entram no hospital com condições clínicas ou em tratamentos que resultam em incapacidade para se comunicar com a equipe médica, equipe de enfermagem e com a família. Estes pacientes, sendo a condição de não falante temporária ou permanente, muitas vezes sentem medo, tristeza e ansiedade no ambiente hospitalar. Tais sentimentos podem dificultar o processo de recuperação. Fornecer sistemas de CAS para pessoas que estão impossibilitadas de se comunicar é um aspecto muito importante no cuidado ao paciente já no ambiente da UTI. A incapacidade para a comunicação, não importa o quanto temporária, tem sido identificada como um dos aspectos mais frustrantes e estressantes das unidades de terapia intensiva (Dowden, Honsinger, Beukelman, 1986; Fitch, 1987; Fried-Oken, Howard, Stewart, 1991; Gries, Fernsler, 1988; Hafsteindóttir, 1996; Hudelson, 1997). O corpo de enfermagem e outros profissionais envolvidos relatam que enfrentam dificulda-

des que chegam a ser verdadeiros desafios: interpretar, por exemplo, as tentativas de comunicação dos pacientes na UTI. A incapacidade para a comunicação é frustrante não somente para o paciente e sua família, mas também para a equipe profissional, podendo afetar negativamente os cuidados médicos e de enfermagem (Appel-Hardin, 1984; Cronin, Carrizosa, 1984).

O *stress* e a ansiedade causados por incapacidade temporária para falar, além de atingir os pacientes, também atinge de forma impactante os familiares e cuidadores primários. Isto é evidenciado pela preocupação que muitos familiares demonstraram à equipe psicossocial da UTI do *Children's Hospital* de Boston (Costello, 2000). A equipe inclui: psicólogo, assistente social, especialista em infância, pastoral, fonoaudiólogo e enfermeiro.

Um estudo de Ashworth (1984) sugeriu que a comunicação dos enfermeiros com os pacientes está correlacionada com a capacidade do paciente de se comunicar e dar *feedback*. Entretanto, devido às suas outras responsabilidades, a equipe de enfermagem tem limitação quanto ao tempo que pode gastar tentando interpretar as tentativas de comunicação do paciente.

Além disso, muitos familiares, especialmente os pais, quando se trata de crianças, sentem-se muito dependentes da equipe médica e, em alguns casos, sentem-se incapazes de dar carinho e conforto aos seus filhos (Meyer, Snelling, Myren-Manbeck, 1998).

O trabalho de CAS com pacientes hospitalizados pode ocorrer de diferentes formas. Há diferentes contextos a considerar com o paciente hospitalizado. Um deles é o momento em que o paciente entra no hospital com algum quadro agudo e precisa receber cuidados médicos específicos.

Dependendo do estado geral do paciente, neste momento torna-se difícil trabalhar com algum sistema de CAS. A partir do momento em que o paciente se apresenta clinicamente estável, embora ainda precisando de cuidados, é possível iniciar algum tipo de reabilitação, introduzindo a comunicação por meio de um sistema de CAS, já que o período de internação destes pacientes pode variar de um dia a vários meses.

É necessário, porém, considerar as características de funcionamento da UTI. Num primeiro momento, geralmente os pacientes não estão disponíveis para o trabalho de CAS devido ao volume de exames, avaliações médicas e visitas dos familiares, o que cansa os pacientes. Uma pessoa em estado agudo, considerando os vários turnos de profissionais, tem muitos profissionais envolvidos no seu cuidado.

A natureza caótica do tratamento intensivo nos hospitais, a dificuldade de trabalhar com pessoas que não estão clinicamente estáveis e o curto espaço de tempo pelo qual os pacientes são admitidos no hospital torna o trabalho de CAS difícil para os profissionais. Apesar desse contexto, com dificuldades inerentes à situação do paciente, há um trabalho importante a se realizar em relação à comunicação do paciente hospitalizado que se encontra fragilizado – de um lado, por questões de saúde, e de outro, por aspectos emocionais.

Nesse contexto, o trabalho do fonoaudiólogo é avaliar, planejar a intervenção com CAS, discutir com os médicos o plano para a CAS, treinar a equipe profissional e a família sobre como usar o sistema de CAS, e monitorar o uso dessa estratégia enquanto o paciente permanece internado.

