



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**NAFTALE ALVES DOS SANTOS**

**REVISÃO TEÓRICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNICAÇÃO**  
**VERBAL PREJUDICADA**

**FORTALEZA-CE**

**2015**

NAFTALE ALVES DOS SANTOS

REVISÃO TEÓRICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNICAÇÃO  
VERBAL PREJUDICADA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA-CE

2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S236r Santos, Naftale Alves dos.

Revisão teórica do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada / Naftale Alves dos Santos. – 2015.

106 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.  
Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Comunicação verbal. I. Título.

CDD 610.73

---

NAFTALE ALVES DOS SANTOS

REVISÃO TEÓRICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNICAÇÃO  
VERBAL PREJUDICADA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Aprovada em: 30/09/2015

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gilmara Holanda da Cunha  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nirla Gomes Guedes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tahissa Frota Cavalcante  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita misericórdia e amor que me seguem todos os dias. Que todos os seus propósitos se cumpram em minha vida, aguardo o cumprimento de cada promessa.

A minha mãe Marlene Creuza, pela sua dedicação e confiança todos esses anos. A senhora é um exemplo pra mim.

Aos meus tios Pedro e Edna que me receberam em sua casa no início dessa jornada. Obrigada pelo apoio, cuidado e amor de sempre.

A todos os membros da Igreja Batista Missionária Peniel. Obrigada pelo companheirismo dos amados irmãos, vocês são minha segunda família.

Ao professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes pelas orientações e compreensão ante aos imprevistos.

Aos demais membros da banca Dra. Nirla Gomes, Dra. Gilmar Holanda e Dra. Tahissa Frota pelo aceite do convite para aprimorar esse trabalho.

Aos amigos Letícia, Arle, Janice e Cláudia pelo apoio, orações, amizade, conselhos e risadas compartilhadas.

Ao querido Dennys Roger por seu apoio e incentivo durante toda a minha jornada acadêmica. Obrigada por acreditar em mim. Sua dedicação e suporte dados com tanta paciência foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC e a todos os professores pelos conhecimentos compartilhados.

“Porém, em nada considero a vida preciosa pra mim mesmo, contanto que complete a minha carreira e o ministério que recebi do Senhor Jesus para testificar do Evangelho da graça de Deus”

Atos 20.24 - Bíblia Sagrada

## RESUMO

O estudo teve como objetivo revisar os elementos que compõem o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada de acordo com a análise conceitual. Para a análise de conceito utilizou-se como referência o modelo proposto por Walker e Avant mediante a revisão integrativa da literatura. Procedeu-se à busca na literatura nas seguintes bases de dados: CINAHL, COCHRANE, LILACS, SCOPUS e PubMed, utilizando-se os descritores: “verbal communication”, “communication disorders” e “communication barriers”. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 55 artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola que subsidiaram a análise de conceito. Foi analisado o conceito de comunicação e posteriormente o de Comunicação verbal prejudicada com auxílio de livros, dicionários e artigos adicionais à revisão integrativa. Em seguida foram identificados os possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais, construção de um caso modelo e de um caso contrário. Por conseguinte, verificou-se que a definição do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada presente na taxonomia da NANDA-I é mais abrangente que o título do diagnóstico, pois inclui elementos da comunicação não verbal, portanto propôs-se uma nova definição da etiqueta diagnóstica de Comunicação verbal prejudicada. Posteriormente deu-se a análise conceitual das suas características definidoras incluindo a elaboração das definições conceituais e operacionais. Atualmente, são propostas pela NANDA-I 26 características definidoras, destas apenas 9 foram evidenciadas como consequentes da ocorrência de Comunicação verbal prejudicada. Seis características definidoras comportaram-se como elementos da comunicação não verbal. Em seguida verificou-se que seis características definidoras se comportam como fatores relacionados do referido diagnóstico (“Desorientação no tempo”, “Desorientação no espaço”, “Desorientação em relação a pessoas”, “Déficit visual total”, “Déficit visual parcial” e “Dispneia”). Foram encontradas semelhanças entre seis características definidoras que transmitiam a ideia de dificuldades em verbalizar/falar, sendo estas condensadas em duas características definidoras distintas. Por fim, identificaram-se quatro características definidoras não inclusas na NANDA-I: “Pronúncia indistinta”, “Incapacidade de escrever”, “Incapacidade de ler” e “Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar”. Também foram criadas as definições conceituais e operacionais dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem em questão de acordo com a literatura consultada. A NANDA-I atualmente apresenta 17 fatores relacionados para Comunicação verbal prejudicada, destes apenas quatro não foram evidenciados pela literatura. Foram identificados outros três fatores relacionados não presentes na NANDA-I: “Problemas de memória”, “Fadiga” e “Consciência alterada”. As quatro características definidoras que foram identificadas como fatores relacionados após a análise conceitual foram acrescentadas, sendo que, aqueles definidos como déficits visuais foram incorporadas ao fator relacionado “Percepções alteradas” e este foi desmembrado em “Percepção visual alterada” e “Percepção auditiva alterada”. Por fim, propõe-se a estrutura do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada de acordo com a análise conceitual contendo 11 características definidoras e 21 fatores relacionados. Espera-se que este estudo seja subsídio para as etapas subsequentes de análise conteúdo por peritos e validação clínica a fim de contribuir com o refinamento do diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada de tal modo que o mesmo fique o mais próximo possível da prática clínica.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Comunicação.

## ABSTRACT

The study aimed to review the elements that make up the nursing diagnosis Impaired verbal communication according to the conceptual analysis. For concept analysis, the model proposed by Walker and Avant was used as a reference through an integrative literature review. A literature search was carried out in the following databases: CINAHL, COCHRANE, LILACS, SCOPUS and PubMed, using the descriptors: “verbal communication”, “communication disorders” and “communication barriers”. From the application of the inclusion and exclusion criteria, 55 articles were selected in Portuguese, English and Spanish, which supported the concept analysis. The concept of communication was analyzed and subsequently that of Impaired Verbal Communication with the help of books, dictionaries and additional articles to the integrative review. The possible uses of the concept were then identified, determination of critical or essential attributes, construction of a model case and an opposite case. Therefore, it was found that the definition of the nursing diagnosis Impaired verbal communication present in the NANDA-I taxonomy is more comprehensive than the title of the diagnosis, as it includes elements of non-verbal communication, therefore a new definition of the diagnostic label was proposed Impaired verbal communication. Subsequently, a conceptual analysis of its defining characteristics took place, including the elaboration of conceptual and operational definitions. Currently, 26 defining characteristics are proposed by NANDA-I, of which only 9 were evidenced as resulting from the occurrence of impaired verbal communication. Six defining characteristics behaved as elements of nonverbal communication. It was then found that six defining characteristics behave as related factors of the aforementioned diagnosis (“Disorientation in time”, “Disorientation in space”, “Disorientation in relation to people”, “Total visual deficit”, “Partial visual deficit” and “Dyspnea”). Similarities were found between six defining characteristics that conveyed the idea of difficulties in verbalizing/speaking, which were condensed into two distinct defining characteristics. Finally, four defining characteristics not included in NANDA-I were identified: “Indistinct pronunciation”, “Inability to write”, “Inability to read” and “Inability to use devices to communicate”. Conceptual and operational definitions of the factors related to the nursing diagnosis in question were also created in accordance with the literature consulted. NANDA-I currently presents 17 factors related to impaired verbal communication, of which only four were not evidenced in the literature. Three other related factors not present in NANDA-I were identified: “Memory problems”, “Fatigue” and “Altered consciousness”. The four defining characteristics that were identified as related factors after the conceptual analysis were added, and those defined as visual deficits were incorporated into the related factor “Altered perceptions” and this was broken down into “Altered visual perception” and “Altered auditory perception”. Finally, the structure of the nursing diagnosis Impaired verbal communication is proposed according to the conceptual analysis containing 11 defining characteristics and 21 related factors. It is expected that this study will provide support for the subsequent stages of content analysis by experts and clinical validation in order to contribute to the refinement of the diagnosis of Impaired Verbal Communication in such a way that it is as close as possible to clinical practice.

**Keywords:** Nursing; Nursing diagnosis; Communication.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Diagrama 1</b>	Processo de seleção da base de dados Cinahl.....	26
<b>Diagrama 2</b>	Processo de seleção da base de dados Cochrane.....	27
<b>Diagrama 3</b>	Processo de seleção da base de dados LILACS.....	27
<b>Diagrama 4</b>	Processo de seleção da base de dados PubMed.....	28
<b>Diagrama 5</b>	Processo de seleção da base de dados SCOPUS.....	28
<b>Diagrama 6</b>	Total de estudos selecionados para a Análise de conceito.....	29
<b>Figura 1</b>	Esquema de relação entre as palavras-chave que compõem a definição de “Comunicação verbal prejudicada” conforme a NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	37

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	14
<b>Quadro 2</b>	Classificação dos níveis de evidência.....	30
<b>Quadro 3</b>	Definições evidenciadas na literatura do conceito de “comunicação”. Fortaleza, 2015.....	34
<b>Quadro 4</b>	Definições de alterações na comunicação. Fortaleza, 2015.....	35
<b>Quadro 5</b>	Significados de palavras-chave relacionadas à definição do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” apresentada pela NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	36
<b>Quadro 6</b>	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras presentes na NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	40
<b>Quadro 7</b>	Disposição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015) que apresentam semelhanças entre si. Fortaleza, 2015.....	41
<b>Quadro 8</b>	Sinais/sintomas relacionados às características definidoras que expressam a ideia de “Dificuldade em falar/verbalizar” do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	43
<b>Quadro 9</b>	Análise de conceito referente à característica definidora “Dificuldade para formar sentenças” e “Dificuldade para formar palavras”. Fortaleza, 2015.....	45
<b>Quadro 10</b>	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada não inclusas na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	46
<b>Quadro 11</b>	Características definidoras não identificadas pela análise de conceito como consequentes de Comunicação verbal prejudicada. Fortaleza, 2015.....	47
<b>Quadro 12</b>	Análise de conceito referente aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015.....	49

<b>Quadro 13</b>	Análise de conceito referente aos fatores relacionados “Transtornos do pensamento”, “Transtornos do humor” e “Transtornos da ansiedade”. Fortaleza, 2015.....	51
<b>Quadro 14</b>	Análise de conceito referente aos fatores relacionados “Percepção auditiva alterada” e “Percepção visual alterada”. Fortaleza, 2015.....	52
<b>Quadro 15</b>	Análise de conceito dos fatores relacionados presentes na taxonomia da NANDA-I como características definidoras. Fortaleza, 2015.....	53
<b>Quadro 16</b>	Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “Alterações na respiração”. Fortaleza, 2015.....	54
<b>Quadro 17</b>	Nova estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), Fortaleza, 2015.....	55

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos artigos conforme o país, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e nível de evidência. Fortaleza, 2015.....	32
-----------------	--	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Revisão teórica de diagnósticos de enfermagem.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Análise de conceito.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Modelos de análise de conceito.....</b>	<b>20</b>
<i>3.3.1</i>	<i>Método de análise de conceito proposto por Schwartz-Barcott e Kim.....</i>	<i>20</i>
<i>3.3.2</i>	<i>Método de análise de conceito proposto por Rodgers.....</i>	<i>21</i>
<i>3.3.3</i>	<i>Método de análise de conceito proposto por Walker e Avant.....</i>	<i>21</i>
<b>3.4</b>	<b>Revisão integrativa.....</b>	<b>23</b>
<i>3.4.1</i>	<i>Identificação da questão de pesquisa.....</i>	<i>24</i>
<i>3.4.2</i>	<i>Busca da literatura.....</i>	<i>24</i>
<i>3.4.3</i>	<i>Avaliação dos dados.....</i>	<i>24</i>
<i>3.4.4</i>	<i>Apresentação dos resultados.....</i>	<i>24</i>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Análise de conceito.....</b>	<b>25</b>
<i>4.2.1</i>	<i>Revisão Integrativa da Literatura.....</i>	<i>25</i>
<i>4.2.2</i>	<i>Análise de conceito de Walker e Avant (2010).....</i>	<i>31</i>
<b>4.3</b>	<b>Financiamento do estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>4.4</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos estudos e avaliação metodológica.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Análise do conceito.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>79</b>

<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS A SEREM INCLUIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE C – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E SUAS RESPECTIVAS REFERÊNCIAS ORIGINAIS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, ADAPTADO DE CHAVES (2008).....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO B – DUTH FATIGUE SCALE – VERSÃO BRASILEIRA.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO C – GUIA PARA VERIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATÉ DOIS ANOS DE IDADE..</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A comunicação verbal constitui um objeto de conhecimento de diversos campos do saber, mediante elaborações teóricas, investigações empíricas e tecnológicas (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007). No campo da enfermagem, o conhecimento sobre a comunicação verbal pode ser aprimorado através do desenvolvimento de estudos que envolvam a definição do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada, bem como o conceito de suas características definidoras e fatores relacionados.

Pesquisas apontam a presença do diagnóstico em questão entre pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca (27%) (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006), entre idosos internados em uma unidade clínica (17%) (SAKANO; YOSHITOME, 2007) e entre aqueles indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral tanto na fase aguda (62,6%) (CAVALCANTE, 2008), como na fase de reabilitação (37,5%) (CHAVES et al, 2013).

Neste estudo, pretendeu-se revisar os elementos que compõem o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada. O interesse em estudar este diagnóstico surgiu após se observar na literatura a prevalência significativa do diagnóstico em diferentes âmbitos, porém, a maioria dos estudos com o diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada limita-se a identificar sua prevalência nas diferentes situações clínicas do paciente sendo, portanto, poucos aqueles que estudavam os elementos que compõem este diagnóstico.

Uma avaliação dos componentes deste diagnóstico foi realizada por Favretto e Carvalho (2008), na qual as autoras realizaram uma análise conceitual dos elementos do diagnóstico Comunicação verbal prejudicada e avaliaram a sua inclusão na taxonomia da NANDA-I. Foram analisados o título, a definição, as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico. Nesta análise as autoras identificaram algumas incongruências no diagnóstico relacionadas à definição, pois esta se mostrava mais ampla que o título, além de terem sido identificadas características definidoras e fatores relacionados não listados pela taxonomia da NANDA-I.

Os resultados encontrados por Favretto e Carvalho (2008) são pertinentes, contudo seus dados foram extraídos de apenas duas bases de dados. Acredita-se que uma busca mais ampla pode levar a identificação de outras inconsistências e/ou revisões de componentes do diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada foi incluso na NANDA-I em 1983 e foi definido como “O estado em que o indivíduo experimenta uma diminuição ou ausência da habilidade para usar ou entender a linguagem na interação humana” (FARIAS et al, 1990).

Atualmente, este diagnóstico faz parte do domínio 5: percepção/cognição, classe 5: comunicação, da Taxonomia II da NANDA-I, tendo sofrido modificações nos anos de 1996, 1998, 2015 (HERDMAN, 2015). Na taxonomia mais recente, este diagnóstico é definido como “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.” Conforme observado no Quadro 1, o diagnóstico Comunicação verbal prejudicada possui, atualmente, 26 características definidoras e 17 fatores relacionados.

**Quadro 1** – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

<b>Características definidoras</b>	
Ausência de contato visual	Dificuldade para manter a comunicação
Déficit visual parcial	Dispneia
Déficit visual total	Fala com dificuldade
Desorientação em relação a pessoas	Gagueira
Desorientação no espaço	Incapacidade de falar o idioma do cuidador
Desorientação no tempo	Incapacidade de usar expressões corporais
Dificuldade de usar a expressão corporal	Incapacidade de usar expressões faciais
Dificuldade para usar a expressão facial	Não consegue falar
Dificuldade na atenção seletiva	Não fala
Dificuldade para compreender a comunicação	Fala arrastada
Dificuldade para expressar os pensamentos (p. ex., afasia, disfasia, apraxia, dislexia)	Recusa em falar
Dificuldade para formar sentenças	Verbaliza com dificuldade
Dificuldade para formar palavras (p. ex., afonia, dislalia, disartria)	Verbalização inadequada
<b>Fatores relacionados</b>	
Alteração no autoconhecimento	Condições fisiológicas (Tumor cerebral, redução da circulação até o cérebro, sistema musculo esquelético enfraquecido)
Alteração no desenvolvimento	Defeito orofaríngeo
Ausência de pessoas significativas	Diferenças culturais
Baixa autoestima	Vulnerabilidade
Barreiras ambientais	Regime de tratamento
Barreira física (p. ex., traqueostomia, intubação)	Informações Insuficientes
Transtorno psicótico	Percepção alterada
Distúrbios emocionais	Estímulos insuficientes
Prejuízo no sistema nervoso central	



Mudanças estruturais e conceituais do diagnóstico Comunicação verbal prejudicada foram implementadas ao longo do tempo, fruto de revisões que tornaram o diagnóstico mais abrangente a partir da inclusão de novas características definidoras e fatores relacionados. A definição do diagnóstico atualmente engloba não apenas processos relacionados à compreensão da linguagem verbal, mas também habilidade de utilizar um sistema de símbolos que inclui a comunicação não verbal. Diante desta definição, retoma-se o questionamento feito por Favretto e Carvalho (2008): “a definição do diagnóstico não é mais ampla do que o seu título uma vez que não abrange apenas questões relacionadas à comunicação verbal”?

A comunicação é uma função vital ao desenvolvimento humano, sendo um meio utilizado para a troca de informações, compreensão de significados e relacionamento entre os indivíduos e o ambiente em que se está inserido. Neste processo, ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens, que podem ser verbais e não verbais (YORKSTON; BOURGEOIS; BAYLOR, 2010; MOURÃO et al, 2009; PACHET; ALLAN; ERSKINE, 2012).

A comunicação verbal como constituinte do processo de construção de significados é aquela mediada pela língua constituída pelos sujeitos que a utilizam (PEREIRA; BENITE; BENITE, 2013) podendo ser expressa de forma oral ou escrita (LETLLEJOHN, 1978; STEFANELLI, 1990). Já a comunicação não verbal, é entendida como ações ou processos que têm significado para as pessoas, é classificada por KNAPP (1980) em: paralinguagem (modalidades da voz), proxêmica (uso do espaço pelo homem), tacêsica (linguagem do toque), características físicas (forma e aparência do corpo), fatores do meio ambiente (disposição dos objetos no espaço) e cinésica (linguagem do corpo).

Diante do exposto, evidencia-se que algumas características definidoras do diagnóstico Comunicação verbal prejudicada referem-se a aspectos de comunicação não verbal, como por exemplo, “dificuldade para utilizar a expressão corporal” e “dificuldade para utilizar a expressão facial.” Além disso, existem características que geram dúvidas quanto a relação temporal com o diagnóstico, aproximando-se mais de uma relação de causalidade do que um sinal/sintoma clínico. Por exemplo, dispneia é uma característica clínica de prejuízo na comunicação ou uma pessoa dispneica apresentam dificuldades de verbalização como consequência dela? Ou ainda, a dispneia é um sintoma de outro diagnóstico que apresenta uma relação causal em cadeia com o diagnóstico de comunicação verbal prejudicada?

