

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GUIA DE COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA

CONSULTA PÚBLICA

Capítulo 1 - Apresentação

A comunicação constitui uma dimensão fundamental da vida humana, estando diretamente relacionada à possibilidade de expressar desejos, necessidades, sentimentos, opiniões e escolhas, estabelecer relações, acessar informações, participar da vida em sociedade e exercer direitos. No campo da saúde, comunicar-se é também uma condição para o acesso qualificado aos serviços, para a compreensão das informações em saúde, para a tomada de decisões e para a participação ativa da pessoa no próprio cuidado. Dessa forma, assegurar condições para que todas as pessoas possam se comunicar, utilizando diferentes formas, modalidades, recursos e estratégias, constitui compromisso fundamental com a integralidade, a equidade e a humanização da atenção à saúde.

É nesse contexto que se insere a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), compreendida como um campo de conhecimento e de prática que reúne recursos, símbolos, técnicas, estratégias e tecnologias assistivas destinadas a ampliar, suplementar ou compensar dificuldades de comunicação, de forma temporária ou permanente. Sua finalidade ultrapassa a disponibilização de dispositivos ou sistemas de comunicação, envolvendo a criação de condições para que as pessoas possam se expressar, compreender, interagir e participar ativamente nos diferentes contextos de suas vidas.

Este documento apresenta fundamentos, orientações e possibilidades para a implementação da CAA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a comunicação como direito humano fundamental e como componente estruturante do cuidado. Parte-se do reconhecimento de que as necessidades comunicacionais são diversas e podem estar presentes em diferentes condições de saúde, faixas etárias e contextos de vida, não sendo restritas a uma condição clínica ou a um determinado perfil de usuário. Assim, as ações de CAA devem ser planejadas de maneira individualizada, centradas na pessoa e articuladas às suas necessidades, potencialidades, preferências e contextos de participação.

Institucionalmente, este documento está ancorado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), marco fundamental para a organização da atenção à saúde das pessoas com deficiência no SUS e para o fortalecimento de uma perspectiva de cuidado biopsicossocial, orientada para a funcionalidade e a participação social. Nesse sentido, a PNAISPD constitui referência essencial para reconhecer e incorporar a comunicação como dimensão indissociável do cuidado e para orientar a construção de

respostas capazes de enfrentar as barreiras que limitam o acesso, a participação e o exercício da cidadania das pessoas com deficiência.

A partir dessa perspectiva, discutir e implementar o direito à comunicação no SUS significa reconhecer que a acessibilidade comunicacional não deve estar restrita aos serviços especializados ou a momentos específicos de reabilitação. Ela deve estar presente nos diferentes equipamentos, ações e estratégias do sistema de saúde, acompanhando a pessoa nos distintos pontos da Rede de Atenção à Saúde e nos diferentes momentos de sua trajetória de cuidado. A comunicação deve, portanto, ser considerada na Atenção Primária à Saúde, nos serviços especializados de reabilitação, nos ambientes hospitalares, na atenção domiciliar e nos demais espaços nos quais se desenvolvem ações de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação.

Essa compreensão também implica superar uma visão da CAA centrada exclusivamente na prescrição de recursos. A efetivação do direito à comunicação depende de uma rede de cuidados capaz de articular recursos de Tecnologia Assistiva, práticas profissionais qualificadas, ambientes acessíveis e parceiros de comunicação preparados para favorecer a participação da pessoa. No SUS, essa perspectiva demanda a integração entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, bem como a articulação interprofissional e intersetorial com a educação, a assistência social, a família e outros espaços de convivência. O próprio documento reconhece que a efetividade da CAA depende de processos de cuidado contínuos, interdisciplinares e centrados na pessoa e em sua família.

A perspectiva adotada neste documento está igualmente alinhada ao modelo biopsicossocial da deficiência, que compreende a funcionalidade como resultado da interação entre condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais. Nessa abordagem, as dificuldades de comunicação não podem ser analisadas exclusivamente a partir das características individuais da pessoa. Barreiras existentes nos ambientes, nas atitudes, nos serviços e nas formas de organização do cuidado podem restringir significativamente a comunicação e a participação social, enquanto recursos de Tecnologia Assistiva, estratégias de acessibilidade e apoio dos parceiros de comunicação podem atuar como importantes facilitadores.

Assim, a implementação da CAA deve estar integrada aos processos de cuidado e de organização da rede, contribuindo para que a pessoa possa utilizar seus recursos de

comunicação nos ambientes em que vive, estuda, trabalha, convive e utiliza os serviços de saúde. A comunicação não deve ser compreendida como uma atividade restrita ao espaço terapêutico, mas como uma ferramenta para participação social, autonomia, tomada de decisão e exercício da cidadania.

Este documento foi elaborado com o propósito de oferecer subsídios técnicos para gestores, profissionais de saúde, pessoas com deficiência, familiares, cuidadores e demais parceiros de comunicação envolvidos na construção de práticas acessíveis e inclusivas. Ao reunir fundamentos conceituais, evidências científicas, orientações para avaliação e implementação, estratégias de articulação interprofissional e intersetorial e experiências de boas práticas, busca-se contribuir para a qualificação das ações de CAA e para sua incorporação de maneira mais estruturada no SUS.

A organização do documento parte dos fundamentos da CAA e do reconhecimento da comunicação como direito humano, avançando para aspectos relacionados às práticas clínicas, educativas e tecnológicas, à organização do cuidado, à intersetorialidade, à educação permanente, à governança e à institucionalização da CAA no SUS. Também são apresentadas boas práticas e experiências que podem contribuir para inspirar a organização de ações nos diferentes territórios e contextos de atenção à saúde.

Mais do que orientar a utilização de recursos ou sistemas específicos, este documento pretende fortalecer uma mudança de perspectiva: da comunicação como habilidade individual para a comunicação como direito; do recurso isolado para o cuidado em rede; e da intervenção centrada na deficiência para uma abordagem centrada na pessoa, em sua funcionalidade, autonomia e participação social.

A consolidação da CAA no SUS exige, portanto, compromisso institucional e atuação articulada entre gestão, serviços, profissionais, usuários, famílias e comunidade. Sua incorporação aos processos de planejamento, gestão e organização das Redes de Atenção à Saúde é fundamental para que as iniciativas não permaneçam restritas a experiências isoladas, mas se constituam como parte permanente das estratégias de acessibilidade, integralidade e garantia de direitos.

Nesse sentido, este documento reafirma o compromisso do SUS com a garantia do direito à comunicação e com a construção de uma atenção à saúde que reconheça a diversidade das formas de comunicação humana. Promover acessibilidade comunicacional significa criar

condições para que cada pessoa possa ser ouvida, compreendida, participar das decisões sobre sua própria vida e exercer plenamente sua cidadania. A CAA, inserida nessa perspectiva, constitui uma importante estratégia para a efetivação da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência e para o fortalecimento de um SUS cada vez mais acessível, inclusivo e comprometido com os direitos humanos.

Capítulo 2 - Fundamentos da Comunicação Aumentativa e Alternativa

Introdução

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) constitui um campo de conhecimento, de prática clínica e educacional constituído por recursos, estratégias, técnicas e tecnologia assistiva, voltado à garantia do direito humano à comunicação, sendo essencial para a inclusão social e promoção da acessibilidade comunicacional de pessoas nos diferentes contextos e ciclos de vida.

De acordo com a legislação brasileira:

Pessoas que necessitam de CAA são aquelas que apresentam dificuldades significativas para compreender ou expressar mensagens por meios convencionais de comunicação (fala, gestos, escrita), demandando recursos e estratégias alternativas ou aumentativas para viabilizar a interação social, o acesso à informação e a participação nas atividades da vida cotidiana (Brasil, 2025).

Para diagramação: Colocar em Formato de balão - O termo “pessoas com necessidades complexas de comunicação” foi evitado ao longo desta cartilha e optou-se pela expressão "pessoas que necessitam da CAA" uma vez que a CAA não se destina apenas a casos complexos.

Nesse contexto, o campo da CAA tem se aprimorado progressivamente e, dentre os fatores que impulsionaram esse avanço, destacam-se: o reconhecimento das potencialidades das pessoas que necessitam da CAA, a especialização das profissões envolvidas na área, os avanços tecnológicos, os movimentos em defesa dos direitos das pessoas com deficiência, a

equiparação de oportunidades e, paralelamente, as mudanças de paradigmas relacionados à participação, inclusão social, acessibilidade e enfrentamento do capacitismo.

Historicamente, a CAA tem suas primeiras experiências registradas nas décadas de 1950 e 1970, sendo que ganharam maior abrangência com os equipamentos de alta tecnologia portátil (Zangari, 1994), inicialmente direcionados a pessoas com deficiências físicas e intelectuais graves que, até então, eram consideradas “incapazes” de se comunicar (Light; McNaughton, 2014). No Brasil, um importante marco ocorreu em 1987, quando a Associação Quero-Quero de Reabilitação Motora e Educação Especial, em São Paulo, iniciou um trabalho inovador com o uso do sistema Bliss de comunicação para crianças e jovens com paralisia cerebral, e conseqüentemente, com deficiência neuromotora. Essa experiência transformadora passou a ganhar reconhecimento tanto em instituições privadas quanto em universidades, contribuindo para o desenvolvimento da área no país.

A área da CAA ampliou significativamente suas possibilidades de atuação: incorporou diferentes recursos e sistemas pictográficos de comunicação, tanto de baixa quanto de alta tecnologia. O fortalecimento do trabalho interdisciplinar entre profissionais da saúde, educação, engenharia e tecnologia da informação na área, ampliou o desenvolvimento de dispositivos, *softwares* e outras soluções tecnológicas voltadas à promoção da acessibilidade comunicacional e da autonomia de pessoas que necessitam da CAA. Paralelamente, observou-se maior inserção da CAA nas escolas, o que facilitou os processos de alfabetização e aprendizagem.

Diante desse cenário, profissionais brasileiros passaram a buscar maior aproximação com os avanços internacionais da área, por meio da participação em conferências, cursos e intercâmbios científicos. Como consequência, surgiram grupos de estudo e pesquisa, inserção da CAA nas disciplinas dos cursos de graduação e pós-graduação brasileiros, nos cursos de formação continuada e espaços coletivos de discussão científica e política, como a Associação dos Membros Brasileiros da *International Society for Augmentative and Alternative Communication* (ISAAC-Brasil) e a Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial (ABPEE).

Ainda no cenário nacional, na área da fonoaudiologia, o reconhecimento científico da CAA consolidou-se em 2006, com a criação do Comitê de Comunicação Aumentativa e

Alternativa, no Departamento de Linguagem da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (Deliberato; Ferreira-Donati; Montenegro, 2023).

Outro avanço relevante ocorreu em 2009, quando o Congresso Nacional ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2007), por meio do Decreto 6949/2009 que confere à presente Convenção status de emenda constitucional. Com isso, o Brasil passou a ter em seu plano jurídico diretrizes, fundamentadas na referida Convenção, para assegurar e promover a equiparação de oportunidades e, anos depois, a garantia de direitos foi concretizada com a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Em ambos os documentos, a CAA é reconhecida como parte fundamental do direito à comunicação, assumindo papel central na promoção, proteção e garantia do exercício pleno e equitativo dos direitos humanos.

Embora a temática venha sendo progressivamente incorporada às discussões das políticas públicas, de tecnologia assistiva, inclusão e participação social, ainda persistem importantes lacunas formativas e estruturais que impactam o acesso equitativo aos recursos de CAA, especialmente em territórios nacionais com menor oferta de serviços especializados.

No contexto brasileiro, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social, entende-se a comunicação como a dimensão constitutiva do cuidado em saúde. Considerando as especificidades das pessoas que necessitam da CAA, o direito à saúde está intrinsecamente relacionado ao direito à comunicação, o que implica garantir acesso a sistemas de CAA, formação profissional qualificada, organização de fluxos assistenciais e articulação intersetorial entre saúde, educação e assistência social. A CAA insere-se, portanto, em uma perspectiva ampliada de cuidado, fundamentada na atuação interdisciplinar e em rede, presente nos diferentes níveis de atenção do SUS, desde a Atenção Primária à Saúde até os serviços especializados de reabilitação.

Diante desse panorama, este capítulo tem como objetivo apresentar os fundamentos conceituais da CAA e as evidências científicas que sustentam sua utilização. Serão abordados os conceitos centrais da área, as principais condições clínicas associadas ao uso da CAA e os mitos que ainda permeiam sua adoção. Em seguida, será discutida a comunicação como um direito humano fundamental e, por fim, a tecnologia assistiva relacionada à CAA e sua inserção nas normativas e políticas públicas do SUS. Busca-se, assim, oferecer subsídios para qualificar

a atuação profissional e fortalecer a consolidação da CAA como direito humano e estruturante da prática do cuidado em saúde.

2.1. Aspectos conceituais, evidências científicas e benefícios da CAA

Os avanços no campo da CAA foram marcados pela transição de um modelo prioritariamente biomédico para um modelo social, funcional e centrado na participação, o que se consolidou com a criação da *International Society for Augmentative and Alternative Communication* (ISAAC), em 1983. No Brasil, diversas expressões em português foram utilizadas para designar a expressão *Augmentative and Alternative Communication* (AAC), tais como Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA), Comunicação Alternativa e Ampliada e Comunicação Alternativa (Chun, 2009; Nunes 2007). Após estudos e fóruns de discussão, em 2024, a ISAAC Brasil recomenda o uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), visando proximidade com a sigla original em inglês, tendo em vista uniformidade terminológica nas publicações nacionais e internacionais.

Em consonância com a literatura da área no Brasil e no mundo, pode-se definir a CAA como campo da tecnologia assistiva (TA), que se caracteriza como um conjunto integrado de recursos, símbolos, técnicas e estratégias voltados à ampliação, suplementação ou compensação das dificuldades comunicativas, de forma temporária ou permanente, possibilitando a expressão de desejos, necessidades, sentimentos, opiniões e participação ativa nas interações sociais e nas atividades de vida diária (ASHA, 2026; Nunes; Walter, 2018).

A CAA pode ser subdividida em sistemas não assistidos e sistemas assistidos. Os sistemas não assistidos dependem exclusivamente do corpo do usuário, e incluem gestos, sinais manuais, expressões faciais e movimentos corporais. Já os sistemas assistidos envolvem o uso de recursos externos, que podem variar desde aqueles de baixa tecnologia (Figura 1), como pranchas de comunicação com símbolos pictográficos, até dispositivos de alta tecnologia (Figura 2) com saída de voz sintetizada, tema que será aprofundado no Capítulo 3.



Figura 1. Recurso de baixa tecnologia, imagem elaborada com auxílio de IA.



Figura 2. Recurso de alta tecnologia, imagem elaborada com auxílio de IA.

Os símbolos utilizados nos sistemas de CAA podem ser gestuais, dêiticos e convencionais (com forma e significados definidos culturalmente), ou gráficos, que incluem fotografias, imagens, pictogramas, palavras escritas e recursos visuais diversos. Esses símbolos gráficos são organizados em bibliotecas amplamente utilizadas na prática clínica, como o ARASAAC (<https://arasaac.org>), portal público e gratuito financiado pelo Governo de Aragão, na Espanha.



Figuras 3 e 4. Recurso com Pictogramas da biblioteca de símbolos do ARASAAC

As técnicas de seleção referem-se à forma como o usuário acessa os sistemas e símbolos. A seleção pode ser **direta**, quando a pessoa aponta, toca, manipula símbolos, utiliza ponteiros ou direciona o olhar para o item desejado (Figura xx); ou **indireta**, como nos sistemas de varredura, frequentemente indicados para pessoas com limitações motoras, nos quais a escolha é realizada por meio de respostas voluntárias, como piscar os olhos, emitir sons ou realizar pequenos movimentos corporais (Montenegro et al., 2023; ASHA, 2026)



Figura 5. Exemplo de acesso via fixação ocular

Além dos recursos e técnicas de seleção, a efetividade da CAA depende diretamente das estratégias utilizadas nos contextos de interação. Essas estratégias envolvem a organização do ambiente, as atividades propostas, a mediação do parceiro de comunicação e as adaptações necessárias para favorecer a compreensão, a expressão e a participação comunicativa do indivíduo nos diferentes contextos sociais (Montenegro et al., 2023; ASHA, 2026). Os parceiros de comunicação desempenham papel fundamental na criação de oportunidades comunicativas, na modelagem do uso dos sistemas de CAA e no apoio à participação da pessoa que necessita da CAA em contextos naturais (Light & McNaughton, 2014; Kent-Walsh & McNaughton, 2005).

Para diagramação, colocar em um balão: “Parceiros de Comunicação são todos os indivíduos com quem a pessoa que usa a CAA se relaciona socialmente.”



Figura 6. Parceiros de comunicação

A CAA tem como objetivo central promover o desempenho linguístico, isto é, a capacidade de se comunicar nos diferentes contextos de vida e favorecer a independência

comunicativa das pessoas que necessitam da CAA, de modo a ampliar suas possibilidades de participação social de maneira mais significativa, funcional, estratégica e autônoma.

Embora frequentemente associada ao Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e à Paralisia Cerebral, a CAA beneficia pessoas com diferentes condições clínicas ao longo do ciclo de vida (Beukelman, 2020; Ganz et al., 2017). Estudos evidenciam os benefícios da CAA em populações adultas, além das crianças e adolescentes. Pessoas com afasia após Acidente Vascular Cerebral (AVC), submetidas a intervenções que associaram a CAA na terapia de linguagem apresentaram melhores resultados relacionados à comunicação funcional e à expressão de necessidades básicas quando comparadas àquelas submetidas exclusivamente à terapia tradicional da fala (Huang; Yan; Chen, 2024). Benefícios semelhantes também têm sido descritos em quadros crônicos de AVC, resultados que reforçam o potencial da CAA como estratégia de suporte linguístico em diferentes contextos clínicos (Hough; Johnson, 2009).

As evidências científicas contemporâneas corroboram a eficácia da CAA na promoção de ganhos expressivos em múltiplos domínios do desenvolvimento e da funcionalidade comunicativa. Seus impactos ultrapassam os aspectos linguísticos, e alcançam dimensões relacionadas ao desenvolvimento cognitivo, emocional, educacional e social, promovendo interações, aprendizagem, ampliação da participação e maiores oportunidades de inclusão nos diferentes contextos em que essas pessoas que necessitam de CAA estão inseridas (Silva, 2024). Revisões sistemáticas e metanálises demonstram que a implementação precoce de sistemas robustos de CAA favorece o aumento das interações linguísticas, amplia as oportunidades de participação social e contribui para a redução de comportamentos desafiadores frequentemente associados à frustração comunicativa e à limitação do repertório expressivo (Iacono et al, 2016). Além disso, estudos indicam que suportes visuais e dispositivos com saída de voz oferecem apoio significativo ao processamento auditivo e à memória de trabalho, funcionando como modelos linguísticos estáveis que podem favorecer, inclusive, o desenvolvimento da fala em pessoas com potencial fonatório preservado (Ganz et al., 2017; Schlosser; Wendt, 2008).

Os benefícios da CAA também se estendem à inclusão social, à redução de barreiras de participação e aos processos de alfabetização. Ao oferecer meios multimodais de linguagem, a CAA amplia as possibilidades de interação e permite que a pessoa que necessita da CAA assuma papéis sociais mais ativos, reduzindo situações de isolamento e favorecendo melhor

qualidade de vida (Light e McNaughton, 2014; Walter e Almeida, 2010; Kollmar, Anja, et al., 2019).

A literatura aponta que o acesso à CAA favorece maior participação em contextos cotidianos, familiares, educacionais e comunitários, possibilitando que a pessoa expresse desejos, necessidades, opiniões, faça escolhas e comente eventos de forma mais autônoma e funcional. Além disso, a redução de barreiras comunicacionais contribui para a ampliação das interações sociais, o fortalecimento do pertencimento social e o maior engajamento em atividades significativas.

Revisões também destacam que sistemas de CAA, especialmente em contextos ecológicos e naturalísticos, podem favorecer processos de inclusão social e educacional, acessibilidade comunicacional e oportunidades reais de participação em diferentes ambientes. Dessa forma, a comunicação passa a ser compreendida não apenas como desempenho linguístico, mas como elemento fundamental para o exercício da participação social, autonomia comunicativa e qualidade de vida (Kollmar, Anja, et al., 2019).

2.2. Principais condições clínicas associadas ao uso da CAA

No âmbito internacional, estimativas indicam que entre 1% e 1,5% da população apresenta necessidade de uso e poderia se beneficiar da CAA. Beukelman e Light (2020) estimaram que aproximadamente 5 milhões de americanos e 97 milhões de pessoas no mundo podem se beneficiar da CAA (Beukelman; Light, 2020; ASHA, 2026).

Diferentemente de intervenções direcionadas a uma condição clínica específica, a CAA pode beneficiar indivíduos com diversos diagnósticos, como transtornos do neurodesenvolvimento, condições genéticas, doenças neurológicas adquiridas e outras situações que impactem a comunicação. A seguir, são apresentadas algumas das principais condições e situações associadas à necessidade de CAA.



Figura 7. Principais condições e situações associadas à necessidade de CAA (Beukelman; Light, 2020; ASHA, 2026), elaboração com auxílio da IA

Não existe um perfil único ou homogêneo de pessoas que utilizam CAA. Há uma grande variabilidade entre esses indivíduos quanto à faixa etária, contextos socioculturais, grupos étnicos e condições socioeconômicas, além de uma heterogeneidade de quadros e manifestações de fala e linguagem, motoras, cognitivas, interacionais e perceptuais. O elemento comum entre esses diferentes grupos populacionais é a necessidade de recursos e estratégias de apoio à comunicação, uma vez que a linguagem oral e/ou escrita não é suficiente, de forma temporária ou permanente, para atender plenamente às suas demandas linguísticas. Em alguns casos, a pessoa pode apresentar fala restrita, insuficiente para garantir uma comunicação eficaz nas várias situações. Nessas circunstâncias, a CAA desempenha papel fundamental ao ampliar as possibilidades de expressão, compreensão e participação social (Beukelman; Light, 2020).

2.3. Mitos relacionados ao uso da CAA

Apesar do avanço nas pesquisas sobre a CAA nas últimas décadas, a sua implementação ainda é permeada por crenças equivocadas que podem atrasar ou até impedir o acesso de

peças que necessitam da CAA às intervenções adequadas. O processo de avaliação, tomada de decisão e intervenção clínica, além do acesso universal aos serviços e aos sistemas de CAA, tem sido prejudicado pelos mitos e desconhecimento dos profissionais sobre o seu papel e importância. Esses mitos, frequentemente baseados em crenças ou suposições, não sustentados por evidências científicas, influenciam decisões profissionais e familiares, impactando negativamente o processo comunicativo e qualidade de vida dessas pessoas (Ronski; Sevcik, 2005; Cress; Marvin, 2003).

MITOS E EVIDÊNCIAS SOBRE A CAA

Ainda existem concepções equivocadas sobre a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). As evidências científicas disponíveis não sustentam esses mitos e reforçam uma abordagem baseada nas necessidades comunicativas de cada pessoa.



1 MITO A CAA deve ser utilizada apenas como último recurso.	O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM A CAA pode ser implementada de forma precoce e oportuna , em qualquer fase da vida. Seu uso pode favorecer habilidades comunicativas, linguísticas, cognitivas e sociais, além de ampliar a participação e a autonomia comunicativa .
2 MITO A CAA prejudica ou inibe o desenvolvimento da fala.	O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM Não há evidências de que a CAA prejudique a fala. Ao contrário, seu uso pode favorecer vocalizações, verbalizações e o desenvolvimento da linguagem oral , funcionando como suporte à comunicação.
3 MITO É necessário ter pré-requisitos cognitivos, motores, visuais ou linguísticos para utilizar a CAA.	O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM Não há evidências que sustentem a necessidade de pré-requisitos para o acesso à CAA. Recursos, estratégias e formas de acesso podem ser adaptados às características e necessidades de cada pessoa.
4 MITO Existe uma idade mínima para iniciar o uso da CAA.	O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM Não há idade mínima para introduzir a CAA. Pessoas de diferentes idades podem se beneficiar desses recursos, especialmente quando incorporados às interações e atividades cotidianas.
5 MITO A implementação deve começar pela baixa tecnologia, pois sistemas de alta tecnologia são difíceis de utilizar no contexto familiar.	O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM Recursos de baixa e alta tecnologia podem favorecer a comunicação funcional. Com orientação adequada, famílias podem incorporar sistemas de alta tecnologia às suas rotinas, ampliando as oportunidades de interação, participação e autonomia comunicativa .



A CAA não substitui a fala. Ela amplia possibilidades, promove participação e contribui para a qualidade de vida das pessoas.



Fonte: Elaborado com base nas evidências científicas disponíveis. Referências: Beukelman e Light, 2000; ASHA, 2006; Ronski et al., 2015; Schlosser e Wendt, 2008; Yoder e Stone, 2006.

Figura 8. Principais mitos relacionados à CAA, acompanhados de evidências científicas que os refutam (Ronski e Sevcik, 2005), elaborada com auxílio da IA.

Importa considerar que a superação dos mitos sobre a CAA, decorre de informações validadas cientificamente, sendo de suma importância para a garantia do direito à comunicação de todas as pessoas que necessitam da CAA, uma vez que a perpetuação dos mitos se configura como barreira à participação social e ao pleno exercício da cidadania.

2.4. Comunicação como direito humano fundamental

A comunicação é um direito humano fundamental, reconhecido em importantes normativas internacionais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, estabelece em seu Artigo XIX que toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão, incluindo a liberdade de buscar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras. Embora a compreensão de comunicação vigente à época fosse mais restrita do que a atual, esse documento já reconhecia a comunicação como um direito essencial à participação social e ao exercício da cidadania.

Com o avanço dos movimentos em defesa dos direitos humanos, da diversidade e da inclusão das pessoas com deficiência, a concepção de comunicação foi ampliada. Nesse contexto, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007) representou um importante marco ao reconhecer que a comunicação pode ocorrer por diferentes formas, modalidades e recursos, superando a perspectiva centrada exclusivamente na linguagem oral.

A Convenção adota uma definição abrangente de comunicação, contemplando as línguas faladas e de sinais, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia acessíveis, a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos, os meios de voz digitalizada, bem como os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e comunicação acessíveis (ONU, 2007).



Figura 9. Definição abrangente da comunicação - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007), elaborada com auxílio da IA

Nessa perspectiva, a CAA passa a ser reconhecida como um instrumento fundamental para garantir o direito à comunicação, à participação social, à autonomia e à inclusão das pessoas com deficiência (ONU, 2007).

No âmbito internacional, outro documento de destaque é o *Communication Bill of Rights*, elaborado pelo *National Joint Committee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities* (NJC), em 1992. Esse documento reafirma o direito de todas as pessoas a serem tratadas com dignidade e respeito em suas interações, a expressarem opiniões, fazerem escolhas, compartilharem informações e terem acesso a sistemas de CAA individualizados e funcionalmente adequados, bem como a outras tecnologias assistivas que favoreçam sua participação em diferentes contextos sociais (NJC, 2026).

No Brasil, os princípios estabelecidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007) foram incorporados ao ordenamento jurídico nacional, fortalecendo o reconhecimento da comunicação acessível como um direito humano fundamental. Nesse contexto, destaca-se a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), Lei nº

13.146, de 6 de julho de 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015).

A LBI (2015) adota a concepção ampliada da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e reconhece a acessibilidade comunicacional como condição indispensável para assegurar e promover a equiparação de oportunidades, a inclusão social e o exercício pleno dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.

A acessibilidade comunicacional corresponde à eliminação ou redução de barreiras e à oferta de apoios que possibilitem às pessoas, inclusive aquelas com necessidades complexas de comunicação, compreender informações, expressar-se, interagir e participar em igualdade de oportunidades nos diferentes contextos sociais (Owens, 2006).

No campo da saúde, a LBI assegura às pessoas com deficiência o acesso aos serviços de saúde públicos e privados, bem como às informações prestadas e recebidas por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação disponíveis (BRASIL, 2015). Além disso, a legislação estabelece que os serviços de saúde devem promover a remoção de barreiras e garantir condições de acessibilidade compatíveis com as necessidades dos usuários.

Recentemente, a legislação brasileira avançou ainda mais com a promulgação da Lei nº 15.249, de 3 de novembro de 2025, que dispõe sobre a instalação de sistemas de CAA de baixa tecnologia em espaços públicos e de uso coletivo, visando à promoção da acessibilidade das pessoas que necessitam da CAA (Brasil, 2025). A referida lei também determina que os serviços de saúde implementem sistemas de CAA de baixa tecnologia e promovam a capacitação permanente de suas equipes para o atendimento dessa população, reforçando a importância da formação profissional para a efetivação do direito à comunicação.

Outro aspecto relevante refere-se à eliminação de barreiras nos ambientes de saúde. Conforme previsto na LBI (2015), os espaços e serviços, públicos ou privados, devem assegurar condições de acessibilidade por meio da remoção de barreiras arquitetônicas, ambientais e comunicacionais, de modo a atender às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Tais medidas são fundamentais para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde e promover uma atenção centrada nas necessidades dos usuários.

Ressalta-se uma contribuição adicional da Lei nº 15.249/2025, que é a definição legal de pessoas que necessitam da CAA como aquelas que apresentam dificuldades significativas para compreender ou expressar mensagens por meios convencionais de comunicação, necessitando de recursos e estratégias alternativas ou aumentativas para viabilizar a interação social, o acesso à informação e a participação nas atividades da vida cotidiana. Ao reconhecer formalmente essa população e estabelecer medidas voltadas à promoção da acessibilidade comunicacional, a legislação fortalece a compreensão da comunicação como um direito humano fundamental e amplia as condições para sua efetiva garantia na sociedade brasileira.

O reconhecimento da comunicação como um direito humano fundamental implica a adoção de medidas concretas que garantam sua efetivação em diferentes contextos sociais. Para as pessoas que necessitam da CAA, isso requer não apenas o reconhecimento legal de seus direitos, mas também a disponibilização de recursos, estratégias e apoios que possibilitem sua participação plena na vida social, educacional e nos serviços de saúde pública. Nesse cenário, a CAA e as tecnologias assistivas assumem papel central, evidenciando a relevância de compreender como as políticas públicas brasileiras, especialmente no âmbito do SUS, incorporam e regulamentam o acesso a esses recursos, além de propiciar a implementação de programas de intervenção para a população.

2.5. Tecnologias assistivas e a CAA nas normativas do SUS

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, com o objetivo de responder às necessidades específicas dessa população, promovendo atenção integral, interdisciplinar e centrada nas singularidades de cada indivíduo. A partir dessa organização, diferentes diretrizes, linhas de cuidado e documentos técnicos passaram a contemplar aspectos relacionados à funcionalidade, reabilitação e inclusão social. A incorporação da CAA e de recursos de tecnologia assistiva (TA) é mencionada em diferentes diretrizes voltadas à reabilitação de populações específicas ao longo dos ciclos de vida.

Entretanto, evidencia-se entre os materiais e diretrizes disponíveis no Ministério da Saúde, que ainda é necessário avançar no tema CAA, de forma estruturada e aprofundada, considerando sua reconhecida relevância para a promoção da participação social, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas com dificuldades na comunicação.



Figura 10. Principais documentos que mencionam a CAA e demais recursos de tecnologia assistiva no SUS, elaborada com auxílio da IA

Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas, de consolidação da intersectorialidade, de formação profissional e de organização de práticas assistenciais que ampliem o acesso à CAA no SUS, considerando-a como recurso essencial para a garantia do direito humano à comunicação, à participação social e à cidadania.

Considerações finais

A CAA constitui um recurso fundamental para garantir a inclusão social, com equiparação de oportunidades às pessoas que necessitam da CAA. As evidências científicas demonstram seus benefícios em diferentes contextos clínicos e sociais ao longo da vida, reforçando que sua implementação deve ocorrer de forma precoce, individualizada e centrada nas necessidades comunicativas de cada pessoa.

Apesar dos avanços científicos, tecnológicos e normativos observados nas últimas décadas, ainda persistem desafios relacionados à acessibilidade comunicacional, à formação profissional, ao combate aos mitos e à ampliação do acesso aos recursos e aos sistemas de CAA para os usuários do SUS. Nesse contexto, fortalecer sua inserção nas políticas públicas, nos

serviços de saúde e nos processos de formação inicial e continuada é fundamental para promover o cuidado integral, a inclusão social e a efetivação do direito humano à comunicação.