O objetivo principal deste trabalho é desenvolver uma forma de comunicação que seja fácil, inde-

pendente da assistência do interlocutor, ou de terceiros, e o mais próximo possível da comunicação natural. A chave para o sucesso do uso da CAS no contexto hospitalar é a simplicidade, pois técnicas que requeiram extenso aprendizado, tanto do usuário quanto do seu interlocutor, não são práticas e podem levar a situações frustrantes para ambos.

Soluções mais elaboradas, com uso de tecnologia ou técnicas que requeiram um aprendizado, podem ser usadas apenas com alguns pacientes, que apresentam condições para tal, ou em momento posterior, quando o uso de CAS se estende a um momento posterior, após a alta hospitalar, e é necessária a continuidade da intervenção com CAS no processo de reabilitação do paciente.

Dessa forma, o fonoaudiólogo deve dominar o conhecimento da área de CAS, os diferentes recursos que ela oferece e selecionar aqueles que melhor se adaptam às necessidades e ao ambiente em que o paciente se encontra.

Como já foi dito, os profissionais do hospital relatam que os familiares de pacientes hospitalizados e temporariamente impedidos de se comunicar experimentam níveis extremos de ansiedade, tanto pela sua própria dificuldade em se comunicar com o ente querido quanto pela dificuldade de comunicar suas necessidades médicas e pessoais de forma efetiva. Tradicionalmente, o suporte de comunicação para pacientes na UTI, que estão temporariamente incapazes de se comunicar, estão focados na avaliação e intervenção pós-cirúrgica ou pós-internação de emergência, realizada no leito. Estas intervenções incluem alfabetos e pranchas de figuras, ponteiros, mecanismos para detectar a direção do olhar, sistemas com gravação de voz digitalizada etc. (Dowden, Honsinger,

Beukelman, 1986; Fried-Oken et al, 1991, Mitsuda, Baarslag-Benson, Hazel, Therriault, 1992).

Entretanto, devido às características do contexto hospitalar, apesar da importância e do que representa para estes pacientes a possibilidade de comunicação, ainda que seja apenas por alguma resposta do tipo sim/não, também se discutiram as limitações do trabalho de CAS. O sucesso de tais intervenções pode ser comprometido por dificuldade do paciente para processar a informação efetivamente devido ao quadro clínico ou a efeitos de medicamentos; por redução de condições motoras ou sensoriais por tração secundária, edema, inserção de tubos; falta de uso, temporário, de óculos ou ajudas auditivas; mobilidade restrita temporariamente por sedação induzida; e outras intercorrências que podem ocorrer com o paciente hospitalizado.

Além disso, nas intervenções pós-cirúrgicas ou pós-internação, raramente permitem ao paciente participar ativamente na decisão de escolha e seleção de estratégias e técnicas de CAS. É problemática também, neste tipo de intervenção, a aprendizagem, pois os pacientes que estão doentes não processam a informação de forma eficiente e freqüentemente experimentam alto grau de *stress* emocional com a sensação de perda de controle (Belitz, 1983; Boeing, Mongera, 1989; Castillo, 1974; Connolly, Shekleton, 1991; Frace, 1982; Funk, 1989; Gaynard, Wolfer, Goldberger, Thompson, Return, Laidley, 1990; Gries, Fernsler, 1988; Honsinger, Yorkston, Dowden, 1987; Lawless, 1975; Menzel, 1994; Simmons, 1996, 1988 apud Costello, 2000). A dor e mudanças em aspectos motores e sensoriais, depressão, e o efeito de medicação reduzem a habilidade para processar informação nova. Os resultados podem incluir confusão, falta de compreensão,

erros de interpretação e aumentar o medo e a tensão (Stovsky, Rudy, Dragonette, 1988; Williams, 1992). Raiva, medo, ansiedade, insegurança e interferência no sono podem, também, interferir em como o novo aprendizado ocorre em condições de UTI (Menzel, 1994).

Entretanto, algumas pesquisas têm sugerido que a instrução pré-cirúrgica ou pré-internação adequada podem diminuir a intensidade de tais reações emocionais e permitir aos pacientes reagir mais prontamente às suas condições médicas. Por exemplo, um estudo sobre a relação entre o comportamento pré-cirúrgico de pais e crianças e a dor pós-cirúrgica mostrou que crianças com menores pontuações para dor tiveram informação mais relevante e significativa no período pré-cirúrgico do que crianças com pontuações mais altas para a dor.