Quanto aos fatores relacionados, levantam-se alguns questionamentos em relação às semelhanças dos fatores entre si, “Tumor cerebral”, “Diminuição da circulação cerebral” e “Defeito anatômico” não seriam situações comuns de condições patológicas? E quanto às “Condições fisiológicas”, quais seriam as que poderiam ocasionar prejuízos na comunicação?

Diante destes questionamentos é evidente a necessidade de se realizar uma revisão do diagnóstico Comunicação verbal prejudicada com vistas a clarificar seus componentes a partir de uma análise de conceito e posteriormente a submissão à opinião de juízes e validação clínica.

Revisões de diagnósticos são necessárias, inclusive com o emprego de métodos diferenciados, devido às modificações do conhecimento, modificações sociais, condições culturais ou cenários onde o mesmo pode ser observado. Tem sido crescente o empenho em desenvolver pesquisas com vistas a descrever, explorar, explicar, prever, controlar e refutar/confirmar os conceitos diagnósticos. Neste ponto, destacam-se estudos que se propõem a desenvolver a análise de conceito dos diagnósticos de enfermagem.

De acordo com Muller-Staub e Paans (2013), os estudos de validação de conceito são fundamentais para a refinação de diagnósticos aprovados e para o desenvolvimento de novos diagnósticos. Já Walker e Avant (2011), reforçam que as análises de conceitos constituem um aspecto importante no desenvolvimento e da aprovação de novos diagnósticos, pois compõem a base do aperfeiçoamento dos mesmos.

O processo de validação permite estabelecer evidências para utilização de uma medida ou instrumento em uma população particular com um propósito específico. Neste ponto, a validação de um diagnóstico de enfermagem tem sido descrita como sinônimo de legitimação de um fenômeno específico da prática clínica de enfermeiros (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Desta forma, é essencial ter à disposição diagnósticos de enfermagem validados e com uma estrutura que esteja o mais próximo possível da prática clínica (SANTOS et al, 2013). Diagnósticos de enfermagem que apresentem uma estrutura consistente são cruciais para a organização do conhecimento de enfermagem. Assim, os conceitos diagnósticos contidos na taxonomia da NANDA-I precisam ser submetidos a revisões baseadas em pesquisas contínuas para que a mesma permaneça e possa se consolidar baseada em evidências recentes e confiáveis (HERDMAN, 2013). Isto é possível a partir da análise das estruturas diagnósticas existentes,

da identificação de características definidoras e fatores relacionados, bem como, da identificação de novas formas de classificação do diagnóstico (LUCH CANUT, 2013).

A comunicação é uma das principais competências necessárias a todo ser humano por ser necessária às relações interpessoais e ao desenvolvimento humano. As alterações na comunicação podem estar relacionadas a distúrbios cognitivos, fisiológicos ou motores, bem como a mudanças socioculturais e do próprio indivíduo. Diante disto, o Enfermeiro deve identificar corretamente a etiologia e sinais/sintomas que estão relacionados a uma comunicação prejudicada para que possa escolher as intervenções apropriadas para solucionar o problema promovendo uma comunicação eficaz.

Com o desenvolvimento desta pesquisa pretendeu-se contribuir com o desenvolvimento e aprimoramento do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada a partir da clarificação de sua definição e conceitos fornecendo evidência científica e direcionamento da prática de enfermagem por meio da identificação e/ou refinamento dos componentes do diagnóstico de tal modo que o mesmo fique o mais próximo possível da prática clínica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar o conceito dos elementos (definição, fatores relacionados e características definidoras) que compõem o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada de acordo com a análise conceitual.

### **2.2 Específicos:**

- Identificar os elementos conceituais (Atributos críticos, antecedentes e consequentes) do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada.
- Construir as definições conceituais e operacionais das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada;
- Comparar os componentes do diagnóstico de enfermagem de Comunicação verbal prejudicada propostos pela NANDA-I, àqueles evidenciados na literatura.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Revisão teórica de diagnósticos de enfermagem**

Para que a taxonomia da NANDA-I permaneça baseada em evidências são necessárias pesquisas contínuas, para tanto, os diagnósticos de enfermagem desta taxonomia estão em constante avaliação pelos enfermeiros. A avaliação dos diagnósticos de enfermagem pode ser executada mediante processos de revisão de um diagnóstico novo ou de outro já em uso. Em se tratando dos diagnósticos já inclusos na taxonomia da NANDA-I, Herdman (2015) recomenda que os seguintes passos sejam seguidos:

1. Identificação da necessidade de o enunciado do diagnóstico exigir ou não revisão; revisá-lo se apropriado com suporte bibliográfico identificado;
2. Revisão da definição do diagnóstico para determinar a necessidade ou não de revisão crítica com base na literatura;
3. Revisão das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificando um único conceito para cada;
4. Elaboração de bibliografia incluindo todos os artigos referidos, sendo estes o suporte para a elaboração dos conceitos dos fatores relacionados e características definidoras. A bibliografia deve basear-se em pesquisas sempre que possível, e nos casos em que não é possível adquirir evidências desse modo, a literatura consultada deve ser referida.

Para a realização de revisões dos diagnósticos de enfermagem, a análise de conceito compõe a primeira etapa para reconstrução e aperfeiçoamento dos mesmos, sendo este método recomendado pela literatura e comumente executado pelos pesquisadores (HERDMAN, 2015; WALKER; AVANT, 2011; RODGERS; KNAFL, 2000; BARROS; CARVALHO; LEMOS, 2013).

#### **3.2 Análise de conceito**

Os conceitos consistem em representações cognitivas abstratas de uma realidade perceptível que é formada pelas experiências das pessoas. São formados por palavras às quais se vincula um significado por meio de uma definição formal ou do seu uso comum, ou, ainda, em símbolos para elementos objetivos do mundo (WALKER; AVANT, 2011).

Pode-se então dizer que um conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno (BOUSSO; POLES; ROSSATO, 2009) e que sua função primária é permitir que indivíduos descrevam situações e possam se comunicar efetivamente (FERNANDES et al, 2011).

De acordo com Rodgers e Knafl (2000), os conceitos podem ser desenvolvidos por meio de diferentes abordagens, tais como:

- Exploração de conceito: usada quando novos conceitos são identificados e ainda não foram aceitos como componentes da terminologia de uma determinada área;
- Clarificação de conceito: empregada para refinar conceitos que são aplicados em uma determinada área, mas que ainda não são compartilhados de modo consciente;
- Análise de conceito: usada quando um conceito já está introduzido na literatura, já foi definido e clarificado, mas ainda necessita de estudos para alcançar outro estágio de desenvolvimento.

À medida que os conceitos são desenvolvidos e validados, o conhecimento científico é construído, pois a identificação de conceitos capazes de descrever a estrutura de uma área constitui uma das estratégias de construção do conhecimento (RODGERS; KNAFL, 2000; HOSKINS, 1989). Na área da enfermagem, a análise de conceito tem sido considerada útil na classificação dos fenômenos pertinentes à esta ciência, pois permite o desenvolvimento de novas formas de conceituação de uma situação em particular ou o refinamento de um conceito já existente (HOSKINS, 1989).

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, a análise de conceito estabelece a estrutura teórica da pesquisa para explicar por que se espera que certas características definidoras estejam presentes quando ocorre determinado fenômeno (LOPES; SILVA; ARAÚJO 2013). Para que seja possível a identificação da ocorrência de determinados fenômenos na área da enfermagem, no decorrer dos anos foram propostos vários modelos de análise de conceito. Os principais são descritos a seguir.

### **3.3 Modelos de análise de conceito**

#### *3.3.1 Método de análise de conceito proposto por Schwartz-Barcott e Kim.*

Esta abordagem é conhecida como modelo híbrido e foi desenvolvida a partir de adaptações dos modelos de Wilson (1963), Reynolds (1971) e Schatzman e Strauss (1973). Tem como objetivos identificar, analisar e refinar conceitos nos estágios iniciais do desenvolvimento teórico. Consiste em três passos (RODGERS; KNAFL, 2000):

1. Fase teórica;
2. Fase de pesquisa de campo;
3. Fase analítica final.

### *3.3.2 Método de análise de conceito proposto por Rodgers*

A abordagem recomendada por Rodgers (RODGERS; KNAFL, 2000) é conhecida como método evolucionário, tem como objetivo clarificar o uso corrente de um conceito. Neste modelo atenta-se para os aspectos contextuais e temporais a fim de fornecer uma fundamentação conceitual clara. Tal abordagem consiste em seis passos:

1. Identificar o conceito de interesse e expressões associadas (inclusive termos substitutos);
2. Identificar e selecionar um campo apropriado (cenário e amostra) para a coleta de dados;
3. Coletar dados relevantes para identificar os atributos do conceito e a base contextual do mesmo, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (ocorrências antecedentes e consequentes);
4. Analisar os dados referentes às características do conceito;
5. Identificar um caso-modelo do conceito, se apropriado;
6. Identificar implicações e hipóteses para o desenvolvimento de conceitos futuros.

### *3.3.3 Método de análise de conceito proposto por Walker e Avant*

A seguir, são descritas detalhadamente as etapas do modelo de Walker e Avant (2011). Esta abordagem metodológica tem sido atualmente mais utilizada pelos pesquisadores em

investigações desta natureza (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013) e foi utilizada neste estudo para a análise conceitual do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada.

1. *Primeira etapa: seleção do conceito:*

A seleção do conceito deve ser feita criteriosamente e o pesquisador deve escolher um conceito em que realmente esteja interessado. Geralmente, a seleção de um conceito deve refletir o tópico ou área de maior interesse para o pesquisador e deve ser estudado o significado do conceito em vários contextos.

2. *Determinação dos objetivos da análise conceitual:*

A determinação dos objetivos da análise de conceito auxilia o pesquisador a definir com precisão o uso que se pretende fazer dos resultados da análise, pois pode-se encontrar usos diferentes para o conceito analisado. É imperioso que o pesquisador se pergunte: “Por que eu estou fazendo esta análise?”. Os objetivos da análise são:

- Distinguir entre o uso comum de um conceito e o seu uso científico;
- Esclarecer o significado de um conceito;
- Desenvolver uma definição conceitual e operacional;
- Desenvolver um instrumento de pesquisa;
- Adicionar e/ou renovar uma teoria existente.

3. *Identificação dos usos do conceito:*

A identificação dos usos do conceito pode ser feita através de uma pesquisa bibliográfica permitindo identificar a maior variabilidade da aplicação do conceito. A busca na literatura não deve se limitar a área da enfermagem ou da medicina para que todos os usos do conceito sejam compreendidos.

4. *Determinação dos atributos:*

A determinação dos atributos é o foco da análise de conceito. Consiste em identificar o grupo de atributos definidores que estão mais frequentemente associados ao conceito. A lista de atributos definidores de um conceito permite ao pesquisador diferenciar um fenômeno específico de outros similares ou relacionados.



5. *Construção de casos- modelo:*

Um caso-modelo é um exemplo do uso do conceito e deve apresentar todos os atributos definidores do conceito. Os casos-modelo podem ser extraídos da realidade, da literatura ou construídos pelo pesquisador.

6. *Construção de casos adicionais:*

A elaboração de casos limite, relacionado, contrário, inventado e ilegítimo auxilia o pesquisador na determinação de quais características são pertinentes ou não ao conceito. Assim como os casos-modelo, esses também podem ser extraídos da realidade, da literatura ou construídos pelo pesquisador.

7. *Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito:*

A identificação de antecedentes e consequentes contribui para esclarecer o significado do conceito pela análise do contexto social relacionado. Os antecedentes são classificados como os eventos ou incidentes que ocorrem antes de o conceito ter sido identificado, e os consequentes surgem como resultado da ocorrência do conceito. Em relação aos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes referem-se aos fatores relacionados e os consequentes às características definidoras (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013).

8. *Definição das referências empíricas:*

A determinação dos referentes empíricos para os atributos definidores consiste em identificar categorias ou classes de fenômenos que, quando presentes, demonstram a existência do conceito. Em alguns casos, os atributos definidores e os referentes empíricos podem ser idênticos.

Hoskins (1989) e Walker e Avant (2011), recomendam a escolha de um método para revisar a literatura, neste estudo foi seguido o modelo da revisão integrativa.

### **3.4 Revisão integrativa**

A revisão da literatura para a análise de conceito deve ser ampla e abrangente com vistas a dar suporte teórico em todas as fases do processo (HOSKINS, 1989; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). A revisão integrativa consiste em um método amplo que permite a inclusão de literatura teórica e empírica a fim de serem avaliadas criticamente e sintetizadas as evidências (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; WHITERMORE; KNAFL, 2005).

Para a execução desse método é preciso seguir padrões de rigor metodológico que são descritos nos passos a seguir (WHITERMORE; KNAFL, 2005).

#### *3.4.1 Identificação da questão de pesquisa:*

Devem ser elaboradas uma ou mais questões de pesquisa claras e explícitas para auxiliar na condução da revisão integrativa. A elaboração de questões claras e objetivas auxiliam na determinação das palavras-chave do estudo.

#### *3.4.2 Busca da literatura:*

Nesta fase, devem ser realizadas buscas exaustivas em bases de dados para a obtenção de estudos a serem incluídos e analisados. Esta fase deve ser documentada incluindo as palavras-chave utilizadas, bases consultadas e demais estratégias de busca.

#### *3.4.3 Avaliação dos dados:*

O pesquisador deve realizar uma análise detalhada dos estudos quanto à autenticidade, qualidade metodológica e consistência e representividade das informações. A análise dos dados inclui divisão, exposição dos dados e comparação.

#### *3.4.4 Apresentação dos resultados:*

Nesta etapa, são sintetizadas as evidências obtidas a partir das pesquisas analisadas e apresentadas de forma clara e confiável.

Considerando-se as recomendações de Lopes, Silva e Araújo (2013), neste estudo optou-se por adotar o método de Walker e Avant (2011) para a análise de conceito e as etapas da revisão integrativa propostas por Whitemore e Knafl (2005).

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, pois pretendeu-se realizar a análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada.

Este delineamento visa aperfeiçoar métodos utilizados em investigações. São executadas com o objetivo de desenvolver ou melhorar instrumentos de coleta de dados já existentes (POLIT; BECK, 2011; LIMA, 2011).

### 4.2 Análise de conceito

#### 4.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

Inicialmente realizou-se a seleção do conceito de interesse: comunicação. Para a execução da análise de conceito percorreu-se os passos da Revisão Integrativa conforme proposto por Whitemore e Knaft (2005) de acordo com o protocolo de revisão (Apêndice A). A seguir, são descritas as etapas do processo:

- 1) Identificação das questões norteadoras da pesquisa:
  - ✓ *Qual é a definição de Comunicação verbal prejudicada?*
  - ✓ *Quais são os atributos críticos, antecedentes e consequentes da comunicação verbal prejudicada em pacientes nos diversos cenários clínicos?*
  - ✓ *Como os atributos, antecedentes e consequentes são definidos e mensurados?*
- 2) Estratégias de busca na literatura:

Para a seleção bibliográfica foram utilizadas as seguintes bases de dados:

- ✓ *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).*
- ✓ *National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed).*
- ✓ *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).*
- ✓ *Cochrane.*
- ✓ *Scopus.*

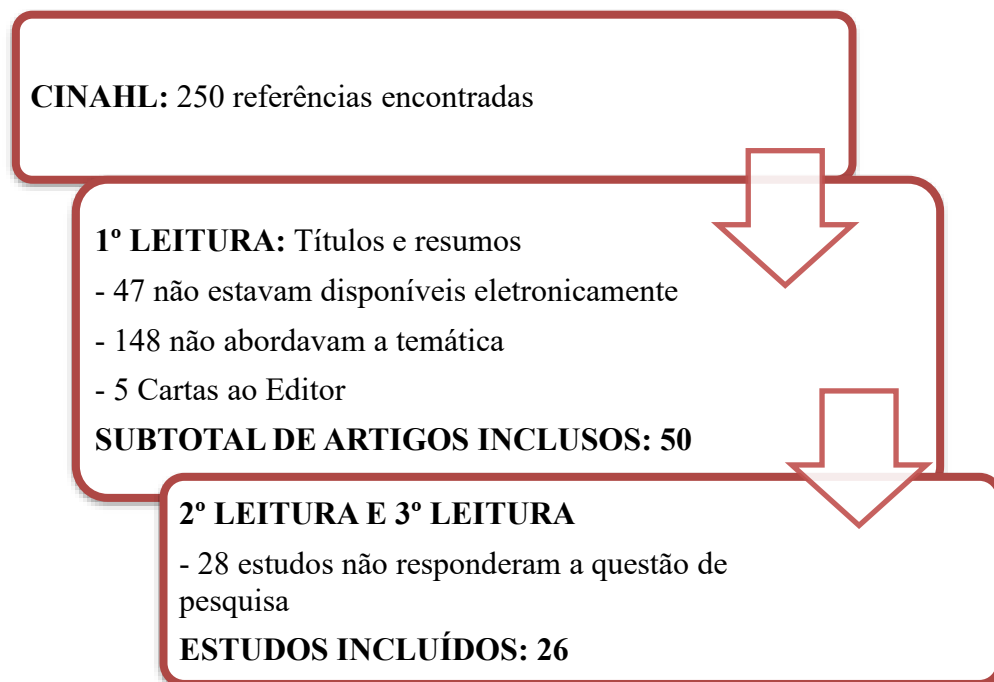
A inclusão de várias bases de dados teve o objetivo de ampliar o âmbito da pesquisa sendo possível incluir uma maior quantidade de estudos e reduzir possíveis vieses.

Para identificar os estudos contidos nas bases supracitadas foram utilizados os descritores comuns ao MeSH – *Medical Subject Heading* e aos DeCS – *Descritores em Ciências da Saúde*. Foram eles: “*Verbal Communication*”, “*Communication Disorders*” e “*Communication barriers*”.