CONSULTA PÚBLICA

Capítulo 3 - Práticas Clínicas, Educativas e Tecnológicas em CAA

Introdução

Este capítulo visa subsidiar as práticas clínicas, educativas e tecnológicas em CAA, particularmente, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), potente instrumento de estratégia do cuidado da saúde das populações, constitui importante norteador desse processo e será abordado inicialmente, com base no “Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2026). Considerando-se que o PTS fundamenta-se no modelo biopsicossocial com ampliação do foco na doença para a participação e funcionalidade, esta abordagem será brevemente tratada no âmbito da CAA, ou seja, voltada às pessoas que dela necessitam.

Entendendo que as práticas clínicas e educativas em CAA tem seu momento inaugural na avaliação da pessoa, que aqui será abordada como um processo contínuo, multidimensional, multi e interdisciplinar e intersetorial no âmbito da Rede SUS. A avaliação inicial, por sua vez, subsidia o planejamento das ações individuais e coletivas para a implementação da CAA, incluindo a definição por dispositivos de baixa, média ou alta tecnologia, que serão descritos, embora o acesso aos sistemas da CAA, especialmente os de alta tecnologia, seja restrito nos serviços do SUS. Seguem alguns critérios para escolha dos sistemas e as técnicas de acesso na CAA. Por fim, será abordada a importância da adaptação cultural e linguística, essencial para maior efetividade das práticas em CAA.

Projeto Terapêutico Singular no Contexto da CAA

A CAA constitui uma tecnologia assistiva essencial para garantir o direito humano à comunicação e à participação social de pessoas com dificuldades na comunicação, quando a fala é insuficiente para atender às suas demandas diárias de interação. Entretanto, sua efetividade não depende exclusivamente da seleção de recursos ou da prescrição de dispositivos tecnológicos. A implementação da CAA exige um processo de cuidado contínuo, interdisciplinar e centrado na pessoa e sua família, capaz de integrar as dimensões orgânicas, funcionais, sociais e ambientais que influenciam o desempenho linguístico. Nesse contexto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) emerge como uma das principais estratégias organizadoras do cuidado, permitindo que as intervenções em CAA sejam planejadas em conjunto pela

equipe, de forma individualizada, compartilhada e orientada para objetivos significativos na vida cotidiana da pessoa que dela pode se beneficiar e de sua família.

Conforme o Guia de Orientação para sua Implementação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, compreende-se o PTS como um plano estratégico construído coletivamente entre a equipe multiprofissional, a pessoa com deficiência, no caso com dificuldades de fala e linguagem, e sua família, considerando suas necessidades, interesses, potencialidades e contexto de vida. Diferentemente de modelos centrados exclusivamente no diagnóstico ou na recuperação de funções corporais, o PTS fundamenta-se no modelo biopsicossocial da deficiência, reconhecendo que a funcionalidade resulta da interação entre condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais (Brasil, 2026). Essa perspectiva desloca o foco das limitações para a promoção da participação, da autonomia e da qualidade de vida, princípios que também orientam a prática contemporânea da CAA.

Na prática clínica em CAA, a construção do PTS inicia-se por uma avaliação ampliada que transcende a análise das habilidades linguísticas ou motoras relacionadas à comunicação. É necessário compreender como a pessoa se comunica em diferentes ambientes, quais parceiros comunicativos participam de sua rotina, quais barreiras restringem sua participação e quais facilitadores podem potencializar seu desempenho comunicativo. Essa avaliação deve incorporar aspectos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), contemplando funções e estruturas do corpo, atividades, participação e fatores contextuais, permitindo que a comunicação seja entendida como um fenômeno funcional inserido na vida cotidiana e não apenas como uma habilidade clínica isolada.

Após essa etapa diagnóstica, o PTS orienta a definição de metas terapêuticas construídas conjuntamente com a pessoa e sua família. No contexto da CAA, essas metas devem privilegiar resultados relacionados à participação social, como ampliar a autonomia para expressar escolhas, participar das atividades escolares, estabelecer relações sociais, comunicar necessidades em ambientes públicos ou exercer maior protagonismo nas decisões cotidianas. O Guia recomenda que essas metas sejam específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporalmente definidas (SMART, pág 28), favorecendo o monitoramento sistemático dos resultados e a reavaliação contínua das intervenções.

Outro aspecto central do PTS é a corresponsabilização entre todos os envolvidos no cuidado. Na CAA, essa característica assume importância ainda maior, pois o sucesso da

intervenção depende da atuação integrada de diferentes atores, incluindo profissionais da saúde, educação, assistência social, familiares, cuidadores e demais parceiros comunicativos. O planejamento de ações educativas e/ou terapêuticas em CAA, não é de responsabilidade de um único profissional, como o fonoaudiólogo, para tornar-se um processo colaborativo, no qual cada participante (profissional, pessoa ou familiar) assume funções específicas para favorecer o uso da CAA nos diversos contextos de vida. Dessa forma, o recurso/dispositivo passa a ser incorporado às atividades cotidianas, ampliando significativamente suas possibilidades de utilização e reduzindo o risco de abandono da tecnologia assistiva.

O PTS também fortalece a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), favorecendo a continuidade do cuidado por meio da intersetorialidade e do matriciamento. Para as pessoas que usam a CAA, essa articulação é particularmente relevante, pois a comunicação ocorre em múltiplos ambientes e demanda alinhamento entre os serviços especializados, a Atenção Primária à Saúde, a escola, a assistência social e outros equipamentos do território. Assim, a implementação do PTS contribui para que o recurso não permaneça restrito ao ambiente terapêutico, mas seja efetivamente utilizado em situações reais de comunicação, promovendo inclusão social e participação comunitária.

A reavaliação sistemática prevista no PTS permite acompanhar a evolução funcional da pessoa, verificar o alcance das metas pactuadas e redefinir estratégias sempre que necessário. No campo da CAA, esse processo é fundamental para assegurar que os recursos continuem compatíveis com as mudanças no desenvolvimento, nas demandas linguísticas e cognitivas e nos diferentes contextos de vida da pessoa que usa CAA. Mais do que avaliar o desempenho técnico no uso de um sistema de CAA, à reavaliação cabe verificar se a pessoa está, de fato, ampliando sua participação social, exercendo maior autonomia e conquistando oportunidades concretas de interação.

Assim, o PTS pode se consolidar como um eixo estruturante das práticas em CAA. Ao integrar o modelo biopsicossocial, a prática centrada na pessoa e na família, o trabalho interprofissional e a articulação em rede, o PTS transforma a CAA em uma intervenção orientada por objetivos significativos para a vida da pessoa, fortalecendo sua autonomia linguística e reafirmando a comunicação como um direito humano e um componente indispensável da inclusão e da cidadania.

Em formato de balão/destaque: Para conhecer as boas práticas no processo de elaboração do PTS, acesse o “Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-78535> Diagramação “Criar QR-Code e um botão “clique aqui”

Abordagem Biopsicossocial na CAA

O modelo biopsicossocial tem sido amplamente utilizado para a compreensão da funcionalidade humana, uma vez que possibilita descrever como as condições de saúde repercutem sobre as atividades, a participação e os fatores contextuais envolvidos no cotidiano das pessoas (OMS, 2022).

A partir do modelo biopsicossocial, a funcionalidade da pessoa não é determinada, exclusivamente, pelas alterações nas funções do corpo, como no caso da vulnerabilidade comunicativa. Os fatores ambientais exercem influência significativa sobre o desempenho e a participação da pessoa com alterações de linguagem. Nesse sentido, recursos de tecnologia assistiva para comunicação, incluindo os sistemas de CAA se constituem como importantes facilitadores da comunicação. Da mesma forma, as atitudes e o suporte oferecidos pelos familiares e pelos profissionais de saúde podem favorecer ou restringir a participação comunicativa em diferentes contextos de vida e de cuidado. Itens que podem ser classificados e codificados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), permitindo seu registro e acompanhamento ao longo do tempo.

Na área da comunicação humana, autores nacionais e internacionais destacam a contribuição dessa abordagem, por meio da CIF para a identificação de barreiras e facilitadores à participação, favorecendo o planejamento de intervenções centradas na pessoa e alinhadas aos princípios da integralidade do cuidado (Threats, 2008; Chun et al., 2022; Brasil, 2026).

No âmbito da CAA, a CIF auxilia na organização e classificação das informações e dados obtidos durante a avaliação permitindo descrever não apenas as alterações relacionadas à linguagem, como também seus impactos na participação social e os fatores ambientais envolvidos. Como exemplo, uma pessoa com afasia decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode apresentar alterações em funções relacionadas à expressão da linguagem oral, à expressão da linguagem escrita e às funções da articulação. Essas alterações podem repercutir

em atividades e formas de participação relacionadas à comunicação, como falar, iniciar uma conversa e manter uma conversa, itens descritos na CIF.

No contexto hospitalar, a aplicação da CIF permite identificar não apenas alterações relacionadas à fala e à linguagem, mas também as barreiras e facilitadores que influenciam a interação linguística e a participação social. Em estudo realizado com pessoas em vulnerabilidade comunicativa hospitalizadas, Zaqueu e Chun (2024) observaram que fatores ambientais, como recursos de comunicação, familiares e profissionais de saúde, exerceram influência favorável sobre a funcionalidade dos participantes, evidenciando o potencial da CIF para subsidiar o planejamento de intervenções e a implementação de estratégias voltadas à interação linguística, promoção da participação social e do cuidado centrado na pessoa.

Ou seja, a aplicação da abordagem biopsicossocial na CAA permite transitar de um modelo médico-centrado para um modelo focado na participação social, subsidiando a construção do PTS e favorecendo encontrar estratégias e ferramentas facilitadoras da linguagem e da participação da pessoa em vulnerabilidade linguística.

Avaliação Clínica Ampliada na CAA

Entende-se a avaliação clínica em CAA no contexto da abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa e na família de forma ampliada, considerando-se, não apenas a condição de saúde, como também a forma como ela interfere na funcionalidade, na participação social e nas atividades linguístico-cognitivas do cotidiano. Nessa perspectiva, o foco desloca-se da identificação exclusiva dos déficits de linguagem e cognição, ou da constatação de que a pessoa não fala, para a compreensão das potencialidades da pessoa, das barreiras e dos facilitadores presentes em seu contexto de vida para o planejamento das ações de educação em saúde ou terapêuticas no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Trata-se de um processo investigativo, contínuo, dinâmico, multidimensional, multi e interdisciplinar, em que a questão central não está nas limitações da pessoa, mas sim, no seu potencial: avaliam-se as condições linguísticas, motoras, visuais, auditivas, cognitivas, interacionais e comportamentais buscando-se entender como a pessoa já interage em seu dia a dia, seja por meio de gestos, vocalizações, olhares, expressões faciais, pela fala, escrita e uso de dispositivos.

Diagramação: colocar em um destaque em formato de curiosidade: A Resolução CFFa nº 799/2025 (Vide em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_799_25.htm Acesso em 23/07/2026), que regulamenta a atuação da fonoaudiologia na CAA, dispõe sobre a competência técnica e legal do profissional para avaliar, diagnosticar, planejar e intervir nas dimensões linguísticas e comunicacionais relacionadas à CAA.

O roteiro a seguir (Figura 1), extraído de uma das publicações pioneiras do Ministério da Educação (Manzini e Deliberato, 2006), pode ser aplicado ao processo de avaliação e implementação da CAA na RAS. Material interessante para práticas educativas e terapêuticas, disponível em formato de ebook.

Diagramação - Quer saber mais sobre implementação, acesse e leia o seguinte material: - Portal de Ajudas Técnicas - Recursos para Comunicação Alternativa: <https://www.gov.br/mec/pt-br/publicacoes-secretarias/semesp/portal-de-ajudas-tecnicas>. Acesso em 24/07/2026.

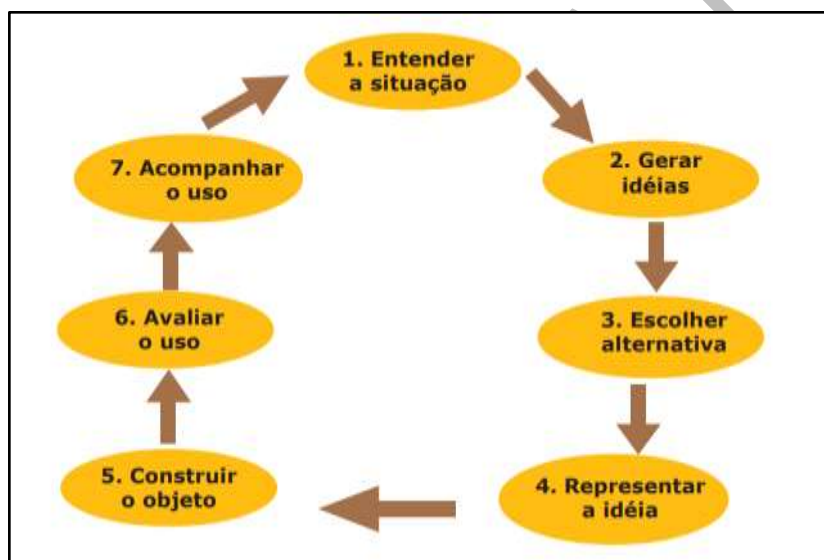


Figura 1. Fluxograma para o desenvolvimento de ajudas técnicas. Fonte: Portal de Ajudas Técnicas - Recursos para Comunicação Alternativa (2006, p.8)

Cada profissional pode utilizar os próprios instrumentos de avaliação clínica que esteja habituado ou que tenha acesso em seu serviço, com vistas a **entender a situação linguística, cognitiva, motora e visual** da pessoa que necessitará da CAA de forma multi e interdisciplinar, além de coletar informações nos ambientes familiar, educacional e de trabalho para **gerar**

idéias, escolher alternativa de sistemas (para escolha ver outros itens deste capítulo), **representar a idéia**, seguindo o fluxograma até a **construção da proposta de implementação da CAA**, ou seja, de construção do **PTS em CAA**. Como previsto no próprio PTS, próximo passo acompanhar seu uso em diferentes ambientes e contexto, o que garante maior efetividade de sua implementação.

Nesse sentido, a literatura científica aborda que a avaliação em CAA se estenda além da pessoa que a utilizará. É importante conhecer os parceiros de comunicação - que são todos que comunicam e interagem com a pessoa em seu ambiente, sejam os familiares, cuidadores, amigos, colegas, professores e outros de diferentes espaços sociais, de lazer e trabalho (Chun et al., 2023), suas demandas e formas de interação com a pessoa que necessita da CAA, além de verificar as barreiras dos ambientes físicos e sociais em que ela está inserida (Andersen et al., 2023). Um sistema de comunicação só será efetivo se considerar o contexto real da pessoa, caso contrário, há grande risco de não adesão ao mesmo.

Planejamento e Implementação da CAA

A partir da avaliação inicial é importante estabelecer metas (baseadas no modelo SMART), definir o planejamento terapêutico - escolha e definição do sistema, conforme as potencialidades e demandas da pessoa que necessita da CAA junto com a família e a equipe ou outros profissionais de saúde e educação envolvidos, construindo um PTS coletivamente e tornar seu uso efetivo funcional e assim, ampliar sua interação, alcançar os parceiros de comunicação, favorecer a participação social da pessoa e sua qualidade de vida.

No processo de planejamento e implementação da CAA é necessário considerar que a CAA constitui um sistema integrado por quatro componentes: símbolos, recursos, técnicas e estratégias. Vamos ver cada um desses componentes:

A CAA é um sistema integrado



Figura 2. A CAA como um sistema integrado. Elaborada com auxílio da IA.

Além desses componentes, destacam-se os recados de pessoas que utilizam a CAA (Figura 3), fundamentais no processo de implementação e uso da CAA, disponíveis na Cartilha de CAA em parceria entre a FIOCRUZ e a ISAAC-Brasil, capítulo brasileiro da International Society for Augmentative and Alternative Communication (Para digramacação: acesso o documento completo em: <https://arca.fiocruz.br/items/7265a9b3-22d1-473e-98d8-2903cdb3f2c0/full>. Acesso em 23/07/2026), que possui dicas importantes para os parceiros de comunicação:

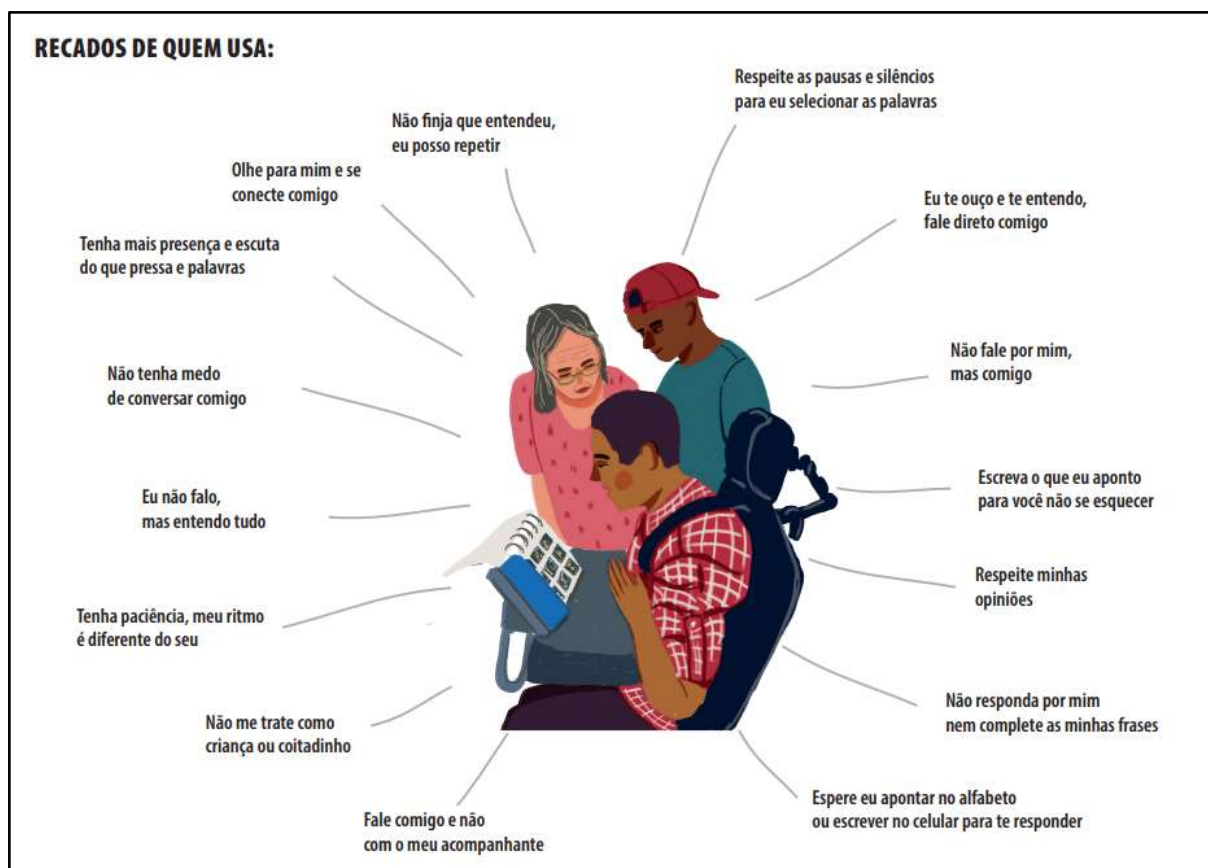


Figura 3. Recados de quem usa CAA. Fonte: Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) - Orientações para Acessibilidade Comunicacional (Simão et cols., 2025, pp 11-12)

Critérios de Escolha: Como decidir o recurso com base nos aspectos motores, linguísticos, cognitivos e visuais.

A seleção de recursos de CAA deve ser fundamentada em uma avaliação clínica funcional e dinâmica, considerando as habilidades, necessidades e possibilidades da pessoa, incluindo aspectos motores, visuais, cognitivos e linguísticos, em vez de uma progressão linear obrigatória entre os níveis de tecnologia. A tecnologia deve ser vista como um facilitador do sistema de comunicação mais eficiente possível para aquele usuário, considerando o seu ambiente natural.

- Aspectos Motores: é necessário avaliar as possibilidades de acesso físico ao sistema. Indivíduos com controle motor funcional podem utilizar apontamento direto em recursos de baixa tecnologia ou em alta tecnologia, como telas sensíveis ao toque (*touchscreen*). Já sujeitos com graves restrições motoras, como em casos de paralisia cerebral ou doenças

neurodegenerativas, podem necessitar de adaptações, como acionadores externos, ou tecnologia de rastreamento ocular (*eye tracking*).

- Aspectos Visuais: é essencial avaliar habilidades de processamento e percepção visual, incluindo a integridade do campo visual, percepção e discriminação de figuras e habilidade de rastreamento, especialmente para o uso de sistemas robustos de alta tecnologia que exigem grande demanda de varredura visual.

- Aspectos Cognitivos e Linguísticos: é importante entender o nível de representação simbólica do indivíduo, por meio de objetos concretos, fotos, ícones ou texto escrito, de planejamento motor e sequenciamento de mensagens. O recurso deve oferecer o nível de abstração compatível, evitando sobrecarga cognitiva, promovendo efetividade para a operação do dispositivo.

O critério norteador para a seleção do sistema é a funcionalidade e acessibilidade. Um sistema de baixa tecnologia, quando bem indicado e utilizado no dia a dia, é superior a um dispositivo de alta tecnologia subutilizado ou inacessível. O objetivo final é sempre proporcionar uma forma de comunicação consistente, intuitiva e funcional, e que garanta ao sujeito à participação ativa em sua comunidade.

Além da avaliação das condições individuais, a escolha do sistema deve considerar a viabilidade de implementação e o suporte ao longo do tempo. O custo elevado, normalmente atrelado à alta tecnologia, representa uma barreira significativa para muitas famílias, e isso não deve ser um fator impeditivo para a implementação, tendo em vista outras possibilidades efetivas de CAA. A prática clínica exige que a escolha do recurso não seja limitada apenas pela condição clínica, mas também pela sustentabilidade do projeto terapêutico nos contextos de vida do sujeito.

Recursos de Baixa, Média e Alta Tecnologia

Os recursos de CAA podem apresentar diferentes níveis de tecnologia e oferecer distintas possibilidades de acesso, seleção e produção de mensagens. A escolha do recurso deve considerar as necessidades comunicativas da pessoa, as possibilidades de acesso, suas preferências e contextos de vida.

- **Baixa Tecnologia:** Não requerem baterias, telas ou componentes eletrônicos complexos. É caracterizado pela versatilidade e baixo custo com ênfase na durabilidade

e portabilidade. Eles incluem pranchas de comunicação impressas, pastas com pictogramas (como o sistema de troca de figuras) cartões de rotina, álbuns e símbolos táteis ou concretos.

O manuseio físico de cartões visuais oferece previsibilidade motora e visual, exigindo menor carga cognitiva inicial, sendo mais acessíveis em âmbito financeiro.

- **Média Tecnologia:** Atua como uma ponte entre o analógico e o digital. Engloba dispositivos eletrônicos simples e de custo mais acessível, operados a bateria, que permitem a gravação de mensagens de voz. Incluem gravadores de voz simples, comunicadores com poucas células, acionadores simples.

Esses recursos são clinicamente úteis para iniciar a relação de causa e efeito na comunicação auditiva, preparando o paciente para sistemas mais robustos.

- **Alta Tecnologia:** Envolve dispositivos eletrônicos avançados e computadores. Isso inclui desde tablets equipados com *softwares* e aplicativos robustos de geração de voz sintetizada até *hardwares* dedicados (tablets) e complexos como no caso de rastreamento ocular (*eye-tracking*), vitais para pacientes com graves restrições motoras. A eficácia clínica da intervenção com alta tecnologia demonstra que a prática repetitiva, funcional e motivadora de acionar um dispositivo que emite uma resposta em voz estimula simultaneamente as vias neurais auditivas, visuais e motoras do cérebro, reforçando o aprendizado do cérebro (Nersesian et al., 2021; Mendonça et al., 2023).



Figura 4. Níveis de tecnologia dos recursos de CAA. Elaborada com auxílio da IA.

Importante ressaltar que, a mesma pessoa pode usar vários sistemas de comunicação em sua rotina. Sendo, inclusive, recomendado que ela tenha pranchas impressas (baixa tecnologia) sempre disponíveis para quando, por exemplo, o tablet (alta tecnologia) não estiver disponível. Se por estar sem bateria, por não ser seguro usar em determinada região (grandes centros urbanos em que a segurança não é garantida, ambiente aquático, etc.).

Técnicas de Acesso à CAA

O **acesso direto** refere-se à forma de interação em que a pessoa seleciona diretamente os símbolos em seu sistema de comunicação. Na prática, essa modalidade pode ocorrer por diferentes vias, de acordo com as habilidades motoras, sensoriais e funcionais de cada pessoa. Entre as principais técnicas de acesso direto, destacam-se:

- **Toque Direto com o corpo:** O usuário aponta ou toca diretamente na imagem, símbolo, prancha ou tela do dispositivo usando os dedos, a mão ou o pé (Figuras 4-6)



Figura 4. Criança utilizando dispositivo de CAA de alta tecnologia com acesso direto por meio do dedo. **Figura 5.** Adolescente utilizando dispositivo de CAA de alta tecnologia com acesso direto por meio do pé. **Figura 6.** Usuário utilizando dispositivo de CAA de alta tecnologia com acesso direto por meio do punho.



Figura 7. Pessoa com necessidade complexa de comunicação utilizando um recurso de CAA de baixa tecnologia, com acesso direto por meio de ponteira de cabeça.



Figura 8. Pessoa com necessidade complexa de comunicação utilizando um recurso de CAA de baixa tecnologia, com acesso direto por meio de ponteira de boca.

Uso de caneta touch: O usuário utiliza uma caneta touch (Figura 9) com ou sem adaptações que o ajudem a segurar a caneta (Figura 10). Essas adaptações incluem fixador em tira, correias universais, engrossadores e adaptações personalizadas feitas em 3D que ofereçam suporte à preensão da caneta touch.



Figura 9. Uso de caneta touch



Figura 10. Uso de fixador em tira

O **acesso indireto**, também conhecido como acesso por varredura, é uma estratégia utilizada quando a pessoa com necessidade de comunicação não consegue selecionar diretamente os símbolos de seu sistema de CAA devido a limitações motoras, sensoriais ou funcionais. Nessa modalidade, os símbolos são apresentados de forma sequencial ou organizados em grupos, e o usuário indica sua escolha no momento em que o item desejado é destacado. A varredura pode ocorrer de diferentes formas, dentre elas:



Figura 11. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).



Figura 12. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).



Figura 13. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).



Figura 14. Varredura auditiva. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).

Os símbolos são lidos em voz alta, de forma sequencial, por um parceiro de comunicação ou por um dispositivo eletrônico. Para confirmar a seleção de símbolo, a pessoa pode usar um gesto/movimento previamente combinado com o parceiro de comunicação ou um acionador externo (switches).

Para que a seleção ocorra no acesso indireto, geralmente são utilizados acionadores (switches), dispositivos que permitem ao usuário enviar um comando ao sistema. Esses acionadores podem ser ativados por diferentes partes do corpo, como mãos, pés, cabeça, joelhos ou outros movimentos voluntários preservados. Dependendo das habilidades motoras e as necessidades do indivíduo, podem ser utilizados um único acionador para controlar toda a navegação ou múltiplos acionadores para funções específicas, como avançar entre as opções e confirmar a seleção.

Além dos sistemas eletrônicos de varredura, também é possível utilizar estratégias de varredura em recursos de baixa tecnologia. Nesses casos, o parceiro de comunicação conduz a varredura, apontando e/ou nomeando sequencialmente os símbolos, grupos de símbolos, linhas ou colunas presentes no sistema de comunicação. Quando o item desejado é apresentado, o usuário emite um sinal previamente combinado para indicar sua escolha.

Esse sinal pode assumir diferentes formas, de acordo com as habilidades preservadas do indivíduo, incluindo piscar os olhos, movimentar a cabeça, vocalizar, sorrir, levantar as sobrancelhas ou realizar qualquer outro movimento voluntário consistente e reconhecível. Esse tipo de estratégia, também denominado varredura assistida pelo parceiro, constitui uma alternativa importante para pessoas com comprometimentos motores severos que não conseguem utilizar métodos de

Tecnologias de rastreamento: As tecnologias de rastreamento constituem importantes alternativas de acesso para pessoas que apresentam limitações motoras significativas (MARIANO, 2016). Entre elas, destacam-se:



Figura 15. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).



Figura 16. Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).

Também é possível utilizar estratégias de rastreamento em recursos de baixa tecnologia. Para o rastreamento pelo olhar é confeccionado (ou adquirido) uma estrutura com os símbolos dispostos nas bordas e uma abertura no meio para que possibilite que o parceiro de comunicação veja para onde a pessoa com necessidade de comunicação está olhando. Pode ser confeccionado com materiais simples como símbolos visuais impressos, fitas adesivas, acrílico transparente, papel plastificado ou vidro leve.



Figura 17. Imagem disponível em: https://http2.mlstatic.com/D_NQ_NP_2X_724106-MLA107703555836_032026-F-eye-gaze-comunicacao-alternativa-cao-autismo-prancha-comunic.webp

Acesso em 24/07/26



Figura 18. Imagem disponível em: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ7SG1Mb5vpVwMwVhwmAUSDxanZgP-3JSVsWNzP0Jqb3Q&s=10> Acesso em 24/07/26

Já para o rastreamento de movimento de cabeça em baixa tecnologia é possível acoplar a uma armação de óculos um laser e imprimir as pranchas, sejam elas pranchas com símbolos gráficos ou com as letras do alfabeto. Nessa opção a pessoa movimenta a cabeça apontando o laser para o símbolo que deseja (Figura 19).



Figura 19. Rastreamento de movimento de cabeça em baixa tecnologia. Fonte: Elaborada pelos autores com auxílio de IA (ChatGPT/OpenAI, 2026).

A escolha entre esses recursos deve considerar fatores como controle motor, fadiga, habilidades visuais, posicionamento, ambiente de uso e objetivos comunicativos do usuário. Quando adequadamente selecionadas e configuradas, essas soluções ampliam significativamente as possibilidades de comunicação, participação e autonomia de pessoas que necessitam da CAA.

Adaptações de hardware: As adaptações de hardware desempenham um papel fundamental na CAA, pois permitem que os recursos de comunicação sejam acessíveis às diferentes características motoras e funcionais dos usuários. Muitas vezes, a principal barreira para o uso eficaz de um sistema de CAA não está relacionada à compreensão da linguagem ou à capacidade comunicativa da pessoa, mas às dificuldades de acesso físico ao recurso.

Entre as adaptações mais utilizadas estão:

- As colmeias (*keyguards*), estruturas posicionadas sobre a tela ou prancha de comunicação que delimitam fisicamente os símbolos e reduzem seleções acidentais.

Fonte: elaboração dos autores com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI, 2026).

- Os oclusores: recursos que funcionam como uma espécie de guia visual, destacando áreas e símbolos, favorecendo a atenção, a localização dos símbolos e o acesso visual ao sistema.



Figura 20. Modelo de oclusor



Figura 21. Oclusor sendo utilizado em uma prancha de CAA de baixa tecnologia

Fonte: elaboração dos autores com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI, 2026).

Suportes de fixação: os suportes de fixação permitem o posicionamento seguro de dispositivos de CAA em mesas, carrinhos, leitos ou cadeiras de rodas.



Figura 22. Modelo de suporte de fixação para cadeira de rodas



Figura 23. Modelo de suporte de fixação acoplado ao leito



Figura 24. Modelo de suporte de fixação para mesa

Fonte: elaboração dos autores com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI, 2026).

Os recursos apresentados acima fazem parte do campo da tecnologia assistiva e têm como objetivo promover funcionalidade, independência e participação. Na prática, possibilitam que pessoas com diferentes perfis motores acessem seus sistemas de comunicação de forma mais eficiente, confortável e precisa. Dessa forma, as adaptações de hardware não devem ser vistas apenas como acessórios, mas como componentes essenciais para garantir o acesso à comunicação e o exercício do direito de expressão por indivíduos que necessitam da CAA.