Um número significativo de fatores sustentam o modelo de intervenção pré-cirúrgico ou pré-internação em CAS. Ele permite aos pacientes participar da seleção das estratégias e técnicas de CAS durante um período em que têm boas condições nas habilidades de processamento da informação em menos *stress* e condições ambientais menos incertas. Pode facilitar o domínio e a competência com estratégias de CAS previamente ao estar temporariamente impedido de se comunicar pela fala. Os pacientes estão mais ativos e capazes de participar do seu próprio cuidado e podem ter maior grau de controle pós-cirúrgicamente. A falta de controle tem sido identificada pelos pacientes como um dos aspectos de maior *stress* nas experiências em UTI (Belitz, 1983; Borsig, Steinacker, 1982; Boeing, Mongera, 1989; Castillo, 1974; Connolly, Shekleton, 1991; Frace, 1982, apud Costello, 2000).

O *Children's Hospital*, em Boston, tem um modelo único de intervenção em CAS que foi iniciado em 1994 (Costello, 2000). O objetivo era diminuir os problemas como os já mencionados vividos na UTI pelos pacientes familiares e equipe profissional, fornecendo-lhes instrumentos de comunicação efetivos e com vocabulários efetivos. O modelo inclui vários componentes: fornecer, no pré-operatório, a introdução a diferentes estratégias de comunicação alternativa e suplementar, tanto com ajuda quanto sem ajuda; selecionar vocabulário; fazer um "banco de fala" com mensagens selecionadas para uso em dispositivos de comunicação com *output* vocal após a cirurgia; introduzir estratégias de comunicação pré-planejadas para o momento pós-cirurgia; ensinar a família, os profissionais e o paciente a usar estratégias de comunicação conforme necessário; conduzir entrevistas com o paciente e/ou sua família se possível.

Os pacientes são indicados para o serviço de fonoaudiologia para a instrução pré-cirúrgica pelas várias equipes de especialidades, como por exemplo, cirurgia crânio-facial, cirurgia plástica, traqueostomia, equipes de transplantes, otorrinolaringologia, neurologia, terapia respiratória, psicologia, psiquiatria, serviço social, equipe de enfermagem da UTI, enfermagem da clínica pré-cirúrgica. Desde 1994, mais de 100 pacientes variando de 2 anos e 8 meses a 44 anos de idade participaram deste trabalho.

Durante a instrução pré-cirúrgica, o paciente é apresentado a uma variedade de técnicas de CAS, pois muitas vezes uma única técnica não é suficiente para atender a todas as necessidades do paciente durante todas as fases da recuperação pós-cirúrgica (Dowden et al, 1986; Fried-Oken et al, 1991). O tempo de instrução pré-cirúrgica

24 horas a vários meses. Porém, se o paciente já foi internado, realiza-se o trabalho junto ao leito. Sempre os pacientes optam sobre a participação ou não da família na instrução pré-cirúrgica. Todas as reuniões de instrução pré-cirúrgica começam com uma entrevista para determinar a compreensão geral que o paciente tem do plano do procedimento a que será submetido e que resultará em perda temporária da fala.

Os pacientes que já passaram pela situação de perda temporária da fala em UTI geralmente relatam claramente suas frustrações, ansiedades e desejos em relação ao suporte de comunicação. Após a discussão sobre as expectativas, os pacientes são brevemente introduzidos a uma variedade de ajudas de comunicação disponíveis para uso na UTI. O trabalho, portanto, é realizado de forma a preparar previamente o paciente para a situação que ele vivenciará. Isto tem comprovadamente diminuído o impacto que a perda de comunicação causa no paciente hospitalizado em termos psíquicos e estado de saúde, refletindo-se inclusive sobre a sua recuperação. Um outro aspecto importante é o impacto sobre os familiares; freqüentemente levantam preocupações com os membros da

equipe e incluem: medo com relação à doença crítica e sua incapacidade para comunicar necessidades básicas de conforto e cuidado pessoal; no caso de crianças, de que elas possam se sentir abandonadas e não terem um meio de chamar por seus pais; preocupação com a perda temporária da personalidade da criança; sentimento de frustração devido à sua incapacidade para preparar a criança para a cirurgia e cuidados pós-cirúrgicos no ambiente hospitalar. Por isso, a prevenção da quebra de comunicação nos pacientes de UTI é considerado um tópico de pesquisa prioritário (Funk, 1989; Lewandowski, Kotsitsky, 1983; Lindquist et al, 1993; Provine, 1995; Raines, 1993; Spencer, 1985; Stovsky et al, 1988).