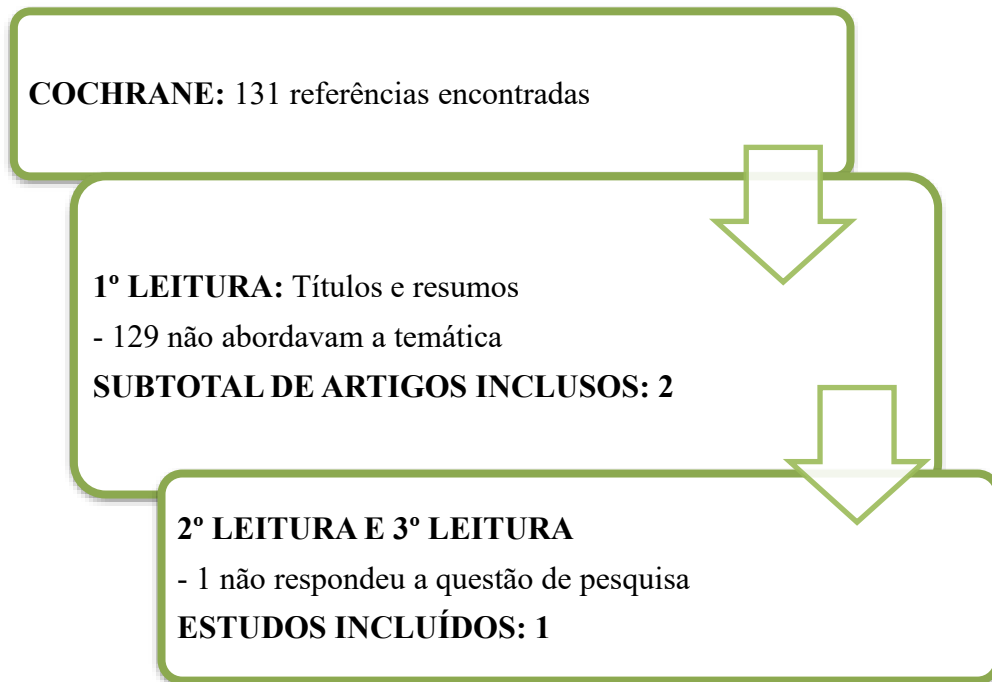
Durante a busca na literatura não foi realizado refinamento da pesquisa utilizando-se qualificadores e restrição temporal de publicação dos artigos. Para a seleção dos mesmos adotaram-se os seguintes critérios: a) artigos completos disponíveis eletronicamente de forma gratuita diretamente da base ou via portal de periódicos da CAPES; b) artigos que contemplassem as questões norteadoras; c) artigos que abordassem o conceito a ser analisado; d) artigos escritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

A seguir é apresentado o processo de seleção em cada uma das bases de dados, ocorrido entre os meses de maio a junho de 2014.

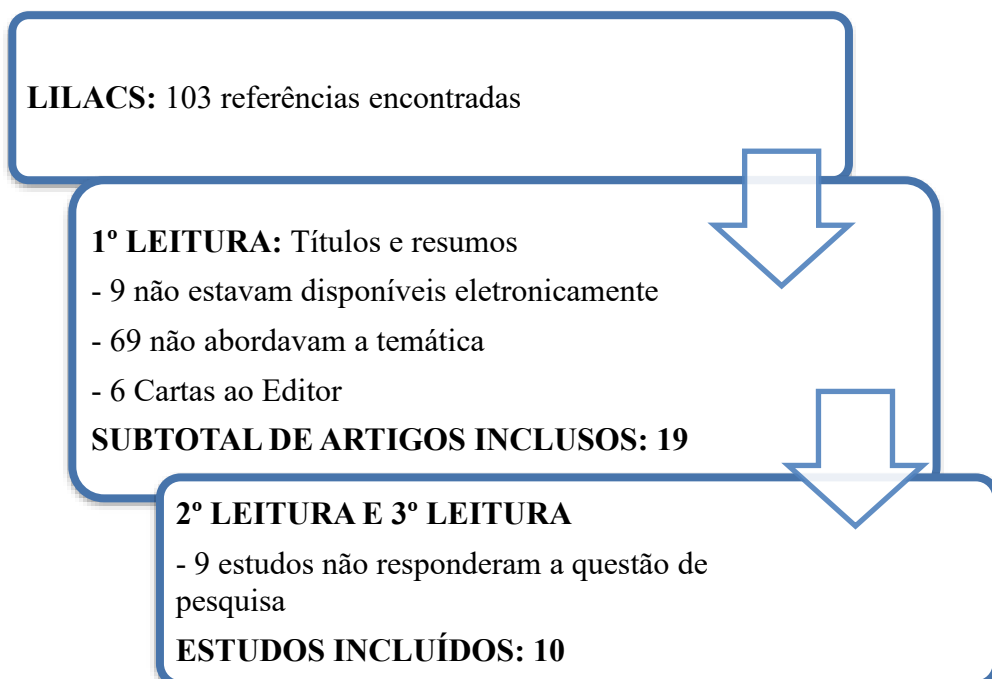
**Diagrama 1** – Processo de seleção da base de dados Cinahl.



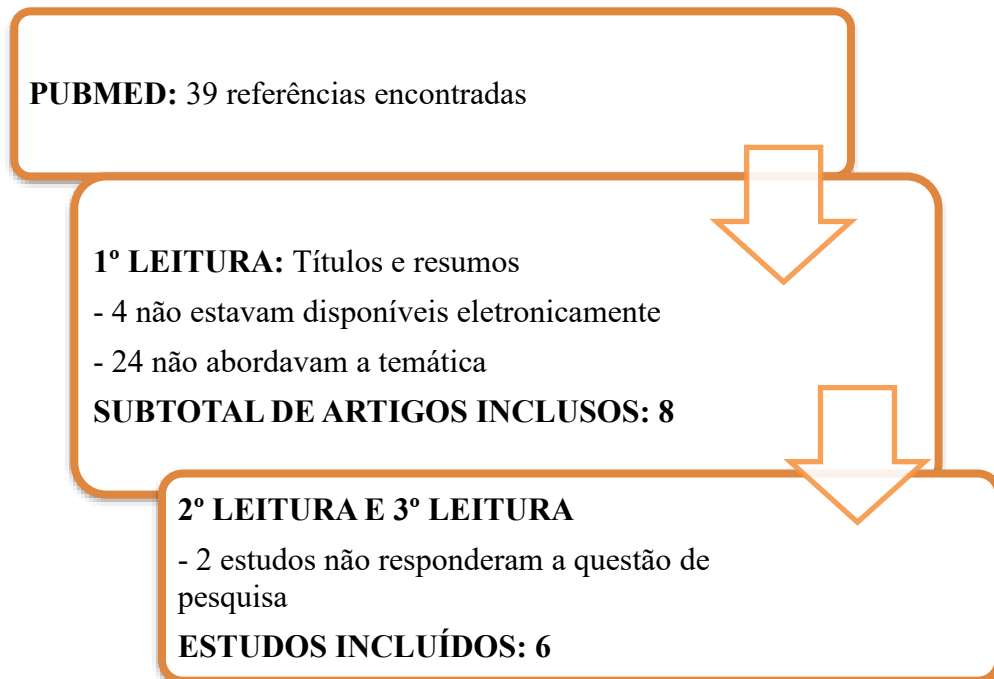
**Diagrama 2** – Processo de seleção da base de dados Cochrane.



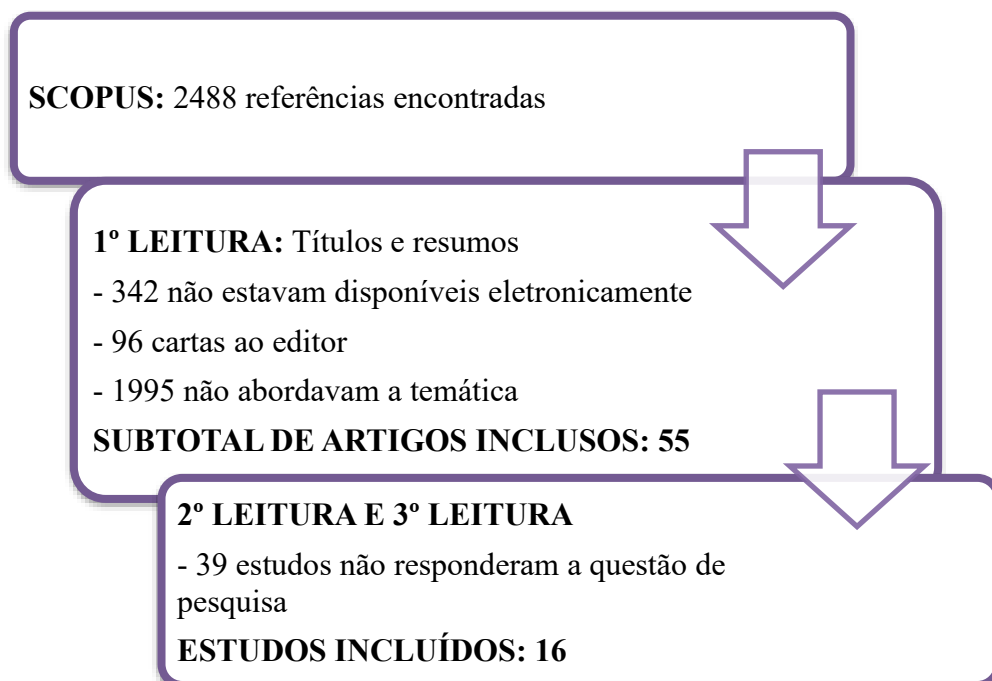
**Diagrama 3** – Processo de seleção da base de dados LILACS.



**Diagrama 4** – Processo de seleção da base de dados PubMed.



**Diagrama 5** – Processo de seleção da base de dados SCOPUS.



Obteve-se um total de 55 estudos que fundamentaram a análise de conceito de comunicação verbal prejudicada, agrupados no diagrama 6 abaixo.

**Diagrama 6** – Total de estudos selecionados para a Análise de conceito

SCOPUS	PUBMED	CINAHL	LILACS	COCHRANE	TOTAL
16	6	22	10	1	55

### 3) Categorização dos estudos e definição das informações extraídas:

Posteriormente à busca nas bases de dados, para a inclusão dos artigos no estudo seguiu-se os seguintes passos:

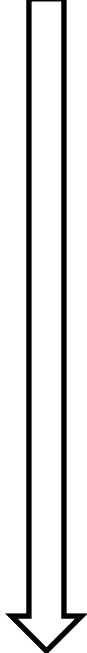
- ✓ Leitura do título e do resumo com vistas a confirmar que o estudo apresenta os elementos relacionados à comunicação verbal necessários a análise conceitual;
- ✓ Leitura criteriosa e minuciosa do artigo na íntegra a fim de confirmar a presença dos atributos críticos, antecedentes e consequentes indispensáveis à análise do conceito.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada concomitantemente à busca pelos componentes da comunicação verbal prejudicada e, para tanto, se utilizou um instrumento (Apêndice B) com critérios pré-estabelecidos, a saber:

- Desenho de estudo proposto adequado para responder à questão de pesquisa;
- Clareza na identificação da trajetória metodológica.

Para a classificação dos estudos quanto ao nível de evidência foi adotada a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2005), descrito no quadro a seguir:

**Quadro 2** – Classificação dos níveis de evidência

<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>		<b>FORÇA DE EVIDÊNCIA</b>
<b>I</b>	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.	Mais forte
<b>II</b>	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado	
<b>III</b>	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização	
<b>IV</b>	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados	
<b>V</b>	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	
<b>VI</b>	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo	
<b>VII</b>	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas	

#### 4) Análise dos dados:

Nesta etapa, foram realizadas a divisão, a exposição e a comparação dos estudos. Para tanto, as informações oriundas dos artigos foram identificadas e documentadas utilizando-se o instrumento (Anexo A) de Chaves (2008) adaptado por Guedes (2011). Outrossim, esta fase foi empregada como instrumento metodológico para a Análise de conceito proposta por Walker e Avant (2010). Durante avaliação minuciosa dos estudos, foram selecionados trechos relacionados à comunicação verbal, para tal, primeiramente se extraiu definições referentes ao fenômeno da comunicação a fim de identificar os tipos de comunicações existentes e os elementos que os diferenciassem.

Para a caracterização dos estudos encontrados, as informações quanto ao continente de origem, formação dos autores, ano de publicação, nível de evidência, cenário da pesquisa e temática foram compiladas em um banco de dados utilizando-se o software Microsoft Excel



2010. Posteriormente, deu-se a análise estatística descritiva como apoio do software R 3.2.2. Os resultados obtidos estão dispostos em uma tabela.

#### *4.2.2. Análise de conceito de Walker e Avant (2010)*

Algumas etapas da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2010) são semelhantes e ocorrem juntamente com a Revisão Interativa da Literatura, tais como: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise e identificação dos possíveis usos do conceito.

Foram identificados os atributos críticos, antecedentes e consequentes do conceito e a construção de casos modelo e contrário a fim de auxiliar na clarificação do conceito.

Salienta-se que material encontrado nos artigos selecionados foi insuficiente para alcançar o objetivo deste estudo. Portanto, foram consultados livros, dicionários técnicos de áreas afins e dicionários de significados e definições da língua portuguesa para auxiliar na determinação dos antecedentes (fatores relacionados), consequentes (características definidoras), atributos críticos e definições operacionais. A análise conceitual é apresentada em quadros com as respectivas definições conceituais, operacionais e referências.

### **4.3 Financiamento do estudo**

O financiamento para a execução da pesquisa foi proveniente da autora e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), mediante a bolsa de mestrado por um período de 24 meses.

### **4.4 Aspectos Éticos**

Respeitaram-se os escritos dos artigos e livros e os direitos autorais. Não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício do estudo ora proposto.

## 5 RESULTADOS

Foram selecionados 55 artigos que fundamentaram a análise do conceito de “comunicação”, tendo em vista que na literatura abordada não foram encontrados estudos que trouxessem o conceito de “Comunicação verbal prejudicada”. Para a revisão da definição do diagnóstico de enfermagem na NANDA-I (HERDMAN, 2015) “Comunicação verbal prejudicada” foram realizadas buscas em outros artigos, livros e dicionários. Para a construção das definições conceituais e operacionais das características definidoras e fatores relacionados presentes na NANDA-I (2015) e aqueles identificados na literatura que não estão presentes na NANDA-I utilizou-se os artigos provenientes da revisão integrativa, bem como livros e dicionários.

### 5.1 Caracterização dos estudos e avaliação metodológica

A seguir, é apresentada na Tabela 1 a caracterização dos estudos provenientes da revisão integrativa.

**Tabela 1** – Distribuição dos artigos conforme o país, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e nível de evidência. Fortaleza, 2015

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Continente</b>		
América do Norte	27	49,0
Europa	12	21,9
América do Sul	10	18,1
Oceania	6	11,0
Total	55	100,0
<b>Ano de publicação</b>		
De 1999 a 2009	28	50,1
De 2010 a 2013	27	49,0
Total	55	100,0
<b>Área</b>		
Medicina	21	38,2
Fonoaudiologia	14	25,6
Enfermagem	11	20,0
Psicologia	8	14,4
Multidisciplinar	1	1,8
Total	55	100,0
<b>Sujeitos</b>		
Adultos	32	58,1
Crianças	10	18,1
Idosos	6	11,0
Jovens	1	1,8
Não especificado	6	11,0
Total	55	100,0

<b>Cenário</b>		
Hospitalar	22	40,0
Centros de Reabilitação	5	9,1
Comunidade	3	5,5
Não especificado	25	45,4
Total	55	100,0
<b>Temática</b>		
Prejuízo/desordem/barreira da comunicação	26	47,4
Comunicação	18	32,7
Reabilitação	8	14,4
Avaliação	3	5,5
Total	55	100,0
<b>Nível de Evidência</b>		
I	5	9,1
III	1	1,8
IV	5	9,1
V	9	16,3
VI	26	47,4
VII	9	16,3
Total	55	100,0

Conforme observado na Tabela 1, os artigos foram originários, em sua maioria, da América do Norte (49%) e da Europa (21%) e produzidos no período de 1999 a 2009 (50,1%). Quanto aos profissionais que têm estudado a comunicação destacam-se os médicos (38,2%), fonoaudiólogos (25,6%) e enfermeiros (20%). Em relação à faixa etária dos participantes dos estudos observou-se que estes foram realizados, principalmente, com adultos (58,1%) e crianças (18,1%).

No tocante ao cenário em que os estudos foram feitos, a maioria foi em hospitais (40%) e em centros de reabilitação. Observou-se que as temáticas prejuízo/desordem/barreira da comunicação (47,4%) e comunicação (32,7%) foram as frequentemente mais abordadas. Já quanto ao nível de evidência a maioria dos estudos apresentou nível de evidência VI (47,7%) com predomínio de estudos descritivos.

## 5.2 Análise do conceito

### ➤ Identificação dos possíveis usos do conceito

Identificou-se que o conceito de “comunicação” é amplo e tem sido caracterizado como um processo que permite as relações interpessoais e com o ambiente. Quando há algum tipo de prejuízo/desordem/barreira neste processo geralmente é em decorrência de patologias relacionadas ao sistema nervoso ou a fatores psicológicos. Destaca-se que dos 11 estudos

desenvolvidos por enfermeiros apenas o de Favretto e Carvalho (2008) abordaram a comunicação enquanto diagnóstico de enfermagem.

➤ **Atributos críticos ou essenciais do conceito**

Dos 55 artigos, apenas quatro trouxeram o conceito de “comunicação” conforme apresentado no Quadro 1. No entanto, foram realizadas buscas direcionadas sobre o conceito em livros e outros artigos e, por fim, acrescentou-se o conceito definido por Oliveira et al(2005) e Stefanelli (1990).

**Quadro 3** – Definições evidenciadas na literatura do conceito de “comunicação”. Fortaleza, 2015

<b>DEFINIÇÕES DE COMUNICAÇÃO</b>
A comunicação é essencialmente uma troca entre duas ou mais pessoas, que envolvem a doação e recepção de informações sendo a mesma possibilitada pelo conhecimento dos indivíduos e compartilhado pelo uso da linguagem (PATERSON, 2012).
Comunicação, do latim <i>communicatio</i> , pode ser definida como um meio pelo qual o indivíduo relata experiências, ideias, conhecimentos e sentimentos ao outro. A mensagem a ser compartilhada é codificada na fonte e decodificada no destino, com o uso de sistemas de signos ou símbolos sonoros, iconográficos ou gestuais, entre outros (LIMA et al, 2007; VITTO; FERES, 2005).
Comunicação pode ser tida como um processo de interação que envolve o uso de sinais que são observados e interpretados pelo destinatário para transferir o significado (HERSH, 2013).
A comunicação representa uma troca de informações e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens no qual existem os meios de transmissão verbal e não verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não verbal (OLIVEIRA et al, 2005).
Processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, no qual as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, a curto, médio e longo prazo, no local onde ocorreu a comunicação ou mesmo a distância (STEFANELLI, 1990).

Ao ser analisado o conceito de “comunicação”, percebe-se que se configuram como atributos críticos: emissão, recepção e compreensão. Na maioria das definições observadas no Quadro 1 a comunicação é efetivada quando há interação entre os indivíduos por meio da

expressão dos pensamentos, ideias, conhecimentos e sentimentos, sendo estes compreendidos ou decodificados por quem recebe a informação.

Conforme observado no Quadro 1, as pessoas podem expressar-se e serem compreendidas por meio da comunicação verbal e não verbal. A verbal compreende a linguagem falada e a escrita, enquanto a não verbal são os gestos e as expressões corporais.