Adaptações de software: Os aparelhos usados na CAA, tais como tablets, celulares e computadores, possuem configurações próprias que podem potencializar o uso da CAA. Alguns exemplos são:

- Configuração de luminosidade da tela (podem deixar visualmente mais confortável para algumas pessoas)
- Configuração de tempo que tela irá ser desligada automaticamente (principalmente para comunicadores iniciantes em que estão aprendendo manusear o aparelho evita que a tela desligue e eles não consigam desbloquear a tela sozinhos)

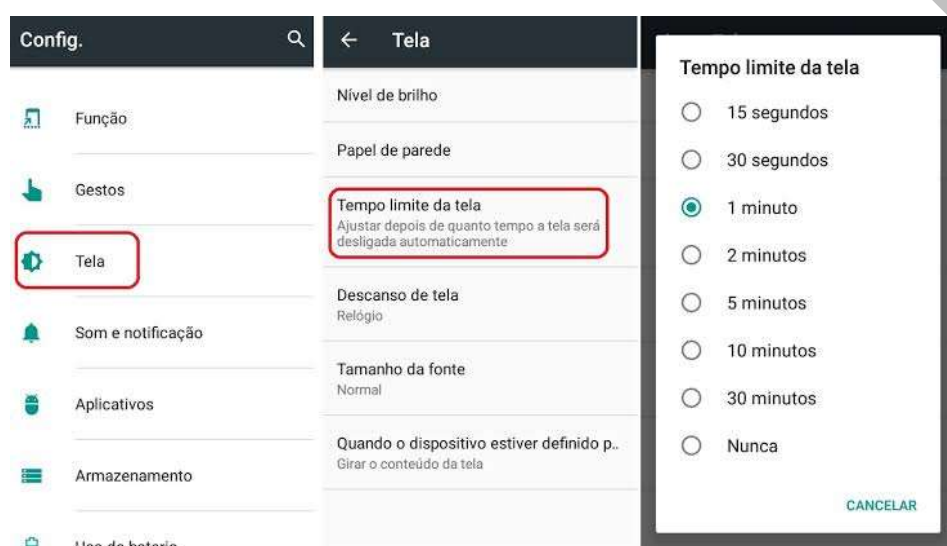


Figura 25. Exemplo de configuração do tempo limite de tela de sistema Android

- Se o aplicativo for usar o pacote de voz instalado é possível selecionar a voz correspondente ao gênero da pessoa

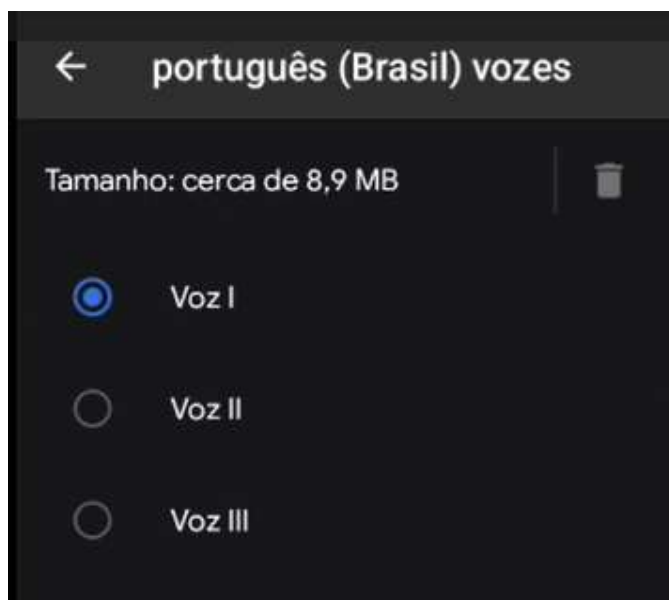


Figura 26. Opções de vozes do pacote de voz Português Brasil instalado em aparelho Android (voz I e II feminina, voz III masculina)

- Se o aplicativo for usar o pacote de voz instalado no aparelho é possível alterar a velocidade da fala e o tom de voz



Figura 27. Configurações de velocidade da fala e tom do sistema Android

- Fixar o aplicativo de comunicação para evitar que comunicadores iniciantes saiam do aplicativo acidentalmente
- Configurar o tempo do toque para que o aparelho reconheça e selecione o símbolo desejado. Esse recurso é muito interessante para quem consegue tocar diretamente na tela do dispositivo, porém mantém o toque por mais tempo. Sem esse recurso a pessoa tende a selecionar mais de uma vez o símbolo.

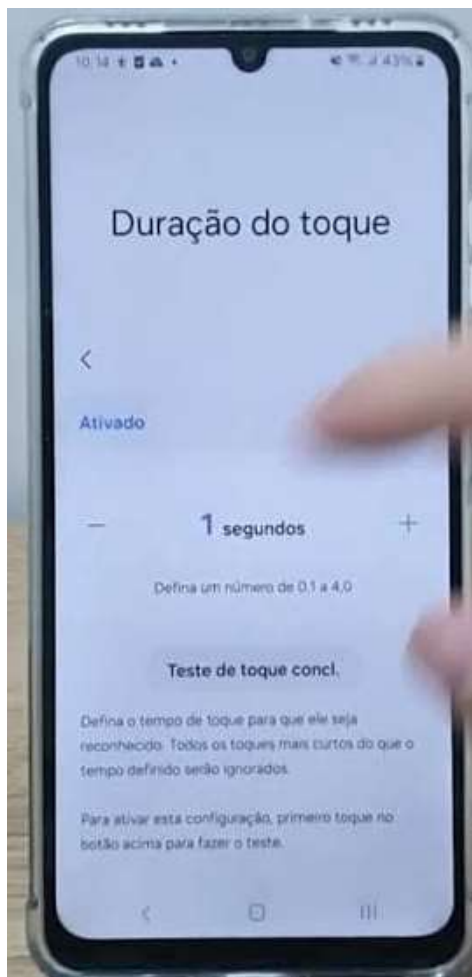


Figura 28. Configuração da duração do toque em um aparelho Android

- Ajustes de cor e tamanho do ponteiro do mouse (para quem for usar o computador, tablet e/ou celular) com rastreamento de movimento de cabeça

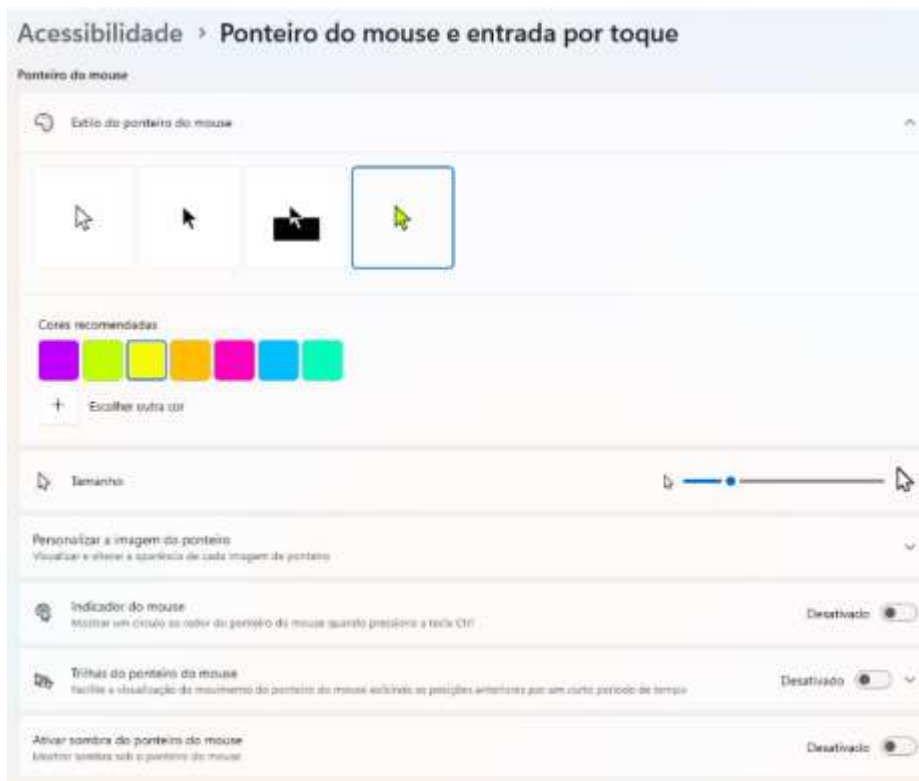


Figura 29. Opções de configurações de ponteiro no Windows



Figura 30. Opções de configurações de ponteiro aparelho Android

- Uso de menu assistente (Android) ou Assistive Touch (iOS) para executar comandos com apenas um toque



Figura 31. Menu assistente Android e Assistive Touch (menu assistente) iOS

- Uso do teclado virtual do Windows com varredura para quem deseja usar o computador com acionador externo.

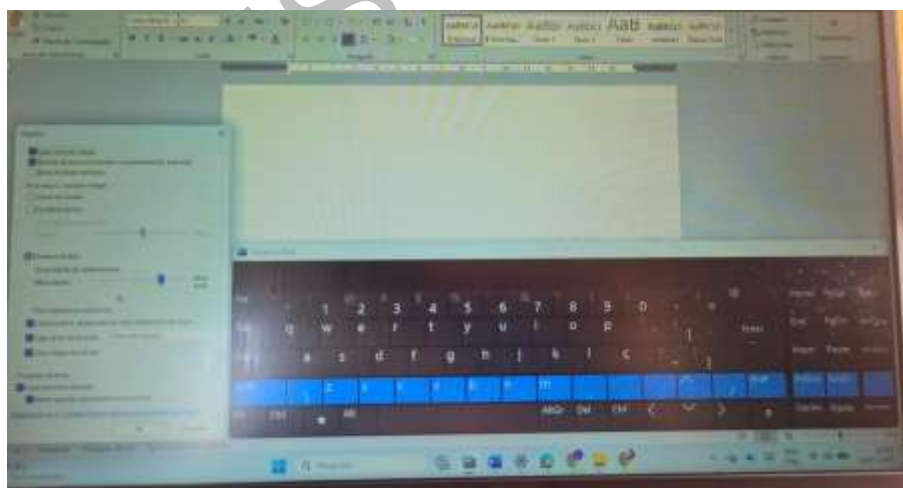


Figura 32. Teclado virtual do Windows com varredura

Como existem uma diversa gama de aparelhos, a sugestão é conferir nas configurações dos aparelhos quais as configurações existentes e testá-las! Muitas dessas configurações podem facilitar o processo de aprendizagem e o uso do equipamento.

Adaptação Cultural e Linguística dos Sistemas de CAA

A efetividade de um sistema de CAA não depende apenas do recurso ou do método de acesso adotado. Para que a comunicação seja, de fato, funcional, é fundamental que o vocabulário, os símbolos e as mensagens disponíveis também reflitam a realidade linguística, cultural e social da pessoa que utiliza a CAA. Nesse sentido, a adaptação dos sistemas de CAA ao contexto de vida da pessoa constitui uma etapa essencial da implementação da CAA (SQUILASSI *et al.*, 2025; QUADROS, 2025).

No que se refere aos pictogramas, é importante que a seleção de imagens e representações pictográficas sejam culturalmente pertinentes à pessoa que usa CAA. Aspectos como vestuário, hábitos alimentares, brincadeiras, meios de transporte e elementos do cotidiano devem refletir o contexto sociocultural em que a pessoa está inserida. Símbolos que representam alimentos, objetos ou costumes pouco frequentes em seu contexto podem dificultar a compreensão e reduzir a funcionalidade do sistema de comunicação (SILVA, 2019; TANAJURA, 2025).

Além do ajuste cultural, a representação da identidade do usuário também é um aspecto relevante. Atualmente, bibliotecas de símbolos amplamente utilizadas na CAA, como o ARASAAC e o PCS (Picture Communication Symbols), oferecem recursos de personalização que permitem adaptar características físicas dos símbolos, incluindo cor da pele, tipo e cor do cabelo, gênero, faixa etária e, em alguns casos, marcadores relacionados à deficiência e ao uso de tecnologias assistivas (Figura 33). Essas possibilidades favorecem a identificação do usuário com o sistema de comunicação, ampliam o sentimento de pertencimento e contribuem para uma representação mais inclusiva e diversa da população.(ESKELSEN ET AL., 2009)

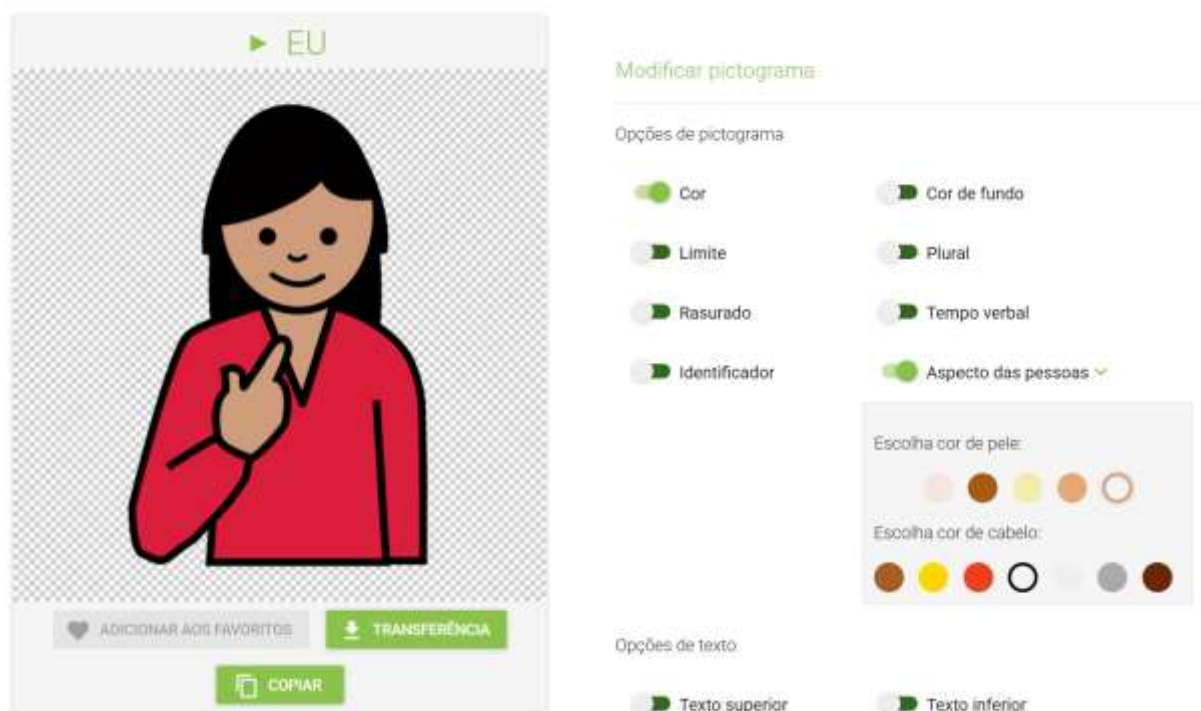


Figura 33. Portal ARASAAC (<https://arasaac.org/pictograms/pt/7309/eu> Acesso em 06/08/26).

Para além dos símbolos, a organização do vocabulário também desempenha um papel central na efetividade dos sistemas de CAA. Um vocabulário eficiente deve contemplar tanto as características linguísticas da língua quanto as particularidades socioculturais do contexto em que o usuário está inserido. Embora muitos recursos tenham sido originalmente desenvolvidos em outros idiomas, a adaptação de um sistema de CAA vai além da simples tradução de palavras e símbolos. É necessário considerar aspectos morfossintáticos da língua-alvo, como a organização dos enunciados, o uso de artigos, preposições, pronomes e as flexões de gênero, número e tempo verbal, de modo a favorecer a construção de mensagens gramaticalmente adequadas e naturais (AVILA; PASSERINO; REATEQUI, 2012; SILVA, 2025).

Da mesma forma, a seleção do vocabulário deve refletir as formas de expressão utilizadas pela família, pela comunidade e pelos diferentes grupos sociais dos quais o indivíduo participa. Regionalismos, gírias, expressões cotidianas, formas de tratamento e vocabulários característicos de determinados contextos sociais desempenham um papel importante na construção da identidade e no sentimento de pertencimento. Quando esses elementos são incorporados ao sistema de CAA, é possível comunicar necessidades básicas, preferências, compartilhar informações, expressar opiniões, senso de humor, vínculos afetivos e aspectos de

sua personalidade. Dessa forma, um sistema de CAA eficaz deve refletir não apenas a língua que a pessoa fala, mas também a maneira como ela se comunica e se posiciona em seu contexto social e cultural (GARCIA; OLIVEIRA, 2011).

As tecnologias de síntese de voz em dispositivos de alta tecnologia também merecem atenção especial. A voz sintetizada constitui um importante elemento da identidade comunicativa do usuário, influenciando não apenas a inteligibilidade da mensagem, mas também a forma como a pessoa é percebida em suas interações sociais e como ela própria se reconhece enquanto comunicadora. Atualmente, muitos sistemas permitem a personalização de características como idioma, sotaque, pronúncia, entonação, gênero e faixa etária da voz, possibilitando maior correspondência entre a voz digital e a identidade do usuário. Dessa forma, crianças podem utilizar vozes infantis, adolescentes podem acessar vozes compatíveis com sua faixa etária e adultos podem selecionar vozes que refletem suas características e preferências pessoais. Os avanços tecnológicos nessa área têm ampliado significativamente as possibilidades de personalização, contribuindo para uma comunicação mais natural, autêntica e socialmente representativa (ALONSO,2023; NASCIMENTO, 2025).

Dessa forma, a prática clínica em CAA deve ir além da seleção de recursos tecnológicos e considerar a comunicação como um fenômeno linguístico, cultural, social e identitário. Sistemas adaptados à realidade tendem a promover maior engajamento, funcionalidade e participação, contribuindo para que a pessoa que usa CAA exerça plenamente seu direito à comunicação e à expressão de sua identidade.

Capítulo 4 - Princípios de Organização da Atenção em CAA

No contexto das intervenções em CAA, a organização da atenção representa um princípio estruturante para a efetividade das práticas de cuidado. O processo comunicativo envolve a coordenação de múltiplos focos atencionais, incluindo o interlocutor, o sistema simbólico utilizado (pranchas, livros de comunicação, aplicativos ou dispositivos eletrônicos) e o objeto ou tema da interação. Para muitas pessoas que usam CAA, especialmente aquelas com alterações no desenvolvimento ou no funcionamento neurológico, a coordenação desses elementos pode representar um desafio. Nesse sentido, os serviços e profissionais devem organizar os contextos de cuidado de forma a favorecer o acesso aos recursos comunicativos, a mediação dos parceiros de comunicação e a ampliação das oportunidades de interação social.

No Brasil, a implementação das práticas de CAA no SUS deve ser compreendida à luz de seus princípios, onde já existem diretrizes para a organização das ações e serviços de saúde baseadas na universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990). Nesse contexto, a organização da atenção em CAA não se restringe à dimensão clínica ou terapêutica individual. Ao contrário, envolve a estruturação de redes de cuidado, a articulação entre diferentes níveis de atenção e a integração com outros setores sociais, especialmente educação e assistência social. Essa perspectiva amplia o entendimento da CAA como estratégia de promoção da funcionalidade e da participação social, articulada às políticas públicas de inclusão e acessibilidade.

A organização da atenção em CAA no SUS pressupõe, portanto, a integração entre diferentes dispositivos e serviços da rede de atenção à saúde, incluindo a Atenção Primária, os serviços especializados de reabilitação, os serviços de saúde mental, os hospitais e outros pontos da rede. Em cada um desses espaços, as estratégias de CAA podem assumir diferentes funções, como identificação precoce dos desafios de comunicação, avaliação funcional da comunicação, prescrição e adaptação de recursos de Tecnologia Assistiva, treinamento de usuários e parceiros de comunicação e acompanhamento longitudinal do uso dos sistemas comunicativos.

Outro princípio fundamental refere-se à garantia de acesso a recursos de CAA e de Tecnologia Assistiva, considerando as necessidades e características de cada pessoa que necessita de CAA. Os sistemas de CAA podem incluir recursos de baixa tecnologia, como pranchas de comunicação, livros de símbolos e objetos de referência, bem como tecnologias

digitais, como aplicativos e dispositivos com síntese de voz. A escolha e adaptação desses recursos devem considerar aspectos funcionais, cognitivos, motores e contextuais, garantindo que o sistema comunicativo seja efetivamente utilizado nos diferentes ambientes de vida da pessoa que necessita de CAA.

Além disso, a organização da atenção em CAA exige a valorização das interações comunicativas naturais e do papel dos parceiros de comunicação, incluindo familiares, cuidadores, profissionais de saúde e educadores, ampliando para a comunidade. A mediação qualificada desses parceiros é essencial para ampliar as oportunidades de comunicação e favorecer o desenvolvimento de habilidades linguísticas e sociais.

→ **PARA DIAGRAMAÇÃO - INSERIR UM FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA CAA NO SUS**

PACIENTE E FAMÍLIA → ATENÇÃO PRIMÁRIA (Profissionais da Estratégia Saúde da Família, especialmente médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde apresentam maiores possibilidades para identificação das pessoas que necessitam da CAA) → **ATENÇÃO ESPECIALIZADA** (serviços com fonoaudiólogo para intervenção em CAA e demais profissionais da área das Tecnologias Assistivas)

A pessoa que necessita da CAA e sua família devem ocupar posição central na organização da atenção em CAA. A seleção de estratégias, recursos e sistemas comunicativos deve considerar os objetivos, preferências, rotinas e contextos de vida do usuário, favorecendo a comunicação funcional e sua participação nas atividades cotidianas. Nessa perspectiva, o cuidado centrado na pessoa pressupõe o reconhecimento de suas potencialidades, interesses e formas próprias de interação.

A família, os cuidadores e demais interlocutores significativos desempenham papel fundamental na implementação e manutenção da CAA nos diferentes contextos de vida. Mais do que receptores de orientações, esses parceiros devem ser compreendidos como participantes ativos do processo de cuidado, contribuindo para a identificação das necessidades

comunicativas, para a construção dos objetivos terapêuticos e para a utilização dos recursos de comunicação no cotidiano.

A organização da atenção em CAA deve, portanto, incluir ações sistemáticas de acolhimento, orientação e capacitação dos familiares e parceiros de comunicação, fortalecendo sua participação no cuidado e ampliando as oportunidades de comunicação do usuário em ambientes familiares, educacionais, comunitários e de saúde. Essa abordagem favorece a continuidade do uso dos recursos comunicativos ao longo do tempo e contribui para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da participação social.

A CAA NO CONTEXTO INTERSETORIAL

A comunicação humana se desenvolve e se expressa em múltiplos contextos sociais. Por essa razão, a organização da atenção em CAA exige uma perspectiva intersetorial, envolvendo especialmente os campos da saúde, da educação e da assistência social. A integração entre esses setores é fundamental para garantir que as estratégias comunicativas utilizadas nos serviços de saúde possam ser incorporadas aos diferentes ambientes em que o indivíduo participa, ampliando as oportunidades de interação e aprendizagem.

No contexto brasileiro, a articulação entre SUS e o sistema educacional desempenha papel particularmente relevante. Crianças e adolescentes que necessitam da CAA frequentemente utilizam sistemas de CAA em contextos terapêuticos, mas a efetividade dessas estratégias depende de sua continuidade em ambientes educacionais e comunitários. Dessa forma, a colaboração entre profissionais da saúde, professores, mediadores escolares e familiares é fundamental para assegurar a consistência no uso dos sistemas comunicativos e ampliar as oportunidades de participação do usuário.

A literatura nacional e internacional aponta que intervenções colaborativas entre profissionais da saúde, educadores e familiares contribuem significativamente para o desenvolvimento da comunicação e da linguagem em usuários de CAA. A coordenação dessas ações favorece a generalização das habilidades comunicativas, fortalece o engajamento social e amplia as possibilidades de participação em atividades escolares e comunitárias (Beukelman; Light, 2020; Light; McNaughton, 2014).

Nesse sentido, a organização da atenção em CAA no âmbito das políticas públicas brasileiras deve priorizar estratégias que promovam a articulação entre serviços, a formação de

profissionais e a criação de ambientes comunicativamente acessíveis. Ao integrar práticas clínicas, educacionais e comunitárias, a CAA contribui para garantir o direito à comunicação e para ampliar a inclusão social de pessoas que necessitam da CAA.

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO LONGITUDINAL

Um primeiro princípio que deve ser considerado para a organização de uma rede, refere-se à integralidade do cuidado, que pressupõe a articulação entre ações de promoção, prevenção, reabilitação e participação social. No campo da CAA, essa abordagem implica compreender a comunicação como uma dimensão central da funcionalidade humana e da participação social, conforme proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2001).

Assim, a organização da atenção deve considerar não apenas as habilidades linguísticas do indivíduo, mas também os fatores ambientais, sociais e tecnológicos que influenciam o desempenho comunicativo. Nesse sentido, a CAA passa a ser compreendida como um recurso de promoção da autonomia e do engajamento ocupacional, contribuindo para ampliar a participação do indivíduo em contextos familiares, educacionais e comunitários.

Outro princípio fundamental diz respeito à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No SUS, a atenção à pessoa com deficiência está estruturada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que integra diferentes pontos de atenção, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS), serviços especializados de reabilitação e centros de referência (Brasil, 2012).

Nesse modelo, a implementação de estratégias de CAA deve ocorrer de forma articulada entre os diferentes níveis de atenção. A Atenção Primária pode desempenhar papel estratégico na identificação precoce de dificuldades comunicativas e no encaminhamento para serviços especializados. Já os serviços de reabilitação, como os Centros Especializados em Reabilitação (CER), têm papel central na avaliação funcional, na prescrição de recursos de tecnologia assistiva e no treinamento de usuários e familiares para o uso de sistemas de CAA.

A continuidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal são essenciais para garantir que os sistemas comunicativos sejam efetivamente incorporados ao cotidiano do usuário.

CAA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO FUNCIONAL

A APS constitui o primeiro nível de contato da população com o SUS e desempenha papel estratégico na identificação precoce de dificuldades no desenvolvimento infantil e na promoção da funcionalidade. No caso das crianças que necessitam da CAA, a incorporação de estratégias de CAA na APS pode contribuir significativamente para ampliar oportunidades de comunicação, favorecer o desenvolvimento da linguagem e reduzir impactos decorrentes de atrasos comunicativos Beukelman; Light, 2020; Light; McNaughton, 2014.

Nesse contexto, um eixo específico da CAA na Atenção Primária refere-se à identificação precoce de sinais de risco para dificuldades comunicativas e à implementação de estratégias iniciais de suporte à comunicação no cotidiano familiar e comunitário. Profissionais da Estratégia Saúde da Família, especialmente médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde, encontram-se em posição privilegiada para acompanhar o desenvolvimento infantil desde os primeiros anos de vida, possibilitando a detecção de atrasos na comunicação, ausência de gestos comunicativos, dificuldades de atenção conjunta ou baixa iniciativa comunicativa.

A literatura aponta que intervenções precoces baseadas em comunicação funcional e mediação dos parceiros comunicativos são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. Nesse sentido, estratégias simples de CAA podem ser introduzidas precocemente, como o uso de gestos naturais, objetos de referência, rotinas visuais e sistemas pictográficos básicos, ampliando as possibilidades de expressão da criança mesmo antes da consolidação da fala (Ronski; Sevcik, 2005; Sennott, Light; McNaughton, 2016).

É importante destacar que a CAA não deve ser compreendida como um recurso de última escolha ou restrita aos casos em que não há fala. Sua introdução deve ocorrer tão precocemente quanto possível diante da identificação de dificuldades significativas de

comunicação funcional. Por definição, a CAA pode assumir caráter alternativo, quando substitui a fala, ou aumentativo, quando complementa formas de comunicação já existentes. Dessa forma, mesmo crianças que apresentam fala oral podem beneficiar-se da utilização de recursos de CAA quando a comunicação não é suficiente para garantir participação efetiva em suas atividades cotidianas. Evidências acumuladas nas últimas décadas demonstram que a introdução precoce da CAA não impede o desenvolvimento da linguagem oral; ao contrário, pode favorecer o desenvolvimento comunicativo, ampliar oportunidades de interação social e potencializar ganhos relacionados à fala e à linguagem.

Outro aspecto relevante da atuação da APS refere-se à orientação e capacitação das famílias. O cuidado centrado na família constitui um princípio fundamental da atenção primária e tem impacto direto no desenvolvimento comunicativo das crianças. Ao orientar pais e cuidadores sobre estratégias de estimulação da comunicação, como oferecer escolhas, esperar a iniciativa da criança, incentivar e orientar o uso de símbolos e ampliar interações significativas, os profissionais contribuem para a criação de ambientes comunicativos mais responsivos e inclusivos.

Além da orientação às famílias, a Atenção Primária pode desempenhar papel estratégico na implementação inicial da CAA por meio da utilização de recursos simples e de fácil acesso, como pranchas temáticas relacionadas às atividades cotidianas da criança e de sua família. Esses recursos podem apoiar a comunicação em contextos naturais, favorecer a participação nas rotinas diárias e ampliar as oportunidades de interação. Nesse processo, a capacitação dos familiares, cuidadores e demais interlocutores para atuarem como mediadores da comunicação é um elemento central, uma vez que a efetividade da CAA depende não apenas do recurso utilizado, mas também da qualidade das interações estabelecidas em seu entorno.

Figura xx. Prancha temática.



A APS também dispõe de espaços coletivos que podem favorecer a disseminação e a implementação da CAA no território. Grupos educativos, atividades de promoção da saúde, ações interdisciplinares e encontros com famílias constituem oportunidades para abordar temas como comunicação acessível, mediação comunicativa, papel dos parceiros de comunicação, autonomia, participação social e estratégias de apoio à comunicação no cotidiano. Esses espaços permitem não apenas a troca de experiências entre usuários e familiares, mas também a sensibilização da comunidade e o fortalecimento de redes de apoio que favorecem a inclusão de pessoas que necessitam da CAA nos diferentes contextos de vida.

A APS também possui potencial para ampliar a acessibilidade comunicacional nos territórios. Unidades Básicas de Saúde, escolas, equipamentos sociais e outros espaços comunitários frequentemente envolvidos nas ações das equipes podem tornar-se ambientes mais acessíveis por meio da disponibilização de recursos de CAA, da sinalização com símbolos gráficos e da sensibilização dos profissionais e da comunidade para sua utilização. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde desempenha papel estratégico como elo entre os serviços de saúde, a família, a escola e os demais recursos do território, favorecendo a

continuidade do uso da CAA nos diferentes ambientes de vida da criança e fortalecendo sua autonomia e participação social.

Além disso, a APS exerce papel importante na coordenação do cuidado dentro da rede de atenção, realizando encaminhamentos para serviços especializados quando necessário, como CER ou outros serviços da rede. Dessa forma, a introdução inicial de estratégias de CAA na atenção primária pode favorecer a continuidade do cuidado e facilitar a transição para intervenções mais intensivas em níveis secundários e terciários da rede de saúde.

Sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde CIF, a comunicação é compreendida como resultado da interação entre condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais. Assim, a implementação da CAA na Atenção Primária não deve se limitar à disponibilização de recursos ao usuário, mas incluir ações voltadas à redução das barreiras comunicacionais presentes nos ambientes e nas relações sociais. Ao favorecer a participação, a autodeterminação e o acesso às atividades da vida cotidiana, a CAA contribui para a promoção da funcionalidade e para a efetivação do direito à comunicação.

Portanto, a incorporação da CAA na APS deve ser compreendida como uma estratégia de promoção da comunicação, prevenção de agravos no desenvolvimento e fortalecimento da participação social de crianças que necessitam da CAA. Ao atuar na identificação precoce, no apoio às famílias, na qualificação dos ambientes comunicativos e na articulação da rede de cuidados, a APS pode desempenhar papel central na garantia do direito à comunicação e à inclusão.

A CAA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e tem como principal referência o Programa Melhor em Casa, constituindo uma modalidade assistencial voltada à promoção da desospitalização segura, à continuidade do cuidado e à humanização da atenção em saúde (Brasil, 2012a; Brasil, 2012b; Brasil, 2013; Brasil, 2016). Diferentemente de ações voltadas predominantemente à promoção da saúde e prevenção de

agravos, a AD atende pessoas que necessitam de cuidados substitutivos ou complementares à internação hospitalar, possibilitando a permanência no ambiente familiar com acompanhamento multiprofissional. De acordo com as diretrizes do Programa Melhor em Casa, são elegíveis usuários clinicamente estáveis, mas que ainda demandam cuidados especializados, como pacientes em cuidados paliativos com necessidade de controle de sintomas, pessoas com doenças crônicas agudizadas, indivíduos em processo de reabilitação domiciliar após eventos agudos, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de usuários que necessitam de monitoramento clínico frequente, suporte tecnológico ou acompanhamento contínuo. Nesse contexto, a AD contribui para a redução de internações prolongadas, para a humanização da assistência e para a manutenção do cuidado em um ambiente mais próximo da realidade e das necessidades da pessoa (Brasil, 2012a; Brasil, 2016).