Para concluir, ainda que o paciente esteja instável, sem condição de resposta, o papel do fonoaudiólogo é central no trabalho da equipe profissional da UTI. Em muitos momentos, sua atuação pode ser restrita à orientação da equipe e da família em relação às capacidades de comunicação do paciente e à melhor forma de estabelecer contato com ele.

Mesmo nesta situação, conforme relata a literatura descrita neste trabalho, há um ganho significativo para a equipe e para a família com

a compreensão do que ocorre em termos da comunicação e, conseqüente, diminuição de ansiedade e *stress*. A intervenção do fonoaudiólogo evita situações de frustração para o paciente, para a família e para a equipe.

É a comunicação que garante ao paciente a expressão de suas necessidades, suas idéias e, principalmente, seus sentimentos, suas dores e suas vontades. É desta forma que se pode garantir a sua autonomia diante dos fatos da sua vida. Como afirma Duran (2003):

“[...] A autonomia no sentido ético é em primeiro lugar a capacidade de decidir [...] O sentido da autonomia é a liberdade de decidir de modo responsável [...] A responsabilidade de refletir sobre as exigências “objetivas” do respeito e da promoção da dignidade humana em mim e em cada ser [...] a responsabilidade de escolher uma ação que segue o sentido do respeito a cada ser humano e a todo ser humano [...]”

“[...] Respeitar a autonomia de outrem não é apenas recorrer à autodeterminação, mas ajudar essa pessoa a ir ao limite de si mesma, ajudá-la a descobrir e a escolher o que está de acordo com a dignidade humana.”

REFERÊNCIAS

- Belitz J. Minimizing the psychological complications of patients who require mechanical ventilation. *Critical Care Nurse* 1983;may/jun:42-6.
- Boeing M, Mongera C. Powerlessness in critical care patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1989;8:274-9.
- Beukelman DR, Mirenda P. *Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication in Children and Adults*. Baltimore: Paul Brooks Publishing Co;1995
- Castillo A. How it feels to be a ventilator patient. *Respiratory Care* 1974;19:289-93.
- Connolly M, Shekleton M. Communicating with ventilator dependent patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1991;10:115-22.
- Dowden P, Honsinger M, Beukelman D. Serving nonspeaking patients in acute care settings: An intervention approach. *Augmentative and Alternative Communication* 1986;2:25-32.
- Duran G. *Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola; 2003.

- Fitch M. Patient perceptions: being unable to speak on a ventilator. RRT 1987; 23:21-3.
- Frace R. Mechanical ventilation: the patient's viewpoint. Today's O. R. Nurse 1982;4:16-21.
- Fried-Oken M, Howard JM, Stewart SR. Feedback on AAC intervention from adults who are temporarily unable to speak. Augmentative and Alternative Communication 1991;7:43-50.
- Funk M. Research priorities in critical care nursing. Focus on Critical Care 1989;16:135-8.
- Gries M, Fernsler J. Patient perception of the mechanical ventilation experience. Focus on Critical Care 1988;15:52-9.
- Hafsteindóttir T. Patient's experience of communication during the respirator treatment period. Intensive and Critical Care Nursing 1996;12:21-272.
- Honsinger M, Yorkston K, Dowden P. Communication Options for intubated patients. Respiratory Management 1987;45-52.
- Hudelson E. Mechanical ventilation from the patient's point of view. Respiratory Care 1997;22:654-6.
- Lewandowski L, Kositsky A. Research priorities for critical care nursing: a study by the American Association of Critical Care Nurses. Heart and Lung 1983;12:35-44.
- Menzel L. Need for communication related research in mechanically ventilated patients. American Journal of Critical Care 1994;3:165-7.
- Mitsuda PM, Baarslag-Benson R, Hazel K, Therriault TM. Augmentative communication in intensive care unit settings. In: Yorkston KM (ed.). Augmentative communication in the medical setting. Tucson, AZ: Communication Skill Builders;1992. p.5-56.
- Simmons B. What do you think? SciNursing 1996;13:82-3.
- Stovsky B, Rudy E, Dragonette P. Comparison of two types of communication methods used after cardiac surgery with patients with endotracheal tubes. Heart and Lung 1988;17:281-9.
- Williams M. An algorithm for selecting a communication technique with intubated patients. Dimensions of Critical Care Nursing 1992;11:222-9.
-

Recebido em 13 de junho de 2007
Versão atualizada em 18 de julho de 2007
Aprovado em 10 de agosto de 2007