A comunicação é trabalhada pelos enfermeiros como diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada”. Este termo “prejudicado”, presente no título do diagnóstico, é definido, como “*tornado pior, enfraquecido, danificado, reduzido, deteriorado*” (HERDMAN, 2015) e conforme dito anteriormente, não foi identificado na literatura o conceito do diagnóstico propriamente dito. Contudo, verificou-se em três estudos a definição de alterações na comunicação utilizando-se termos semelhantes a “prejudicado” conforme observado no Quadro 2:

**Quadro 4** – Definições de alterações na comunicação. Fortaleza, 2015

<b>DEFINIÇÕES DE ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO</b>
<p><b>Desordem da comunicação:</b> Inclui atraso no desenvolvimento mental, bem como distúrbios de aquisição e utilização da comunicação, que podem variar desde a simples substituição do som à incapacidade de compreender ou usar a linguagem (PRESTES et al, 2013).</p>
<p><b>Distúrbio da comunicação:</b> É uma quebra na capacidade de se comunicar. Isto é, a incapacidade de compreender ou usar a fala e linguagem para se relacionar com os outros na sociedade, afetando diversas vezes a capacidade de falar, sinalizar, compreender, ler ou escrever. Tais distúrbios são referidos como tendo uma gama de ‘causas’, afetando qualquer um ou vários dos sistemas envolvidos no processo de comunicação. Por exemplo, codificação de idioma ou decodificação(XIONG et al, 2011).</p> <p>Os distúrbios da comunicação formam um grupo diversificado de condições que variam em termos de tipo, gravidade e co-ocorrência com outro sintoma que limitam a mobilidade, a visão, a resistência, ou cognição (YORKSON, YORKSON, BAYLOR, 2010).</p>

Como observado no Quadro 2, um distúrbio ou desordem da comunicação causa alterações no processo de recepção, compreensão e emissão de mensagens por parte dos interlocutores. E, tratando-se da comunicação verbal, este processo pode ser prejudicado envolvendo a fala e a escrita.

Favretto e Carvalho (2008) realizaram a análise do conceito do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” através de uma revisão integrativa da literatura, porém detiveram-se às características definidoras e aos fatores relacionados mantendo a definição do diagnóstico presente na NANDA-I (HERDMAN, 2015):

*“Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos”.*

Fez-se necessário identificar se a linguagem escrita e falada faz parte de um sistema de símbolos. Para tanto, buscamos compreender o significado de algumas palavras-chave relacionadas ao diagnóstico supracitado a fim de verificar a sua adequabilidade com as definições de comunicação verbal encontradas na literatura, conforme apresentado no Quadro 5.

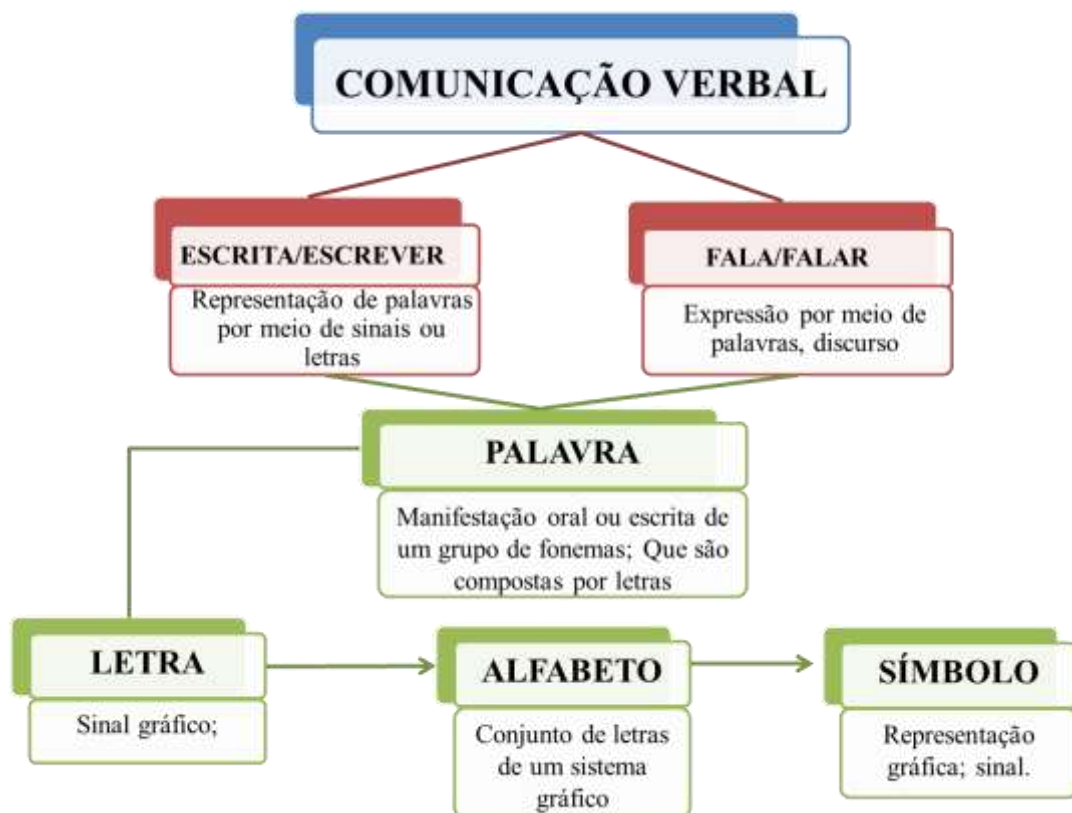
**Quadro 5** – Significados de palavras-chave relacionadas à definição do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” apresentada pela NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

PALAVRAS	SIGNIFICADO
SÍMBOLO	1. Aquilo que por analogia representa ou substitui outra coisa; 2. Representação gráfica; 3. Sinal (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).
ALFABETO	1. Qualquer sistema de sinais estabelecidos para representar letras, fonemas ou palavras; 2. Conjunto de letras de um sistema gráfico (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).
LETRA	1. Cada um dos sinais gráficos elementares com que se representam os vocábulos de uma língua escrita e que assumem diferentes formas segundo sua origem; 2. Sentido claramente expresso pela escrita (HOLANDA, 2010).
ESCREVER	1. Representar por meio de letras; 2. Representação por meio de escrita (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).
ESCRITA	1. Representação de palavras ou ideias por meio de sinais (HOLANDA, 2010).
FALA	1. Ação ou faculdade de falar; 2. Discurso (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).

FALAR	1. Expressar-se por palavras; 2. Dizer, referir; 3. Usar ou saber usar oralmente um idioma; 4. Linguagem, fala (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).
PALAVRA	1. Fonema ou grupo de fonemas com uma significação; 2. Manifestação verbal ou escrita; 3. Representação gráfica (LUFT, 2000; HOLANDA, 2010).

Para melhor entendimento da relação das palavras apresentadas no Quadro 3 com a definição de “Comunicação verbal prejudicada” proposta pela NANDA-I (HERDMAN, 2015), foi construído um esquema conforme apresentado abaixo na Figura 1.

**Figura 1** – Esquema de relação entre as palavras-chave que compõem a definição de “Comunicação verbal prejudicada” conforme a NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015



Como observamos no esquema da Figura 1, a escrita e a fala são representadas e expressas, respectivamente, por palavras, podendo a escrita representar as palavras por meio de sinais. As palavras são constituídas por letras que compõem o alfabeto, sendo este um conjunto de letras de um sistema gráfico. Pode-se então dizer que o alfabeto é também um sistema de símbolos.

Diante disto verifica-se que a “*Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos*” (HERDMAN, 2015) engloba aspectos da comunicação verbal. Contudo, o significado da palavra “símbolo” é abrangente podendo incluir aspectos da comunicação não verbal, como, por exemplo, a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS), sinais gráficos utilizados na comunicação alternativa ou imagens que transmitem algum tipo de informação sem que haja nenhum elemento da escrita.

Portanto, corroboramos com Favretto e Carvalho (2008) quando afirmam que a definição do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” é mais abrangente do que o título uma vez que pode compor aspectos da comunicação não verbal.

Com vistas a clarificar o conceito de comunicação verbal e a construir uma nova definição para o diagnóstico “Comunicação verbal prejudicada” que abranja apenas a fala e a escrita prejudicadas, apresentamos abaixo um caso modelo e um caso contrário.

➤ **Construção de um caso modelo**

*S. A. B., 60 anos, sexo feminino, casada, aposentada, natural e procedente de Fortaleza-CE. Há 22 anos faz tratamento para hipertensão arterial e diabetes. Deu entrada na emergência de um Hospital de referência do Estado após ter sentido cefaleia intensa e desmaiado logo em seguida, foi diagnosticado Acidente Vascular Cerebral-Hemorrágico. Não faz uso de tabaco, álcool e pratica irregularmente exercícios físicos(segundo informações obtidas com a acompanhante). Consciente, desorientada e com assimetria facial à esquerda. Ao ser indagada sobre o dia da semana e o ambiente onde se encontra faz repetição de palavras monossilábicas, após ser esclarecida quanto ao tempo e espaço verbaliza com as mesmas repetições. No momento da avaliação a paciente encontrava-se agitada sendo necessária contê-la ao leito.*

Conforme observado no caso acima, não houve o estabelecimento de uma comunicação verbal, pois a paciente não conseguia expressar-se verbalmente tampouco compreender o que o profissional de saúde lhe perguntara. Não houve recepção, compreensão e emissão de mensagens por parte da paciente, podendo a mesma ser identificada com Comunicação verbal prejudicada.

➤ **Construção de um caso contrário**



*F. P. S., 32 anos, sexo masculino, solteiro, mecânico, natural e procedente de Juazeiro do Norte-CE. Há dois meses foi diagnosticado com um tumor cerebral em região parietal direita. Encontra-se no terceiro dia do pós-operatório de ressecção do tumor em um Hospital de referência do município de Barbalha-Ce. Consciente, orientado quanto a tempo, espaço e pessoa e verbalizando sem dificuldade. Indagou sobre o tempo que ainda continuaria internado no hospital e quando poderia retornar as suas atividades de vida diária após a alta. Foram esclarecidas as dúvidas referentes à internação e ao plano de alta. O paciente aguarda nova avaliação do neurocirurgião.*

Neste caso o paciente em questão não apresenta “Comunicação verbal prejudicada”, pois conseguiu estabelecer uma interação verbal com o profissional de saúde. F. P. S. emitiu, compreendeu e expressou informações de modo eficaz.

De posse do conceito de comunicação verbal, dos seus tipos e das suas características evidenciados na literatura, propõe-se como definição do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada”:

**“Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar a fala ou a escrita.”**

Na definição acima proposta, manteve-se a estrutura da definição presente na NANDA-I (HERDMAN, 2015), pois esta apresenta os atributos críticos da comunicação evidenciados pela literatura. A sugestão é especificar os tipos de comunicação verbal (fala e escrita) de modo que a definição fique coerente com o título do diagnóstico.

- **Identificação das características definidoras de Comunicação verbal prejudicada e suas definições conceituais e operacionais presentes na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015).**

Nesta sessão, são apresentadas as análises conceituais de cada evidência que se comportou como consequente de Comunicação verbal prejudicada. Nos quadros que seguem são especificadas as características definidoras, número de estudos que as evidenciaram como consequente clínico da Comunicação verbal prejudicada e as referências que auxiliaram na construção das definições conceituais e operacionais. Na inexistência de informações suficientes para a construção das definições conceituais e operacionais nos artigos selecionados, foram consultados livros, dicionários de termos técnicos da área da saúde, dicionários da língua

portuguesa e artigos científicos não provenientes da revisão integrativa da literatura. Nos casos em que não foram encontradas informações para a construção das definições no material extra consultado, foram elaboradas sugestões de definições conceituais e operacionais pela autora.

Das vinte e seis características definidoras presentes na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), apenas nove comportaram-se com consequentes do conceito de comunicação verbal prejudicada, conforme exposto nos quadros 6 e 9.

**Quadro 6** – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras presentes na NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

<b>Incapacidade de falar o idioma do cuidador</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		9
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à capacidade diminuída ou ausente da pessoa falar o idioma do cuidador.	
<b>Definição operacional</b>	*Investigar mediante a observação/relato da pessoa se a mesma compreende ou fala o idioma do cuidador. A característica estará presente se a pessoa não falar o esmo idioma do cuidador.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Recusa em falar</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		5
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à recusa da pessoa a falar em todas ou determinadas circunstâncias ou ambientes.	
<b>Definição operacional</b>	*Investigar, mediante observação/perguntas/conversas, a recusa da pessoa em falar. A característica estará presente se a pessoa se recusar a falar verbalmente ou através de gestos.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Dificuldade para compreender a comunicação</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		13
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à dificuldade da pessoa em compreender a fala e/ou escrita incluindo as formas literais e não literais do discurso.	
<b>Definição operacional</b>	O avaliador deve falar e/ou escrever uma frase no sentido literal (por exemplo: “a insistência é o segredo do sucesso”) e/ou no sentido figurado (por exemplo: “a família é o berço”) e pedir para o a pessoa dizer o significado. A característica estará presente se a pessoa não conseguir compreender a fala ou escrita do avaliador.	
<b>Referência</b>	(BLAKE; FRYMARK; VENEDICTOV, 2013; FONSECA et al, 2006; FONSECA et al, 2008; FONSECA et al, 2007; POWER; ANDERSON; TOGHER, 2011; PACHET; ALLAN; ERSKINE, 2012; CRISTIAN et al, 2012)	
<b>Dificuldade para manter a comunicação</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		4

<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à dificuldade da pessoa em dar continuidade à sequência lógica de uma conversa.	
<b>Definição operacional</b>	Observar, durante a conversa com a pessoa, se o discurso é desorganizado, superficial e despersonalizado. A característica estará presente se a pessoa pronunciar palavras sem conexão lógica.	
<b>Referência</b>	(BLAKE; FRYMARK; VENEDICTOV, 2013; FONSECA et al, 2006; FONSECA et al, 2008; FONSECA et al, 2007)	
<b>Não consegue falar</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		3
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à impossibilidade de falar observada em uma pessoa.	
<b>Definição operacional</b>	*Observar, durante a anamnese, sucessivas tentativas da pessoa em verbalizar que são fracassadas. A característica estará presente se a pessoa tentar falar e não conseguir.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Verbalização inadequada</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		3
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à pronúncia de palavras ou expressões inconvenientes à sustentação do diálogo.	
<b>Definição operacional</b>	Observar, durante a anamnese, se a pessoa verbaliza com repetições de sílabas e/ou palavras expressas por si mesmo ou por outra pessoa ou pronuncia palavras de baixo calão. A característica estará presente se a pessoa repetir as palavras do cuidador e/ou se pronunciar palavras de baixo calão.	
<b>Referência</b>	(BEACH, 2007; YONAMINE; SILVA, 2002)	
<b>Não fala</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		2
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à privação da fala por defeito orgânico.	
<b>Definição operacional</b>	*Observar, durante a anamnese, se a pessoa apresenta mutismo. A característica estará presente se a pessoa não falar	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		

Durante a análise conceitual das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015) observou-se que seis delas apresentam semelhanças entre si que podem dificultar a inferência diagnóstica pelo enfermeiro. Estas características definidoras, de um modo geral, exprimem a ideia de dificuldade em verbalizar. No Quadro 7 abaixo dispomos tais características definidoras.

**Quadro 7** – Disposição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015) que apresentam semelhanças entre si. Fortaleza, 2015

<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS SEMELHANTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</b>
1. Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (afasia, disfasia, apraxia, dislexia)
2. Fala com dificuldade
3. Verbaliza com dificuldade
4. Fala arrastada
5. Dificuldade para formar sentenças
6. Dificuldade para formar palavras

Inicialmente, buscou-se verificar se existem diferenças entre as referidas características definidoras. Foi realizada a comparação do significado de dois verbos que poderiam ser confundidores, a saber: “falar” e “verbalizar”. Estes verbos estão presentes no título em quatro das características definidoras apresentadas no Quadro 5. Segundo Luft (2000) e Ferreira (2009), “falar” significa “*Expressar-se por palavras; Exprimir por meio de palavras; dizer; referir.*” Já “verbalizar” significa: “*Expressar através da fala; Expor algo*”.

De posse do significado dos referidos verbos observa-se que ao “verbalizar” o indivíduo está “falando”. Quando existe alguma dificuldade no processo de verbalizar conseqüentemente o indivíduo apresenta dificuldades na fala e vice-versa. Diante disso, observa-se que o enfermeiro pode identificar dificuldade em falar/verbalizar em um indivíduo ao inferir o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada, porém é possível o registro de seis maneiras diferentes.

Consoante à ideia de dificuldade em verbalizar, observou-se que trinta e cinco pesquisas (63,6%) oriundas da revisão integrativa da literatura evidenciaram apraxia, afasia, afonia, dislalia e disartria como sinais e sintomas da Comunicação verbal prejudicada. Estes sinais e sintomas estão presentes pela NANDA-I (HERDMAN, 2015) como componentes das características definidoras que expressam a ideia de dificuldade em falar/verbalizar apresentadas no Quadro 6. Estes sinais e sintomas são dispostos no Quadro 8 com suas respectivas definições e referências encontradas na literatura.