Nesse cenário, a CAA assume papel fundamental, especialmente nos processos de desospitalização de pacientes que necessitam da CAA. Muitas pessoas acompanhadas pelas equipes de AD apresentam limitações temporárias ou permanentes da fala decorrentes de condições neurológicas, doenças progressivas ou situações clínicas relacionadas ao tratamento. Destacam-se os pacientes traqueostomizados sem possibilidade de utilização de válvula de fala, frequentemente acompanhados após a alta hospitalar, além de pessoas em cuidados paliativos, indivíduos em reabilitação após AVC e usuários com doenças neurodegenerativas, como Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), doença de Parkinson e diferentes tipos de demência. Nesses casos, a CAA possibilita a expressão de necessidades básicas, sintomas, desconfortos, preferências, decisões relacionadas ao tratamento e interações sociais significativas, contribuindo diretamente para a autonomia, a segurança e a qualidade do cuidado.

Embora frequentemente associada ao público infantil, a CAA possui ampla aplicabilidade junto à população adulta e idosa, aspecto ainda pouco conhecido por muitos profissionais e familiares. Na AD, seu uso torna-se particularmente relevante por favorecer a participação ativa da pessoa em decisões sobre sua própria saúde, garantir a comunicação em situações de vulnerabilidade clínica e preservar vínculos familiares e sociais. Em pacientes em cuidados paliativos, por exemplo, a possibilidade de comunicar desejos, sentimentos e necessidades pode representar um aspecto central da dignidade e da qualidade de vida. Já em condições com potencial de recuperação funcional, como o AVC, a CAA pode atuar como suporte temporário ou complementar durante o processo de reabilitação. Em doenças

progressivas, como ELA, Parkinson e algumas demências, permite a manutenção da comunicação mesmo diante da evolução dos comprometimentos motores e da fala, favorecendo a participação social e a tomada de decisões ao longo do curso da doença.

Sob a perspectiva da CIF, a comunicação constitui componente central da funcionalidade humana e da participação social (OMS, 2001; Brasil, 2003). A avaliação das necessidades comunicativas no contexto domiciliar deve considerar não apenas as habilidades e limitações do indivíduo, mas também os fatores ambientais que podem atuar como barreiras ou facilitadores para a comunicação. O domicílio, por sua natureza, oferece condições privilegiadas para a identificação das demandas comunicativas reais da pessoa, permitindo a construção de estratégias contextualizadas e funcionalmente relevantes para sua rotina. Essa perspectiva está alinhada ao modelo biopsicossocial proposto pela CIF, que compreende a funcionalidade como resultado da interação dinâmica entre condições de saúde, fatores ambientais e fatores pessoais.

A AD apresenta características singulares para a implementação da CAA. Diferentemente dos contextos ambulatoriais ou hospitalares, o cuidado ocorre nos ambientes onde as atividades da vida diária efetivamente se desenvolvem. Assim, as estratégias de comunicação podem ser construídas a partir das necessidades concretas do usuário, relacionadas à alimentação, higiene, manejo da dor, expressão de desejos, tomada de decisões, interação familiar, lazer, práticas religiosas, participação comunitária e demais ocupações significativas. Essa abordagem favorece a utilização funcional dos recursos de CAA e amplia as possibilidades de generalização do seu uso para situações reais do cotidiano.

Outro aspecto fundamental refere-se à participação ativa dos familiares, cuidadores e demais parceiros de comunicação. A implementação bem-sucedida da CAA na AD depende da capacitação e do envolvimento das pessoas que compartilham o cotidiano do usuário. Nesse sentido, as equipes de AD devem desenvolver ações de orientação, treinamento e acompanhamento contínuo, favorecendo a incorporação dos sistemas comunicativos às rotinas familiares e fortalecendo ambientes comunicativamente acessíveis. A comunicação funcional não depende exclusivamente do usuário, mas também da disponibilidade e preparação de seus interlocutores para reconhecer, interpretar e responder às tentativas comunicativas.

A atuação da CAA na AD também deve estar articulada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde e à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012c). As equipes domiciliares podem desempenhar papel estratégico na continuidade de intervenções iniciadas em hospitais, CER, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços especializados, garantindo a manutenção do uso dos recursos comunicativos após a alta e favorecendo a integração entre os diferentes níveis de atenção. Da mesma forma, podem identificar novas demandas e articular encaminhamentos quando houver necessidade de avaliação especializada, prescrição de recursos de Tecnologia Assistiva ou revisão dos sistemas de comunicação utilizados.

Por fim, é importante destacar que a implementação da CAA na AD nem sempre depende de recursos sofisticados. Estratégias de baixa tecnologia, construídas a partir dos materiais já disponíveis no domicílio e daquilo que a própria pessoa utiliza em sua rotina, podem ser altamente eficazes. Pranchas de comunicação impressas, quadros com palavras e imagens, adaptações com papel e caneta, fotografias da família e dos ambientes da casa, calendários, objetos concretos, cadernos personalizados e recursos presentes em celulares e tablets já existentes no domicílio frequentemente constituem soluções acessíveis e funcionais. Quando necessário, recursos de alta tecnologia também podem ser incorporados ao cuidado, ampliando as possibilidades de comunicação. A escolha do recurso deve sempre considerar as características funcionais da pessoa, suas necessidades comunicativas, os contextos de uso e a disponibilidade de parceiros de comunicação, garantindo que a tecnologia esteja a serviço da participação e da autonomia.

Dessa forma, a inclusão da CAA na AD fortalece os princípios da integralidade, da equidade e da participação social que orientam o SUS. Ao promover a comunicação funcional nos contextos reais de vida, a CAA contribui para ampliar a autonomia, a qualidade de vida e o exercício da cidadania de pessoas que necessitam da CAA e de suas famílias, reafirmando a comunicação como dimensão essencial do cuidado em saúde.

A CAA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

No contexto do SUS, a Atenção Especializada à Saúde constitui um nível fundamental para a avaliação, intervenção e acompanhamento de pessoas que necessitam da CAA. A incorporação da CAA nos serviços especializados permite ampliar as possibilidades de comunicação e favorecer o acesso dos usuários às práticas de cuidado, educação e participação social (Beukelman; Light, 2020; Light; McNaughton, 2014).

No SUS, a atenção especializada voltada às pessoas com deficiência está organizada principalmente por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793/2012, que prevê a articulação entre diferentes pontos de atenção, incluindo CER, serviços hospitalares e outros dispositivos de cuidado. Esses serviços têm papel central na avaliação funcional e na prescrição de recursos de Tecnologia Assistiva, incluindo recursos de CAA, bem como no desenvolvimento de programas de intervenção que considerem as necessidades comunicativas, cognitivas, motoras e sociais dos usuários (Brasil, 2012).

Nos CER, a CAA é frequentemente integrada às práticas de avaliação interdisciplinar e aos processos de reabilitação. Nesses serviços, equipes compostas por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais atuam de forma colaborativa para identificar as barreiras comunicativas enfrentadas pelo usuário e selecionar sistemas de comunicação adequados às suas características funcionais e contextuais. A avaliação inclui aspectos como habilidades motoras, percepção visual, cognição, atenção, compreensão linguística e possibilidades de acesso ao sistema comunicativo. A partir dessa análise, podem ser indicados diferentes recursos, que variam desde sistemas de baixa tecnologia, como pranchas pictográficas e livros de comunicação, até dispositivos eletrônicos com síntese de voz e softwares de comunicação (Beukelman; Light, 2020).

Na atenção especializada de média complexidade, Cera, Wolf e Mandrá (2016) apresentaram experiências de intervenção em CAA individualizada e em grupo para adultos com graves alterações de emissão oral identificadas na avaliação inicial.

Além da prescrição de recursos em CAA, os serviços especializados desempenham papel essencial na capacitação de usuários, familiares e parceiros de comunicação, elemento reconhecido como fundamental para o sucesso das intervenções.

Outro espaço relevante para a implementação de práticas de CAA no SUS são os CAPS, especialmente aqueles voltados ao cuidado de crianças e adolescentes (CAPSi). Nesses serviços, a CAA pode ser utilizada como estratégia de apoio à comunicação de usuários com

transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos mentais graves ou condições associadas à limitação da linguagem oral. A incorporação de sistemas de comunicação visual e de recursos simbólicos pode facilitar a expressão de necessidades, sentimentos e experiências, contribuindo para o fortalecimento do vínculo terapêutico e para a participação do usuário nas atividades grupais e nas práticas de cuidado psicossocial.

No âmbito hospitalar, a CAA também tem sido reconhecida como ferramenta importante para garantir o direito à comunicação de pacientes com limitações temporárias ou permanentes na fala. Pacientes em unidades de terapia intensiva, em processos de reabilitação neurológica ou em cuidados paliativos podem se beneficiar de recursos comunicativos alternativos que permitam expressar necessidades básicas, participar de decisões sobre seu tratamento e manter interações com familiares e profissionais de saúde. Estudos indicam que a implementação de sistemas simples de CAA em ambientes hospitalares pode reduzir níveis de ansiedade, melhorar a qualidade da comunicação entre pacientes e equipes de saúde e favorecer a humanização do cuidado (Costello, 2010).

A atuação da CAA na atenção especializada também deve estar articulada com os demais níveis de atenção do SUS. Após a avaliação e prescrição realizadas nos serviços especializados, é fundamental que os sistemas comunicativos sejam incorporados ao cotidiano do usuário, o que envolve a articulação com a APS, com a escola e com outros espaços de convivência social. Essa integração fortalece a continuidade do cuidado e amplia as oportunidades de uso funcional da comunicação.

Portanto, a CAA na Atenção Especializada à Saúde constitui componente essencial das práticas de reabilitação e cuidado integral no SUS. Ao promover o acesso a sistemas comunicativos, capacitar usuários e parceiros de comunicação e articular diferentes pontos da rede de atenção, os serviços especializados contribuem para garantir o direito à comunicação e para ampliar as possibilidades de participação social de pessoas que necessitam da CAA.

CAA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA HOSPITALAR

Comunicação Aumentativa e Alternativa na atenção terciária hospitalar

No contexto da atenção terciária à saúde, especialmente no ambiente hospitalar, profissionais de diferentes áreas podem se deparar com pessoas que necessitam de recursos de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). Em unidades de urgência e emergência, enfermarias, centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva, diferentes condições clínicas podem comprometer temporária ou permanentemente a comunicação oral, repercutindo na funcionalidade, na participação e na interação da pessoa hospitalizada com familiares e profissionais envolvidos em seu cuidado (FARIAS, 2015; SANTIAGO; COSTELLO, 2015; CHUN et al., 2023; ZAQUEU; CHUN, 2024).

Nesse cenário, a CAA configura-se como importante estratégia para favorecer a comunicação funcional, ampliar a participação e promover maior autonomia das pessoas hospitalizadas durante o processo de cuidado em saúde (BEUKELMAN; LIGHT, 2020). Além disso, a utilização de recursos e estratégias de CAA pode contribuir para a redução de barreiras comunicativas e favorecer a interação entre a pessoa hospitalizada, seus familiares e os profissionais de saúde (BLACKSTONE; PRESSMAN, 2016; COSTELLO; PATAK; PRITCHARD, 2010).

Blackstone (2015) utiliza o conceito de vulnerabilidade comunicativa para abordar situações nas quais a capacidade de comunicação pode ser reduzida em decorrência tanto de fatores inerentes à pessoa — como alterações de linguagem, audição, visão e memória — quanto de fatores externos, relacionados às condições clínicas e ao próprio ambiente de cuidado, como a presença de via aérea artificial, ruído ambiental e barreiras linguísticas e culturais.

As barreiras comunicativas no ambiente hospitalar podem repercutir tanto na experiência da pessoa hospitalizada quanto na segurança da assistência. Estudos apontam dificuldades relacionadas à comunicação em situações envolvendo eventos adversos e na interação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde (HEMSLEY; WERNINCK; WORRALL, 2013; ETCHEGARAY et al., 2016). Além disso, dificuldades de comunicação podem potencializar experiências de estresse, ansiedade e insegurança durante a hospitalização, enquanto intervenções apoiadas por CAA podem contribuir para minimizar esses impactos (THUNBERG; TÖRNHAGE; NILSSON, 2016).

Diante da diversidade de situações que podem ocasionar vulnerabilidade comunicativa no ambiente hospitalar, Santiago e Costello (2015) apresentam diferentes grupos de pessoas que podem necessitar de recursos e estratégias de CAA durante o processo de cuidado:

1. Pessoas com comunicação vulnerável na base de referência

Incluem-se nesse grupo pessoas que já apresentam necessidades de recursos de CAA previamente à hospitalização, seja em decorrência de condições congênitas, como alterações neurológicas e/ou genéticas que impactam a fala, seja em razão de condições adquiridas anteriores à internação.

2. Pessoas com diferenças linguísticas e/ou culturais

Esse grupo contempla pessoas que, em razão de diferenças linguísticas e/ou culturais, podem encontrar barreiras para estabelecer uma comunicação efetiva com a equipe de saúde. Essas barreiras podem estar presentes desde a admissão até a alta hospitalar e demandar diferentes formas de apoio à comunicação.

3. Pessoas com início agudo de vulnerabilidade comunicativa

Nesse grupo situam-se pessoas que anteriormente se comunicavam por meio da linguagem oral, mas que, após uma emergência, procedimento clínico ou outra condição aguda, passam a apresentar impedimento ou restrição temporária ou permanente da fala.

4. Pessoas em risco para vulnerabilidade comunicativa

Incluem-se pessoas admitidas no hospital para procedimentos clínicos ou cirúrgicos planejados nos quais há previsão de possíveis condições associadas à vulnerabilidade comunicativa. Nesses casos, a identificação antecipada do risco pode favorecer o planejamento de estratégias e recursos de CAA antes que a comunicação oral seja comprometida.

5. Cuidados paliativos e apoio em CAA no final da vida

Nos cuidados paliativos e no contexto de fim de vida, torna-se essencial garantir condições para que a pessoa possa participar das decisões relacionadas ao próprio cuidado, expressar desejos, necessidades e sentimentos e manter, tanto quanto possível, sua autonomia e controle sobre aspectos relacionados à própria vida.

A identificação da vulnerabilidade comunicativa constitui, portanto, uma etapa fundamental para o planejamento da intervenção. A partir dela, devem ser consideradas as habilidades de linguagem e comunicação, as condições motoras e sensoriais, as possibilidades de acesso, o estado clínico e as demandas comunicativas da pessoa naquele momento da hospitalização.

Essa análise possibilita selecionar símbolos, técnicas, estratégias e recursos mais adequados às necessidades individuais e ao contexto de cuidado.

Em pesquisa desenvolvida em um hospital-escola da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), Zaqueu (2023) identificou diferentes estratégias, símbolos, técnicas e recursos utilizados por pessoas em vulnerabilidade comunicativa em cuidados intensivos e semi-intensivos, entre eles pranchas com símbolos gráficos e alfabéticas, gestos, piscar de olhos, acesso direto e varredura. Esses achados evidenciam a diversidade das necessidades comunicativas encontradas no ambiente hospitalar e reforçam a importância de não se restringir a intervenção a um único recurso ou modalidade de acesso.

Sob a perspectiva da funcionalidade, os fatores ambientais também assumem papel relevante nesse processo. Pessoas e elementos presentes no contexto hospitalar podem atuar como facilitadores ou como barreiras à comunicação, evidenciando que a funcionalidade comunicativa não depende exclusivamente das condições individuais da pessoa hospitalizada, mas também das características do ambiente e das oportunidades de participação que lhe são oferecidas (CHUN et al., 2023; ZAQUEU; CHUN, 2024).

Além da identificação dos diferentes perfis de vulnerabilidade comunicativa, Santiago e Costello (2015) descrevem diferentes fases de intervenção em CAA durante o processo de hospitalização. Essas fases auxiliam na compreensão das necessidades comunicativas da pessoa em diferentes momentos de sua evolução clínica.

Fase 1 – Saída da sedação

Nesta fase, a pessoa frequentemente apresenta redução do estado de vigília e limitações importantes para interagir com familiares e profissionais de saúde. Nesse contexto, recomenda-se o uso de recursos simples de comunicação, como símbolos para respostas de “sim”, “não” e “não sei”, além de recursos que possibilitem chamar a atenção da equipe, realizar interações sociais básicas e expressar necessidades imediatas.

Fase 2 – Melhora do estado de alerta

Com a ampliação do nível de consciência e da possibilidade de participação, a pessoa pode passar a utilizar recursos de comunicação com ou sem auxílio. Nessa etapa, podem ser utilizados símbolos gráficos, textos e outras estratégias que favoreçam a transmissão de

informações à equipe e aos familiares. Além dos recursos introduzidos anteriormente, podem ser incorporados vocabulário ampliado, teclados, dispositivos geradores de fala e amplificadores de voz, de acordo com as habilidades e necessidades da pessoa.

Fase 3 – Necessidade de acesso amplo e diversificado à comunicação

Nesta fase, a pessoa encontra-se mais alerta e apresenta necessidades comunicativas mais amplas, relacionadas não apenas à expressão de necessidades básicas, mas também à participação em discussões sobre o tratamento, interações sociais e atividades para além do contexto imediato do cuidado. Aos recursos utilizados anteriormente podem ser acrescentadas possibilidades de acesso à internet, telefone, música, vídeos e outros meios de interação e participação.

Essas fases não devem ser compreendidas de maneira linear ou hierárquica. As condições clínicas e as habilidades comunicativas podem se modificar ao longo da hospitalização e, consequentemente, as necessidades de CAA também podem mudar. Uma pessoa que apresenta acesso amplo e diversificado à comunicação pode, diante de uma piora clínica ou da necessidade de nova sedação, voltar a necessitar de estratégias e recursos compatíveis com fases anteriores do processo (SANTIAGO; COSTELLO, 2015).

Desse modo, a identificação da fase e das condições em que a pessoa se encontra deve orientar a seleção e a adaptação dos recursos de CAA. Mais do que disponibilizar uma prancha ou um dispositivo, é necessário considerar o que a pessoa precisa comunicar naquele momento, quais são suas possibilidades de acesso e quais parceiros e condições ambientais podem favorecer ou dificultar a interação.

A implementação da CAA, entretanto, não depende exclusivamente da identificação de um recurso adequado. No contexto da terapia intensiva, fatores relacionados à pessoa hospitalizada, aos profissionais e ao próprio ambiente assistencial podem atuar como barreiras ou facilitadores para o uso da CAA e de estratégias de restauração da voz (ISTANBOULIAN et al., 2020). Dessa forma, a efetividade da intervenção pressupõe que as estratégias comunicativas sejam incorporadas ao cotidiano do cuidado e compartilhadas entre os diferentes profissionais que interagem com a pessoa hospitalizada.

Essa perspectiva é particularmente relevante no âmbito do SUS e em uma abordagem interdisciplinar do cuidado. Embora a avaliação especializada e a definição de estratégias de

CAA possam demandar conhecimentos específicos, garantir oportunidades de comunicação é uma responsabilidade compartilhada entre os diferentes profissionais envolvidos na assistência. A equipe deve conhecer as formas pelas quais a pessoa expressa concordância, recusa, dor, desconforto, necessidades, dúvidas e preferências, bem como oferecer tempo e oportunidades para que ela participe das interações e das decisões relacionadas ao próprio cuidado.

Assim, a CAA na atenção terciária não deve ser compreendida apenas como um conjunto de recursos destinados a substituir temporariamente a fala. Sua implementação envolve reconhecer a comunicação como dimensão fundamental da funcionalidade e da participação da pessoa durante a hospitalização. Nesse sentido, identificar precocemente situações de vulnerabilidade comunicativa, disponibilizar meios adequados de expressão e compreensão e envolver familiares e profissionais como parceiros de comunicação são ações que podem contribuir para uma assistência mais participativa, segura e centrada na pessoa.

INTEGRAÇÃO ENTRE CAA E TECNOLOGIA ASSISTIVA

A CAA é amplamente reconhecida como uma das áreas centrais da Tecnologia Assistiva, pois envolve o desenvolvimento e a utilização de recursos, estratégias e sistemas destinados a ampliar ou substituir a comunicação oral de pessoas que necessitam da CAA. A integração entre CAA e os recursos de Tecnologia Assistiva possibilita a criação de soluções que favorecem a autonomia comunicativa, o acesso à informação e a participação social de indivíduos com diferentes condições de saúde ou desenvolvimento, como paralisia cerebral, transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, doenças neuromusculares, condições neurológicas adquiridas e outros (Beukelman; Light, 2020; Cook; Polgar, 2015).

A Tecnologia Assistiva aplicada à comunicação inclui um amplo número de recursos que variam de dispositivos de baixa tecnologia, como pranchas de comunicação pictográficas, livros de símbolos e objetos de referência, até tecnologias digitais avançadas, como softwares de comunicação com síntese de voz, aplicativos para tablets e sistemas de acesso alternativo,

incluindo rastreamento ocular, switches e interfaces adaptadas. Esses recursos permitem que pessoas com limitações na fala ou na escrita possam expressar necessidades, participar de interações sociais, acessar conteúdos educacionais e exercer maior controle sobre suas atividades cotidianas.

A seleção e a implementação de recursos de CAA exigem uma avaliação cuidadosa das características funcionais do usuário. Esse processo envolve a análise de aspectos motores, cognitivos, sensoriais, linguísticos e contextuais, bem como das demandas comunicativas presentes nos diferentes ambientes em que o indivíduo participa. Modelos conceituais como o Human Activity Assistive Technology (HAAT) destacam a importância de compreender a relação entre pessoa, atividade, contexto e tecnologia no processo de escolha e adaptação de recursos assistivos (Cook; Polgar, 2015). Assim, a eficácia das tecnologias de CAA depende não apenas das características do dispositivo, mas também da adequação entre as necessidades do usuário e as oportunidades de uso no ambiente social.

Outro aspecto fundamental da integração entre CAA e os recursos de Tecnologia Assistiva refere-se à adaptação dos sistemas comunicativos para diferentes contextos de participação, como escola, família, serviços de saúde e comunidade. A utilização de dispositivos digitais e plataformas móveis ampliou significativamente as possibilidades de personalização dos sistemas de comunicação, permitindo a organização de vocabulários dinâmicos, a integração de imagens, textos e voz sintetizada e a adaptação do sistema às necessidades comunicativas do usuário ao longo do tempo.

Além disso, avanços recentes em áreas como inteligência artificial, interfaces adaptativas e sistemas de acesso alternativo têm ampliado as possibilidades de uso da CAA por indivíduos com limitações motoras mais graves. Tecnologias baseadas em rastreamento ocular, reconhecimento de gestos ou detecção de movimentos sutis permitem que usuários com mobilidade reduzida possam acessar sistemas comunicativos de forma mais eficiente e intuitiva, reduzindo a carga cognitiva associada ao uso de dispositivos de comunicação (Light; McNaughton, 2014).

No âmbito do SUS é responsabilidade do Estado garantir o acesso a recursos e tecnologias que favoreçam a funcionalidade e a participação social das pessoas com deficiência, incluindo aqueles destinados à CAA. A disponibilização desses recursos integra o conjunto de ações relacionadas à oferta de Tecnologia Assistiva no sistema público de saúde,

especialmente no contexto da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Nesse sentido, cabe ao SUS assegurar a avaliação das necessidades comunicativas dos usuários, bem como a prescrição, dispensação e acompanhamento do uso de recursos de CAA. A garantia de acesso a esses recursos deve ocorrer de forma equânime e articulada entre os diferentes pontos da rede de atenção, considerando as características funcionais do usuário e os contextos em que a comunicação se realiza, de modo a promover autonomia, participação social e o direito à comunicação (Brasil, 2011; Brasil, 2012).

No entanto, a efetividade da integração entre CAA e Tecnologia Assistiva depende também de fatores relacionados à formação de profissionais, à sensibilização e orientação das pessoas que usam CAA e seus familiares e à disponibilidade de recursos nos serviços públicos de saúde e educação. No contexto brasileiro, a ampliação do acesso aos recursos de Tecnologia Assistiva constitui um desafio importante, especialmente em regiões com menor disponibilidade de recursos especializados. Nesse sentido, a produção e disseminação de soluções de baixa tecnologia, aliadas à instrução dos profissionais e à articulação entre saúde e educação, têm sido estratégias relevantes para ampliar o acesso à CAA.

Importante uma discussão de políticas públicas para a dispensação de recursos de baixa, média e alta tecnologia pelo Estado, sempre com uma prévia avaliação interdisciplinar e a real necessidade desse recurso, a adaptação da tecnologia à realidade da pessoa que necessita de CAA, assim como também o acompanhamento longitudinal para futuros reajuste. A tecnologia assistiva na área da comunicação é um recurso externo para contribuir diretamente a participação e inclusão social, e portanto seria necessário um fluxo dentro dos programas de concessão de órteses e próteses.

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA, CUIDADORES E COMUNIDADE

A participação da família, dos cuidadores e da comunidade constitui um elemento central para o sucesso das intervenções em CAA. Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente no ambiente clínico, a CAA pressupõe que a comunicação se desenvolve e se fortalece nas interações cotidianas e nos contextos naturais de vida. Dessa forma, o envolvimento ativo das pessoas que convivem com o usuário é fundamental para garantir oportunidades frequentes e significativas de uso dos sistemas comunicativos (Beukelman; Light, 2020; Light; McNaughton, 2014).

No caso de pessoas que necessitam da CAA, a família geralmente representa o principal parceiro comunicativo e o mediador das interações no ambiente doméstico e comunitário. A literatura destaca que intervenções baseadas no modelo centrado na família contribuem para ampliar as oportunidades de comunicação e favorecer a generalização das habilidades aprendidas em contextos terapêuticos para situações do cotidiano. Nesse sentido, orientar e capacitar familiares e cuidadores sobre o uso de sistemas de CAA, estratégias de mediação comunicativa e organização de ambientes comunicativos acessíveis constitui um componente essencial dos processos de intervenção (Romski; Sevcik, 2005; Sennott; Light; McNaughton, 2016).

Além da família, os cuidadores e profissionais que acompanham a pessoa que se beneficia da CAA em diferentes contextos, como educadores, mediadores escolares e profissionais de saúde, desempenham papel relevante na promoção da comunicação funcional. A consistência no uso dos sistemas de CAA entre diferentes ambientes como casa, escola e serviços de saúde, favorece a construção de repertórios comunicativos mais amplos e aumenta as oportunidades de participação social do indivíduo.

Outro aspecto importante refere-se à participação da comunidade e à construção de ambientes comunicativamente acessíveis. A promoção de atitudes inclusivas e o reconhecimento da CAA como forma legítima de comunicação contribuem para reduzir barreiras sociais e ampliar as possibilidades de interação para pessoas que necessitam da CAA. Nesse sentido, iniciativas de sensibilização, formação de profissionais e divulgação de práticas inclusivas podem favorecer a construção de contextos sociais mais receptivos ao uso de sistemas de CAA.

No contexto das políticas públicas brasileiras, especialmente no âmbito do SUS, a valorização da participação da família e da comunidade está alinhada aos princípios da integralidade do cuidado e da participação social. Programas de orientação familiar, ações de educação em saúde e práticas colaborativas entre profissionais, familiares e usuários constituem estratégias importantes para fortalecer o uso da CAA e ampliar sua efetividade nos diferentes espaços da vida cotidiana.

Assim, a participação ativa da família, dos cuidadores e da comunidade representa um componente fundamental para a sustentabilidade das intervenções em CAA. Ao promover ambientes comunicativos responsivos e inclusivos, esses atores contribuem para ampliar as

oportunidades de interação, favorecer o desenvolvimento da linguagem e garantir o direito à comunicação e à participação social de pessoas que necessitam da CAA.

4.5 exemplos de aplicação prática

EXEMPLO DE APLICAÇÃO PRÁTICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Durante consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde, uma criança de 2 anos apresentou pouca iniciativa comunicativa, ausência de apontar para compartilhar interesses e dificuldade para expressar escolhas. A equipe orienta a família sobre estratégias de comunicação responsiva e elabora uma prancha temática simples com figuras relacionadas à alimentação e às brincadeiras da rotina familiar. Esses materiais podem ser construídos utilizando bancos gratuitos de símbolos, como o ARASAAC, e programas de livre acesso, como o Prancha Fácil. Paralelamente, o Agente Comunitário de Saúde acompanha o uso do recurso no domicílio e a equipe Multi articula o diálogo com a escola. Além de acompanhar a criança e a família no grupo de desenvolvimento de linguagem da UBS. A criança passa a utilizar os símbolos para realizar escolhas e participar mais ativamente das atividades cotidianas, enquanto aguarda avaliação especializada.

EXEMPLO DE APLICAÇÃO PRÁTICA – ATENÇÃO DOMICILIAR

Uma pessoa idosa retorna ao domicílio após internação por AVC, apresentando importante comprometimento da fala e da linguagem. Durante o acompanhamento pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), são identificadas demandas comunicativas relacionadas às refeições, aos cuidados pessoais e à expressão de desconfortos físicos. A equipe desenvolve pranchas temáticas adaptadas à rotina da casa e orienta familiares e cuidadores sobre estratégias de mediação da comunicação. Os recursos podem ser confeccionados com símbolos gratuitos disponíveis em plataformas abertas, como o ARASAAC, e organizados por meio de programas gratuitos, como o Prancha Fácil, favorecendo sua reprodução pelos serviços da rede. Com o uso contínuo dos recursos, a pessoa passa a comunicar necessidades básicas,

participar de decisões relacionadas ao próprio cuidado e ampliar sua interação com familiares e profissionais de saúde.

EXEMPLO DE APLICAÇÃO PRÁTICA – ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Atenção Especializada: Uma criança com paralisia cerebral e que necessita da CAA é encaminhada ao CER. Após avaliação interdisciplinar, identifica-se potencial para utilização de sistema pictográfico associado a acesso por toque direto. A equipe implementa um sistema de comunicação personalizado, capacita familiares e professores e articula o uso do recurso nos diferentes ambientes frequentados pela criança, ampliando sua participação nas atividades escolares e comunitárias.

Atenção Hospitalar: Um paciente internado após procedimento neurológico apresenta impossibilidade temporária de falar, mantendo compreensão preservada. A equipe disponibiliza uma prancha de comunicação contendo respostas de “sim” e “não”, necessidades básicas e sintomas frequentes. O recurso permite que o paciente expresse desconfortos, participe das decisões relacionadas ao tratamento e mantenha comunicação com familiares e profissionais durante a internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da atenção em CAA no contexto do SUS deve ser orientada pelos princípios da integralidade do cuidado, da articulação em rede, da intersetorialidade e da equidade no acesso à Tecnologia Assistiva. Essa perspectiva amplia a compreensão da CAA para além de uma intervenção clínica pontual, situando-a como estratégia fundamental para a promoção da comunicação, da participação social e da autonomia de pessoas que necessitam da CAA.

Capítulo 5. Aspectos Intersectoriais e Educação Permanente no âmbito da CAA

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) constitui uma estratégia essencial para assegurar o direito humano à comunicação de pessoas que necessitam da CAA, contribuindo para a promoção da autonomia, da participação social, da tomada de decisão e do exercício pleno da cidadania. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), sua implementação transcende a disponibilização de recursos, dispositivos ou tecnologias assistivas, exigindo a organização de processos de cuidado capazes de reconhecer a comunicação como componente estruturante da funcionalidade humana, elemento indispensável para a produção do cuidado centrado na pessoa. Nessa perspectiva, a incorporação da CAA demanda mudanças na organização das práticas profissionais, na articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na construção de mecanismos de cooperação entre políticas públicas que compartilham responsabilidades na garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

A complexidade das necessidades comunicacionais das pessoas que usam CAA evidencia os limites de respostas setoriais, fragmentadas e centradas exclusivamente na assistência clínica. Barreiras à comunicação repercutem simultaneamente no acesso aos serviços de saúde, à educação, à proteção social, à cultura, ao trabalho, à justiça e aos diversos espaços de participação comunitária. Consequentemente, a efetividade das intervenções em CAA depende da capacidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil de desenvolver ações coordenadas, compartilhando responsabilidades, recursos, conhecimentos e estratégias de acompanhamento. A comunicação, nesse contexto, deixa de ser compreendida apenas como objeto de intervenção terapêutica e passa a constituir condição indispensável para o exercício de direitos fundamentais, conforme estabelecido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

No âmbito do SUS, essa compreensão encontra respaldo nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que orientam a organização das redes de atenção e reconhecem a necessidade de respostas articuladas às demandas de saúde da população. A integralidade, em particular, pressupõe que as necessidades das pessoas não podem ser reduzidas a diagnósticos ou procedimentos isolados, devendo ser compreendidas em sua dimensão biopsicossocial, considerando os fatores ambientais, sociais, culturais e relacionais

que condicionam a participação e a funcionalidade. A adoção desse paradigma aproxima a organização do cuidado dos referenciais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que desloca o foco da deficiência para a interação dinâmica entre as condições de saúde e os contextos de vida das pessoas, reafirmando a importância em eliminar as barreiras, promovendo facilitadores ambientais na produção da funcionalidade.

Sob essa perspectiva, a implementação da CAA demanda o fortalecimento de redes colaborativas que extrapolam limites institucionais do setor da saúde. A utilização efetiva dos recursos de comunicação depende, por exemplo, da continuidade de seu uso nos ambientes escolares, familiares, comunitários e laborais, o que exige alinhamento entre profissionais de diferentes áreas, gestores públicos, educadores, cuidadores e organizações da sociedade civil. A ausência dessa articulação frequentemente resulta na descontinuidade das estratégias comunicacionais, na baixa adesão aos recursos prescritos e na restrição das oportunidades de participação social dos usuários. Assim, mais do que disponibilizar dispositivos de comunicação, torna-se necessário construir ambientes comunicacionalmente acessíveis, nos quais diferentes atores compartilhem objetivos comuns relacionados à promoção da autonomia e da inclusão.

Nesse cenário, a intersetorialidade emerge como princípio organizador das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, constituindo uma estratégia de governança capaz de integrar diferentes saberes, competências institucionais e mecanismos de gestão. Diferentemente de iniciativas pontuais de cooperação entre serviços, a intersetorialidade pressupõe a construção de processos permanentes de planejamento, execução, monitoramento e avaliação compartilhados entre distintos setores governamentais, orientados por objetivos comuns e centrados nas necessidades das pessoas e de seus territórios. Trata-se, portanto, de uma forma de gestão pública que reconhece a multidimensionalidade dos determinantes sociais da saúde e busca superar a fragmentação historicamente presente nas políticas públicas brasileiras.

Entretanto, a institucionalização de práticas intersetoriais representa um grande desafio para o sistema de saúde. Persistem obstáculos como: fragmentação administrativa, organização verticalizada das políticas públicas, diferenças de financiamento, distintos modelos de gestão, além de integração limitada entre sistemas de informação. Soma-se a esse cenário, a formação predominantemente disciplinar dos profissionais, frequentemente orientada por modelos de atenção centrados em categorias profissionais específicas e pouco voltados ao trabalho

colaborativo. Como consequência, iniciativas intersetoriais muitas vezes permanecem dependentes de esforços individuais ou de experiências locais, sem alcançar sustentabilidade suficiente para sua consolidação como política pública.

É nesse contexto que a Educação Permanente em Saúde (EPS) assume papel estratégico para a consolidação da CAA no SUS. Mais do que ofertar cursos ou treinamentos pontuais, a EPS constitui uma política pública orientada pela aprendizagem significativa, produzida a partir da problematização do cotidiano do trabalho, da reflexão crítica sobre as práticas e da construção coletiva de soluções para os desafios encontrados nos serviços. Ao favorecer processos contínuos de aprendizagem em equipe, a EPS contribui para o desenvolvimento de competências colaborativas, para o fortalecimento do trabalho interprofissional e para a incorporação de novas tecnologias e abordagens de cuidado, como a CAA.

A implementação da CAA exige, portanto, processos permanentes de qualificação que transcendam à qualificação técnica sobre recursos comunicacionais. Torna-se necessário desenvolver competências relacionadas à prática colaborativa, ao planejamento intersetorial, à construção de Projetos Terapêuticos Singulares, à comunicação centrada na pessoa, ao reconhecimento das especificidades culturais e linguísticas dos usuários e à utilização de estratégias de apoio à tomada de decisão compartilhada. Essas competências são produzidas, sobretudo, nos espaços de trabalho, mediante processos de reflexão coletiva que articulem conhecimento científico, experiência profissional e necessidades concretas dos territórios.

Além disso, a rápida evolução das tecnologias assistivas e dos recursos digitais utilizados na CAA impõe novos desafios à qualificação dos profissionais e das redes de cuidado. O surgimento contínuo de softwares, aplicativos, sistemas de síntese de voz, plataformas digitais e dispositivos móveis amplia significativamente as possibilidades de comunicação das pessoas com deficiência, mas também demanda atualização permanente das equipes, capacidade crítica para seleção das tecnologias mais adequadas e fortalecimento da cultura de inovação nos serviços públicos. A EPS, nesse contexto, assume papel fundamental na incorporação responsável dessas inovações, garantindo que sua utilização permaneça orientada pelas necessidades, preferências e projetos de vida das pessoas usuárias.

Este capítulo discute, portanto, os aspectos intersetoriais e os processos de EPS como dimensões estruturantes para a implementação e sustentabilidade da CAA no SUS. Parte-se do pressuposto de que o direito à comunicação somente poderá ser plenamente assegurado

mediante a articulação entre diferentes políticas públicas, a organização de redes colaborativas de cuidado e a qualificação permanente dos profissionais envolvidos. Ao longo do capítulo serão discutidos os fundamentos da intersetorialidade, as interfaces entre os diversos setores responsáveis pela garantia dos direitos das pessoas que usam a CAA, bem como as estratégias de EPS capazes de fortalecer práticas colaborativas, ampliar a capacidade institucional dos serviços e promover uma cultura organizacional comprometida com a inclusão, a acessibilidade comunicacional e a integralidade do cuidado.

5.1 A intersetorialidade como fundamento para a garantia do direito à comunicação

A efetivação do direito à comunicação das pessoas que necessitam de CAA exige o reconhecimento de que esse direito não se circunscreve ao acesso a recursos tecnológicos ou à oferta de intervenções clínicas especializadas. A comunicação constitui um determinante transversal da participação social, da autonomia e do exercício da cidadania, estando diretamente relacionada à capacidade das pessoas de expressarem preferências, construir relações sociais, acessar políticas públicas, exercer direitos e participar dos processos de tomada de decisão que afetam suas vidas. Nessa perspectiva, a CAA deve ser compreendida como uma estratégia de promoção da acessibilidade comunicacional que atravessa diferentes políticas públicas e demanda respostas articuladas entre múltiplos setores governamentais e não governamentais. Trata-se de reconhecer que as necessidades comunicacionais produzem repercussões simultâneas nos campos da saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura, justiça, direitos humanos e participação comunitária, exigindo formas de governança capazes de superar a fragmentação institucional historicamente presente na administração pública brasileira.

A intersetorialidade representa, nesse contexto, uma estratégia político-organizacional voltada à integração de diferentes políticas públicas em torno de objetivos comuns, orientada pela compreensão de que problemas complexos requerem respostas igualmente complexas e compartilhadas. Diferentemente da simples cooperação entre instituições ou da realização de ações conjuntas pontuais, a intersetorialidade pressupõe a construção de processos permanentes de planejamento, gestão, execução, monitoramento e avaliação desenvolvidos de forma colaborativa, com definição compartilhada de responsabilidades e mecanismos de

corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos. Essa perspectiva rompe com modelos setoriais tradicionais, nos quais cada política atua de maneira isolada, frequentemente produzindo sobreposição de ações, descontinuidade do cuidado e ineficiência na utilização dos recursos públicos.

No caso específico da CAA, a necessidade de atuação intersetorial decorre da própria natureza da comunicação humana. As pessoas utilizam estratégias comunicacionais em todos os ambientes de sua vida cotidiana, e não apenas durante os atendimentos realizados nos serviços especializados. Consequentemente, os recursos de CAA somente alcançam seu potencial quando são incorporados aos diferentes contextos de vida da pessoa, incluindo o ambiente domiciliar, a escola, os serviços de saúde, os espaços de convivência comunitária, o trabalho, as atividades culturais e os ambientes digitais. A continuidade dessa utilização depende da atuação coordenada entre profissionais de diferentes áreas, familiares, cuidadores, educadores, gestores públicos e demais atores sociais responsáveis pela organização desses espaços.

Sob a perspectiva do modelo biopsicossocial da deficiência, adotado pela CIF e incorporado pela legislação brasileira, a funcionalidade resulta da interação dinâmica entre as condições de saúde da pessoa e os fatores contextuais presentes em seu ambiente. Entre esses fatores destacam-se as barreiras comunicacionais, atitudinais, arquitetônicas, tecnológicas e organizacionais que podem restringir significativamente a participação social, mesmo quando a pessoa dispõe de recursos adequados de comunicação. Assim, a implementação da CAA não pode limitar-se ao fornecimento de pranchas de comunicação, softwares especializados ou dispositivos eletrônicos; torna-se imprescindível desenvolver ambientes capazes de reconhecer, compreender e utilizar esses recursos de forma efetiva, promovendo oportunidades reais de interação social e exercício da autonomia.

Essa compreensão desloca o foco tradicional da reabilitação, historicamente centrado na aquisição de habilidades individuais, para uma perspectiva orientada pela transformação dos contextos sociais em que a comunicação ocorre. A efetividade da CAA passa a depender tanto das competências comunicativas da pessoa quanto da capacidade das instituições de eliminar barreiras e construir ambientes acessíveis, acolhedores e responsivos às diferentes formas de expressão. Trata-se de reconhecer que a comunicação constitui um fenômeno relacional, produzido na interação entre sujeitos e mediado pelas condições ambientais disponíveis,

reforçando a necessidade de que diferentes políticas públicas assumam responsabilidades compartilhadas na promoção da acessibilidade comunicacional.

Nesse cenário, a intersetorialidade deixa de representar apenas um instrumento de gestão para constituir um princípio orientador da organização do cuidado. A construção de respostas integradas requer mecanismos institucionais que favoreçam o diálogo permanente entre os diferentes setores, possibilitando o compartilhamento de informações, a elaboração conjunta de planos de cuidado, a definição de fluxos assistenciais e o acompanhamento longitudinal das pessoas usuárias da CAA. Esses processos fortalecem a integralidade da atenção ao reduzir a fragmentação dos serviços e ampliar a capacidade das redes públicas de responder às múltiplas necessidades apresentadas pelos usuários.

Importa destacar que a articulação intersetorial não pressupõe a diluição das responsabilidades específicas de cada política pública. Ao contrário, cada setor mantém suas competências institucionais, contribuindo com conhecimentos, recursos e instrumentos próprios para a construção de objetivos comuns. O setor saúde permanece responsável pela avaliação clínica, funcional e comunicacional, pela definição das estratégias terapêuticas, pela indicação e acompanhamento dos recursos de tecnologia assistiva e pela coordenação do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, a efetividade dessas intervenções depende da atuação complementar de outros setores, especialmente aqueles responsáveis pelos ambientes, os quais a comunicação ocorre cotidianamente.

Sob essa perspectiva, o sistema educacional desempenha papel estratégico na consolidação da CAA, uma vez que a escola representa um dos principais espaços de desenvolvimento da linguagem, das interações sociais e da aprendizagem ao longo da infância e adolescência. A incorporação dos recursos de comunicação às práticas pedagógicas, às atividades escolares e às interações entre estudantes constitui elemento essencial para ampliar as oportunidades de participação educacional e favorecer processos inclusivos. Da mesma forma, os serviços socioassistenciais contribuem para o fortalecimento das redes de apoio às famílias, para a redução de vulnerabilidades sociais e para a promoção da participação comunitária, aspectos diretamente relacionados à utilização sustentável da CAA nos diferentes territórios.

Outros setores também exercem papel relevante nesse processo. A garantia do acesso à justiça, por exemplo, pressupõe que pessoas usuárias da CAA possam compreender

informações jurídicas, manifestar sua vontade e participar de procedimentos administrativos ou judiciais em igualdade de condições com as demais pessoas. No campo da cultura, do esporte e do lazer, a acessibilidade comunicacional amplia oportunidades de participação social, fortalece vínculos comunitários e contribui para o reconhecimento da diversidade humana. De forma semelhante, políticas relacionadas ao trabalho e à qualificação profissional devem incorporar estratégias de comunicação acessível para favorecer processos de inclusão produtiva e permanência das pessoas com deficiência no mundo do trabalho.

A efetividade dessas articulações depende da adoção de mecanismos de governança colaborativa capazes de integrar diferentes níveis de gestão e distintos arranjos institucionais. A literatura sobre governança em saúde demonstra que redes colaborativas bem estruturadas apresentam maior capacidade de enfrentar problemas complexos, produzir inovação organizacional e promover respostas mais efetivas às necessidades da população. No contexto da CAA, essa governança pode ser operacionalizada por meio da construção de protocolos intersetoriais, definição de fluxos compartilhados, estabelecimento de espaços permanentes de diálogo entre gestores e profissionais, elaboração conjunta de planos de ação e desenvolvimento de estratégias integradas de monitoramento e avaliação.

Os territórios assumem papel central nesse processo, uma vez que é no âmbito local que as diferentes políticas públicas se materializam e onde as necessidades concretas das pessoas tornam-se mais visíveis. A organização territorial das redes favorece o reconhecimento dos recursos existentes, a identificação das lacunas assistenciais e o estabelecimento de relações de cooperação entre instituições que compartilham responsabilidades sobre uma mesma população. Essa abordagem aproxima-se da lógica das Redes de Atenção à Saúde, nas quais a coordenação do cuidado depende da articulação entre diferentes pontos de atenção e da construção de vínculos permanentes entre equipes, usuários e comunidade.

Sob essa lógica, a participação ativa das pessoas usuárias da CAA e de suas famílias constitui elemento estruturante da intersetorialidade. As decisões relacionadas à escolha dos recursos comunicacionais, aos ambientes prioritários para sua utilização, às estratégias de implementação e às metas de participação social devem ser construídas de forma compartilhada, reconhecendo a pessoa como protagonista do processo de cuidado. Essa abordagem fortalece a autonomia, amplia a adesão às estratégias propostas e favorece a construção de respostas alinhadas às necessidades, preferências e projetos de vida de cada indivíduo. Além disso, a incorporação da experiência dos usuários contribui para qualificar a

gestão das políticas públicas, permitindo que as ações desenvolvidas sejam continuamente aperfeiçoadas a partir das demandas reais dos territórios.

A consolidação da intersectorialidade na CAA requer, portanto, uma mudança paradigmática na forma de compreender tanto a comunicação quanto a organização das políticas públicas. Mais do que estabelecer canais formais de cooperação entre instituições, trata-se de construir uma cultura de corresponsabilização capaz de integrar diferentes saberes, reconhecer a diversidade dos contextos de vida e orientar a atuação dos serviços pela centralidade da pessoa e pelo compromisso com a garantia do direito à comunicação. Essa transformação implica rever modelos tradicionais de gestão, fortalecer mecanismos de governança colaborativa e investir continuamente na qualificação das equipes, tema que será aprofundado nas próximas seções deste capítulo ao abordar as interfaces entre os diferentes setores e o papel estratégico da EPS na consolidação da CAA no SUS.

5.2. Interfaces entre Saúde, Educação, Assistência Social e demais políticas públicas na consolidação da CAA

A implementação da CAA demanda uma compreensão ampliada da organização das políticas públicas, na qual a integralidade do cuidado é produzida pela articulação entre diferentes setores governamentais e pela construção de responsabilidades compartilhadas em torno das necessidades das pessoas. Essa perspectiva encontra consonância com os princípios estruturantes do SUS, especialmente a integralidade, que pressupõe a articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e participação social, reconhecendo que as necessidades de saúde são influenciadas por fatores sociais, educacionais, econômicos, culturais e ambientais. No caso das pessoas usuárias da CAA, essa compreensão torna-se ainda mais relevante, uma vez que a comunicação permeia todas as dimensões da vida cotidiana e constitui requisito fundamental para o acesso aos direitos assegurados pelas diferentes políticas públicas.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) ocupa posição estratégica nesse processo ao organizar a atenção especializada e promover a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, a efetividade das ações desenvolvidas

pelos serviços especializados depende da capacidade de estabelecer vínculos permanentes com a Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A APS acompanha longitudinalmente os usuários e suas famílias, identifica precocemente necessidades comunicacionais, desenvolve ações de promoção da saúde, coordena encaminhamentos e favorece a continuidade das intervenções ao longo do ciclo de vida. Além disso, sua inserção territorial possibilita compreender as condições concretas em que vivem as pessoas, identificando barreiras e potencialidades que influenciam diretamente o uso funcional da CAA.

Nesse contexto, o apoio matricial configura-se como importante dispositivo organizacional para fortalecer a integração entre os serviços especializados e a Atenção Primária. Ao promover a troca de conhecimentos entre equipes, ampliar a capacidade resolutiva dos serviços e favorecer a construção compartilhada de PTS, o matriciamento contribui para que a CAA deixe de ser compreendida como uma intervenção restrita aos profissionais especializados e passe a integrar o cotidiano das equipes de saúde. Essa lógica fortalece a corresponsabilização pelo cuidado, amplia a capacidade dos territórios em responder às demandas comunicacionais e reduz a fragmentação frequentemente observada entre os diferentes níveis de atenção.

Entretanto, a garantia do direito à comunicação ultrapassa os limites do setor saúde. O ambiente escolar representa um dos espaços mais relevantes para o desenvolvimento das competências comunicativas, da participação social e da construção da autonomia. É na escola que crianças e adolescentes estabelecem relações interpessoais, constroem conhecimentos, participam de atividades coletivas e exercitam diferentes formas de interação social. Consequentemente, a efetividade da CAA depende da incorporação dos recursos comunicacionais às práticas pedagógicas, às estratégias de ensino, às rotinas escolares e às interações estabelecidas entre estudantes, professores e demais profissionais da educação.

Essa articulação exige o estabelecimento de processos permanentes de diálogo entre profissionais da saúde e da educação, superando modelos de atuação nos quais cada setor intervém de maneira independente. O compartilhamento de informações sobre os sistemas de comunicação utilizados pelos estudantes, a adaptação conjunta de materiais pedagógicos, o planejamento colaborativo de estratégias de participação e a definição de objetivos comuns favorecem a continuidade das intervenções e ampliam significativamente as oportunidades de aprendizagem. Mais do que promover adaptações individuais, essa perspectiva contribui para

a construção de ambientes educacionais comunicacionalmente acessíveis, beneficiando não apenas estudantes usuários da CAA, mas toda a comunidade escolar.

Sob outra perspectiva, a política de assistência social desempenha papel igualmente relevante na consolidação das estratégias de comunicação. A vulnerabilidade socioeconômica frequentemente impõe obstáculos adicionais ao acesso às tecnologias assistivas, ao acompanhamento terapêutico e à participação social. Os serviços ofertados no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especialmente aqueles voltados ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, podem contribuir para ampliar o suporte às famílias, orientar cuidadores, favorecer a inclusão social e reduzir fatores de vulnerabilidade que dificultam a utilização cotidiana dos recursos de CAA. Além disso, a assistência social desempenha importante função na articulação de benefícios, programas sociais e serviços comunitários capazes de fortalecer as condições necessárias para a participação social das pessoas com deficiência.

A família, nesse cenário, constitui um dos principais elementos de sustentação das estratégias comunicacionais. Diversos estudos demonstram que a efetividade da CAA está diretamente relacionada ao grau de participação dos familiares na construção dos processos comunicativos cotidianos. A utilização consistente dos recursos de comunicação em casa, durante atividades de lazer, alimentação, autocuidado e convivência social amplia significativamente as oportunidades de aprendizagem e favorece a generalização das habilidades desenvolvidas nos ambientes terapêuticos. Dessa forma, as políticas públicas devem reconhecer as famílias não apenas como receptoras de orientações técnicas, mas como parceiras ativas na construção do cuidado, valorizando seus conhecimentos, experiências e prioridades.

Essa compreensão aproxima-se dos princípios do cuidado centrado na pessoa e na família, segundo os quais as decisões clínicas e organizacionais devem considerar os projetos de vida, as preferências e os contextos socioculturais dos usuários. No âmbito da CAA, isso significa reconhecer que a escolha dos sistemas de comunicação, dos vocabulários utilizados, das estratégias de implementação e dos ambientes prioritários de intervenção deve ser construída conjuntamente entre profissionais, usuários e familiares, respeitando as singularidades de cada contexto. Essa abordagem amplia a adesão às intervenções e fortalece a autonomia das pessoas ao favorecer sua participação ativa nas decisões relacionadas ao próprio cuidado.

As interfaces intersetoriais também se estendem às políticas de direitos humanos e de acesso à justiça. A comunicação constitui requisito essencial para o exercício da capacidade legal, para a manifestação da vontade e para a participação em processos administrativos e judiciais. Pessoas usuárias da CAA frequentemente enfrentam barreiras que limitam sua participação em audiências, atendimentos policiais, procedimentos eleitorais, serviços notariais e outras situações que exigem comunicação efetiva. A eliminação dessas barreiras requer adaptações procedimentais, formação dos profissionais envolvidos e incorporação de recursos de acessibilidade comunicacional que assegurem igualdade de oportunidades no exercício dos direitos civis e políticos.

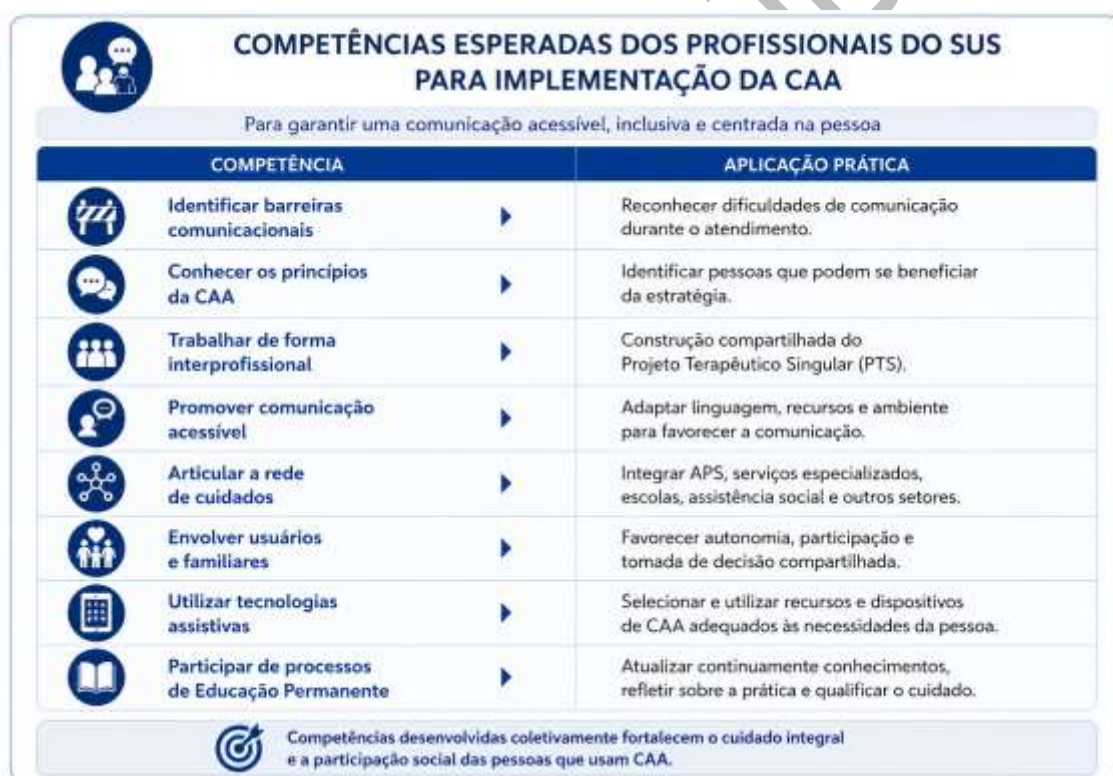
No campo do trabalho e da inclusão produtiva, a acessibilidade comunicacional também assume papel estratégico. A ampliação das oportunidades de escolarização, qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho depende, em grande medida, da existência de ambientes capazes de reconhecer diferentes formas de comunicação. A adoção de tecnologias assistivas, adaptações organizacionais e práticas inclusivas favorece não apenas a inserção das pessoas com deficiência, mas também sua permanência e desenvolvimento profissional. Nessa perspectiva, a CAA contribui para ampliar oportunidades de autonomia econômica e participação social, reafirmando sua importância como instrumento de promoção da cidadania.

As políticas culturais, esportivas e de lazer igualmente representam espaços privilegiados para a promoção da inclusão comunicacional. Museus, bibliotecas, centros culturais, equipamentos esportivos e atividades comunitárias constituem ambientes de interação social que favorecem a construção de vínculos, a expressão de identidades e o fortalecimento da participação cidadã. A incorporação de estratégias de comunicação acessível nesses espaços amplia o exercício dos direitos culturais e fortalece a compreensão social de que a diversidade comunicacional constitui uma característica legítima da condição humana, contribuindo para a redução do capacitismo e das barreiras atitudinais que ainda limitam a participação das pessoas usuárias da CAA.

Outro aspecto frequentemente negligenciado refere-se ao papel das organizações da sociedade civil, associações de pessoas com deficiência, universidades e centros de pesquisa na consolidação das redes intersetoriais. Essas instituições desempenham funções relevantes na produção de conhecimento, no desenvolvimento de tecnologias assistivas, na formação profissional, na defesa de direitos e na construção de processos participativos voltados ao

aperfeiçoamento das políticas públicas. Sua participação fortalece a governança colaborativa e amplia a capacidade do Estado em responder às demandas emergentes relacionadas à CAA.

A consolidação dessas interfaces demanda mecanismos institucionais permanentes de coordenação. A constituição de grupos de trabalho intersetoriais, câmaras técnicas, fóruns territoriais, protocolos compartilhados e espaços de planejamento conjunto favorece a construção de objetivos comuns e fortalece a corresponsabilização entre os diferentes setores. Contudo, tais dispositivos somente produzem resultados consistentes quando acompanhados por processos contínuos de qualificação profissional, capazes de desenvolver competências para o trabalho colaborativo, para a gestão compartilhada do cuidado e para a incorporação crítica da CAA nas práticas cotidianas dos serviços.



COMPETÊNCIAS ESPERADAS DOS PROFISSIONAIS DO SUS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CAA

Para garantir uma comunicação acessível, inclusiva e centrada na pessoa

COMPETÊNCIA	APLICAÇÃO PRÁTICA
Identificar barreiras comunicacionais	Reconhecer dificuldades de comunicação durante o atendimento.
Conhecer os princípios da CAA	Identificar pessoas que podem se beneficiar da estratégia.
Trabalhar de forma interprofissional	Construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
Promover comunicação acessível	Adaptar linguagem, recursos e ambiente para favorecer a comunicação.
Articular a rede de cuidados	Integrar APS, serviços especializados, escolas, assistência social e outros setores.
Envolver usuários e familiares	Favorecer autonomia, participação e tomada de decisão compartilhada.
Utilizar tecnologias assistivas	Selecionar e utilizar recursos e dispositivos de CAA adequados às necessidades da pessoa.
Participar de processos de Educação Permanente	Atualizar continuamente conhecimentos, refletir sobre a prática e qualificar o cuidado.

Competências desenvolvidas coletivamente fortalecem o cuidado integral e a participação social das pessoas que usam CAA.

Figura X. Competências esperadas dos profissionais do SUS para implementação da CAA.

É nesse ponto que a Educação Permanente em Saúde assume papel estruturante. Mais do que transmitir conhecimentos técnicos sobre sistemas de comunicação ou tecnologias assistivas, a Educação Permanente constitui um dispositivo de transformação das práticas,

permitindo que profissionais de diferentes setores construam linguagens comuns, desenvolvam competências colaborativas e fortaleçam a capacidade institucional necessária para sustentar redes intersetoriais de cuidado. A compreensão desse processo será aprofundada na próxima seção, dedicada à Educação Permanente como estratégia de institucionalização da CAA no SUS.

5.3. Educação Permanente em Saúde como estratégia estruturante para a CAA

A consolidação da CAA no SUS exige mais do que a disponibilidade de tecnologias assistivas ou a existência de serviços especializados. Requer a construção de capacidades institucionais permanentes que permitam aos profissionais reconhecer as necessidades comunicacionais das pessoas, atuar de forma colaborativa e integrar a acessibilidade comunicacional às práticas cotidianas de cuidado. Nesse contexto, a EPS configura-se como estratégia estruturante para a institucionalização da CAA, ao possibilitar a transformação dos processos de trabalho e o desenvolvimento de competências voltadas à integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabelece que os processos formativos devem partir dos problemas concretos vivenciados nos serviços, articulando aprendizagem e trabalho de maneira indissociável. Diferentemente de modelos tradicionais de capacitação, centrados na transmissão vertical de conteúdos, a EPS propõe a problematização do cotidiano, a reflexão crítica sobre as práticas e a construção coletiva de soluções. Essa concepção, amplamente desenvolvida por autores como Ricardo Burg Ceccim e Laura Camargo Macruz Feuerwerker, compreende a formação como um processo contínuo de produção de conhecimento no próprio espaço de trabalho, no qual profissionais, gestores, usuários e instituições de ensino compartilham responsabilidades na transformação das práticas de saúde.

No âmbito da CAA, essa perspectiva apresenta especial relevância porque os desafios enfrentados pelos profissionais raramente se restringem ao domínio técnico de determinados recursos comunicacionais. As equipes frequentemente necessitam lidar com questões relacionadas à articulação intersetorial, à adaptação de estratégias aos diferentes contextos de vida, à participação da família, à acessibilidade dos serviços, à tomada de decisão compartilhada e à continuidade do cuidado ao longo do ciclo de vida. Tais desafios demandam

processos formativos capazes de integrar conhecimentos clínicos, organizacionais, éticos e sociais, favorecendo a construção de respostas contextualizadas às realidades dos territórios.

A Educação Permanente contribui, portanto, para deslocar a CAA de uma condição periférica para uma posição transversal na organização do cuidado. Quando as necessidades comunicacionais passam a ser discutidas nas reuniões de equipe, nos processos de matriciamento, nos espaços de planejamento territorial e nas atividades de supervisão clínico-institucional, a comunicação deixa de ser compreendida como responsabilidade exclusiva de determinadas categorias profissionais e passa a constituir uma dimensão compartilhada do cuidado em saúde. Esse movimento fortalece a integralidade, amplia a capacidade resolutiva das equipes e favorece a identificação precoce de barreiras comunicacionais que frequentemente comprometem o acesso aos serviços.



Figura X. Principais Responsabilidade intersetoriais para a implementação do CAA

Um dos elementos centrais da EPS aplicada à CAA é o desenvolvimento de competências colaborativas. A literatura internacional sobre Educação Interprofissional, particularmente os referenciais da Organização Mundial da Saúde, destaca que a qualidade do

cuidado em condições complexas depende da capacidade dos profissionais de trabalharem em equipe, compartilharem informações, negociarem objetivos comuns e tomarem decisões de forma integrada. No caso das pessoas usuárias da CAA, essa colaboração envolve profissionais da saúde, educação, assistência social e outros setores, exigindo a construção de linguagens comuns e de processos de comunicação interprofissional efetivos.

O desenvolvimento dessas competências não ocorre apenas por meio de cursos teóricos. Ele é produzido, sobretudo, na experiência compartilhada do trabalho, em situações concretas de cuidado que desafiam os modelos tradicionais de atuação disciplinar. Discussões de casos, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, visitas intersetoriais, reuniões de matriciamento e análise coletiva de situações complexas constituem espaços privilegiados de aprendizagem, nos quais os profissionais podem refletir sobre suas práticas, reconhecer os limites de sua atuação isolada e construir estratégias colaborativas de intervenção.

Nessa perspectiva, a EPS favorece também a incorporação do modelo biopsicossocial da deficiência nas práticas cotidianas. Muitos profissionais foram formados em paradigmas predominantemente biomédicos, centrados na correção de déficits individuais e pouco atentos às barreiras ambientais que restringem a participação social. Os processos de Educação Permanente possibilitam problematizar essas concepções, ampliando a compreensão da deficiência como resultado da interação entre condições de saúde e contextos sociais. Essa mudança de paradigma tem implicações diretas na implementação da CAA, pois orienta as intervenções não apenas para o desenvolvimento de habilidades individuais, mas também para a transformação dos ambientes em espaços comunicacionalmente acessíveis.

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de qualificação permanente diante da rápida evolução das tecnologias assistivas utilizadas na CAA. O surgimento contínuo de aplicativos, softwares de comunicação, sistemas de síntese de voz, dispositivos móveis e plataformas digitais amplia significativamente as possibilidades de interação das pessoas com deficiência. Contudo, a incorporação dessas tecnologias exige que os profissionais desenvolvam capacidade crítica para avaliar sua adequação às necessidades dos usuários, considerar aspectos de usabilidade, acessibilidade, custo, manutenção e sustentabilidade, além de acompanhar as mudanças tecnológicas que ocorrem em ritmo acelerado. A EPS oferece um ambiente propício para essa atualização contínua, articulando conhecimento científico, experiência prática e análise crítica das inovações disponíveis.