**Quadro 8** – Sinais/sintomas relacionados às características definidoras que expressam a ideia de “Dificuldade em falar/verbalizar” do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

SINAL/ SINTOMA	DEFINIÇÃO	REFERÊNCIAS
<b>Apraxia</b>	<p>É caracterizada pela variabilidade dos sintomas incluindo mutismo, dificuldade de iniciar a fala e problemas na transição silábica. Caracteriza-se pela dificuldade em produzir palavras longas e complexas. Ocorre como um resultado do rompimento da programação motora ou do planejamento da fala, e não como resultado de déficits neuromusculares.</p>	<p>NORDEHN; MEREDITH, 2006; FRANKOFF; ELD, 2011; PATERSON, 2012; BURKE et al, 2008; AUZOU et al,2000; YONAMINE; SILVA, 2002.</p>
<b>Afasia</b>	<p>É um distúrbio de linguagem, com impacto em algumas ou todas as modalidades da linguagem. Podem estar prejudicadas fala, compreensão, discurso, leitura e/ou a escrita. A afasia pode ser: de Broca, não-fluente, de Wernicke, de fluência e global.</p> <p><b>Afasia de Broca:</b> Fala não fluente, onde são observadas paradas durante a saída verbal, caracterizada por frases agramaticais, anomia e dificuldades na compreensão auditiva, escrita e leitura.</p> <p><b>Afasia Não-fluente:</b> A compreensão é preservada, mas o discurso é difícil de iniciar, é trabalhoso e hesitante.</p> <p><b>Afasia de Wernicke:</b> É caracterizada pela fala fluente espontânea muitas vezes sem sentido devido às substituições por palavras bizarras ou letras. A leitura, escrita e a compreensão também estão prejudicadas e os indivíduos geralmente não estão cientes de seus erros de comunicação.</p> <p><b>Afasia fluente:</b> A saída de voz é preservada, mas o conteúdo da língua é incorreto e pode variar desde a inserção de algumas palavras incorretas ou inexistentes para um pronunciamento confuso de jargão.</p>	<p>NORDEHN; MEREDITH, 2006; XIONG et al,2011; FRANKOFF; ELD, 2011; DINNESEN; ANGERSTEIN; DEUSTER, 2010; PATERSON, 2012; BURKE et al, 2008; GOLDFARB; PIETRO, 2005; AUZOU et al, 2000; FONSECA; PARENTE, 2007; PACHET; ALLAN; ERSKINE, 2012; CRISTIAN et al, 2012; YORKSTON; YORKSTON; BAYLOR, 2010; O’HALLORAN; WORRALL; HICKSON, 2011.</p>

<b>Afasia global:</b> é a perda de todas as capacidades da linguagem, compreensão, emissão e recepção de mensagens.	
<b>Afonia</b>  É a perda da voz	BEACH, 2007.
<b>Dislalia</b>  É a incapacidade de pronunciar corretamente certos fonemas ou grupos de fonemas devido ao estabelecimento de pontos de articulação errôneos, os quais devem ser considerados anormais depois dos quatro anos de idade.	BEACH, 2007. *ANDRADE et al, 2014
<b>Disartria</b>  É um distúrbio motor da fala com inteligibilidade prejudicada da mesma causada pelo controle prejudicado do órgão- motor da fala, resultando em mau funcionamento dos movimentos da musculatura da fala, sendo que a respiração, fonação e ressonância também podem estar envolvidas. A escolha correta de palavras, gramática e a compreensão permanecem intactas.	NORDEHN; MEREDITH, 2006; FRANKOFF; ELD; 2011; DINNESEN; ANGERSTEIN; DEUSTER, 2010; PATERSON, 2012; BEACH, 2007; SELLARS; HUGHES; LANGHORNE, 2002; GOLDFARB; PIETRO, 2004; BAYLOR et al,2010; AUZOU et al, 2000; MORGAN; VOGEL, 2008; POWER; ANDERSON; TOGHER, 2011; PACHET; ALLAN; ERSKINE, 2012; CRISTIAN et al, 2012; YORKSTON; YORKSTON; BAYLOR, 2010; O’HALLORAN; WORRALL; HICKSON, 2011.
<b>Disfasia</b>  É o atraso no desenvolvimento da linguagem.	*ARVIGO, 2012; CAMBALLERO, 2013.

\*Artigo não oriundo da revisão integrativa da literatura.

Optou-se por explicitar as definições dos sinais/sintomas expostos no Quadro 8 com vistas a propor uma reestruturação no conjunto de características definidoras que exprimem a ideia de dificuldade em falar/verbalizar (Quadro 6).

De acordo com as definições encontradas na literatura do termo “afasia” (Quadro 8), percebe-se que esta expressa características de dificuldade na formação de sentenças, enquanto “apraxia”, “afonia”, “dislalia” e “disartria” estão ligadas a dificuldades na formação de palavras. A NANDA-I (HERDMAN, 2015) relaciona a apraxia com a característica

definidora “Dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos”, contudo, de acordo com a definição apresentada no Quadro 6, a apraxia apresenta relação com a formação de palavras.

Ainda com relação aos sinais/sintomas que podem ser expressos quando o indivíduo apresenta dificuldade em falar/verbalizar, a dislexia é mencionada na característica definidora “Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos”, porém nenhum estudo oriundo da revisão integrativa a evidenciou como sinal/sintoma relacionado ao prejuízo na comunicação verbal. A dislexia é um transtorno de aprendizagem que envolve dificuldades para aprender a ler e problemas para adquirir proficiência na escrita e ortografia. É caracterizada por dificuldades no reconhecimento das palavras e em realizar soletração (ALVES e NAKANO, 2015). Diante disto evidencia-se que a dislexia apresenta componentes que caracterizam Comunicação verbal prejudicada, sendo pertinente a sua permanência no diagnóstico.

Outro sinal/sintoma relacionado ao diagnóstico é a disfemia ou gagueira. Trata-se de um distúrbio da fala que se caracteriza por expressões verbais interrompidas em seu ritmo, às vezes de modo brusco, por meio de repetições ou prolongamentos dos sons, sílabas ou palavras (MENEZES; SOUZA; SILVA, 2013; BEACH, 2007; POZOS, PRATT, SINGLETONB, 2011). A gagueira está alocada como característica definidora no diagnóstico de enfermagem, contudo este é um sinal de dificuldade em formar palavras.

Com base nos dados oriundos da revisão integrativa e análise conceitual sugere-se que as seis características definidoras dispostas no Quadro 7 sejam desmembradas em apenas duas, a saber: “Dificuldade para formar sentenças (afasia, dislexia)” e “Dificuldade para formar palavras (afonia, dislalia, disartria, apraxia, disfemia)” e com os seguintes conceitos estruturas apresentadas no Quadro 9.

**Quadro 9** – Análise de conceito referente à característica definidora “Dificuldade para formar sentenças” e “Dificuldade para formar palavras”. Fortaleza, 2015

<b>Dificuldade para formar sentenças (afasia, dislexia)</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		16
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere ao esforço aumentado para expressar, de forma escrita ou oral, uma sequência de ideias.	
<b>Definição operacional</b>	*Pedir para a pessoa falar ou escrever uma frase e observar habilidade diminuída para expressar suas ideias.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
		<b>Nº de Estudos</b>

<b>Dificuldade para formar palavras (afonia, disartria, dislalia, apraxia, disfemia)</b>		15
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere ao esforço aumentado para articular palavras de forma oral ou escrita.	
<b>Definição operacional</b>	Observar, durante a anamnese, se a pronúncia das palavras é lenta ou atrasada de modo que a fala ou a escrita se tornam de difícil compreensão.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		

Conforme observado no Quadro 9, sugere-se que afasia e dislexia estejam relacionadas à característica definidora “Dificuldade para formar sentenças”. Apesar do número expressivo de estudos terem evidenciado essa característica como consequente da Comunicação verbal prejudicada, não foram observados subsídios para a construção das definições conceitual e operacional, sendo as mesmas elaboradas pela autora deste estudo.

No tocante à “Dificuldade para formar palavras (afonia, disartria, dislalia, apraxia, disfemia)”, sugere-se que os sintomas evidenciados entre parênteses componham a referida característica definidora. As definições conceitual e operacional desta característica definidora foram elaboradas com base nas informações contidas no Quadro 8 referentes à afonia, apraxia, disartria e dislalia.

➤ **Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada não incluídas na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015)**

A revisão integrativa da literatura proporcionou a identificação de quatro características definidoras adicionais ao diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada, conforme observado no Quadro 10.

**Quadro 10** – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada não incluídas na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

<b>Pronúncia indistinta</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		4
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à articulação das palavras de modo obscuro e confuso.	
<b>Definição operacional</b>	*Observar, durante a anamnese, se a pessoa fala palavras incompletas como se estivesse balbuciando.	
<b>Referência</b>	(CRISTIAN et al, 2012; FAVRETTO; CARVALHO, 2008)	
*Sugestão da autora		



<b>Dificuldade de escrever</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		2
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere ao esforço aumentado para escrever.	
<b>Definição operacional</b>	Pedir para a pessoa escrever palavras ou frases e observar a habilidade ausente ou diminuída em desempenhar a ação.	
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS et al, 2006; OMS, 2004).	
*Sugestão da autora.		
<b>Dificuldade de ler</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	*É o esforço aumentado para ler aumentado.	
<b>Definição operacional</b>	Pedir para a pessoa ler uma frase e observar a habilidade ausente ou diminuída em desempenhar a ação.	
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS et al, 2006; OMS, 2004).	
*Sugestão da autora		
<b>Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à habilidade diminuída ou ausente de utilizar dispositivos como meio de se comunicar de forma oral ou escrita.	
<b>Definição operacional</b>	Investigar, pela observação ou relatos da pessoa, se a mesma consegue utilizar dispositivos (telefone, computador) para se comunicar.	
<b>Referência</b>	(OMS, 2004)	

Dada a ausência de estudos que possibilitassem a construção das definições conceituais das características definidoras “Dificuldade de ler”, “Dificuldade de escrever” e “Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar”, as mesmas foram elaboradas pela autora com base nos próprios títulos das referidas características.

➤ **Características definidoras presentes na taxonomia da NANDA-I não evidenciadas na literatura como consequentes de comunicação não verbal**

No quadro abaixo estão dispostas as características definidoras que não foram evidenciadas na literatura como consequentes do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada.

**Quadro 11** – Características definidoras não identificadas pela análise de conceito como consequentes de Comunicação verbal prejudicada. Fortaleza, 2015

<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b>
Ausência de contato visual
Déficit visual total
Déficit visual parcial

Desorientação em relação a pessoas
Desorientação no espaço
Desorientação no tempo
Dificuldade de usar expressões corporais
Dificuldade de usar expressões faciais
Dificuldade na atenção seletiva
Dispneia
Incapacidade de usar expressões corporais
Incapacidade de usar expressões faciais

As características definidoras Déficit visual total, Déficit visual parcial, Desorientação em relação a pessoas, Desorientação no espaço, Desorientação no tempo e Dispneia foram alocadas como fator relacionado, como descrito mais adiante no Quadro 12.

Em relação aos déficits visual total e parcial, nove estudos os evidenciaram como antecedentes da comunicação verbal prejudicada. Foi observado que a literatura por vezes se remetia aos déficits visuais como um tipo de percepção alterada (DINNESEN; ANGERSTEIN; DEUSTER, 2010; PATERSON, 2012). Na NANDA-I (HERDMAN, 2015) Percepção alterada é um fator relacionado, sendo, portanto congruente incorporar os déficits visuais a este fator relacionado.

No tocante às características definidoras de desorientação no tempo, espaço e em relação a pessoas, Hersh (2013) identificou essas condições clínicas como antecessoras a dificuldades no estabelecimento da comunicação. Já quanto a característica definidora Dispneia, Dinnesen, Angerstein e Deuster (2010) e Auzouet al (2000) relatam em seus estudos que alterações no padrão respiratório que ocasionam volume pulmonar diminuído podem interferir na pronúncia da fala. Deste modo, as características definidoras acima citadas foram alocadas como fatores relacionados como observado mais adiante.

➤ **Identificação dos fatores relacionados de Comunicação verbal prejudicada e suas definições conceituais e empíricas presentes na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015)**

Em seguida, são apresentadas as evidências que se comportaram como antecedentes do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). De modo semelhante à apresentação das características definidoras, os fatores relacionados estão dispostos no Quadro 8 juntamente com o número de artigos que evidenciaram o determinado fator relacionado como antecedente bem como as referências que

auxiliaram na construção das definições conceituais e operacionais. A elaboração das tais foi executada com base nos artigos provenientes da revisão integrativa, consulta a livros, dicionários de termos técnicos da área da saúde, dicionários da língua portuguesa e outros artigos. Na inexistência de dados suficientes para a construção das definições conceituais e operacionais, as mesmas foram elaboradas pela autora.

Dos dezessete fatores relacionados, presentes na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), apenas nove comportaram-se como antecedentes do conceito de comunicação verbal prejudicada, destes, sugere-se o desmembramento de duas, conforme exposto nos quadros 12 e 13.

**Quadro 12** – Análise de conceito referente aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Fortaleza, 2015

<b>Prejuízo no sistema nervoso central</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		27
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere às modificações patológicas do desempenho do sistema nervoso central.	
<b>Definição operacional</b>	*Observar mudanças no sistema nervoso através do exame físico, exames de imagens ou relatos da pessoa.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Barreiras ambientais</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		5
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere a condições ambientais que desfavorecem a troca de informações de forma escrita ou oral.	
<b>Definição operacional</b>	*Investigar mediante observação e/ou relatos da pessoa, a presença de ruídos, iluminação inadequada ou falta de apoio social que a impeça de se expressar ou obter informações de forma oral ou escrita.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Barreiras físicas (traqueostomia, intubação)</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		5
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à presença de impedimentos físicos para a emissão da voz.	
<b>Definição operacional</b>	*Investigar mediante observação a presença de bloqueios físicos (traqueostomia ou tubo orotraqueal) que impedem a expressão da fala.	
<b>Referência</b>	-	
*Sugestão da autora		
<b>Defeito orofaríngeo</b>		<b>Nº de Estudos</b>

		5
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à deformidade na(s) estrutura(s) corporal(is) que participam da vibração, ressonância e articulação da voz.	
<b>Definição operacional</b>	Investigar alterações nas estruturas anatômicas que envolvem a fala. - Alterações orais: Investigue, mediante a inspeção, a ausência de dentes, úvula ou deformidades e na língua e dos lábios. Peça a pessoa para abrir a boca e com o auxílio de uma lanterna observe a arcada dentária, a presença da úvula na linha média do palato mole, a integridade da língua e dos lábios. - Alterações na faringe e laringe: Investigue, mediante a obtenção dos resultados de exames de laringoscopia ou videofluoroscopia, a presença de deformidades na faringe e/ou laringe.	
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; YEO et al, 2015; QI et al, 2014)	
*Sugestão da autora		
<b>Diferenças culturais</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		9
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere às divergências de conhecimentos, costumes e crenças adquiridas pelo contato social e acumuladas pelos povos através dos tempos.	
<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante observação e/ou relatos da pessoa, o nível de escolaridade, idioma falado e interação com outras pessoas, nível socioeconômico e o ambiente. Faça as seguintes perguntas: - Qual o seu nível de escolaridade? - Quais idiomas você fala? - Com o quê você trabalha? - Como é a sua relação com as pessoas do ambiente em que você está?	
<b>Referência</b>	(LUFT, 2000; HOLANDA, 2010; JARVIS, 2012; POTTER; PERRY, 2013)	
*Sugestão da autora		
<b>Alterações no desenvolvimento</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		7
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere às divergências no crescimento e/ou progressão intelectual.	
<b>Definição operacional</b>	Verificar o desenvolvimento utilizando os critérios da Vigilância do desenvolvimento da criança (ANEXO C)	
<b>Referência</b>	(OPAS, 2005)	
<b>Alterações no autoconceito</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		2
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a modificações na visão que um indivíduo tem de si mesmo incluindo pensamentos, atitudes, e percepções conscientes e inconscientes.	

<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante relatos da pessoa percepção alterada quanto a identidade, imagem corporal, desempenho do papel e/ou autoestima.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; CARVALHO, 2012)
<b>Regime de tratamento</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
4	
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere aos resultados secundários produzidos pela ação do tipo de tratamento executado.
<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante observação ou relatos da pessoa o uso de narcóticos, sedativos, hipnóticos ou psicotrópicos.
<b>Referência</b>	(KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014; BRUNTON; CHABNER, KNOLLMANN, 2012)
<b>Informações insuficientes</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
7	
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere à ausência de conhecimento.
<b>Definição operacional</b>	Observar mediante relatos da pessoa a ausência de informação. Indague a pessoa com perguntas simples: - Você é alfabetizado? - Você consegue compreender as informações fornecidas? - Você tem dificuldades de aprendizagem?
<b>Referência</b>	(POTTER, PERRY, 2013)
*Sugestão da autora	

Na última versão da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), “Transtorno psicótico” e “Condições emocionais” são fatores relacionados do diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada. No entanto, apesar de a literatura ter evidenciado elementos que caracterizam os mesmos como consequentes da comunicação verbal prejudicada, tais termos são abrangentes podendo dificultar a inferência diagnóstica.

Durante a análise de conceito foram evidenciadas algumas condições psiquiátricas e psicológicas que podem ser agrupadas como transtornos do pensamento, do humor e da ansiedade, conforme exposto no Quadro 13.

**Quadro 13** – Análise de conceito referente aos fatores relacionados “Transtornos do pensamento”, “Transtornos do humor” e “Transtornos da ansiedade”. Fortaleza, 2015

<b>Transtornos do pensamento</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
5	
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a desestruturação do pensamento, pela dificuldade de comunicação, isolamento, introversão, desagregação da personalidade e perda do contato com a realidade.

<b>Definição operacional</b>	Avaliar, mediante o discurso do paciente, a produção, curso, conteúdo e coerência do pensamento.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006; CARVALHO, 2012; SADOCK; SADOCK, 2007)
<b>Transtornos do humor</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
8	
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a modificações na disposição de ânimo.
<b>Definição operacional</b>	Investigar, mediante observação e/ou relatos da pessoa, tristeza profunda, despersonalização, choro incontrolável e/ou episódios de euforia intercalados com episódios de normalidade.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006; CARVALHO, 2012; SADOCK; SADOCK, 2007)
<b>Transtornos de ansiedade</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
2	
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a modificações nas emoções desencadeadas em situações de ameaça potencial, as quais são decorrentes de um novo contexto ou de um estímulo que esteve presente no passado.
<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante observação e/ou relatos da pessoa, inquietação, preocupação, apreensão e/ou insônia.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006; CARVALHO, 2012; SADOCK; SADOCK, 2007; BOTTAN et al, 2015)

Referente ao fator relacionado “Percepção alterada”, foi observado na literatura que existem dois tipos de alterações na percepção que podem anteceder problemas na comunicação, as auditivas e visuais. No tocante a este fator relacionado sugere-se o desmembramento do mesmo conforme exposto no Quadro 14.

**Quadro 14** - Análise de conceito referente aos fatores relacionados “Percepção auditiva alterada” e “Percepção visual alterada”. Fortaleza, 2015

<b>Percepção auditiva alterada</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
16	
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere a alterações na captação de informações através da audição incluindo perda auditiva e tinido.
<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante relatos da pessoa se a mesma tem dificuldades em ouvir, ouve zumbidos, campainhas ou estalidos.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006)
<b>Percepção visual alterada</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
6	
<b>Definição conceitual</b>	*Termo que se refere a alterações na captação de informações através da visão incluindo defeitos no campo, alucinações, diminuição da acuidade ou combinação de ambos.

<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante relatos da pessoa se a mesma tem dificuldades em enxergar, diplopia ou presença de manchas.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006)
*Sugestão da autora	

➤ **Antecedentes do conceito de Comunicação verbal prejudicada presentes na taxonomia da NANDA-I como características definidoras**

Durante a identificação dos fatores relacionados de Comunicação verbal prejudicada, evidenciaram-se cinco características definidoras do referido diagnóstico como antecedentes da ocorrência do mesmo conforme demonstrado no Quadro 15.