A institucionalização da Educação Permanente em CAA demanda estratégias organizacionais capazes de integrar formação e gestão do trabalho. Entre essas estratégias, destacam-se os processos de formação em serviço, nos quais as atividades educativas são desenvolvidas diretamente nos locais de trabalho e articuladas às demandas concretas das equipes. Essa abordagem favorece maior aplicabilidade do conhecimento, reduz o distanciamento entre teoria e prática e amplia as possibilidades de transformação efetiva dos processos assistenciais.

A utilização da Telessaúde representa outra estratégia importante para ampliar o acesso à qualificação profissional, especialmente em regiões com menor disponibilidade de especialistas. Teleconsultorias, webconferências, discussões de casos clínicos e atividades de educação a distância podem apoiar equipes locais na implementação da CAA, fortalecer a troca de experiências entre serviços e reduzir desigualdades regionais na oferta de suporte técnico especializado. Quando articuladas aos processos presenciais de Educação Permanente, essas ferramentas contribuem para a construção de redes colaborativas de aprendizagem e cuidado.

As comunidades de prática também têm se mostrado relevantes para a sustentabilidade das ações formativas. Esses espaços reúnem profissionais interessados em um tema comum e favorecem a circulação de conhecimentos, o compartilhamento de experiências e a construção coletiva de soluções para problemas do cotidiano. No campo da CAA, comunidades de prática podem aproximar profissionais de diferentes regiões do país, estimular a produção de inovação e fortalecer a disseminação de estratégias bem-sucedidas de implementação.

Outro componente fundamental é a integração entre ensino, serviço e comunidade. A participação de universidades, centros de pesquisa e programas de residência multiprofissional na construção das ações de Educação Permanente favorece a aproximação entre produção científica e necessidades dos serviços, além de contribuir para a formação de novos profissionais alinhados aos princípios da integralidade, da prática colaborativa e da acessibilidade comunicacional. Essa integração fortalece a capacidade do SUS de produzir conhecimento aplicado às realidades territoriais e de desenvolver soluções inovadoras para os desafios relacionados à CAA.

A efetividade das ações de EPS depende, entretanto, de mecanismos de monitoramento e avaliação que permitam analisar não apenas a realização de atividades formativas, mas também suas repercussões sobre as práticas profissionais e sobre a qualidade do cuidado

ofertado. Indicadores relacionados à ampliação do acesso à CAA, à participação das equipes em processos intersetoriais, à incorporação de estratégias de acessibilidade comunicacional nos serviços e à satisfação dos usuários podem contribuir para avaliar o impacto das ações educativas e orientar o aperfeiçoamento contínuo das estratégias de formação.

Persistem, contudo, importantes desafios para a institucionalização da Educação Permanente em CAA. A elevada rotatividade de profissionais, as limitações de tempo para atividades educativas, a fragmentação das redes de cuidado, as desigualdades regionais de acesso à formação especializada e a insuficiente priorização da acessibilidade comunicacional nos processos de gestão ainda constituem obstáculos relevantes. Superar esses desafios requer compromisso institucional dos gestores, inclusão da CAA nas agendas de qualificação das redes de atenção e fortalecimento de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores do SUS.

Ao reconhecer a Educação Permanente como dispositivo de transformação das práticas e não apenas como estratégia de capacitação técnica, o SUS amplia sua capacidade de consolidar a Comunicação Aumentativa e Alternativa como componente efetivo da integralidade do cuidado. A construção de redes intersetoriais colaborativas, a incorporação do modelo biopsicossocial, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e a qualificação contínua dos profissionais configuram elementos essenciais para que o direito à comunicação seja efetivamente garantido às pessoas que necessitam da CAA em todos os territórios do país.

5.4. Governança e institucionalização da CAA no SUS

A consolidação da CAA no âmbito do SUS depende da incorporação dessa temática aos processos de planejamento, gestão e organização das Redes de Atenção à Saúde. Mais do que iniciativas isoladas desenvolvidas por serviços especializados, a CAA deve integrar as estratégias institucionais voltadas à promoção da acessibilidade, da integralidade do cuidado e da garantia do direito à comunicação.

Nesse contexto, a governança da CAA envolve a atuação articulada dos diferentes níveis de gestão do SUS. Ao Ministério da Saúde compete formular diretrizes nacionais, apoiar tecnicamente estados e municípios, fomentar estratégias de qualificação profissional e

promover o monitoramento das políticas públicas. As Secretarias Estaduais de Saúde desempenham papel estratégico na coordenação regional das Redes de Atenção à Saúde, apoiando a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a implementação de fluxos assistenciais e a integração entre os serviços especializados e a Atenção Primária à Saúde. Já os municípios são responsáveis pela organização da atenção no território, pela coordenação do cuidado e pela garantia da continuidade das ações junto às pessoas usuárias da CAA.

A institucionalização da CAA também pressupõe sua incorporação aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, incluindo os Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão e demais instrumentos utilizados para organização das ações e serviços. Essa inserção favorece maior sustentabilidade das iniciativas, reduz sua dependência de ações individuais e fortalece a continuidade das políticas públicas.



Figura X. Governança da CAA no SUS

5.5. Monitoramento, avaliação e produção de conhecimento

A implementação da CAA requer mecanismos permanentes de monitoramento capazes de subsidiar o planejamento, a avaliação das ações desenvolvidas e o aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas. A produção de informações qualificadas permite identificar

necessidades dos territórios, acompanhar a implantação das estratégias de cuidado e orientar decisões baseadas em evidências.

Embora ainda existam limitações relacionadas à disponibilidade de indicadores específicos sobre CAA, recomenda-se que gestores e equipes incorporem, sempre que possível, aspectos relacionados à acessibilidade comunicacional nos processos de avaliação dos serviços, considerando dimensões como acesso, continuidade do cuidado, participação do usuário, utilização dos recursos de comunicação e satisfação das pessoas atendidas.

Além disso, o fortalecimento da pesquisa científica, da cooperação entre universidades e serviços de saúde e da produção de conhecimento aplicado ao SUS constitui elemento estratégico para ampliar as evidências sobre efetividade, custo-efetividade e impacto da CAA na funcionalidade, autonomia e participação social das pessoas que necessitam da CAA.



Figura X. Ciclo de monitoramento, avaliação e melhoria contínua das ações de Comunicação Aumentativa e Alternativa no SUS.

5.6. Desafios contemporâneos e perspectivas para a institucionalização da CAA no SUS

A expansão da CAA no SUS representa um importante avanço na consolidação do direito à comunicação e da acessibilidade comunicacional como componentes da atenção

integral à saúde. Entretanto, a institucionalização dessa estratégia permanece permeada por desafios relacionados à organização das redes de atenção, à capacidade de gestão, à formação dos profissionais, ao financiamento das ações e à incorporação da comunicação como dimensão transversal das políticas públicas. Embora experiências exitosas tenham sido desenvolvidas em diferentes regiões do país, sua sustentabilidade depende da consolidação de mecanismos institucionais capazes de transformar iniciativas localizadas em práticas incorporadas de maneira permanente ao funcionamento do sistema de saúde.

Um dos principais desafios refere-se à superação da fragmentação dos processos de cuidado. Historicamente, os sistemas de saúde foram organizados segundo modelos assistenciais fortemente especializados, estruturados em torno de serviços, procedimentos e categorias profissionais. Embora essa organização tenha contribuído para o desenvolvimento técnico das diferentes áreas da saúde, também favoreceu a segmentação das práticas, dificultando a construção de respostas integradas às necessidades complexas das pessoas. No caso da CAA, essa fragmentação frequentemente resulta em intervenções desarticuladas entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, com repercussões diretas sobre a continuidade do cuidado e sobre a utilização efetiva dos recursos de comunicação nos diversos contextos de vida dos usuários.

A superação desse cenário demanda o fortalecimento de modelos organizacionais baseados na coordenação do cuidado e na governança em rede. A literatura contemporânea sobre sistemas de saúde evidencia que a qualidade da atenção em condições complexas depende menos da excelência isolada dos serviços especializados e mais da capacidade de articulação entre diferentes equipes, instituições e políticas públicas. A CAA constitui um exemplo emblemático dessa necessidade, uma vez que sua efetividade está diretamente relacionada à continuidade das estratégias comunicacionais ao longo dos diferentes ambientes frequentados pela pessoa. Assim, a construção de fluxos assistenciais integrados, protocolos compartilhados e mecanismos permanentes de comunicação entre os serviços deve ser compreendida como componente essencial da sustentabilidade das ações.

Outro desafio relevante diz respeito à incorporação da acessibilidade comunicacional como dimensão estruturante da qualidade dos serviços públicos. Tradicionalmente, as políticas de acessibilidade concentraram-se na eliminação de barreiras arquitetônicas e físicas, produzindo avanços importantes na garantia do acesso aos espaços públicos. Entretanto, barreiras comunicacionais permanecem frequentemente invisibilizadas nos processos de

planejamento, gestão e avaliação dos serviços. A ausência de recursos de CAA, de profissionais qualificados para sua utilização e de ambientes preparados para reconhecer diferentes formas de comunicação restringe significativamente a participação das pessoas que necessitam da CAA, mesmo quando outras condições de acessibilidade estão presentes.

Essa realidade evidencia a necessidade de ampliar a compreensão institucional sobre o conceito de acessibilidade. A comunicação deve ser reconhecida como elemento transversal da qualidade da atenção, integrando processos de acolhimento, avaliação, elaboração do Projeto Terapêutico Singular, educação em saúde, consentimento livre e esclarecido, segurança do paciente e participação social. Incorporar a acessibilidade comunicacional aos processos de gestão implica reconhecer que o direito à comunicação não constitui atributo exclusivo dos serviços especializados, mas responsabilidade compartilhada por toda a Rede de Atenção à Saúde.

Sob essa perspectiva, torna-se necessário fortalecer a capacidade institucional dos gestores para planejar, coordenar e avaliar ações relacionadas à CAA. A governança dessa temática exige a definição de responsabilidades, a articulação entre diferentes áreas técnicas, a integração com outras políticas públicas e a incorporação de mecanismos de monitoramento que permitam acompanhar a implementação das ações. A experiência brasileira demonstra que iniciativas dependentes exclusivamente do protagonismo individual de determinados profissionais tendem a apresentar menor sustentabilidade, sobretudo diante da elevada rotatividade das equipes e das mudanças nos processos de gestão. A institucionalização da CAA requer, portanto, sua incorporação aos instrumentos formais de planejamento, aos protocolos assistenciais, às estratégias de qualificação profissional e aos mecanismos de avaliação das redes de atenção.

Outro aspecto que merece atenção refere-se à produção de informações capazes de subsidiar o planejamento e a gestão das políticas públicas. Apesar dos avanços observados na organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ainda existem importantes lacunas relacionadas à disponibilidade de indicadores específicos sobre acessibilidade comunicacional, utilização de recursos de CAA, perfil dos usuários, distribuição territorial das demandas e resultados alcançados pelas intervenções. A ausência dessas informações dificulta a identificação de necessidades prioritárias, limita a avaliação da efetividade das políticas implementadas e reduz a capacidade dos gestores de orientar decisões baseadas em evidências.

Nesse sentido, o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde constitui importante perspectiva para o aperfeiçoamento da gestão da CAA no SUS. A incorporação de indicadores relacionados à funcionalidade, à participação social e à acessibilidade comunicacional pode ampliar a capacidade analítica das redes de atenção e favorecer a identificação de desigualdades territoriais. Da mesma forma, o desenvolvimento de pesquisas avaliativas e estudos multicêntricos contribuirá para ampliar a produção de evidências sobre a efetividade das diferentes estratégias de implementação da CAA, fortalecendo o processo de tomada de decisão em todos os níveis de gestão.

As transformações tecnológicas observadas nas últimas décadas também representam oportunidades importantes para a consolidação da CAA. O avanço das tecnologias digitais, da computação móvel, dos sistemas de síntese de voz, da inteligência artificial e das plataformas de comunicação ampliou significativamente as possibilidades de construção de recursos personalizados, acessíveis e de menor custo. Essas inovações permitem adaptar sistemas de comunicação às características individuais dos usuários, favorecendo maior autonomia e participação social. Contudo, sua incorporação ao SUS exige critérios técnicos, éticos e organizacionais capazes de assegurar equidade no acesso, sustentabilidade financeira e utilização baseada em evidências científicas.

A transformação digital do sistema de saúde também amplia as possibilidades de cooperação entre equipes distribuídas em diferentes regiões do país. Estratégias como teleconsultorias, teleinterconsultas, teleconsultas, educação a distância e comunidades virtuais de prática favorecem o compartilhamento de conhecimentos, reduzem desigualdades regionais e fortalecem a capacidade técnica dos serviços. No contexto da CAA, essas ferramentas podem contribuir significativamente para apoiar equipes locais, ampliar o acesso ao conhecimento especializado e promover maior integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Contudo, sua utilização deve ser compreendida como estratégia complementar às relações presenciais de cuidado, preservando a centralidade da pessoa, o vínculo terapêutico e a construção compartilhada das decisões.

Outro desafio estratégico refere-se à consolidação de uma cultura institucional orientada pelos princípios da inclusão, da participação e da acessibilidade. Mudanças organizacionais dessa natureza não são produzidas exclusivamente por alterações normativas ou pela aquisição de novas tecnologias. Elas dependem da construção de valores compartilhados, do fortalecimento da Educação Permanente em Saúde e do desenvolvimento

de lideranças capazes de mobilizar equipes em torno da transformação das práticas. A sustentabilidade da CAA exige que gestores e profissionais reconheçam a comunicação como elemento constitutivo do cuidado, incorporando essa dimensão às rotinas assistenciais, aos processos de planejamento e às estratégias de avaliação da qualidade.

Nessa direção, merece destaque o papel da participação social como mecanismo de fortalecimento das políticas públicas. A inclusão das pessoas usuárias da CAA, de suas famílias e das organizações representativas nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações amplia a legitimidade das decisões, favorece a identificação de necessidades concretas e contribui para a construção de respostas mais sensíveis às realidades dos territórios. A experiência acumulada pelo SUS demonstra que políticas públicas construídas com participação social apresentam maior capacidade de responder às demandas da população e maior sustentabilidade ao longo do tempo.

Finalmente, as perspectivas para a institucionalização da CAA no SUS estão diretamente relacionadas à capacidade de consolidar um modelo de cuidado orientado pela integralidade, pela intersetorialidade e pela valorização da diversidade humana. O reconhecimento da comunicação como direito fundamental impõe ao Estado brasileiro o desafio de desenvolver políticas capazes de eliminar barreiras, fortalecer capacidades institucionais e promover ambientes acessíveis em todos os espaços de convivência social.

Nesse processo, a articulação entre gestão, formação, produção de conhecimento, participação social e inovação tecnológica constitui elemento indispensável para que a CAA deixe de representar uma estratégia restrita a determinados serviços e se consolide como componente permanente das políticas públicas de saúde e inclusão.

Capítulo 6 - Boas Práticas e Experiências Exitosas

Na literatura internacional e também nas pesquisas aqui no Brasil existem pontos considerados facilitadores no processo de implementação e desenvolvimento da CAA colaborando com o seu uso funcional de pessoas em diferentes contextos, ampliando sua participação social e inclusão. É fato que a grande diversidade da população com deficiência que enfrentam os desafios de comunicação nas suas diferentes comunidades vão precisar de recursos em formatos distintos, assim como também tecnologias leves e complexas para realizar processos singulares, além do envolvimento e intervenções no ambiente.

O objetivo deste capítulo é reunir elementos considerados fundamentais para a implementação de boas práticas em CAA nos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como exemplos de experiências que podem inspirar e orientar ações em distintos contextos do SUS e foi organizado em quatro momentos complementares e inter-relacionados.

O capítulo organiza-se em quatro partes: inicialmente, apresenta princípios e recomendações para a implementação de boas práticas em CAA, fundamentados em evidências nacionais e internacionais e no modelo biopsicossocial, contemplando o cuidado centrado na pessoa, a participação de familiares e parceiros de comunicação, a atuação interprofissional, o uso da CAA em contextos naturais, a continuidade do cuidado e a promoção da participação social; em seguida, reúne experiências exitosas desenvolvidas em serviços do SUS, identificadas em produções técnicas, estudos de caso e relatos apresentados em congressos, sem pretensão de constituir uma revisão sistemática; na terceira parte, valoriza depoimentos e narrativas de pessoas que utilizam recursos de CAA, evidenciando seus impactos na identidade, nos vínculos, na participação social e no acesso à educação, ao trabalho, à saúde e à cidadania; por fim, sintetiza os principais aspectos discutidos e aponta perspectivas para o fortalecimento da CAA no SUS, reafirmando a comunicação como direito humano fundamental e destacando a necessidade de ampliar a formação profissional, qualificar os serviços, produzir conhecimentos e garantir o acesso a recursos e estratégias de CAA em todo o território nacional.

6.1. Boas práticas para o uso da CAA no SUS

Nas últimas décadas, a produção científica em CAA tem ampliado significativamente a compreensão sobre os fatores que favorecem a efetividade das intervenções voltadas às pessoas que necessitam da CAA. Embora os recursos e tecnologias ocupem papel importante nesse processo, diversos autores destacam que o sucesso da CAA não depende exclusivamente da disponibilização de sistemas de comunicação, mas principalmente da capacidade de promover oportunidades de interação, participação social, autonomia e inclusão nos diferentes contextos de vida (Light; McNaughton, 2014; Beukelman; Light, 2020).

Segundo Beukelman e Light (2020), a implementação da CAA deve ser compreendida como um processo contínuo e dinâmico, que envolve avaliação, seleção de recursos, intervenção, acompanhamento e adaptação ao longo do tempo. Essa perspectiva é reforçada pelo Modelo de Participação, proposto pelos autores, que desloca o foco das limitações individuais para a análise das demandas comunicativas, dos fatores ambientais e das oportunidades de participação disponíveis nos diferentes contextos.

Na mesma direção, Light e McNaughton (2014) argumentam que a competência comunicativa deve ser entendida como um construto multidimensional que envolve habilidades linguísticas, operacionais, sociais e estratégicas. Para os autores, a efetividade da CAA não pode ser avaliada apenas pela capacidade de utilizar símbolos ou dispositivos, mas pela possibilidade de a pessoa estabelecer relacionamentos, expressar preferências, contribuir com ideias e opiniões, participar de decisões, acessar informações e exercer papéis sociais significativos.

Assim, com base nas evidências produzidas pela literatura nacional e internacional, serão apresentadas boas práticas organizadas a partir de princípios amplamente reconhecidos no campo da CAA. Destacam-se, nesse contexto, as contribuições de Beukelman e Light (2020), Light e McNaughton (2014), Murray et al. (2020), Reichle et al. (2019), Griffiths, Clarke e Price (2022), as diretrizes da Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT, 2024), os documentos da Communication Matters (2013), às orientações da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2024), bem como as contribuições nacionais de Nunes (2020) e de Rocha, Oliveira e Cruz-Santos (2026) sobre comunicação, participação e cidadania.

Os princípios aqui apresentados também dialogam com o modelo biopsicossocial (OMS, 2001), com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006)

e com a legislação brasileira de inclusão e acessibilidade, especialmente a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015) e suas atualizações, que reconhecem a acessibilidade comunicacional como condição fundamental para a participação social, o acesso à informação, a autonomia e o exercício dos direitos das pessoas com deficiência.

Foram identificadas e organizadas 14 boas práticas consideradas fundamentais para a implementação da CAA nos diferentes pontos de atenção, paralelamente foram inseridos exemplos e também alguns trabalhos já realizados concretizando a possibilidade dentro do SUS.

1. Centralidade da pessoa

Nas últimas décadas, observa-se uma mudança significativa na forma de compreender os processos de avaliação e intervenção, deslocando o foco da deficiência, do diagnóstico ou da tecnologia para a pessoa e sua participação nos diferentes contextos de vida. Nessa perspectiva, a seleção de recursos, estratégias e sistemas de comunicação deve partir das necessidades, interesses, preferências, objetivos e experiências de cada indivíduo, reconhecendo-o como protagonista das decisões relacionadas à própria comunicação.

A centralidade da pessoa vai além do reconhecimento das características e necessidades, é também o respeito às características linguísticas, culturais e identitárias das pessoas que usam CAA. O modelo biopsicossocial, referencial do SUS, adota a abordagem centrada na pessoa e preconiza que as pessoas com deficiência participem ativamente das decisões que impactam suas vidas, entre elas, o cuidado em Saúde.

Exemplo de boa prática

Um adulto com afasia acompanhado por uma Unidade de Saúde da Família participa, juntamente com seus familiares e com a equipe de saúde, da construção de um sistema de comunicação que atenda às suas necessidades cotidianas. São incluídos conteúdos relacionados às suas principais demandas de saúde, sintomas frequentes, medicamentos em uso, preferências pessoais, atividades de rotina, pessoas de referência, locais que frequenta e temas relevantes

para sua participação familiar e comunitária. O médico e demais profissionais da saúde dirigem-se à pessoa que usa CAA e seu recurso é utilizado durante consultas, visitas domiciliares, atividades em grupo, favorecendo a expressão de necessidades, a tomada de decisões e a participação ativa no cuidado à saúde.

2. Foco na participação e não apenas na habilidade

Tradicionalmente, muitos programas concentravam-se na reabilitação de habilidades específicas, como apontar símbolos, identificar figuras ou operar dispositivos de comunicação. Embora essas habilidades sejam importantes, a literatura contemporânea enfatiza que elas não constituem um fim em si mesmas. A comunicação adquire significado quando permite que o indivíduo exerça papéis sociais, estabeleça relacionamentos, tenha acesso à educação, participe da comunidade, atue em atividades laborais e alcance autonomia em sua vida. Dessa forma, o sucesso de uma intervenção não deve ser medido apenas pela aquisição de habilidades operacionais, mas pela ampliação efetiva das oportunidades de interação social e participação.

No contexto do SUS onde o modelo biopsicossocial direciona as intervenções, adotar o foco na participação significa compreender que a finalidade da CAA não é apenas a presença dos símbolos, pranchas ou dispositivos, mas criar condições para que a pessoa possa fazer escolhas, expressar sentimentos, compartilhar experiências e informações, participar de conversas, aprender, trabalhar, construir relacionamentos e exercer seus direitos.

Na 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que aconteceu em julho 2024, houve a menção da CAA em 17 das 90 propostas que estão divididas em 15 subeixos, interessante pontuar que nesse documento a proposição da “participação social” aparece 16 vezes, sendo que é um princípio transversal que orienta propostas de saúde, educação, trabalho, acessibilidade, comunicação, financiamento e governança.

Assim, uma boa prática em CAA é aquela que amplia a participação da pessoa nos ambientes em que vive e circula, fortalecendo sua presença ativa nas interações sociais e sua autonomia.

Exemplo de boa prática

Uma pessoa acompanhada por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) utiliza seu sistema de CAA durante os atendimentos individuais, grupos terapêuticos e atividades de convivência para expressar sentimentos, relatar necessidades, compartilhar experiências e participar das decisões relacionadas ao seu Projeto Terapêutico Singular. O recurso também é utilizado em interações com familiares, em atividades comunitárias promovidas pelo serviço e em outros espaços de participação social. Dessa forma, a CAA torna-se uma ferramenta para ampliar a autonomia, fortalecer os vínculos sociais e favorecer o protagonismo da pessoa nos diferentes contextos de sua vida.

3. Intervenção baseada em evidências

A implementação da CAA deve estar fundamentada em práticas baseadas em evidências, integrando os melhores conhecimentos científicos disponíveis. No contexto da CAA, isso significa que as decisões relacionadas à avaliação, seleção de recursos, implementação de estratégias e acompanhamento não devem ser baseadas exclusivamente em preferências profissionais, experiências isoladas ou disponibilidade de tecnologias, mas em processos de tomada de decisão sustentados pelo conhecimento científico e pela realidade vivenciada pela pessoa e sua família.

No campo da saúde três são os componentes complementares: as evidências científicas produzidas pela pesquisa, a expertise clínica dos profissionais e os valores, preferências e necessidades do paciente. E no contexto do SUS essa tríade contribui para o trabalho interdisciplinar, a qualificação do cuidado, a utilização responsável dos recursos públicos e a ampliação do acesso a intervenções efetivas.

A implementação da CAA em um CAPS Infante-Juvenil leva a equipe interdisciplinar a criar um projeto onde o constructo teórico foi do trabalho significação das imagens e símbolos, a construção de sentido e significado no cotidiano, como resultado das intervenções utilizando CAA o relato de Barbosa (2012) destaca o protagonismo de uma criança TEA a partir da expressão de desejos e ainda a diminuição das crises disruptivas e interações de uma jovem de 22 anos com distúrbios de personalidade e deficiência auditiva que revela seus sentimentos, entre eles o medo.

Exemplo de boa prática

Uma equipe de um centro de reabilitação avalia uma mulher diagnosticada com Esclerose Lateral Amiotrófica, não oralizada, e seleciona estratégias de CAA com base em evidências científicas atualizadas, nas recomendações de diretrizes nacionais e internacionais, na experiência acumulada dos profissionais e nos objetivos definidos em conjunto com a família. O plano de intervenção é monitorado periodicamente, permitindo ajustes conforme as necessidades e os resultados observados na participação em casa e nos demais contextos de vida.

4. Avaliação abrangente e funcional

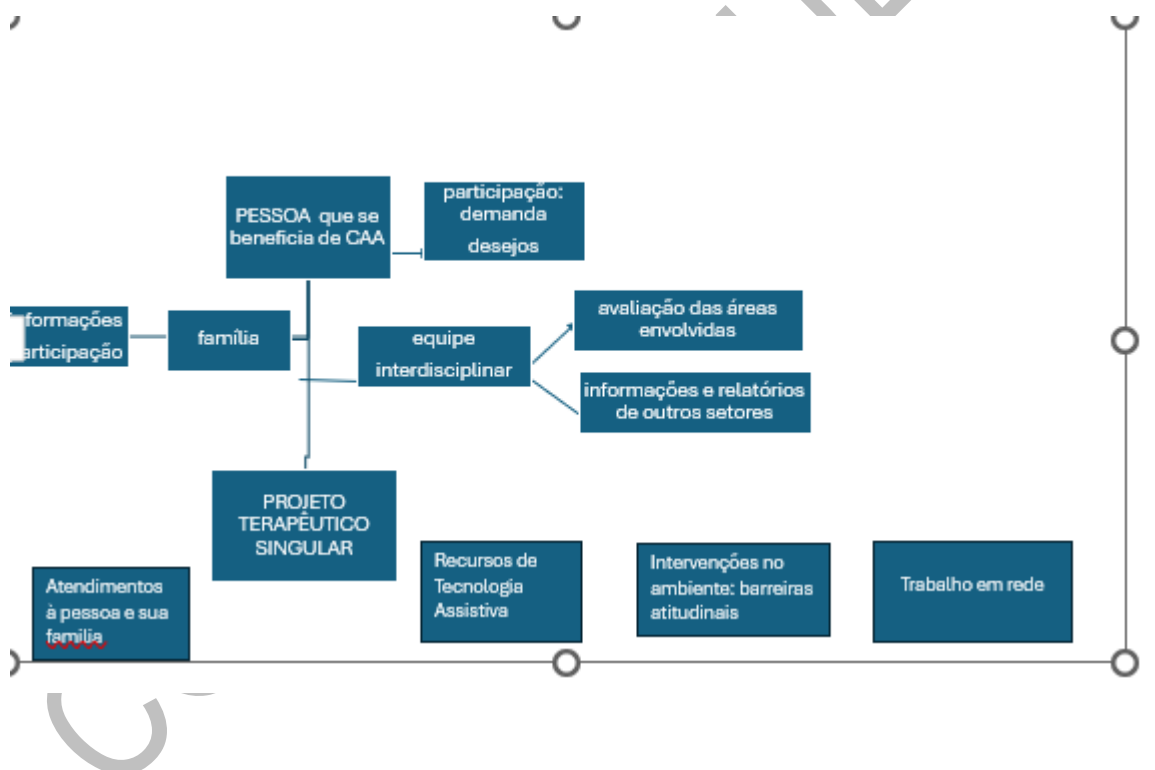
A avaliação orienta a tomada de decisões relacionadas à seleção de estratégias, recursos e apoios necessários para promover a comunicação e a participação da pessoa em seus diferentes contextos de vida. A literatura é consistente ao afirmar que avaliações centradas exclusivamente em características diagnósticas e/ou habilidades isoladas são insuficientes para identificar as reais necessidades comunicativas das pessoas com deficiência.

No contexto do SUS, uma avaliação abrangente e funcional realizada por uma equipe multiprofissional implica considerar os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, aspectos motores, cognitivos, sensoriais e de linguagem, e ir além, as demandas comunicativas presentes em suas atividades cotidianas, os parceiros de comunicação, o ambiente em que vive. Essa abordagem favorece a construção de intervenções mais individualizadas, contextualizadas e alinhadas aos objetivos de participação e autonomia.

Os hospitais públicos tem os cuidados humanizados em seu cotidiano e uma experiência, Fazzio (2025), partindo da avaliação da funcionalidade comunicativa com base na CIF evidenciou que a vulnerabilidade de pessoas hospitalizadas podem ter a CAA como uma proposta terapêutica para promover a expressão e reduzir o sofrimento ampliando a participação das pessoas em seus cuidados.

Exemplo de boa prática

Uma criança com Transtorno do Espectro Autista que apresenta a oralidade comprometida assim como também as interações sociais e comportamentos ruptivos é encaminhada para avaliação em um Centro Especializado de Reabilitação (CER). Os profissionais das mais variadas áreas realizam observações em diferentes contextos, incluindo o domicílio, a escola e os atendimentos de saúde. São analisadas suas formas atuais de comunicação, habilidades cognitivas, interesses, perfil sensorial, habilidades motoras para acesso aos recursos, parceiros de comunicação e situações em que apresenta maior desafio de participação. A partir de todos os dados coletados, é construído um projeto terapêutico singular contendo diversas intervenções, e no caso em questão a implementação de um sistema de comunicação aumentativa e alternativa pela equipe, alinhado às atividades da rotina da criança, envolvendo familiares e professores.



5. Uso em contextos naturais

Embora os serviços especializados desempenhem papel importante na avaliação, orientação e acompanhamento dos usuários, a comunicação não se desenvolve nem se sustenta exclusivamente em ambientes terapêuticos. Ela ocorre nas interações cotidianas, durante as atividades de autocuidado, nas relações familiares, na escola, no trabalho, nos serviços de saúde

e nos espaços comunitários. Por essa razão, uma boa prática em CAA pressupõe que os recursos e estratégias de comunicação estejam presentes e sejam utilizados nos ambientes em que a pessoa efetivamente vive, estuda, trabalha e convive.

O modelo biopsicossocial direciona o trabalho do SUS e foca o desempenho nas atividades, na funcionalidade e a participação social, isso significa que os recursos de comunicação aumentativa e alternativa devem acompanhar a pessoa nos diversos ambientes que frequenta: na sua casa, nos momentos de alimentação, brincadeiras, atividades escolares, consultas de saúde, atividades laborais e participação comunitária. Quanto mais integrado estiver às experiências cotidianas, maior será a probabilidade de o sistema de comunicação tornar-se funcional, significativo e sustentável ao longo do tempo.

Ao longo do tempo surgem novas demandas comunicativas, e a necessidade de ajustes contínuos dos sistemas de comunicação garantindo sempre o envolvimento de familiares, profissionais e parceiros de comunicação. Dessa forma, a comunicação deixa de ser uma atividade restrita aos momentos de atendimento e passa a constituir uma ferramenta efetiva para a participação social e o exercício da cidadania.

Exemplo de boa prática

Uma adolescente usuária de CAA utiliza seu sistema de comunicação durante consultas médicas para relatar sintomas e participar das decisões sobre seu tratamento, na escola para interagir com colegas e professores, em casa para expressar preferências e necessidades, e em atividades comunitárias para participar de eventos e interações sociais. Os diferentes parceiros de comunicação conhecem e apoiam o uso do recurso, favorecendo sua participação nos diversos ambientes que frequenta.

Dessa forma, o sistema de comunicação torna-se funcional, significativo e alinhado à realidade, aos objetivos e aos interesses da pessoa.

6. Trabalho interprofissional e intersetorial

A CAA constitui uma área de conhecimento e prática que, por sua natureza, demanda a atuação articulada de diferentes profissionais, áreas, serviços e setores. Os desafios de comunicação não se restringem a um único contexto de vida e seus impactos atravessam

dimensões relacionadas à saúde, educação, assistência social, participação comunitária e exercício da cidadania.