**Quadro 15** – Análise de conceito dos fatores relacionados presentes na taxonomia da NANDA-I como características definidoras. Fortaleza, 2015

<b>Dispneia</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		2
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a uma sensação experimentada do ato de respirar como esforço desagradável e/ou evidência observada de dificuldade respiratória.	
<b>Definição operacional</b>	Avaliar a presença de dispneia mediante o relato do paciente e/ou pela observação direta do examinador pela inspeção dinâmica. No caso do relato, investigar se o paciente refere falta de ar ou respiração laboriosa ou difícil. Na inspeção dinâmica da parede torácica, o examinador deverá avaliar a presença de pelo menos um dos sinais clínicos característicos da dispneia: utilização de musculatura acessória (trapézio, esternocleidomastoide, escaleno e intercostal), retração supraesternal (fúrcula) e supraclavicular, batimento de asa de nariz ou tiragem subcostal.	
<b>Referência</b>	(PASCOAL, 2015)	
<b>Desorientação no tempo</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à incapacidade da pessoa localizar-se cronologicamente no tempo.	
<b>Definição operacional</b>	Perguntar a pessoa, durante a anamnese, o dia da semana, dia do mês, ano, estação do ano.	
<b>Referência</b>	(CARVALHO, 2012;JARVIS, 2012)	

<b>Desorientação no espaço</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à incapacidade da pessoa reconhecer o ambiente onde se encontra.	
<b>Definição operacional</b>	Perguntar onde a pessoa mora, onde ela está no momento, nome da cidade e estado onde está.	
<b>Referência</b>	(HERSH, 2013; CARVALHO, 2012; JARVIS, 2012)	
<b>Desorientação em relação a pessoas</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à incapacidade da pessoa reconhecer faces de pessoas familiares, tais como de amigos e parentes.	
<b>Definição operacional</b>	*Investigar mediante a observação direta e/ou relatos do indivíduo se o mesmo consegue reconhecer facilmente pessoas do seu convívio social.	
<b>Referência</b>	(MAGNUS; TURKINGTON, 2006)	
*Sugestão da autora		

➤ **Antecedentes do conceito de Comunicação verbal prejudicada não presentes na taxonomia da NANDA-I**

Com base na revisão integrativa da literatura e análise de conceito, foram identificados três fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada não incluídos na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Estes fatores relacionados estão dispostos no Quadro 16 abaixo.

**Quadro 16** – Distribuição dos resultados da análise de conceito referente ao fator relacionado “Alterações na respiração”. Fortaleza, 2015

<b>Problema de memória</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		3
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a dificuldade em registrar, armazenar e recuperar informações.	
<b>Definição operacional</b>	Avaliar a memória recente pedindo para a pessoa relatar as atividades realizadas nas últimas 24 horas. Para avaliar a memória remota, faça perguntas relacionadas a eventos progressos que podem ser verificados, como por exemplo, a data de nascimento ou acontecimento histórico.	
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; ANDRIS, 2006; CARVALHO, 2012)	
<b>Fadiga</b>		<b>Nº de Estudos</b>
		1
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere à sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.	



<b>Definição operacional</b>	Investigar mediante a aplicação da <i>Dutch Fatigue Scale-Versão Brasileira</i> (ANEXOB) a presença de fadiga.
<b>Referência</b>	(NANDA-I, 2015; CAVALCANTI; PEREIRA, 2013)
<b>Consciência alterada</b>	
<b>Nº de Estudos</b>	
1	
<b>Definição conceitual</b>	Termo que se refere a modificação no estado de lucidez ou alerta que promove a integração da pessoa ao meio ambiente.
<b>Definição operacional</b>	Avaliar o nível de consciência executando as seguintes ações: - Chamar o nome da pessoa em tom de voz normal; - Chamar o nome da pessoa em voz alta; - Tocar levemente o ombro; - Agitar vigorosamente o ombro; - Aplicar dor fazendo pressão no leito ungueal ou no esterno; - Observar a qualidade e quantidade de movimentos produzidos; - Presença e coerência da fala; - Abertura dos olhos e estabelecimento de contato visual. Classificar como: alerta, letárgico, obnubilado, esturpor ou comatoso.
<b>Referência</b>	(JARVIS, 2012; CARVALHO, 2012; ANDRIS, 2006)

➤ **Sugestão para estrutura do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada a ser submetida à validação por peritos e clínica**

No Quadro abaixo, expõe-se a estrutura para o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada com onze características definidoras e vinte e oito fatores relacionados.

**Quadro 17** – Nova estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada da taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), Fortaleza, 2015

<b>Título:</b> Comunicação verbal prejudicada
<b>Definição:</b> Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar a fala ou a escrita.

***Características Definidoras***

- Incapacidade de falar o idioma do cuidador
- Recusa em falar
- Dificuldade para compreender a comunicação
- Dificuldade para manter a comunicação
- Não consegue falar
- Verbalização inadequada
- Não fala
- Dificuldade para formar sentenças (afasia)
- Dificuldade para formar palavras (afonia, disartria, dislalia, apraxia, disfemia)
- Dificuldade de escrever
- Dificuldade de ler
- Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar
- Pronúncia indistinta

***Fatores Relacionados***

- Prejuízo no sistema nervoso central
- Barreiras ambientais
- Barreiras físicas (traqueostomia, intubação)
- Defeito orofaríngeo
- Diferenças culturais
- Alterações no desenvolvimento
- Alterações no autoconceito
- Regime de tratamento
- Transtornos do pensamento
- Transtornos do humor
- Transtornos de ansiedade
- Desorientação no tempo
- Desorientação no espaço
- Desorientação em relação à pessoa
- Problema de memória
- Fadiga
- Consciência alterada
- Percepção visual alterada
- Percepção auditiva alterada
- Dispneia
- Informações insuficientes

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os estudos sobre comunicação verbal são, em sua maioria, da América do Norte (49%) e da Europa (21%) e produzidos no período de 1999 a 2009 (50,1%). Quanto aos profissionais que têm estudado a comunicação verbal destacam-se os médicos (38,2%) e fonoaudiólogos (25,6%). Vale salientar que dos 20% estudos desenvolvidos por enfermeiros, apenas o de Favretto e Carvalho (2008) abordaram a comunicação enquanto diagnóstico de enfermagem.

Em relação à faixa etária dos participantes dos estudos observou-se que estes foram realizados principalmente com adultos (58,1%) e crianças (18,1%). No tocante ao cenário em que os estudos foram feitos, a maioria foi em hospitais (40%) e em centros de reabilitação. Observou-se que as temáticas prejuízo/desordem/barreira da comunicação (47,4%) e comunicação (32,7%) foram as frequentemente mais abordadas. Já quanto ao nível de evidência, a maioria dos estudos apresentou nível de evidência VI (47,7%) com predomínio de estudos descritivos.

A revisão dos elementos que compõem o diagnóstico Comunicação verbal prejudicada tinha como proposta a análise do conceito dos mesmos, incluindo sua definição, características definidoras e fatores relacionados, bem como identificar outros elementos que fossem evidenciados na literatura como antecedente ou consequente do conceito em análise.

A partir dos estudos encontrados foram extraídas da literatura as definições de comunicação, permitindo identificar que a comunicação pode ser verbal ou não verbal (HERSH, 2013; OLIVEIRA, 2005; AZIZE, 2011). A comunicação verbal se dá através da fala ou escrita, já a não verbal se estabelece pelas expressões corporais e contato visual (LOURENÇO et al, 2014).

Seja de modo verbal ou não verbal, a comunicação desempenha um papel vital na facilitação crescimento social, cognitivo e emocional. Segundo Xiong et al (2011) a capacidade de se comunicar contribui consideravelmente para uma sensação de bem estar contribuindo para a qualidade de vida e competência social, além de ser considerada uma necessidade humana básica.

Para que haja comunicação, as interações entre as pessoas e o ambiente devem atender aos objetivos de informar, transferir, aproximar, conhecer e compartilhar (PEREIRA; BENITE; BENITE, 2013). Qualquer falha no processo de emissão, decodificação ou recepção de

mensagens constitui um distúrbio da comunicação causando desordens que interferem no desenvolvimento humano e na sua interação com o meio onde vive (ALMEIDA; CIOSAK, 2013; YORKSON; YORKSON; BAYLOR, 2010; PRESTES et al, 2013; XIONG et al, 2011).

De um modo geral, os fatores que causam interrupções no processo de emissão, decodificação e recepção de mensagens são descritos na literatura como deficiência, distúrbio ou desordem da comunicação (PRESTES et al, 2013; XIONG et al, 2011; YORKSON, YORKSON, BAYLOR, 2010).

De acordo com a análise feita a partir dos estudos oriundos da revisão integrativa da literatura e da consulta a dicionários de significados, foi possível identificar a inadequação da atual definição do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada da NANDA-I (HERDMAN, 2015). A definição atual abrange aspectos da comunicação verbal e não verbal sendo sugerida a substituição do termo “usar um sistema de símbolos” por “usar a fala ou escrita”, uma vez que a fala e a escrita são características da comunicação verbal, como referido anteriormente.

No que se diz respeito à incapacidade de falar o idioma do cuidador, esta característica foi evidenciada como resultante do não estabelecimento do processo de comunicação. KHAN et al (2013) ressaltam em seu estudo que, cuidar de um paciente com o idioma diferente, constitui um desafio para o estabelecimento da comunicação, pois não permite a interação entre paciente-enfermeiro de modo eficaz devido a diferença cultural.

YIP et al (2013), observaram que, nos Estados Unidos, o atendimento de emergência a chineses que não falam o idioma inglês é feito de forma laboriosa devido a dificuldade no estabelecimento da comunicação. Já Khan et al (2013), Simon et al (2013), Azize, Humphreys, Cattani (2011) e Mutchler et al (2007), evidenciaram que a incapacidade de compreender o idioma do profissional da saúde interfere na adesão ao tratamento e na expressão de sintomas.

Em relação à recusa em falar, este comportamento foi observado em pacientes com desordens emocionais, comportamentais e deficiências intelectuais (ZIMMERMAN et al, 2007). Vale destacar que, devido à comunicação envolver processos cognitivos, os déficits intelectuais e as condições emocionais interferem diretamente no processo da comunicação.

Ainda quanto à recusa em falar, Dinnesen, Angerstein e Deuster (2010) em suas investigações sobre desordens da comunicação em idosos, observaram que a opção de não falar é uma das dificuldades em manter um diálogo. Segundo os autores, o fato de não querer falar

por vezes é relacionado à falta de interesse no assunto ou problemas de memória. Já Xiong et al (2011), referem que indivíduos em reabilitação podem recusar-se a falar devido a sua condição de saúde ou por apresentar dificuldades ao tentar pronunciar as palavras, preferindo ficar sem verbalizar. A recusa em falar pode ser decorrente a fatores psicológicos e sociais que impedem a pessoa de interagir com o ambiente conforme observado por Beach (2007).

No tocante à característica definidora “Dificuldade de compreender a comunicação”, 13 estudos apresentaram elementos que caracterizam a dificuldade de compreensão da comunicação como consequente da comunicação verbal prejudicada (processamento pragmático-inferencial e prosódico). O processamento pragmático inferencial refere-se à dificuldade em compreender sentenças metafóricas e de interpretar o contexto da fala. Já o processamento prosódico é alteração na compreensão e/ou produção de entonação melódica da fala incluindo características linguísticas (interrogação, por exemplo) e emocionais (expressão de alegria, por exemplo) (FONSECA et al, 2006; FONSECA et al, 2007; FONSECA et al, 2008).

As dificuldades em compreender a linguagem no sentido literal e figurado comprometem a troca de informações e têm sido identificadas comumente entre pacientes com lesões cerebrais do hemisfério direito (BLAKE; FRYMARK; VENEDICTOV, 2013; PACHET; ALLAN; ERSKINE, 2012). Fonseca et al (2006) destacam que lesões no hemisfério direito comprometem as habilidades de pensamento linguístico, o raciocínio analítico, a memória verbal e a produção e compreensão da linguagem .

Ainda sobre a dificuldade em compreender a comunicação, Chiari et al (2012) e Fonseca et al (2008) destacam que indivíduos com perdas auditivas apresentam dificuldades em compreender as mensagens recebidas. A perda da sensibilidade auditiva prejudica a comunicação uma vez que indivíduos parcial ou totalmente surdos não conseguem interpretar o que está sendo dito e não conseguem participar das trocas de informações.

A capacidade intelectual diminuída em crianças foi demonstrada por Lloyd, Paintin e Botting (2006) como um dos principais fatores para déficits na comunicação. Em um estudo realizado pelos autores foi identificado que 44% das crianças com coeficiente intelectual menor que 70 tinham desordens da comunicação.

Quanto à característica definidora dificuldade para manter o padrão usual de comunicação, dois estudos apontaram que indivíduos com lesão do hemisfério direito

apresentam dificuldades em manter um discurso com uma sequência lógica e organizado (BLAKE, FRYMARK e VENEDICTOV, 2013; FONSECA et al, 2007).

As alterações na fala sempre foram relacionadas ao hemisfério esquerdo, contudo, algumas pesquisas oriundas da revisão integrativa têm identificado papel importante do hemisfério direito no processo de comunicação. O hemisfério direito é responsável pelos processos de pensamento e análise das informações, qualquer injúria neste hemisfério pode levar o indivíduo a expressar-se de modo inadequado em decorrência da impossibilidade de manter a cadeia de pensamentos lógica (BLAKE, FRYMARK e VENEDICTOV, 2013).

CRETCHLEY et al (2010) observam que as dificuldades em dar continuidade aos pensamentos e manter a comunicação de forma clara e precisa é comum entre pacientes psiquiátricos, incluindo aqueles com esquizofrenia. Os autores observaram também que a desorientação e falta de concentração também corroboram para que os pacientes não mantenham a comunicação em um padrão usual.

Concernente ao fato da pessoa não conseguir falar, dois estudos evidenciaram a presença desta característica em pacientes hospitalizados (O'HALLORAN; WORRALL; HICKSON, 2011; HEMSLEY; BALANDIN, 2011). O'Halloran, Worrall, Hickson (2011) observaram que pacientes em unidades de tratamento de acidente vascular cerebral e em unidades de terapia intensiva não conseguiam falar devido ao tratamento recebido. Os autores ressaltam que a presença de tubos orotraqueais e traqueostomias impossibilitam os pacientes de verbalizar.

A condição de saúde do indivíduo também pode influenciar na fala. Mudanças anatômicas das cordas vocais e da laringe devido a injúrias ou cirurgia podem culminar na impossibilidade de verbalizar, bem como aquelas situações em que a dificuldade em falar está relacionada ao processo natural do envelhecimento das estruturas do aparelho fonador (XIONG et al, 2011; BEACH, 2007; DINNESEN; ANGESTEIN; DEUSTER, 2010).

No que se refere à verbalização inadequada, Beach (2007) destaca a ecolalia, palilalia e logoclonia como manifestações clínicas de problemas na comunicação. A ecolalia é a repetição do que o orador diz, enquanto a palilalia é a repetição daquilo que o próprio indivíduo diz. Já a logoclonia é a repetição da última sílaba das palavras (BEACH, 2007; ANDRIS, 2006). Além destas, Yonamine e Silva (2002) destacam a perseveração como verbalização imprópria. A fala com repetições de expressões e/ou frases, ou ainda, ininterrupta e inapropriada sobre um mesmo assunto são características da perseveração.

A pronúncia indistinta foi identificada como manifestação clínica em indivíduos tanto no ambiente de reabilitação como em situações agudas. A pronúncia indistinta pode ser manifesta em situações em que ocorrem oscilações no nível de consciência, desordens no processo de pensamento e em distúrbios psicológicos/psiquiátricos (POWER, ANDERSON, TOGHER; 2011; CRISTIAN et al, 2012; HAPP et al, 2011).

Quanto à característica definidora não fala, apenas dois estudos a evidenciaram como consequente do conceito em análise. Pacientes com defeitos congênitos nas estruturas do aparelho fonador apresentam limitação na comunicação verbal falada, podendo estar preservada a comunicação escrita (ZIMMERMAN et al, 2007; BEACH, 2007).

Durante a análise conceitual do diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada, observou-se que a literatura evidencia alguns sinais e sintomas clinicamente semelhantes no que se refere ao processo de comunicação, diferindo apenas em relação à sua etiologia. O primeiro deles é a afasia, esta foi evidenciada por dezesseis estudos como uma das principais manifestações clínicas de injúrias ao sistema nervoso central.

A afasia tem sido definida como um distúrbio da linguagem multimodal adquirida. Este distúrbio afeta a capacidade da pessoa de verbalizar, escrever e entender a língua falada e escrita, enquanto que outras habilidades cognitivas permanecem relativamente intactas (PATERSON, 2012; PACHET; ALLAN; ERSKINE 2012).

Outro sintoma é a disartria, comumente presente em pacientes com acidente vascular cerebral, esta manifestação clínica é caracterizada pelos movimentos lentos, fracos e imprecisos da fala devido a prejuízos neuromusculares (DINNESEN; ANGERSTEIN; DEUSTER, 2010; PATERSON, 2012).

A literatura ainda destaca a apraxia como um sintoma comum no processo da comunicação. Apesar de sua manifestação ocorrer de modo semelhante à disartria, a apraxia decorre do resultado do rompimento da programação motora ou do planejamento da fala sendo caracterizada pela variabilidade dos sintomas incluindo mutismo, dificuldade de iniciar a fala e problemas na transição silábica (FRANKOFF, 2011; MILLER, 2011).

Nas pesquisas analisadas evidenciou-se dislexia, disfemia e a disfasia como sintomas presentes em pacientes com problemas no sistema nervoso central, sejam eles adquiridos ou congênitos e que se caracterizam, de um modo geral, pela dificuldade em formar palavras.

Durante a realização da revisão integrativa da literatura os estudos de Beach (2007) e Pozos, Pratt e Singletonb (2011) evidenciaram ainda a disfemia ou gagueira como consequente do fenômeno de comunicação verbal prejudicada. A gagueira atualmente é apresentada como

uma característica definidora isolada do diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada, contudo apresenta elementos que a identificam como uma dificuldade em formar palavras.

Na taxonomia mais recente da NANDA-I (HERDMAN, 2015), os sintomas afasia, disfasia, apraxia e dislexia estão relacionados à característica definidora Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos. Já afonia, dislalia e disartria, estão ligadas à dificuldade em formar palavras.

Outras características definidoras de Comunicação verbal prejudicada exprimem a ideia de falar/verbalizar, são elas: fala com dificuldade, verbaliza com dificuldade, fala arrastada e dificuldade para formar sentenças. Ante a análise das definições dos termos anteriormente citados, observou-se que é possível a integração das referidas características definidoras em apenas duas de modo que os sinais e sintomas anteriormente citados possam ser classificados em dificuldade de formar palavras e em dificuldade em formar sentenças. A saber, afonia, dislalia, disartria, apraxia e disfemia consistem na dificuldade em formar palavras, já afasia e dislexia à dificuldade em formar sentenças. Deste modo, sugere-se que os títulos das características definidoras sejam: dificuldade em formar palavras (p. ex. disartria, dislalia, disfemia, afonia, apraxia) e dificuldade em formar sentenças (p. ex. afasia, dislexia).

Durante a análise de conceito foram identificadas três conseqüentes do fenômeno da comunicação verbal prejudicada que não estão presentes atualmente na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). A primeira delas foi a dificuldade de escrever. Power, Anderson e Togher (2011) evidenciaram a incapacidade de escrever em um indivíduo com doença de Huntington devido à coreia manifesta pelo paciente. Os movimentos involuntários do paciente o impediam de escrever de forma legível. Por outro lado, Yorkson, Yorkson e Baylor (2010) referem que a dificuldade na escrita como um dos problemas de comunicação comumente verificados entre pessoas idosas. A incapacidade em escrever pode estar presente por causa de alfabetização precária, problemas neuromusculares ou outros aspectos concernentes ao processo de envelhecimento.