No contexto do SUS, a efetivação do cuidado integral é sustentada pelo trabalho interprofissional e intersetorial. É essencial articulação entre a Atenção Primária à Saúde, Centros Especializados em Reabilitação (CER), hospitais, serviços de atenção domiciliar, conjuntamente com a assistência social, organizações comunitárias e famílias, toda rede quente de trabalho reduz a fragmentação das ações promovendo maior coerência entre os objetivos, as possibilidades reais de trabalho e as necessidades das pessoas com deficiência.

Dessa forma, a efetividade das ações em CAA depende da construção de redes colaborativas capazes de integrar conhecimentos, responsabilidades e estratégias de apoio em torno dos objetivos e necessidades da pessoa com deficiência. Nenhum profissional, serviço ou setor é capaz de responder isoladamente à complexidade das demandas comunicativas apresentadas por pessoas que usam CAA. A atuação conjunta favorece avaliações mais abrangentes, intervenções ampliadas e maiores oportunidades de participação nos diferentes ambientes frequentados pela pessoa.

Quando diferentes setores compartilham informações, objetivos e responsabilidades, aumentam as chances de que a comunicação seja reconhecida como um direito e presente na sociedade com toda a multimodalidade e diversidade humana.

As Unidades de Saúde, independente do nível de complexidade, têm como base intervenções em equipe multi e interdisciplinar, esse funcionamento aparece no relato de experiência de Forte (2016) em uma EMAD na cidade de São Paulo, que a vulnerabilidade e as limitações são contornadas em um primeiro momento com a avaliação e envolvimento da equipe e familiares, que adaptam os contextos e trazem participação social e uma longevidade vivida com maior sentido, há a menção da importância da articulação dos outros pontos da rede.

Exemplo de boa prática

Uma criança com Síndrome de Down é acompanhada pela equipe da UBS nas suas questões de saúde e vacinação, ela também frequenta a Escola de Educação Infantil da região e as intervenções terapêuticas são realizadas pela equipe do CER. É importante pontuar que existe uma grande dificuldade na oralização o que vem dificultando a socialização e

participação das atividades da criança na escola. Nas reuniões multiprofissionais decide-se pela CAA, a família é convocada para uma reunião onde se discute a possibilidade da multimodalidade da comunicação como intervenção para favorecer o desenvolvimento da linguagem, aprendizagem e socialização, esclarece-se que a fala continuará sendo trabalhada e o mito que a CAA inibe a fala é exaustivamente discutido com base em artigos e experiências dos profissionais.

Uma criança acompanhada em um Centro Especializado em Reabilitação utiliza um sistema de comunicação por símbolos. A equipe do CER realiza reuniões periódicas com a Unidade Básica de Saúde, a escola, os familiares e os profissionais da assistência social para discutir estratégias de apoio e objetivos comuns. Após a avaliação começa a implementação do sistema de comunicação particularizada as características e necessidade da criança, a intervenção também compreende atendimentos domiciliares, adaptação de recursos para atividades de lazer e na comunidade e um foco importante para a área escolar. O PTS elaborado pela saúde incorpora as pontuações e contribuições dos educadores, o trabalho colaborativo inicia-se com a elaboração e o conjunta é o primeiro passo para compartilhar a responsabilidade de todos os atores envolvidos e numa perspectiva interdisciplinar garantindo uma maior consistência nas oportunidades de comunicação e participação da criança.

7. Participação da família

Embora os serviços de saúde desempenhem papel fundamental na avaliação, orientação e acompanhamento dos usuários, a comunicação acontece predominantemente nos ambientes em que as pessoas vivem, convivem e constroem suas relações cotidianas. Por essa razão, intervenções restritas aos atendimentos clínicos tendem a apresentar impacto limitado quando não são acompanhadas por estratégias que promovam o envolvimento ativo dos familiares no processo.

Os familiares são parceiros essenciais na implementação da CAA, pois são eles que compartilham grande parte das experiências diárias com a pessoa usuária, conhecem seus interesses, preferências, formas de comunicação e necessidades de participação. A colaboração entre profissionais e famílias deve ocorrer desde as etapas iniciais de avaliação até o acompanhamento contínuo das intervenções, favorecendo a construção de objetivos significativos e alinhados às demandas reais da vida cotidiana.

No contexto do SUS, a participação da família está alinhada aos princípios do cuidado centrado na pessoa e da integralidade da atenção. Uma boa prática em CAA pressupõe a escuta qualificada das famílias, o reconhecimento de seus conhecimentos e experiências, a construção compartilhada de objetivos terapêuticos e o oferecimento de orientações que favoreçam o uso da comunicação nos diferentes momentos da rotina. Mais do que receptores de informações, familiares devem ser reconhecidos como parceiros ativos na construção dos processos de cuidado.

A participação da família é validada no relatos de experiência de Goldoni (2015) no Hospital de Câncer de Barretos e Manzini (2015) em uma Unidade de Saúde no interior de São Paulo, ambos abordam que o trabalho colaborativo entre os familiares e os profissionais de saúde resultando em uma maior aderência no uso da CAA no contexto da casa, com o uso dos recursos no cotidiano de alimentação, lazer e auto cuidados.

Exemplo de boa prática

Durante o acolhimento a equipe multiprofissional inicia o processo de intervenção com a criança e sua família, levantada a demanda e as necessidades, inicia-se a avaliação dinâmica, Os dados coletados são armazenados conjuntamente com as avaliações específicas e sempre com a participação da família na tomada de decisão, objetivos relacionados à participação da criança nas atividades cotidianas e o PTS. Os familiares recebem orientações sobre como utilizar os recursos de CAA durante as refeições, brincadeiras, momentos de lazer, consultas de saúde e demais situações da rotina. O agente comunitário traz o relato de como vem sendo a dinâmica familiar com o uso dos recursos de baixa tecnologia criados para as situações de alimentação e nas situações livres (brincadeiras de carrinho e outra de “massinha”). Ao longo do acompanhamento, a equipe realiza encontros periódicos para discutir dificuldades, revisar estratégias e adaptar os recursos às mudanças nas necessidades da criança e da família.

8. Formação dos parceiros de comunicação

Embora a seleção de sistemas, recursos e a oferta de intervenções especializadas sejam componentes essenciais do processo, as evidências demonstram que a efetividade depende, em grande medida, da qualidade das interações estabelecidas entre a pessoa que usa a CAA e aqueles com quem convive diariamente. Nesse sentido, familiares, professores, cuidadores,

profissionais de saúde e demais interlocutores desempenham papel fundamental na criação de oportunidades comunicativas e no desenvolvimento das habilidades de comunicação.

Os parceiros de comunicação são elementos centrais nos processos de implementação da CAA, pois influenciam diretamente a frequência, a qualidade e a funcionalidade das interações comunicativas. A simples disponibilização de um sistema de comunicação não garante seu uso efetivo. É necessário que os interlocutores compreendam como apoiar a comunicação, como utilizar os recursos, interpretar tentativas comunicativas e criar oportunidades para que a pessoa participe ativamente das interações.

No contexto do SUS, o cuidado é discutido a partir do envolvimento de todos os atores e da construção de uma rede de apoio, objetivando a melhoria da qualidade de vida das pessoas em seus contextos. A efetividade da CAA não está restrita aos atendimentos especializados, prevê ações terapêuticas com os parceiros de comunicação nos diferentes círculos sociais. Assim, uma boa prática incluirá orientação contínua aos familiares, a sensibilização dos professores e cuidadores e a formação das equipes de saúde, favorecendo a criação de ambientes comunicativamente acessíveis e responsivos às pessoas que necessitam de CAA.

Em um Hospital de alta complexidade o trabalho desenvolvido de implementação da CAA na enfermaria pediátrica por Moura (2015), envolve para além da equipe interdisciplinar e os familiares, ele ganha momentos de socialização externas promovendo uma diversidade de contextos, incluindo aqui o escolar. E como resultado, a apropriação dos recursos alternativos indicados, tornando as crianças competentes nas demandas de linguagem no cotidiano e consequentemente, maior autonomia. Essa intervenção também pontua o ganho na interlocução das crianças com seus pares no seu cotidiano.

Exemplo de boa prática

Um idoso utiliza um sistema de comunicação por símbolos acompanhado por uma equipe de reabilitação. Além do trabalho realizado nos atendimentos, os profissionais promovem encontros periódicos com familiares e cuidadores para demonstrar estratégias de modelagem, ampliar oportunidades de comunicação e discutir formas de utilização do recurso em diferentes atividades da rotina. Como resultado, o idoso passa a utilizar o sistema em casa, em consultas de saúde e em momentos de lazer, ampliando sua participação nos diversos contextos de vida.

9. Ergonomia - adequação dos recursos à pessoa e seu ambiente

As características, experiências, preferências, prioridades, opiniões, sugestões e conhecimentos das pessoas que usam CAA devem ser considerados, respeitados, compreendidos e aplicados na implementação dos sistemas dentro dos diversos contextos.

Os recursos de CAA devem combinar as características da pessoa que se beneficia com o ambiente, isto é, com a facilidade de seu uso nos diversos contextos e com as pessoas que ali se encontram. É importante que os dispositivos de comunicação sejam de fácil manuseio para as pessoas que usam e seus principais parceiros de comunicação e que se conectem de forma integrada às tecnologias convencionais (internet, whatsapp, etc).

Pesquisas mostram que as facilidades de acesso e um design simples e intuitivo são aspectos importantes para a ampliação do uso de CAA em diferentes contextos e espaços sociais tanto para a pessoa com deficiência como também para os parceiros de comunicação que lá se encontram.

Exemplo de boa prática

Em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), uma pessoa com limitações motoras e de fala após um AVC participa, juntamente com seus familiares, da escolha e da experimentação de diferentes recursos de CAA. A equipe interdisciplinar avalia suas habilidades motoras, visuais, cognitivas e linguísticas, bem como os ambientes nos quais precisa se comunicar. Após testes e ajustes, é selecionado um dispositivo com acesso pelo olhar, tela posicionada adequadamente na cadeira de rodas, símbolos e letras organizados de forma acessível e saída de voz compatível com suas preferências. O recurso também permite enviar mensagens pelo WhatsApp e acessar outros meios digitais. Familiares, cuidadores e profissionais recebem orientação para posicionar o equipamento, aguardar a construção das mensagens e realizar sua manutenção básica. A efetividade do sistema é acompanhada nos atendimentos e nas situações cotidianas, com ajustes periódicos para garantir conforto, segurança, rapidez, qualidade da comunicação e maior autonomia da pessoa.

10. Acessibilidade comunicacional

A acessibilidade comunicacional constitui um dos pilares fundamentais para a efetivação do direito à comunicação e à participação social das pessoas que necessitam da CAA. Embora frequentemente associada à disponibilização de recursos de CAA, a acessibilidade comunicacional envolve um conceito mais amplo, relacionado à eliminação de barreiras que dificultam ou impedem o acesso à informação, à interação social, à tomada de decisões e à participação nos diferentes espaços da vida cotidiana.

A comunicação é um direito fundamental, sendo o Estado responsável por promover o acesso das pessoas com deficiência às formas e tecnologias de comunicação adequadas às suas necessidades. Nessa perspectiva, a acessibilidade comunicacional não deve ser compreendida como uma adaptação opcional, mas como condição necessária para o exercício da cidadania, da autonomia e da participação social.

No contexto do SUS, a acessibilidade comunicacional assume papel estratégico para a qualificação do cuidado. Pessoas que necessitam da CAA frequentemente encontram dificuldades para relatar sintomas, compreender orientações, participar de consultas, expressar dúvidas ou tomar decisões relacionadas ao próprio tratamento. A ausência de adaptações comunicacionais pode comprometer o acesso aos serviços, a segurança do cuidado e a autonomia dos usuários. Por essa razão, a construção de ambientes comunicativamente acessíveis deve ser compreendida como responsabilidade compartilhada entre profissionais, gestores e instituições.

Promover acessibilidade comunicacional envolve ações como a utilização de recursos visuais de apoio, pranchas de comunicação, materiais em linguagem simples, adaptações de formulários e orientações, uso de recursos de Tecnologia Assistiva, organização de ambientes com sinalizações acessíveis e formação das equipes para interagir com pessoas que utilizam diferentes formas de comunicação. Mais do que oferecer recursos específicos, trata-se de criar condições para que todas as pessoas possam compreender, expressar-se e participar de forma efetiva.

Em 2017, Hassuo e colaboradores relatam a experiência em uma Unidade de Saúde da Família no interior de São Paulo com o trabalho na identificação do vocabulário utilizado pelos profissionais da saúde e usuários do serviço para a elaboração de pastas de comunicação para cada serviço e placas de identificação das salas, foi um importante projeto que ampliou o acesso e possibilitou o usuário relatar suas queixas e necessidades.

Exemplo de boa prática

Uma Unidade Básica de Saúde no planejamento estratégico coloca como item a acessibilidade comunicacional, uma equipe de especialistas em CAA realiza uma sensibilização com todos os profissionais e realiza o levantamento das necessidades de CAA: vocabulário, setores, localização. Após a organização dos recursos, estes são colocados em teste, e após 3 meses, uma readequação do material. Projeto final, a UBS disponibiliza pranchas de comunicação em diferentes setores, utiliza materiais informativos com apoio visual, adapta procedimentos de acolhimento para pessoas que necessitam da CAA e orienta sua equipe para utilizar estratégias de comunicação acessível durante consultas e atendimentos. Como resultado, os usuários conseguem expressar sintomas, fazer perguntas e participar das intervenções e também das decisões relacionadas ao próprio cuidado.

11. Continuidade do cuidado

A CAA não deve ser compreendida como uma intervenção pontual ou limitada a um período específico da vida. As necessidades comunicativas das pessoas se modificam ao longo do tempo em função do desenvolvimento, das mudanças nos papéis sociais, das transições entre serviços e contextos, das condições de saúde e das transformações ambientais.

No SUS a continuidade do cuidado está diretamente relacionada aos princípios da integralidade e da longitudinalidade da atenção. Uma boa prática em CAA prevê acompanhamento ao longo do tempo, revisões periódicas dos recursos e estratégias utilizados, adaptação dos sistemas de comunicação às mudanças nas necessidades da pessoa e articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Também envolve o planejamento de transições importantes, como a entrada na vida escolar, a passagem para a adolescência, formação profissional, a vida adulta, inserção no mercado de trabalho, processos de hospitalização, mudanças de serviços e o envelhecimento.

Garantir a continuidade do cuidado significa reconhecer que a comunicação acompanha toda a trajetória de vida da pessoa e que os apoios necessários para sua participação devem ser continuamente ajustados às transformações vivenciadas em seus contextos pessoais, familiares, educacionais, profissionais e sociais.

Exemplo de boa prática

O trabalho em um CER tem como proposta um grupo de familiares e cuidadores das pessoas com deficiência, nesse espaço são realizadas trocas de experiências, orientações específicas, expressão de sentimentos (angústias e medos) e o autocuidado. A equipe multiprofissional cria o projeto “Comunicação para a vida” e inicia-se uma sensibilização e orientações quanto a CAA, sendo o objetivo central o empoderamento das famílias na manutenção e expansão do uso dos recursos de comunicação incrementando a participação das pessoas que usam CAA para além do consultório e escola, pensar nos círculos sociais e a importância das amizades para a inclusão total dessa população. Como o grupo de familiares inclui todos os usuários da Unidade, as discussões vão para além da criança e os jovens em acompanhamento pelos profissionais, englobando a vida adulta, assim as reflexões também se expandem para as necessidades da infância, os desafios da fase da adolescência e também os enfrentamentos da vida adulta, com a inserção no mercado de trabalho.

12. Tecnologia Assistiva

A CAA é uma área da Tecnologia Assistiva, e em um estado ideal de trabalho ocorre a disponibilização de um conjunto de equipamentos incluindo os mais simples até os complexos que são classificados como recursos de alta tecnologia.

O avanço da ciência e em especial da tecnologia trouxe o acesso a um amplo conjunto de recursos, desde computadores, notebooks, celulares, tablets e não poderíamos deixar de lado as telecomunicações, toda a infraestrutura que transmite dados, imagens e vídeos. E todas as pessoas têm o direito de utilizar esses recursos para melhorar a qualidade de vida, e aqui certamente as pessoas que se beneficiam da CAA terão a oportunidade de resolver seus desafios cotidianos com poderão ter seu cotidiano tecnológicas.

Exemplo de boa prática

A equipe de uma Unidade Básica de Saúde vem discutindo a reinserção de um jovem com traumatismo craniano na Universidade, ele ficou hospitalizado onde já teve o início da implementação da CAA com pranchas de papel, após a alta teve continuidade ao atendimento em um CER com acompanhamento de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, nesse

local foi realizada a indicação de cadeira de rodas e uma ampliação de seus recursos de comunicação com o uso do whatsapp pelo celular, a retomada de seus vínculos sociais levam o jovem a sonhar o retorno à faculdade, para tanto era necessário um computador para que pudesse.....

13. Promoção de direitos

A promoção dos direitos das pessoas que necessitam da CAA constitui um dos fundamentos éticos, sociais e políticos da CAA. Mais do que um conjunto de recursos ou estratégias de apoio, a CAA representa uma ferramenta para garantir que as pessoas possam exercer sua cidadania, participar da vida em sociedade e influenciar as decisões que afetam suas próprias vidas.

No contexto do SUS, a promoção de direitos por meio da CAA está alinhada aos princípios da universalidade, da equidade e da participação social. Uma boa prática não se limita a oferecer recursos de comunicação, mas cria condições para que a pessoa seja efetivamente ouvida, participe das decisões relacionadas ao seu cuidado, expresse opiniões, manifeste preferências, tenha acesso a informações compreensíveis e exerça sua autonomia. Isso implica reconhecer a pessoa como sujeito de direitos e protagonista dos processos que envolvem sua saúde, educação, vida familiar e participação comunitária.

Sob essa perspectiva, o sucesso de uma intervenção em CAA não pode ser avaliado apenas pelo número de símbolos aprendidos ou pela frequência de uso de um dispositivo. Ele também deve ser observado na ampliação das oportunidades de participação, no fortalecimento da autonomia, no acesso à informação e na capacidade da pessoa de influenciar as decisões que afetam sua vida. Além disso, fortalece a construção de serviços comprometidos e alinhados aos direitos das pessoas que usam CAA.

Em 2017 no Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa, foi apresentado uma pesquisa focando o nível de conhecimentos sobre o direito das pessoas com deficiência às tecnologias assistivas para comunicação aumentativa e alternativa, esse trabalho aconteceu na cidade de Anápolis (GO), e os resultados mostraram que existe um desconhecimento da

população sobre os direitos de acesso a recursos em TA para CAA apesar da legislação brasileira proteger esse e outros direitos (Silva e al, 2017).

Exemplo de boa prática

No momento da alta hospitalar, um adulto que usa CAA recebe orientações sobre seu tratamento, uso de medicamentos, cuidados domiciliares e encaminhamentos para a continuidade da reabilitação em formatos acessíveis à sua condição comunicativa. Utilizando seu sistema de CAA, o paciente pode fazer perguntas, esclarecer dúvidas, expressar preocupações, manifestar preferências e participar das decisões relacionadas ao seu plano de cuidados. Os profissionais dirigem-se diretamente à pessoa, respeitam seu tempo de resposta e reconhecem seu papel como protagonista no processo de transição do cuidado. Além disso, familiares recebem orientações sobre estratégias de comunicação que favoreçam a participação ativa do paciente após o retorno ao domicílio.

Uma mulher aos 46 anos sofre um AVC no tronco, síndrome do cativado, e após 20 dias de hospitalização recebe alta e orientações sobre a continuidade do trabalho com o Programa “Melhor em Casa” que já está de posse do histórico médico e intervenções realizadas, inclusive o recurso de CAA de baixa tecnologia (alfabeto) que foi iniciado no leito. O trabalho com a equipe multi teve como foco os aspectos clínicos, orientações aos cuidadores e adaptação da residência. A paciente tem 2 filhos (25 e 20 anos) ambos cursando faculdade, trabalha em uma loja como caixa e está afastada pelo INSS, ela é uma mulher comunicativa, utiliza a prancha de alfabeto com destreza e começa o uso de alta tecnologia (computador com eye tracking, equipamento emprestado), tem muitos amigos com quem troca mensagens via what'sapp. Após 1 ano e meio surge o sonho em retomar ao trabalho e a equipe faz um contato com o CREAS para uma ação intersetorial.

13. Barreiras Atitudinais

No modelo biopsicossocial um dos aspectos pontuados são as barreiras no ambiente, e aqui o foco é a barreira atitudinal que precisa ter um espaço de reflexão, discussão e enfrentamento.

Entre as propostas da 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência a participação é apresentada como condição para que as pessoas com deficiência participem de todas as etapas das políticas públicas — da formulação ao monitoramento — e depende da eliminação de barreiras físicas, comunicacionais, tecnológicas e institucionais, em uma análise sobre o tema “barreira” nesse documento, temos 42 vezes, reafirmando a deficiência resulta da interação entre os impedimentos da pessoa e as barreiras presentes na sociedade. Assim, as propostas priorizam a remoção de barreiras como estratégia para assegurar direitos, participação social e igualdade.

Interessante todas as etapas do projeto do Centro de Referência da Pessoa com Deficiência do Rio de Janeiro (Simões, 2025) junto às UBSs que se inicia com a confecção de pranchas de comunicação para o atendimento de pessoas que se beneficiam da CAA e se deparam na grande necessidade de reduzir as barreiras atitudinais com o trabalho de sensibilização e formação dos profissionais quanto a diversidade humana, valorização e respeito às pessoas com deficiência e a importância do uso dos recursos de CAA.

Exemplo de boa prática

Durante outubro, mês da conscientização da comunicação aumentativa e alternativa, a equipe de especialistas conjuntamente com as pessoas que usam CAA e seus familiares organizaram palestras em diferentes espaços da região (escola, igreja, centro de formação profissional) e ao final o convite para a caminhada e piquenique no parque da região. A estratégia de empoderamento das pessoas com deficiência através de suas falas nos diversos momentos conjuntamente com a mediação dos profissionais pode trazer para as discussões o capacitismo, a resolução das barreiras, principalmente as atitudinais.

6.1. Trabalhos e relatos de experiências dentro do Sistema Único de Saúde em diferentes regiões do Brasil

O Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) tem como objetivo coletar, processar e divulgar dados sobre a Saúde no Brasil, e com base em algumas mensurações tais como: número de nascidos, mortalidade, morbidade, incapacidade e informações sobre a Assistência à Saúde da população, entre outras, realizar análises e planejamentos com foco na qualidade da atenção e melhoria das condições de vida.

Não existe ainda um mapeamento dos trabalhos envolvendo CAA realizados nos equipamentos de Saúde dentro do território brasileiro, mas a partir do DATASUS temos o número de procedimentos realizados com o código 0301070024 (acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa) exclusivamente nas unidades de média complexidade (Ambulatórios de Especialidade e Centros Especializados de Reabilitação) que em 2020 foram computados 414.976 passando para 1.224.813 registros em 2025, um aumento de **195,15%** em seis anos.

Tabela 1- Registros do número anual de procedimentos em CAA no período de 2020 à 2025, de acordo com o estado e regiões do Brasil

REGIÃO/UF	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Região Norte	17.375	32.089	29.992	27.139	51.733	74.456	232.784
Rondônia	371	1.872	2.760	9.413	10.881	22.910	48.207
Acre	29	18	-	-	7	1	55
Amazonas	944	2.253	1.673	1.851	16.032	16.094	38.847
Roraima	-	-	-	-	4	11	15
Pará	13.010	23.331	19.874	9.960	20.792	29.918	116.885
Amapá	313	1.804	1.515	1.572	1.220	103	6.527
Tocantins	2.708	2.811	4.170	4.343	2.797	5.419	22.248
Região Nordeste	175.601	221.366	325.458	376.112	483.314	481.349	2.063.200

Maranhão	9.702	12.742	16.879	21.927	38.699	38.714	138.663
Piauí	15.847	18.002	13.841	10.892	7.398	1.474	67.454
Ceará	53.909	84.738	142.468	161.146	209.927	181.753	833.941
Rio Gr. do Norte	21.269	26.310	24.787	23.582	31.205	28.639	155.792
Paraíba	23227	22.771	42.267	56.428	67.321	73.038	285.052
Pernambuco	3.476	8.145	9.487	5.306	7.067	13.119	46.600
Alagoas	12.462	27.558	27.256	29.750	27.038	21.251	145.315
Sergipe	32	18	94	1.125	1.253	3.497	6.019
Bahia	35.677	21.082	48.379	65.956	93.406	119.864	384.364
Região Sudeste	177.607	243.189	297.528	363.239	427.131	438.537	1.947.231
Minas Gerais	112.590	143.189	182.152	225.889	243.280	218.725	1125.825
Espírito Santo	1.065	26	4.514	22.238	21.179	27.123	76.145
Rio de Janeiro	12.886	25.589	40.062	46.553	72.529	102.951	300.570
São Paulo	51.066	74.385	70.800	68.559	90.143	89.738	444.691
Região Sul	23.907	40.398	49.359	78.971	174.992	179.351	546.978

Paraná	8.743	13.274	14.197	18.371	72.131	94.302	221.018
Santa Catarina	2.921	3.871	8.182	31.737	62.618	51.375	160.704
Rio Gr. do Sul	12.243	23.253	26.980	28.863	40.243	33.674	165.256
Centro-Oeste	20.486	26.301	29.235	41.011	58.215	51.120	226.368
Mato Gros. do Sul	3.998	11.377	11.927	16.487	19.279	18.230	81.298
Mato Grosso	669	311	481	414	1.161	756	3.792
Goiás	274	1.792	2.896	6.150	17.784	26.377	55.273
Distrito Federal	15.545	12.821	13.931	17.960	19.991	5.757	86.005
Total	414.976	563.343	731.572	886.472	1.195.385	1.224.813	5.016.561

Fonte: TABNET-SUS. <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> (acesso em agosto/2026)

A tabela mostra que o maior número de procedimentos foram realizados nos estados que têm Universidades e Centros de Reabilitação/Instituições com uma história de CAA, e grupos de pesquisa na área, isto acontece nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

É importante ressaltar que até 2025 eram computados os atendimentos em CAA apenas realizados em Unidades de Reabilitação, hoje houve uma ampliação em relação aos estabelecimentos de Saúde e os CIDs.

Os dados das tabelas 1 e os relatos de experiências em Congressos mostram que a CAA pode se fazer presente no SUS, no entanto é fato que grande parte desses trabalhos foram

desenvolvidos com a participação de Universidades. Existe uma importante parcela da população que se beneficia da CAA sem nenhuma assistência e muito trabalho a ser feito.

É fato que foram iniciativas isoladas e que não representam a presença da CAA como uma política pública, mas mostram que o trabalho pode ser desenvolvido dentro do SUS e contribuir para o acesso e melhoria da comunicação das pessoas que se beneficiam de CAA.

6.3. CAA: conhecendo trajetórias e experiências pessoais

As vozes mais importantes são muitas vezes as mais difíceis de serem ouvidas, o silenciamento que as condições orgânicas impõe às pessoas que se beneficiam da CAA é um enfrentamento onde é necessário um significativo e contínuo espaço de escuta para proporcionar novos papéis à esse grupo excluído.

Os novos paradigmas, inclusão e capacitismo, trouxeram novos arranjos e configurações na sociedade, os relatos e as trajetórias das pessoas com deficiência são exemplos vivos para profissionais e familiares que podem refletir outras possibilidades de ser e estar no mundo. Através dos fragmentos de depoimentos das pessoas que usam CAA presentes nos livros e site da ISAAC-Brasil mostram os fatos vividos e os impactos em seu percurso de vida.

Mais do que narrativas individuais, esses relatos evidenciam o impacto que o acesso à comunicação exerce sobre a construção da identidade, das relações interpessoais, da educação, do trabalho e da participação social. Ao terem suas vozes legitimadas, essas pessoas deixam de ser vistas apenas por suas limitações e passam a ocupar o lugar de sujeitos de direitos, capazes de expressar opiniões, desejos, escolhas e perspectivas sobre a própria vida.

Dessa forma, a escuta ativa das pessoas que utilizam a CAA torna-se um elemento essencial para a construção de práticas mais éticas, inclusivas e centradas na pessoa, contribuindo para intervenções que respeitem suas singularidades e promovam efetivamente sua autonomia e qualidade de vida.

Assim, compreender as experiências pessoais daqueles que utilizam a CAA é reconhecer que nenhuma decisão sobre comunicação deve ser tomada sem a participação de quem vivencia essa realidade. Suas histórias não apenas inspiram, mas também orientam a

construção de políticas, práticas e intervenções mais sensíveis, fortalecendo uma cultura que valoriza a diversidade comunicativa e reconhece a comunicação como um direito fundamental de todos.

A CAA na perspectiva de quem a utiliza

Depoimento 1: a experiência de Samara Del Monte

Em relato publicado em 2017, Samara Del Monte descreve que, antes de ter acesso à CAA, comunicava-se principalmente por meio do olhar, de expressões faciais, de gestos e das respostas “sim” e “não”. Embora as pessoas próximas conseguissem compreender parte do que desejava expressar, muitas mensagens não eram entendidas, o que gerava frequentes desencontros comunicativos, frustração, angústia e choro. Sua mãe apresentava maior facilidade para interpretar seus sinais, mas, ainda assim, a comunicação entre ambas nem sempre era suficiente. Seu ingresso na escola Quero-Quero e o acompanhamento fonoaudiológico nessa mesma instituição marcam mudanças em sua trajetória. Samara passou a utilizar uma prancha de comunicação com Símbolos Bliss e aprendeu que os símbolos poderiam ser combinados para construir novos significados e ampliar suas possibilidades de expressão. Esse processo também exigiu aprendizagem e adaptação por parte das pessoas ao seu redor, inclusive de sua mãe, que inicialmente desejava que a filha pudesse comunicar-se pela fala oral. Gradualmente, familiares e outros parceiros de comunicação aprenderam a utilizar a prancha, enquanto Samara recorria a gestos mais evidentes e à paciência para favorecer a compreensão durante as interações. Ao narrar essa experiência, ela destaca que a CAA não apenas tornou sua comunicação mais compreensível, mas também ampliou suas possibilidades de escolha, autonomia, interação e participação. A transformação produzida pelo acesso à comunicação é sintetizada pela autora de maneira contundente: **“Tudo mudou. O choro acabou e a angústia sumiu!”** (Del Monte, 2017).

O relato de Samara evidencia que o acesso à CAA pode transformar profundamente a experiência de pessoas como ela. Mais do que disponibilizar símbolos ou recursos, sua trajetória demonstra a importância da formação dos parceiros de comunicação, do apoio familiar, da escuta das preferências da própria pessoa e da construção compartilhada de estratégias comunicativas. A diminuição do choro e da angústia não deve ser compreendida apenas como uma mudança comportamental, mas como consequência da ampliação das possibilidades de ser compreendida, realizar escolhas, estabelecer vínculos e participar das

decisões relativas à própria vida. Assim, seu depoimento reafirma que comunicar-se é uma condição fundamental para o exercício da autonomia, da participação social e da cidadania.

Depoimento 2: Percurso escolar e inclusão na perspectiva de Luciano

Em 2015 em seu depoimento, Luciano de Almeida Moura relata que foi alfabetizado aos sete anos de idade na Associação Quero-Quero, onde também aprendeu a utilizar os Símbolos Bliss como recurso de CAA. Por volta dos 12 anos, ingressou em uma instituição de Educação Especial, na qual o sistema Bliss deixou de ser utilizado por ser considerado complexo pelas pessoas que participavam de sua escolarização. Diante dessa barreira, Luciano passou a comunicar-se apenas por meio do alfabeto. Após concluir a quarta série, matriculou-se em uma escola particular frequentada majoritariamente por estudantes sem deficiência, experiência que lhe permitiu vivenciar as possibilidades e, sobretudo, as contradições da inclusão escolar. Nesse contexto, percebeu que nem todos os colegas estavam dispostos a oferecer o apoio de que necessitava. Posteriormente, estudou em uma escola estadual, em uma sala composta por aproximadamente 40 estudantes. Embora tenha estabelecido diferentes relações sociais, também enfrentou dificuldades com professores que resistiam à sua presença na classe comum, alegando não possuir formação para trabalhar com a inclusão e defendendo que ele deveria frequentar uma instituição especializada (Manzini, 2015).

A trajetória de Luciano evidencia que a matrícula na escola comum, isoladamente, não assegura a inclusão educacional. Seu relato demonstra como a interrupção do uso de um sistema de CAA, motivada pela dificuldade dos interlocutores e não pelas necessidades ou preferências do usuário, pode restringir possibilidades de expressão, aprendizagem e participação. Também revela barreiras atitudinais, comunicacionais, pedagógicas e formativas presentes nos diferentes contextos escolares pelos quais transitou. Ao atribuírem ao estudante a responsabilidade de procurar uma instituição especializada, os profissionais deslocavam para Luciano as consequências de uma escola que ainda não estava organizada para acolher a diversidade. Sua experiência reforça, portanto, que a inclusão requer continuidade dos apoios comunicacionais, formação profissional, acessibilidade pedagógica e corresponsabilidade de toda a comunidade escolar.