Outro conseqüente identificado na literatura foi a dificuldade de ler. Embora apenas um estudo tenha destacado como resultante da comunicação verbal prejudicada entende-se que a capacidade de leitura diminuída evidencia prejuízo no processo de comunicação.

Segundo Yorkson, Yorkson e Baylor (2010), dificuldades com a leitura, assim como as dificuldades na escrita, são frequentemente observadas em idosos devido a baixa alfabetização ou dificuldades de enxergar. Outro fator que pode influenciar dificultando a leitura é a



característica do ambiente onde a mesma acontece. Ruídos e iluminação inadequada corroboram negativamente com o processo de comunicação (O'HALLORAN; WORRALL; HICKSON, 2011).

Por último, foi evidenciada a incapacidade de utilizar dispositivos para se comunicar como consequente da comunicação verbal prejudicada. Atualmente, vários recursos podem ser utilizados como meio de comunicação, tais como celulares, computadores e tablets com o uso ou não da internet (O'HALLORAN; WORRALL; HICKSON, 2011)

Em um estudo sobre facilidades e dificuldades no uso de ferramentas computacionais, Frias et al (2014) observaram falta de conhecimento para interagir com computadores, usar programas ou navegar na internet entre pessoas idosas. Tais faltas de conhecimento estavam relacionadas à lentidão no processamento de informações e diminuição na capacidade de retê-las quando submetidos a treinamentos para acessar a internet e as redes sociais.

Vale destacar que problemas de escrita, leitura e inclusão digital, são mais estudados por pesquisadores da área da educação e comunicação. Este fato justifica o número reduzido de estudos que evidenciaram a três características definidoras não inclusas na NANDA-I (HERDMAN, 2015) como consequentes do fenômeno da comunicação verbal prejudicada.

Quanto aos fatores relacionados, Prejuízo no sistema nervoso central foi o fator etiológico para comunicação verbal mais expressivo na literatura. As principais injúrias que levam à comunicação verbal prejudicada evidentes na literatura são o acidente vascular cerebral (NORDEHN; MEREDITH; BYE, 2006; PATERSON, 2012; os traumas cranioencefálicos (BLYTH et al, 2012; BURKE, 2008), os tumores cerebrais (FONSECA et al, 2008; FONSECA et al, 2007) e as doenças neurodegenerativas (POWER; ANDERSON; TOGHER, 2011; CRISTIAN et al, 2012).

Ressalta-se que a NANDA-I (HERDMAN, 2015) associa a presença de tumores cerebrais e a diminuição da circulação até o cérebro ao fator relacionado Condições fisiológicas. Segundo Guyton e Hall (2006), a fisiologia estuda as funções orgânicas em condições normais. Portanto, é incongruente a alocação de tais condições como fisiológicas, uma vez que elas retratam situações anormais.

No tocante às Barreiras ambientais, O'halloran, Worrall e Hickson (2011), observaram que a presença de ruídos nas unidades de acidente vascular cerebral desfavorecem a comunicação verbal entre os pacientes e os profissionais da saúde por interferirem no processo

de audição das mensagens emitidas. Outra barreira ambiental evidenciada na literatura foi a iluminação inadequada por dificultar a leitura e a escrita (BRUCE et al, 2013).

Em relação às barreiras físicas que podem causar prejuízo no processo de comunicação, a literatura destacou a presença de tubos orotraqueais e traqueostomia. O uso de tais artefatos principalmente em unidades de terapia intensiva tem sido descrito como limitante e prejudicado a comunicação entre pacientes e os profissionais de saúde, bem como entre seus familiares (LLENORE; OGLE, 1999; MAGNUS; TURKINGTON, 2006; HEMSLEY; BALANDIN, 2011).

Outro fator que pode limitar a comunicação de uma pessoa são os defeitos orofaríngeos. Dinnesen, Angerstein e Deuster (2010) relatam que o processo natural de envelhecimento pode causar mudanças nas estruturas das pregas vocais tornando a voz mais baixa de modo que o idoso tende a exercer maior esforço para emitir a voz. De modo semelhante, os defeitos orofaríngeos em decorrência de traumas têm sido demonstrados como fator etiológico para comunicação verbal prejudicada (XIONG et al, 2011).

Sabendo-se que a cultura diz respeito a crenças, comportamentos, conhecimento, costumes e hábitos, as diferenças culturais abrangem elementos que interferem diretamente na comunicação. Haja vista que pesquisas cujo objetivo é analisar minuciosamente os aspectos culturais que envolvem a comunicação são da área das ciências sociais, durante a análise de conceito as evidências relacionadas às diferenças culturais são limitadas ao idioma e ao conhecimento.

Concernente à barreira idiomática, Khan et al (2013), YIP et al (2013) e TIMMINS (2002), evidenciam em suas pesquisas que pacientes que não são proficientes no idioma do país onde moram têm maiores dificuldades em buscar os serviços de saúde, estabelecer vínculo com médicos, enfermeiros e outros profissionais, bem como compreender as recomendações feitas pelos cuidadores.

No que se refere às alterações no desenvolvimento, estas também têm sido identificadas na literatura como fator etiológico para a ocorrência de comunicação verbal prejudicada. Atrasos no desenvolvimento devido à patologia subjacente interferem no desenvolvimento social, intelectual, cognitivo e neuromotor, fatores diretamente relacionados ao processo da comunicação (LIMA et al, 2007; POWER; ANDERSON; TOGHER, 2011).

Concernente ao fator relacionado Alterações no autoconceito, observou-se que ele ocorre em paralelo com outros fatores relacionados como Prejuízo no sistema nervoso central. Fonseca et al (2006), relatam que pacientes com lesão no hemisfério direito por vezes apresentam alterações no autoconceito afetando diretamente a interação com outras pessoas de modo verbal, uma vez que esses pacientes tendem a isolar-se.

Quanto ao regime de tratamento como fator etiológico para comunicação verbal prejudicada, Zehnoff-Dinnesen, Angerstein e Deuster (2010), relatam que desordens da comunicação podem ser manifestas por idosos devido ao uso de algumas classes de medicamentos. De acordo com a literatura (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014; BRUNTON; CHABNER, KNOLLMANN, 2012), narcóticos, sedativos, hipnóticos ou psicotrópicos são classes de medicamentos que agem diretamente no sistema nervoso central, podendo influenciar nos processos de pensamento, e, conseqüentemente, na produção da fala. Vale ressaltar que, o uso de quaisquer medicamentos dessas classes, tem influência sobre o sistema nervoso central de pessoas em qualquer idade.

No que se refere à Informações insuficientes, Bryan, Freer e Furlong (2007), realizaram uma avaliação da linguagem e da comunicação de jovens infratores. Este estudo revelou que 66% dos jovens tinham habilidades linguísticas abaixo da média e que apenas 62% deles tinham estudado até a alfabetização. Os autores relatam que o acesso limitado a informações contribuiu para que estes jovens tenham dificuldades na comunicação por não conseguirem ler e interpretar os textos, bem como apresentarem erros ortográficos durante a escrita.

Na NANDA-I (HERDMAN, 2015), os fatores relacionados que se remetem à condições psicológicas ou psiquiátricas são Condições emocionais e Transtornos psicóticos, contudo elas não contemplam todas as classes de transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos. Nas buscas complementares à revisão integrativa, verificou-se que os transtornos psiquiátricos podem ser classificados como: transtornos do pensamento, transtornos do humor e transtornos de ansiedade (CARVALHO, 2012; SADOCK; SADOCK, 2007).

Dentro dos transtornos do pensamento classificam-se as psicoses e esquizofrenias, nos transtornos do humor estão as depressões e transtorno bipolar e, finalmente, nos transtornos da ansiedade, tem-se os transtornos da ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático (CARVALHO, 2012; SADOCK; SADOCK, 2007). Ainda que durante a análise de conceito apenas as depressões, transtornos bipolares, ansiedade e psicose tenham evidenciado influência na capacidade de comunicação

verbal de indivíduos com tais transtornos, acredita-se que os demais também possam influenciar no processo de troca de informações (CRETCHLEY et al, 2010; ZIMMERMAN et al, 2007; BAYLOR et al, 2009). Ante essas considerações, a proposta é que sejam inclusos os fatores relacionados com outra nomenclatura a fim de facilitar no processo de inferência diagnóstica. A saber, Transtornos do humor, Transtornos de ansiedade e Transtornos do pensamento. Deste modo, os fatores relacionados Condições emocionais e Transtorno psicótico seriam eliminados.

No tocante ao fator relacionado Percepções alteradas, foi observado que os estudos se remetem a esta condição considerando duas possibilidades de modificações na percepção relacionada, a saber, as perdas auditivas ou visuais (MILLER, 2011; DINNESEN; ANGERSTEIN; DEUSTER, 2010). Os déficits visuais estavam alocados no diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada como características definidoras, entretanto seis estudos evidenciaram essa condição clínica como fator etológico da comunicação verbal prejudicada.

Quanto às perdas auditivas, a NANDA-I (HERDMAN, 2015), não traz essa situação clínica relacionada à Comunicação verbal prejudicada, contudo dezesseis estudos evidenciaram os déficits auditivos parciais ou totais como antecedentes a problemas a comunicação verbal. CHIARI et al (2012) destacam em seu estudo que 25% das crianças com perda auditiva que participaram do estudo tinham histórico de repetência escolar, bem como atraso do desenvolvimento da fala e da linguagem. À vista disso, propõe-se o desmembramento do fator relacionado Percepções alteradas em Percepção auditiva alterada e Percepção visual alterada.

Outra característica definidora que foi evidenciada na literatura como fator relacionado foi a Dispneia. Dinnesen, Angerstein e Deuster (2010) e Auzou et al (2000) relatam que alterações na respiração podem levar à dificuldade em verbalizar. Na dispneia o indivíduo apresenta esforço aumentado para realizar as incursões respiratórias e fica ofegante. Uma vez que os que a emissão da voz se dá a partir do fluxo de ar oriundo dos pulmões, as alterações na respiração podem causar interrupções na fala, sendo evidente a relação de causal da dispneia e não de efeito.

Ainda em relação às características definidoras que foram evidenciadas como antecedentes de comunicação verbal prejudicada foram identificadas: Desorientação no tempo, Desorientação no espaço e Desorientação quanto a pessoas. Apenas o estudo de Hersh (2013) relatou tais condições como fator relacionado a prejuízos na comunicação, no entanto, entende-se que a incapacidade de situar-se no tempo, espaço ou reconhecer pessoas interfira diretamente

nos processos de comunicação por não permitir a interação adequada do indivíduo com o ambiente e com as pessoas que o cercam.

A análise da literatura ainda permitiu a identificação de três fatores etiológicos de comunicação verbal prejudicada que não estão presentes na NANDA-I (HERDMAN, 2015). Problema de memória foi evidenciado como antecedente a prejuízos na comunicação verbal. Melton e Shadden (2005) que uma das dificuldades encontradas para estabelecer a comunicação é a perda da memória comumente apresentada em idosos. Outras situações de injúrias ao sistema nervoso central podem causar problemas de memória, são elas os traumas cranioencefálicos, o acidente vascular cerebral e presença de tumores cerebrais (FONSECA et al, 2006).

Outro fator relacionado identificado foi a Fadiga. BAYLOR et al (2010) identificaram que a fadiga presente em pacientes com esclerose múltipla está associada à prejuízos na comunicação. A fadiga é, também, um diagnóstico de enfermagem presente na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015). Por ser uma sensação de exaustão e interferir nos processos de trabalho e atividades mentais no nível habitual, a fadiga pode causar prejuízos na comunicação.

Por último, Consciência alterada foi identificada como fator relacionado da comunicação verbal prejudicada. Pacientes com oscilações no nível de consciência geralmente verbalizam de forma confusa e não conseguem estabelecer interações com as outras pessoas. Em se tratando de pessoas em coma Magnus e Turkington (2006) relatam ser esta a situação clínica em unidades de terapia intensiva que mais desfavorece a relação entre pacientes e seus cuidadores.

## 7 CONCLUSÃO

A revisão teórica do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada permitiu reformular o conceito desta condição clínica a partir da exploração dos atributos críticos deste fenômeno bem como daqueles elementos que se comportam como características definidoras e fatores relacionados.

De acordo com esta revisão, identificou-se que a emissão, a decodificação e a recepção de mensagens compõem os atributos críticos do conceito de comunicação. Foi possível identificar que a comunicação verbal pode ser escrita ou falada. Após a análise de conceito de comunicação e a transposição para o diagnóstico de enfermagem Comunicação prejudicada, observou-se que a definição atual do diagnóstico é mais ampla que o seu título, pois inclui aspectos da comunicação não verbal.

Em relação aos elementos que compõem o diagnóstico, foram identificadas 11 características definidoras, destas, quatro não estão presente na taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015), a saber, pronúncia indistinta, Dificuldade de escrever, Dificuldade de ler e Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar. Durante a análise de conceito observou-se que quatro características definidoras expressavam a ideia de dificuldade em falar/verbalizar, estas características foram aglomeradas em apenas duas: Dificuldade para formar sentenças (afasia, dislexia) e Dificuldade para formar palavras (afonia, apraxia, disartria, disfemia, dislalia).

Foi identificado que cinco características definidoras referiam-se à comunicação não verbal e que as características definidoras Dispneia, Desorientação no espaço, Desorientação no tempo e Desorientação em relação à pessoas, Déficit visual total e Déficit visual parcial comportavam-se como antecedentes do conceito em análise, sendo, portanto incorporadas aos fatores relacionados.

Quanto aos fatores etiológicos do conceito, foram identificados nove fatores relacionados presente na NANDA-I (HERDMAN, 2015). Os fatores relacionados Condições emocionais e Transtorno psicótico foram desmembradas em quatro: Transtornos do humor, Transtornos do pensamento e Transtornos da ansiedade. No tocante ao fator relacionado Percepção alterada, este foi também desmembrado em Percepção visual alterada e Percepção auditiva alterada.

Por fim, a análise de conceito evidenciou Problema de memória, Fadiga e Consciência alterada como fatores relacionados de comunicação verbal prejudicada. A proposta final é submeter para a análise com peritos e validação clínica a definição do diagnóstico, bem como as 11 características definidoras e os 21 fatores relacionados oriundos desta revisão.

Ademais, pode ser considerada limitação do estudo o uso de bases de dados apenas da área da saúde para a análise de um conceito, que é amplo e abrange várias áreas do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. J. R., NAKANO, T. C. Desempenho criativo e suas relações com diferentes medidas de inteligência em crianças com dislexia do desenvolvimento: um estudo exploratório. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**. v.28, n.2. 280-291, 2015.
- ANDRADE et al. **Programa psicopedagógico de detección, asistencia y estimulación lingüística de problemas de dislalia en niños de jardines infantiles de la Ciudad de Sucre**. Ciencias Sociales Handbooks - ©ECORFAN. Sucre, 2014.
- ANDRIS et al. **Semiologia bases para a prática assistencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinicallinguistics&phonetics.**, v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.
- ARVIGO, M. C. Tempo e e aspecto gramatical no déficit específico da linguagem. **ReVEL**, edição especial n. 6, 2012.
- AZIZE, P. M.; HUMPHREYS, A.; CATTANI, A. The impact of language on the expression and assessment of pain in children. **Intensive and Critical Care Nursing**. v. 27, p. 235-243, 2011.
- BAYLOR, C. R. *et al.* Developing the Communicative Participation Item Bank: Rasch Analysis Results From a Spasmodic Dysphonia Sample. **Speech Lang Hear Res**. v. 52, n. 5, p. 1302–1320. Oct. 2009.
- BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 19, p. 143–153, may. 2010.
- BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol**. v. 47, p. 29-46, 2007.
- BLAKE, M. L.; FRYMARK, T.; VENEDICTOV, R. An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. **Jour nal of Speech-Language Pathology**. v. 22, n. 146, p. 146–160, feb. 2013.
- BLYTH, T. *et al.* A comparison of two assessments of high level cognitive communication disorders in mild traumatic brain injury. **Brain Injury**, v. 26, n. 3, p. 234–240, mar. 2012.
- BOTTAN, E. R. et al. Relação entre ansiedade ao tratamento odontológico e fatores sociodemográficos: estudo com adultos em Santa Catarina (Brasil). **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 1, p. 57-70, 2015
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; ROSSATO, L. M. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. **RevEscEnferm USP**. n. 43, Esp. 2. p.1331-6, 2009.



BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Nº 112, Seção 1. 13 de julho de 2013.

BRUCE, C. M. A. *et al.* Development and Evaluation of the Environment and Communication Assessment Toolkit with Speech-Language Pathologists. **Semin Speech Lang**. v. 34, p. 42–52, 2013.

BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A., KNOLLMANN, B. C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman**. Porto Alegre: Artmed, 12. ed. 2012.

BRYAN, K.; FREER, J.; FURLONG, C. Language and communication difficulties in juvenile offenders. **Int. J. Lang. Comm. Dis**. v. 42, n. 5, p. 505–520, sep-oct. 2007.

BURKE, R. *et al.* Message Retrieval for Survivors of Traumatic Brain Injury. **Augmentative and Alternative Communication**. v. 24, n. 1, p. 56 – 63, Mar. 2008.

CAMBALLERO, N. M. P. *et al.* La disfasia desde el enfoque de lacomunicación. **RevHumMed**. v.13 n.2 Ciudad de Camaguey, 2013.

CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012

CASTRO, P. O. *et al.* Nursing Diagnosis of Grieving: Content Validity in Perinatal Loss Situations. **Int J NursKnowl**. Dec 3. 2013.

CATALANO, J. C. *et al.* Clinical validation of ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance, and impaired gas exchange. **Image J Nurs Sch**. v.30, n. 3, p. 243-8. 1998.

CAVALCANTE, T. F. **Perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

CAVALCANTE, T. F., *et al.* Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso)**, v. 21, p. 250-258, 2013.

CAVALCANTI, A. C. D., *et al.* Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. **Enfermería Global**. n. 30, p. 41-53, 2013.

CAVALCANTI, A. C. D., PEREIRA, J. M. V. **Fadiga**. In: NANDA International Inc.; Herdman T. H., LOPES, M. V. O., ALMEIDA, M. A., CHIANCA, T. C. M., organizadores. **PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. P. 117-144. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 1)

CHARLTON, C. R. *et al.* Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. v. 20, p. 382–388, 2008.

CHAVES, D. B. R. *et al.* Comunicação verbal prejudicada - Investigação no período pós-acidente vascular encefálico. **Rev Rene**. v. 14, n. 5, p.877-85, 2013.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

CHIARI, B. M. *et al.* Perda auditiva sensorineural unilateral e distúrbios da comunicação. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n.1, p. 1-6, 2012.