Depoimento 3: Comunicação, identidade e participação profissional e a trajetória de Marcos

No depoimento identificado no site da ISAAC-Brasil, Marcos Murackami, aos 35 anos, apresenta-se como uma pessoa leal, com paralisia cerebral, que utiliza uma prancha com Símbolos Bliss para se comunicar. Ao falar sobre seus interesses, destaca o prazer de ouvir música (especialmente canções em outros idiomas, mesmo sem compreender suas letras) e sua paixão pelo futebol. Embora seja torcedor do Palmeiras, aprecia acompanhar diferentes partidas pelo rádio ou pela televisão. Marcos teve seu primeiro contato com a CAA aos dez anos, quando aprendeu símbolos relacionados a pessoas, sentimentos e situações significativas de sua vida, como “pai”, “mãe”, “casa” e “feliz”. Aos 13 anos, aprendeu a ler e escrever e, ao longo do tempo, ampliou seu sistema de comunicação. Atualmente, utiliza uma prancha composta por mais de 250 símbolos, além do alfabeto, recursos que continuam sendo fundamentais para que possa expressar ideias, sentimentos e opiniões. Marcos ressalta que se comunica melhor quando encontra interlocutores disponíveis para escutá-lo e respeitar seu tempo de elaboração. Por essa razão, sente-se incomodado quando outras pessoas presumem o que deseja dizer ou falam em seu lugar. Também reconhece que, em momentos de nervosismo, sua mensagem pode ser mais difícil de compreender, situação que exige paciência e disponibilidade para que possa repeti-la ou reformulá-la. O acesso à prancha de comunicação ampliou suas possibilidades de participação social e profissional, permitindo-lhe trabalhar como repórter na revista *Bem-Vindo a Nós*. Nessa atividade, realizava entrevistas e produzia textos sobre deficiência e CAA. Ao recordar sua contratação, Marcos descreve uma felicidade tão intensa que era como se houvesse música dentro de sua cabeça. No seu depoimento relata algo que simboliza muito seus sentimentos: **“Consigo falar melhor com as pessoas que me escutam”**. (Manzini, 2015).

A experiência de Marcos evidencia que a CAA não se limita à satisfação de necessidades básicas, mas possibilita expressar preferências, construir relações, afirmar a própria identidade e exercer atividades profissionais e socialmente reconhecidas. Seu incômodo diante de pessoas que “colocam palavras em sua boca” chama a atenção para uma barreira frequente: a substituição da voz da pessoa pela interpretação apressada do interlocutor. Respeitar o tempo de comunicação, confirmar o sentido das mensagens e não concluir antecipadamente o que o usuário pretende dizer constituem atitudes essenciais para assegurar sua autoria comunicativa. A atuação de Marcos como repórter demonstra, ainda, que os recursos de CAA podem sustentar formas complexas de expressão, como entrevistar, escrever, produzir conhecimentos e participar do debate público. Sua trajetória reafirma que comunicar-

se não consiste apenas em transmitir mensagens, mas em ocupar espaços sociais, produzir narrativas e ser reconhecido como autor da própria história.

Depoimento 4: Comunicação como instrumento de proteção e defesa de direitos: a trajetória de Zé

José Rodrigo Ribeiro dos Santos, chamado de Zé, tinha 37 anos à época de seu relato, sem fala oral e não alfabetizado, comunicava-se principalmente pelo direcionamento do olhar, por movimentos da cabeça associados às respostas afirmativas e negativas e pelo uso de símbolos do sistema PCS. Embora as pessoas próximas fizessem perguntas que ele pudesse responder, durante muitos anos esses recursos não lhe permitiram expressar detalhadamente seus pensamentos, sentimentos e experiências. Quando seus interlocutores não compreendiam o que pretendia dizer, Zé frequentemente desistia de sua mensagem (Manzini, 2015).

Aos 31 anos, ingressou na ACESA e, dois anos depois, iniciou um trabalho sistematizado de CAA com o fonoaudiólogo Renato. Durante esse processo, aprendeu que sua mensagem tinha valor e que não deveria abandoná-la diante das primeiras dificuldades de compreensão. Conforme suas possibilidades comunicativas foram ampliadas e seus parceiros aprenderam a interpretar seus sinais, Zé conseguiu relatar, com maior precisão, situações vivenciadas cotidianamente em sua residência. Também passou a expressar sentimentos como medo, tristeza, decepção, raiva e solidão, possibilitando que a equipe compreendesse as razões pelas quais chorava nos períodos em que as atividades da instituição eram interrompidas.

A comunicação de Zé mobilizou uma rede de cuidado e proteção constituída pelo fonoaudiólogo, pela psicóloga e pela assistente social da instituição. A partir de seus relatos, a equipe acionou os serviços responsáveis pela garantia de direitos e insistiu para que sua situação fosse analisada pelos órgãos competentes. A intervenção do Ministério Público resultou na busca por uma nova moradia que, além de lhe oferecer proteção, permitisse a manutenção do vínculo com a instituição e com os profissionais que o acompanhavam. Enquanto aguardava a decisão, Zé continuou relatando à equipe o agravamento das situações vivenciadas em casa e conseguiu comunicar o temor de morrer antes de ser transferido. A gravidade dessa manifestação levou os profissionais a intensificarem as providências, culminando na antecipação de sua mudança.

Na nova residência, inicialmente descrita por Zé como um espaço de paz e tranquilidade, ele pôde experimentar maior segurança. Posteriormente, ao perceber condutas

inadequadas de uma profissional contra ele e outros moradores, hesitou em denunciá-las por medo de perder o direito de permanecer no local. Quando conseguiu relatar o que ocorria, compreendeu que sua possibilidade de comunicação também poderia contribuir para proteger outras pessoas que encontravam maiores dificuldades para se expressar.

Zé passou, então, a participar mais ativamente das decisões relacionadas à sua vida. Sua opinião foi considerada em discussões sobre procedimentos de saúde, como o uso de sonda nasogástrica e a realização de cirurgia no quadril, bem como na decisão sobre permanecer ou não em sua residência. Ao refletir sobre sua trajetória, reconheceu que a possibilidade de comunicar-se e defender seus direitos modificou sua relação consigo mesmo, com as outras pessoas e com a própria fé: **“Hoje minha opinião é levada em consideração, mesmo em escolhas importantes da minha vida”**.

A experiência de Zé demonstra que a CAA pode constituir um recurso fundamental de proteção, denúncia e acesso à justiça. Antes da implementação de estratégias comunicativas mais efetivas, ele era capaz de responder a perguntas simples, mas não encontrava meios suficientes para narrar acontecimentos complexos, identificar possíveis violações ou expressar a intensidade de seus sentimentos e temores. Seu relato evidencia que oferecer apenas respostas de “sim” e “não” não garante, por si só, autonomia comunicativa: é necessário possibilitar que a pessoa inicie assuntos, construa narrativas, manifeste recusas, denuncie situações e participe das decisões que afetam sua vida.

A trajetória também ressalta a responsabilidade ética dos parceiros de comunicação. Foi preciso que os profissionais acreditassem em sua mensagem, respeitassem seu tempo, formulassem estratégias de confirmação e transformassem o que ele comunicava em ações concretas de cuidado e proteção. Nesse sentido, a CAA não apenas ampliou a expressão individual de Zé, mas permitiu que sua voz alcançasse os serviços socioassistenciais, o sistema de justiça e os espaços de decisão sobre sua saúde e moradia. Sua experiência reafirma que o direito à comunicação está diretamente relacionado ao direito à integridade, à autodeterminação, à proteção contra violências e ao exercício da cidadania.

Depoimento 5: Reconstrução da vida após uma deficiência adquirida e a trajetória de Ana Amália

Ana Amália Tavares Bastos Barbosa tinha 53 anos à época de seu relato (Barbosa, 2013). Graduada em Educação Artística, com habilitação em Artes Plásticas, pela Fundação

Armando Alvares Penteado (FAAP), vivenciou, em 2002, um acidente vascular cerebral de tronco justamente no dia da defesa de sua dissertação de mestrado. Após o AVC, passou a enfrentar profundas mudanças em sua vida cotidiana, com perda de independência e redução de suas possibilidades de participar das decisões que lhe diziam respeito. Segundo Ana Amália, essas restrições não decorriam apenas das dificuldades de expressão, mas também da incapacidade das pessoas ao seu redor de compreenderem suas formas de comunicação.

Logo após o AVC, seu irmão buscou uma estratégia que possibilitasse a comunicação entre ambos. Entretanto, o sistema inicialmente adotado era complexo e somente ele conseguia utilizá-lo de maneira efetiva com Ana Amália. Em 2003, durante seu acompanhamento na Rede Sarah, foi confeccionada uma prancha de comunicação em tamanho sulfite contendo as letras do alfabeto. Para a construção das mensagens, seus interlocutores realizavam a varredura das letras, enquanto ela indicava as opções desejadas. Além desse recurso, Ana Amália desenvolveu respostas corporais claramente diferenciadas: piscava os olhos para comunicar “sim” e direcionava o olhar para cima para expressar “não”.

Em razão de sua alfabetização, de sua trajetória acadêmica e da complexidade das ideias que desejava expressar, Ana Amália identificou-se especialmente com o uso do alfabeto. Embora reconhecesse que símbolos gráficos poderiam tornar mais rápida a comunicação de necessidades ou assuntos cotidianos, considerava que, em sua experiência, sistemas constituídos predominantemente por ícones poderiam restringir a amplitude e a precisão de sua linguagem. Por isso, preferia construir suas mensagens por meio da seleção de letras. Com o aprimoramento das estratégias e a aprendizagem de seus parceiros de comunicação, passou a considerar seu sistema eficiente e adequado às suas necessidades.

Ana Amália também se definia como uma pessoa que nunca permaneceu estagnada. Diante das transformações provocadas pelo AVC, procurou reconstruir suas possibilidades de expressão, escolha e participação, reafirmando sua identidade para além das limitações adquiridas. Sua trajetória revela que a definição de um sistema de CAA precisa considerar não somente as condições motoras e comunicacionais da pessoa, mas também sua história, sua escolaridade, suas experiências, suas preferências e a complexidade do que deseja comunicar.

O relato de Ana Amália evidencia que as dificuldades de comunicação decorrentes de uma deficiência adquirida não se relacionam apenas às alterações corporais, mas também à capacidade e à disponibilidade dos interlocutores para reconhecer e aprender novas formas de

interação. Sua preferência pelo alfabeto reforça que a escolha do sistema de CAA deve ser individualizada e contar com a participação ativa da pessoa, considerando sua história, escolaridade, repertório linguístico e necessidades comunicativas. A efetividade da CAA depende tanto da adequação dos recursos quanto da atuação de parceiros capazes de respeitar o ritmo da pessoa, realizar a varredura, confirmar suas escolhas e assegurar a autoria das mensagens. Para Ana Amália, o acesso a um sistema compatível com suas preferências possibilitou expressar ideias complexas, participar de decisões e reconstruir sua autonomia e participação social.

Referências Bibliográficas

ALONSO BURGUERA, A. *Técnicas de personalización de voces sintéticas para su uso por personas con discapacidad oral*. 2023.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. Augmentative and Alternative Communication (AAC). Rockville, MD: ASHA, 2024. Disponível em: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>. Acesso em: 05 de junho de 2026.

Andersen T et al. *Models and frameworks for guiding assessment for aided Augmentative and Alternative Communication (AAC): a scoping review*. Assistive Technology. 2023. PMID: 37435920.

AQUINO, Adelyn Barbosa; CAVALCANTE, Tícia Cassiany Ferro. Progressos na comunicação de duas crianças com deficiência intelectual na educação infantil: intervenções com o uso de recursos de comunicação alternativa. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 15, n. 34, 2022.

ARAUJO, Karla Correia Simão; AGUILAR, Carolina Costa; COSTA, Lais Silveira; PORTO, Claudia e CORTINOVIS, Flávia. Comunicação Aumentativa e Alternativa em Unidades Básicas de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. *Anais do 10º Congresso Brasileiro de Comunicação Aumentativa e Alternativa da ISAAC-Brasil*. 2025.

ASHA. Augmentative and Alternative Communication (AAC). Rockville, MD: ASHA, [s.d.]. Disponível em: [Augmentative and Alternative Communication \(AAC\)](#) . Acesso em: 05 jun. 2026.

AVILA, B G; PASSERINO, L M; REATEGUI, E. Proposta de uma metodologia para a construção de um sistema de CAA focado no contexto de seus usuários. *Revista Brasileira de Informática na Educação*, v. 20, n. 1, p. 97, 2012.

BARBOSA, Ana Amália Tavares Bastos. Como aprendi uma nova língua sem falar. In: Passerino, LM, Bez, MR, Pereira, ACC e Peres, A. *Comunicar para Incluir*. Porto Alegre: Ponto & Vírgula Editora, 2013.

Beukelman DR, Light JC. *Augmentative & Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. 5th ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2020.

BEUKELMAN, D. R.; LIGHT, J. C. *Augmentative & alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs*. 5. ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2020.

BEUKELMAN, David R.; LIGHT, Janice C. *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. 5. ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 2020.

BEUKELMAN, David R.; LIGHT, Janice C. Augmentative and alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs. 5. ed. Baltimore: Paul H. Brookes, 2020.

BLACKSTONE, S. W. Issues and challenges in advancing effective patient-provider communication. In: BLACKSTONE, S. W.; BEUKELMAN, D. R.; YORKSTON, K. M. (org.). *Patient-provider communication: roles for speech-language pathologists and other health care professionals*. San Diego: Plural Publishing, 2015. p. 9-36.

BLACKSTONE, S. W.; PRESSMAN, H. Patient communication in health care settings: new opportunities for augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 32, n. 1, p. 69-79, 2016. DOI: 10.3109/07434618.2015.1125947.

BLACKSTONE, SW.; BRUSKIN, DM. (Ed.). *Augmentative communication: an introduction*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association, 1986. 505 p. ISBN 9780910329361.

BRASIL (2007). Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 29 de mai. de 2026.

BRASIL, Lei nº. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 29 mai. 2025.

BRASIL. Guia de orientação para implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção. Especializada e Temática. Brasília; Ministério da Saúde; 2026. 92 p.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 05 de junho de 2026.

BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 184p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 156p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bde/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf Acesso em: 07 de abr de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.cranioencefálico2014c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

CERA ML, WOLF LB, MANDRÁ PP. Oficina para adultos e idosos com distúrbio neurológico adquirido da comunicação. In: Mandrá PP. Fonoaudiologia: Gerenciamento, Intervenção e Reabilitação. Ribeirão Preto: Booktoy. 2016, pp. 58-62.

CHUN RYS et al. Parceiros de comunicação na CSA/CAA: reflexões da equipe de trabalho, conceitos e perspectivas. In: Deliberato D, Ferreira-Donati G, Montenegro AC (editores) Fonoaudiologia na comunicação alternativa: compartilhando saberes. São Paulo: Abarros; 2023. p. 121-35.

CHUN RYS, PERES A, GOLDONI NI, GONÇALVES MJ. Comunicação aumentativa e alternativa e a intervenção de linguagem nos transtornos neurológicos adquiridos. In: LOPES L, et al., editores. Tratado de Fonoaudiologia. 3a ed. São Paulo: Manole; 2025. p. 489-95.

CHUN, R. Y. S et al. A CIF no ambiente hospitalar: curso e percurso de pessoas nos processos de adoecimento e de cuidado. In: PAIVA, S. F.; PINTO, F. C. A. (org.). *Classificação Internacional de Funcionalidade: da teoria à prática em Fonoaudiologia*. Ribeirão Preto: Book Toy, 2023. cap. 6, p. 125-146. A existência e os dados centrais desse capítulo também são registrados na bibliografia do artigo de 2024.

Chun, R. Y. S.. (2009). Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. *Pró-fono Revista De Atualização Científica*, 21(1), 69–74. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000100012>

COMMUNICATION MATTERS. Shining a Light on Augmentative and Alternative Communication. Warwickshire: Communication Matters, 2013. Disponível em: <https://www.communicationmatters.org.uk/wp-content/uploads/2020/09/Shining-a-Light-on-AAC.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2026.

COMUNICATEA; COMUNICATEAMM. *Comunicação Aumentativa e Alternativa: o que é? Quando usar?*. [S.l.]: ComunicATEA/ComunicaTEAMM, [s.d.].

COOK, Albert M.; POLGAR, Jan Miller. Assistive technologies: principles and practice. 4. ed. St. Louis: Mosby/Elsevier, 2015.

COSTELLO, J. M.; PATAK, L.; PRITCHARD, J. Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, v. 3, n. 4, p. 289-301, 2010. DOI: 10.3233/PRM-2010-0140.

COSTELLO, John M. AAC intervention in the intensive care unit: the Boston Children's Hospital experience. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, Rockville, v. 19, n. 1, 2010.

Deliberato D, Ferreira-Donati GC, Montenegro ACA. Fonoaudiologia na comunicação alternativa: compartilhando saberes. São Paulo: ABarros, 2023.

DELIBERATO, D, FERREIRA-DONATI, GC e MONTENEGRO, ACA (org.). Fonoaudiologia na comunicação alternativa: compartilhando saberes. 1.ed. São Paulo: ABarros, 2023. E-book.182 p.

ESKELSEN, MW et al. Introdução e desenvolvimento do uso da comunicação alternativa na Síndrome de Angelman: estudo de caso. *Revista CEFAC*, v. 11, p. 228-236, 2009.

ETCHEGARAY, J. M. et al. Patients as partners in learning from unexpected events. *Health Services Research*, v. 51, supl. 3, p. 2600-2614, 2016. DOI: 10.1111/1475-6773.12593.

FARIAS, L. P. A comunicação vulnerável do paciente na unidade de terapia intensiva e a comunicação suplementar e/ou alternativa. In: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (org.). *Comunicação alternativa: ocupando territórios*. São Carlos: Marquezine & Manzini; ABPEE, 2015. p. 171-194.

Flowers HL, Skoretz SA, Silver FL, Rochon E, Fang J, Flamand-Roze C, Martino R. Poststroke aphasia frequency, recovery, and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2016;97(12):2188-2201.

FORTE, Graziella Batista Dallaqua e VIEIRA, Mariana Tabarim. Comunicação Aumentativa e Alternativa na Atenção Domiciliar: direito à comunicação e longevidade. Anais do Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 2026.

Fried-Oken M, Mooney A, Peters B.. Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*. 2015. 37(1):69–87. DOI: 10.3233/NRE-151241

Ganz JB, et al. *Augmentative and Alternative Communication for Children with Intellectual and Developmental Disability: A Mega-Review of the Literature*. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. PMC: PMC8009928.

Ganz JB, Morin KL, Foster MJ, Vannest KJ, Genç Tosun D, Gregori EV, et al. High-technology augmentative and alternative communication for individuals with intellectual and developmental disabilities and complex communication needs: a meta-analysis. *Augment Altern Commun*. 2017;33(4):224-238. DOI: 10.1080/07434618.2017.1373813

GARCIA, L; OLIVEIRA, L. *Sistema de CAA com adaptação ao contexto físico*. 2011.

GOLDONI, Natálie Iani e DELIBERATO, Débora. Orientação para familiares de alunos com paralisia cerebral usuários de sistemas de comunicação alternativa. Anais do VI Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa da ISAAC-Brasil. 2015.

GRIFFITHS, Tim; PRICE, Karen. Augmentative and alternative communication for children with cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health*, Oxford, v. 26, n. 9, p. 373-377, 2016.

HASSUO, Débora; SANTOS, Camila; OLIVEIRA, Emely e ROCHA, Aila. Implementação de recursos de comunicação alternativa e suplementar em um programa de saúde da família. Anais do VII Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa da ISAAC-Brasil. 2017.

HEMSLEY, B.; WERNINCK, M.; WORRALL, L. "That really shouldn't have happened": people with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. *Aphasiology*, v. 27, n. 6, p. 706-722, 2013. DOI: 10.1080/02687038.2012.748181.

Hough M, Johnson RK. Use of AAC to enhance linguistic communication skills in an adult with chronic severe aphasia. *Aphasiology*. 2009;23(7–8):965–976.

Huang L, Yan J, Chen SK. Combining low-technology augmentative and alternative communication with regular aphasia treatment: interim findings of a hospital-based RCT in post-stroke patients. *Aphasiology*. 39(8):1144-63. DOI: 10.1080/02687038.2024.2406592

Iacono T, Trembath D, Erickson S. The role of augmentative and alternative communication for children with autism: current status and future trends. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Sep 19;12:2349-2361. doi: 10.2147/NDT.S95967. PMID: 27703354; PMCID: PMC5036660.

ISTANBOULIAN et al. Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: a scoping review. *Journal of Critical Care*, v. 57, p. 168-176, 2020. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.02.015.

KABIR, I; REDMON, SA; ELKO, LR.; WILLIAMS, K; CASE, MA.; SOWERS, DJ.; WILKINSON, KM.; BILLAH, SM. Giving meaning to movements: challenges and opportunities in expanding communication by pairing unaided AAC with speech generated messages. In: *Proceedings of the 2026 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '26)*. Barcelona: ACM, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1145/3772318.3791273>. Acesso em: 5 abr. 2026.

Kollmar, Anja, et al. "Augmentative and Alternative Communication – Scoping Review / Unterstützte Kommunikation – Scoping Review." *International Journal of Health Professions*, vol. 5, no. 1, ZHAW Zurich University of Applied Sciences, 2018, pp. 91-108. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0010>.

Light J, et al. *Implementing Aided Augmentative Communication Systems With Persons Having Complex Communicative Needs*. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2019. PMID: 31238708.

LIGHT, J; MCNAUGHTON, D. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: a new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication*, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2014. DOI: 10.3109/07434618.2014.885080.

Light JC, McNaughton D. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augment Altern Commun*. 2014;30(1):1-18. DOI: 10.3109/07434618.2014.885080

LIGHT, Janice; MCNAUGHTON, David. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2014.

LIGHT, Janice; MCNAUGHTON, David. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: a new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication*, London, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>.

MANZINI, Eduardo José, SCHNEIDER, Roberta D' Ambrósio, SANTOS, José Rodrigo Ribeiro, KINOSHITA, Renat Lyuiti, MURACKAMI, Marcos, MOURA, Luciano de Almeida, FREDERICO, Marília Leite Rodrigues. In: Chun, RYS, Reily, L, Moreira, EC. *Comunicação Alternativa: ocupando territórios*. Marília: Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, 2015.

MANZINI, EJ DELIBERATO, D. Portal de ajudas técnicas para educação : equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e pô recreação da pessoa com deficiência física : recursos para comunicação alternativa. [2. ed.] Brasília : [MEC, SEESP], 2006. 52 p.

MANZINI, Mariana; MARTINEZ, Claudia Maria; ALMEIDA, Maria Amelia; MORESCHI, Candice; MANZINI, Ana Carlolina e LOURENÇO, Gerusa. Avaliação de um Programa de Comunicação Alternativa para mães de crianças com paralisia cerebral. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa da ISAAC-Brasil*. 2015.

MARIANO, DTG et al. *Configurações para métodos de acesso por escaneamento*. 2016.

MENDONÇA, RCR.; MARQUES, G.; LIONE, VOF.; GRIGISKI, KC. Application of Augmentative and Alternative Communication to stimulate communicative intention and cognition in patients with Autism Spectrum Disorder. *Revista CEFAC*, v. 25, n. 5, e6823, 2023. DOI: 10.1590/1982-0216/20232556823.

Minelli C. et al. Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II. Diretrizes brasileiras para reabilitação no acidente vascular cerebral: parte II. Arquivos de Neuro-psiquiatria. 2022;80(7):741-758.

MONTE, Samara e VASCONCELLOS, Roseli. Tudo tem outro sentido com a Comunicação. In: Deliberato, D, Nunes, DRP e Gonçalves, MJ. Trilhando juntos a comunicação alternativa. Marília: Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, 2017.

MONTENEGRO, A. C. A. et al. Sistemas de comunicação suplementar e alternativa: conceitos essenciais para a prática clínica. DONATI, G. C.; MONTENEGRO, A. C. A. (org.). Fonoaudiologia na comunicação alternativa: compartilhando saberes. 1.ed. São Paulo: ABarros, 2023. E-book.182 p.

MOURA, Érika Nobre Duarte; BRANDÃO, Claudia Pereira; LAVOR, Mayra Maria Leony E PEREIRA, Ricardo Mendes Gomes. Comunicação Suplmentar e Alternativa no cotidiano da enfermaria pediátrica. Anais do VI Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa da ISAAC-Brasil. 2015.

MURACKAMI, Marcos. Pessoas com Necessidades Complexas de Comunicação - depoimentos. Disponível em <https://www.isaacbrasil.org.br/depoimentos.html> (acesso em 9 de agosto de 2026).

MURRAY, Jane; LYNCH, Yvonne; GOLDBART, Juliet; MOULAM, Laura; JUDGE, Simon; WEBB, Emma et al. The decision-making process in recommending electronic communication aids for children and young people who are non-speaking: the I-ASC mixed-methods study. Health Services and Delivery Research, Southampton, v. 8, n. 11, p. 1-158, 2020.

NASCIMENTO, FF; WALTER, CCF. Comunicar é possível: o uso do dispositivo gerador de fala para pessoas com autismo. *REIN – Revista Educação Inclusiva*, v. 10, n. 2, p. 67-81, 2025.

National Joint Committee for the Communication Needs of Personswith Severe Disabilities. (2024).NJC Communication Bill of Rights(3rd ed.).<https://www.asha.org/njc>

NERSESIAN K, POGHIKYAN A, GEVORGYAN L. Effectiveness and Determinant Variables of Augmentative and Alternative Communication Interventions in Cerebral Palsy Patients with Communication Deficit: a Systematic Review. *CoDAS*. 2021;33(5):e20200244. DOI: 10.1590/2317-1782/20202020244.

NUNES, L. R. O. P. N.; NUNES, D. R. P. Um breve histórico da pesquisa em Comunicação Alternativa na UERJ. In: NUNES, L. R. O. P.; PELOSI, M.; GOMES, M. R. (org.). Um retrato da Comunicação Alternativa no Brasil: relato de experiências. Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papeis, 2007. v. 1, p. 19–32.

NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula (org.). Comunicar é preciso: em busca das melhores práticas na educação do aluno com deficiência. Marília: Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova York: ONU, 2006. Disponível em: <https://www.un.org>. Acesso em: 05 de junho de 2026.

Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). São Paulo: EDUSP, 2003. (versão em português da publicação de 2001).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.

Owens, J.S. Accessible Information for people with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 2006, 22:3, p. 196-208 <http://dx.doi.org/10.1080/0743461060064997>

PAOLA, A; MURARO, S; MARINELLI, R; PILATO, C. *Foundation models in augmentative and alternative communication: opportunities and challenges*. arXiv, 2024. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2401.08866>. Acesso em: 5 abr. 2026.

PARETTE, Howard P.; MARR, Deborah B. Assisting children and families who use augmentative and alternative communication devices: best practices for school psychologists. *Psychology in the Schools*, Hoboken, v. 34, n. 4, p. 337-346, 1997.

QUADROS, RQF. *Comunicação aumentativa e alternativa em crianças com paralisia cerebral: contributos da literatura*. 2025.

REICHLE, Joe; SIMACEK, Jessica; WATTANAWONGWAN, Suwannee; GANZ, Jennifer. Implementing aided augmentative communication systems with persons having complex communicative needs. *Behavior Modification*, Thousand Oaks, v. 43, n. 6, p. 841-878, 2019.

ROCHA, Aila Narene Dahwache Criado; OLIVEIRA, Jáima Pinheiro de; CRUZ-SANTOS, Anabela (org.). *Percursos e avanços teórico-metodológicos em comunicação aumentativa e alternativa no contexto Brasil, Portugal e Espanha*. 1. ed. São Carlos: De Castro, 2026. Recurso eletrônico. ISBN 978-65-284-0355-4.

ROMSKI, MaryAnn; SEVCIK, Rose A. Augmentative and alternative communication and early intervention: myths and realities. *Infants & Young Children*, v. 18, n. 3, p. 174–185, 2005.

ROMSKI, MaryAnn; SEVCIK, Rose A. Augmentative communication and early intervention: myths and realities. *Infants & Young Children*, v. 18, n. 3, p. 174–185, 2005.

ROYAL COLLEGE OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS. Themes of Augmentative and Alternative Communication (AAC) Practice and Guidance Statements for SLTs. London: RCSLT, 2024. Disponível em: <https://www.rcslt.org>. Acesso em: 05 de junho de 2026.

SANTIAGO, R.; COSTELLO, J. Comunicação Alternativa e Ampliada na UTI/primeiros cuidados: abordagem da vulnerabilidade comunicativa e aprimoramento do cuidado. In: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (org.). *Comunicação alternativa: ocupando territórios*. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015. cap. 12, p. 171-194.

SAPAGE, Sara; ANABELA, CRUZ-SANTOS; FERNANDES, Hugo. A comunicação aumentativa e alternativa em crianças com perturbações graves da comunicação: cinco mitos. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2018.

Schlosser RW, Wendt O. Effects of Augmentative and Alternative Communication on Speech Production in Children with Autism: A Systematic Review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2008;17(3):212-230. DOI: 10.1044/1058-0360(2008/021)

SENNOTT, Samuel; LIGHT, Janice; MCNAUGHTON, David. AAC modeling intervention research review. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 32, n. 1, p. 1–15, 2016.

SILVA, AR. *Uso de elementos da linguagem visual e ensino de desenho pictográfico para surdos: desenvolvendo uma comunicação alternativa voltada à educação ambiental*. 2019. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, Flávio Roberto Rosa; ROSSETO, Lucimar Pinheiro; SANTOS, Vagner Rogérios dos; SILVA, Bruno Vieira; TACON, Kelly Cristina Borges; PARREIRA, Andressa Lamounier e PARREIRA, Samara Lamounier Santana. A comunicação alternativa e aumentativa e o conhecimento do usuário sobre o seu direito de acesso. *Anais do VII Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa da ISAAC-Brasil*. 2017.

SILVA, Simone Cristina Oliveira; VARGAS, Sandra Regina Rocha Mariscal. Contribuições da comunicação aumentativa e alternativa na inclusão de educandos com deficiência intelectual na educação de jovens e adultos: revisão sistemática. 2024.

SQUILASSI, IB et al. Diversificando a comunicação: a aplicabilidade da CAA na aprendizagem e interação. *Aracê*, v. 7, n. 12, p. e11079-e11079, 2025.

TANAJURA, JC. *Análise de pictogramas de alimentos para uso em comunicação aumentativa e alternativa (CAA) no Brasil*. 2025.

THUNBERG, G.; TÖRNHAGE, C. J.; NILSSON, S. Evaluating the impact of AAC interventions in reducing hospitalization-related stress: challenges and possibilities. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 32, n. 2, p. 143-150, 2016. DOI: 10.3109/07434618.2016.1157703.

Van der Merwe A. New perspectives on speech motor planning and programming in the context of the four-level model and its implications for understanding the pathophysiology underlying apraxia of speech and other motor speech disorders. *Aphasiology*. 2021;35(4):397–423.

VON TETZCHNER, Stephen; MARTINSEN, Harald. Introduction to Augmentative and Alternative Communication. 2. ed. London: Whurr Publishers, 2000.

Walter C, Almeida MA. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo. *Rev Bras Educ Espec*. 2010;16(3):429-446. DOI: 10.1590/S1413-65382010000300008.

ZAQUEU, V. F. *O não falar, a comunicação suplementar e/ou alternativa e a funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa em cuidados intensivos e semi-intensivos*. 2023. 1 recurso online (87 p.). Tese (Doutorado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2023. Disponível em: [Repositório da Unicamp](#). Acesso em: 10 ago. 2026. A autoria, o programa, a instituição, o número de páginas e a data da defesa estão confirmados pela Unicamp.

ZAQUEU, V. F.; CHUN, R. Y. S. Funcionalidade de pessoas hospitalizados em vulnerabilidade comunicativa pela CIF. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 36, n. 1, e64083, 2024. DOI: 10.23925/2176-2724.2024v36i1e64083.

ZAQUEU, Viviane Fazzio e CHUN, Regina Yu Shon. Vulnerabilidade comunicativa em cuidados hospitalares: experiências do silêncio e estratégias de Comunicação Alternativa e Aumentativa. *Anais do 10º Congresso Brasileiro de Comunicação Aumentativa e Alternativa da ISAAC-Brasil*. 2025.