COSTA, S. S. Audição, comunicação e linguagem: um convite à reflexão. **Revista HCPA**. v.19, n. 2, p. 147-66, 1999.

CRETCHLEY, J. *et al.* Conversations Between Carers and People With Schizophrenia: A Qualitative Analysis Using Leximancer. **Qualitative Health Research**. v. 20, n. 12, p. 1611–1628, 2010.

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. Advance Access publication. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

CRISTIAN, A. *et al.* Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v. 23, p. 343–347, 2012.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

FARIAS, J. N. *et al.* **Diagnósticos de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Gráfica Santa Marta. 1990.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 2, 2008.

FAVRETTO, D. O., EMILIA, C. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 2. 2008.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**. v. 16, (6 Pt 1), p. 625-9.1987.

FERNANDES, M.G. M. *et al.* Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev Bras Enferm**. Brasília, n. 64, v. 6. p. 1150-6, 2011.

FONSECA R. P. *et al.* Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. **Psicologia USP**. v.17, n. 4, p. 241-262, 2006.

FONSECA, R. P. *et al.* Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia Brasileira Bateria MAC. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 4, out-dez. 2008

FONSECA, R. P.; PARENTE, M. A. M. P. Metanálise de estudos do processamento comunicativo em indivíduos com lesão vascular direita. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 24, n.4, p. 529-538, out-dez, 2007.

FOX, A. V.; DODD, B.; HOWARD, D. Risk factors for speech disorders in Children **Int. j. lang. comm. dis.** v. 37, n. 2, p. 117–131, 2002.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011.

GENOVESE, E.; VALLARINO, M. V.; FARNETI, D. AAC in communication disorders. **Audiológica Medicine**. v. 8, p. 199-201, 2010.

GERRISH, K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. **Health and nursing policy issues**. p. 566-574, 2001.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage.** v. 27, n. 4, p. 356-365, 2004

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

GUEDES, N. G., et al. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (Online)**, v. 47, p. 742-749, 2013.

Guia profissional para sinais e sintomas./[revisão técnica Maria de Fátima Azevedo; tradução Aline Vecchi et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ªed, 2005.

HAPP, M. B. *et al.* SPEACS-2: Intensive Care Unit “Communication Rounds” with Speech Language Pathology. **Geriatric Nursing**. v. 31, n. 3, p. 170-177, 2010.

HATTIER, M. A. *et al.* Communication deficits in infants and toddlers with developmental Disabilities. **Research in Developmental Disabilities**. v. 32, p. 2108–2113, 2011.

HEMSLEY, B.; BALANDIN, S. The “Big 5” and beyond: Nurses, paid carers, and adults with developmental disability discuss communication needs in hospital. **Applied Nursing Research**. v. 24, p. e51–e58, 2011.

HEMSLEY, B.; BALANDIN, S. The “Big 5” and beyond: Nurses, paid carers, and adults with developmental disability discuss communication needs in hospital. **Applied Nursing Research**. v. 24, p. e51–e58, 2011.

HERDMAN T. H, editor. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HOSKINS, L. M. **Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research**. In: Carrol-Johnson RM, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 126-31.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

KATZUNG, B. G., MASTERS, S. B., TREVOR, A. J. **Farmacologia básica e clínica**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KHAN, A. A. *et al.* Communication Barriers Among Spanish-Speaking Women With Pelvic Floor Disorders: Lost in Translation? **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. v. 19, n. 3, p. 157-164, may-jun. 2013.

KNAPP, M. L. **La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno**. Barcelona: Paidós, 1980.

LAKATOS, P. *et al.* The spectrotemporal filter mechanism of auditory selective attention. **Neuron**. v. 77, p. 750–61, 2013.

LIMA, F. T. *et al.* Alterações fonoaudiológicas presentes em um caso de síndrome de Goldenhar. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v. 12, n. 2, p.141-5, 2007.

LLENORE, E.; OGLE, K. R. Nurse-patient communication in the intensive care unit a review of the literature. **Aust Crit Care**. v.12, n. 4, p. 142-45, 1999.

LLOYD, H.; PAINTIN, K.; BOTTING, N. Performance of children with diferente types of communication impairment on the Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF). **ChildLanguageTeachingandTherapy**. v. 22, n.1, p. 47–67, 2006.

LOPES, M.V.O; SILVA, V.M, ARAÚJO, T. L. **Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos**. In: NANDA Internacional Inc.; Herdman TH, Carvalho EC, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013a.p.85-129. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

LUCH CANUT, M. T. **Pesquisa em diagnósticos de enfermagem da Nanda International, Inc**. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p.65-108. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 3).

MAGNUS, V. S.; TURKINGTON, L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. **IntensiveandCriticalCareNursing**. v. 22, p. 167—180, 2006.

MAZONI, S. R., CARVALHO, E. C., SANTOS, C. B. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 21(Spec). 09 telas. 2013.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidencebased practice**. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidencebased practice in

nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; p.3-24, 2005.

MELTON, A. K.; SHADDEN, B. B. Linguistic accommodations to older adults in the community: The role of communication disorders and partner motivation. **Advances in Speech–Language Pathology**. v. 7, n. 4, p. 233 – 244, Dec. 2005.

MILLER, C. A. Auditory Processing Theories of Language Disorders: Past, Present, and Future. **Language, speech, and hearing services in schools**. v. 42, p. 309–319, jul. 2011.

MONTENEGRO; FILHO, R. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORGAN A. T., VOGEL, A. P. Intervención para la disartria asociada con la lesión cerebral adquirida en niños y adolescentes. (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2008.

MOURÃO, C. M. L, et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev Rene**. v.10, n. 3. p.139-145, 2009.

MÜLLER-STAU, M; PAANS, W. **Agenda para a pesquisa em diagnósticos de enfermagem**. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p.117-148. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 2).

MUTCHLER, J. E. *et al.* Language Barriers Surrounding Medication Use among Older Latinos. **J Cross Cult Gerontol**. v. 22, p. 101–114, 2007.

NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L.A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil**. v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.

O’HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j lang commun disord**. v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

OLIVEIRA, S. O. *et al.* Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos dos pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev Eletr Enf**. v. 7, n. 1. 2005.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Lisboa, 2004.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, OPAS, 2005.

PACHET, A.; ALLAN, L.; ERSKINE, L. Assessment of Fluctuating Decision-Making Capacity in Individuals With Communication Barriers: A Case Study. **Top Stroke Rehabil**. v.19, n. 1, p. 75–85, 2012.

PASCOAL, L. M. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas, padrão respiratórios ineficaz e troca de gases prejudicadas.** 2015. 239f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2015.

PASQUALI, L. Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Ação e Medida – LabPAM, 1999.  
 PEREIRA, L. L. S; BENITE, C. R. M; BENITE, A. M. C. Análise da comunicação verbal produzida na formação em rede de professores de ciências para a educação inclusiva. *RevEletrônica de Enseñanza de las Ciencias.* v.12, n. 1. p. 62-84, 2013.  
 POLIT, D. F; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard.** v. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington's Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders.** v. 44, p. 261–275, 2011.

POZOS, D. Q.; PRATT, A. J. F.; SINGLETONB, J. L. Do Developmental Communication Disorders Exist in the Signed Modality? Perspectives From Professionals. **Language, speech, and hearing services in schools.** v. 42, p. 423–443, oct. 2011.

QI, X. et al. Clinical experiences of NBI laryngoscope in diagnosis of laryngeal lesions. **Int J Clin Exp Med.** v. 7, n. 10, p. 3305-12, 2014.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F., SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 3, p. 321-6, 2006.

RODGERS, L. B. **Concept analysis: an evolutionary view.** In: Rodgers BL, Knalf AK. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 4, p.495-8, 2007

SANTOS, E. R. et al. Validação do conceito risco de débito cardíaco diminuído. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 21, (Spec), 8 telas, 2013.

SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H. S. **An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development.** In: Rodgers BL, Knalf KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.

SELLARS, C.; HUGHES, T.; LANGHORNE, P. Speech and language therapy for dysarthria due to nonprogressive brain damage: a systematic Cochrane review. **Clinical Rehabilitation**. v.16, p. 61–68, 2002.

SILVA, P. O.; GORINI, M. I. P. C. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n. 3,7 telas. 2012.

SIMON, M. A. *et al.* Perceptions of Patient-Provider Communication in Breast and Cervical Cancer-Related Care: A Qualitative Study of Low-Income English- and Spanish-Speaking Women. **J Community Health**. v. 38, p. 707–715, 2013.

SPAGNUOLO, R. S; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência&SaúdeColetiva**. v. 12, n. 6. p. 1603-1610, 2007.

STEFANELLI, M C. Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa. [Livre Docência]. Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1990.

TIMMINS, C. L. The impact of language barriers on the health care of latinos in the united states: a review of the literature and guidelines for practice. **JournalofMidwifery&Women's Health**. v. 47, n. 2, Mar-Apr, 2002.

VITTO, M. M. P.; FERES, M. C. L. C. Distúrbios da comunicação oral em crianças. **Medicina, RibeirãoPreto**. v. 38, n. ¾, p. 229-234, jul./dez. 2005.

WALKER, L. O; AVANT, K. A. **Strategies for theory construction in nursing**.5ed. Texas: Pearson, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**.v.52, n.5, p. 546–553, 2005.

XIONG, T. *et al.* Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in randomised controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. **Disability and Rehabilitation**. v. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.

YEO, H. G. *et al.* Diagnosis of spasmodic dysphonia manifested by swallowing difficulty in videofluoroscopic: swallowing study. **Rehabil Med**. v. 39, n. 2, p.313-317, 2015.

YIP, M. P. *et al.* The Role of Self-Efficacy in Communication and Emergency esponse in Chinese Limited English Proficiency (LEP) Populations. **Health PromotionPractice**. v. 14, n. 3, p. 400-407, may. 2013.

YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.  
PRESTES, M. R. D. *et al.* Communication disorders in subjects with normal hearing: a behavioral and electrophysiological study. **Braz J Otorhinolaryngol**. v.79, n. 1, p. 65-74, 2013.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med Rehabil Clin N Am.** v. 21, p. 309–319, 2010.

ZELÉNÍKOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Caregiver Role Strain in the Czech Republic. **Int J NursKnowl.** Jan 3. 2014.

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology.** v. 16, p. 359–367, nov. 2007.



## APÊNDICE A - PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA

<b>REVISÃO INTEGRATIVA-PROTOCOLO</b>
<b>Tema:</b> Comunicação verbal prejudicada
<b>1) Objetivo:</b> Apresentar o conhecimento produzido sobre a comunicação verbal prejudicada .
<b>2) Questões norteadoras:</b> ✓ <i>Qual é a definição de Comunicação verbal prejudicada?</i> ✓ <i>Quais são os atributos críticos, antecedentes e consequentes da comunicação verbal prejudicada em pacientes nos diversos cenários clínicos?</i> ✓ <i>Como os atributos, antecedentes e consequentes são definidos e mensurados?</i>
<b>3) Estratégias para pesquisa:</b> <b>Bases de dados:</b> ✓ Scopus ✓ Cinahl ✓ PubMed ✓ Lilacs ✓ Cochrane ✓ Livros texto ✓ Artigos extras
<b>Descritores controlados (MeSH/DeCS):</b> ✓ <i>Communication</i> ✓ <i>Communication disorders</i> ✓ <i>Communication barriers</i>
<b>Critérios de inclusão:</b> ✓ <i>Artigos completos disponíveis eletronicamente de forma gratuita diretamente da base ou via portal de periódicos da CAPES;</i> ✓ <i>Artigos que contemplassem as questões norteadoras;</i> ✓ <i>Artigos que abordassem o conceito a ser analisado;</i> ✓ <i>Artigos escritos nos idiomas português, inglês e espanhol.</i>
<b>Critérios de exclusão:</b> ✓ <i>Cartas ao editor</i> ✓ <i>Editoriais</i>
<b>4) Estratégias de coleta de dados</b> ✓ Instrumento de Chaves (2008) adaptado por Guedes (2011).
<b>5) Estratégia para avaliação crítica dos estudos</b> ✓ APÊNDICE B ✓ Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)
<b>6) Síntese dos dados</b> ✓ Caracterização dos estudos ✓ Categorização das temáticas ✓ Análise de conceito por Walker e Avant (2011)

### Referências

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas.** 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2011.

WALKER, L. O; AVANT, K. A. **Strategies for theory construction in nursing.** 5ed. Texas: Pearson, 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidencebased practice.** In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; p.3-24, 2005.

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS A SEREM  
INCLUSOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

<p><b>1) Título do artigo:</b> _____</p> <p><b>2) O desenho de estudo proposto é adequado para responder á questão de pesquisa?</b> ( ) sim ( ) não</p> <p><b>3) Há clareza na identificação da trajetória metodológica?</b> a) Método empregado: ( ) sim ( ) não b) Seleção dos sujeitos: ( ) sim ( ) não c) Critérios de inclusão/exclusão: ( ) sim ( ) não</p> <p><b>4) O estudo apresenta elementos relacionados à comunicação verbal?</b> ( ) sim ( ) não</p> <p><b>5) Artigo incluído?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
--

**APÊNDICE C - CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E SUAS RESPECTIVAS REFERÊNCIAS ORIUNDAS DA REVISÃO INTEGRATIVA**

<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b>
<b>Incapacidade de falar o idioma do cuidador</b>
<p>KHAN, A. A. et al. Communication Barriers Among Spanish-Speaking Women With Pelvic Floor Disorders: Lost in Translation? <i>Female Pelvic Medicine &amp; Reconstructive Surgery</i>. v. 19, n. 3, p. 157-164, may-jun. 2013.</p> <p>MUTCHLER, J. E. et al. Language Barriers Surrounding Medication Use among Older Latinos. <i>J Cross Cult Gerontol</i>. v. 22, p. 101–114, 2007.</p> <p>CHARLTON, C. R. et al. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>. v. 20, p. 382–388, 2008.</p> <p>SIMON, M. A. et al. Perceptions of Patient-Provider Communication in Breast and Cervical Cancer-Related Care: A Qualitative Study of Low-Income English- and Spanish-Speaking Women. <i>J Community Health</i>. v. 38, p. 707– 715, 2013.</p> <p>TIMMINS, C. L. The impact of language barriers on the health care of latinos in the united states: a review of the literature and guidelines for practice. <i>Journal of Midwifery &amp; Women's Health</i>. v. 47, n. 2, Mar-Apr, 2002.</p> <p>AZIZE, P. M.; HUMPHREYS, A.; CATTANI, A. The impact of language on the expression and assessment of pain in children. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. v. 27, p. 235-243, 2011.</p> <p>GERRISH, K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. <i>Health and nursing policy issues</i>. p. 566-574, 2001.</p> <p>YIP, M. P. et al. The Role of Self-Efficacy in Communication and Emergency response in Chinese Limited English Proficiency (LEP) Populations. <i>Health Promotion Practice</i>. v. 14, n. 3, p. 400-407, may. 2013.</p>
<b>Recusa em falar</b>
<p>XIONG, T. <i>et al.</i> Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in randomised controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. <b>Disability and Rehabilitation</b>. v. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.</p> <p>DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. <b>Audiological Medicine</b>. v. 8, p. 184–190, 2010.</p>

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 16, p, 359–367, nov. 2007.

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol**. v. 47, p. 29-46, 2007.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n, 2, 2008.

### Dificuldade para compreender a comunicação

BLAKE, M. L.; FRYMARK, T.; VENEDICTOV, R. An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. **Journal of Speech-Language Pathology**. v. 22, n. 146, p. 146–160, feb. 2013.

LLOYD, H.; PAINTIN, K.; BOTTING, N. Performance of children with diferente types of communication impairment on the Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF). **Child Language Teaching and Therapy**. v. 22, n.1, p. 47–67, 2006.

FONSECA R. P. *et al.* Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. **Psicologia USP**. v.17, n. 4, p. 241-262, 2006.

FONSECA, R. P. *et al.* Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia Brasileira Bateria MAC. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 4, out-dez. 2008.

COSTA, S. S. Audição, comunicação e linguagem: um convite à reflexão. **Revista HCPA**. v.19, n. 2, p. 147-66, 1999.

FONSECA, R. P.; PARENTE, M. A. M. P. Metanálise de estudos do processamento comunicativo em indivíduos com lesão vascular direita. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 24, n.4, p. 529-538, out-dez, 2007.

CHIARI, B. M. *et al.* Perda auditiva sensorineural unilateral e distúrbios da comunicação. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n.1, p. 1-6, 2012.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders**. v. 44, p. 261–275, 2011.

PACHET, A.; ALLAN, L.; ERSKINE, L. Assessment of Fluctuating Decision-Making Capacity in Individuals With Communication Barriers: A Case Study. **Top Stroke Rehabil**. v.19, n. 1, p. 75–85, 2012.

CRISTIAN, A. *et al.* Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v. 23, p. 343–347, 2012.

HATTIER, M. A. *et al.* Communication deficits in infants and toddlers with developmental Disabilities. **Research in Developmental Disabilities**. v. 32, p. 2108–2113, 2011.

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord**. v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011

#### **Dificuldade para manter a comunicação**

BLAKE, M. L.; FRYMARK, T.; VENEDICTOV, R. An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. **Journal of Speech-Language Pathology**. v. 22, n. 146, p. 146–160, feb. 2013.

FONSECA, R. P. *et al.* Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia Brasileira Bateria MAC. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 4, out-dez. 2008.

FONSECA, R. P.; PARENTE, M. A. M. P. Metanálise de estudos do processamento comunicativo em indivíduos com lesão vascular direita. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 24, n.4, p. 529-538, out-dez, 2007.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing**. v. 7, n, 2, 2008.

#### **Não consegue falar**

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord**. v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

HEMSLEY, B.; BALANDIN, S. The “Big 5” and beyond: Nurses, paid carers, and adults with developmental disability discuss communication needs in hospital. **AppliedNursingResearch**. v. 24, p. e51–e58, 2011.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing**. v. 7, n, 2, 2008.

#### **Verbalização inadequada**

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol**. v. 47, p. 29-46, 2007.

YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. **ArqNeuropsiquiatr.** v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n, 2, 2008.

#### **Dificuldade para formar sentenças (afasia)**

NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.

XIONG, T. *et al.* Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in 85sociada85 controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. **Disability and Rehabilitation.** V. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine.** v. 8, p. 184–190, 2010.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard.** V. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

BURKE, R. *et al.* Message Retrieval for Survivors of Traumatic Brain Injury. **Augmentative and Alternative Communication.** V. 24, n. 1, p. 56 – 63, Mar. 2008.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage.** V. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinicallinguistics&phonetics.**, v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

FONSECA, R. P.; PARENTE, M. A. M. P. Metanálise de estudos do processamento comunicativo em indivíduos com lesão vascular direita. **Estudos de Psicologia Campinas.** V. 24, n.4, p. 529-538, out-dez, 2007.

PACHET, A.; ALLAN, L.; ERSKINE, L. Assessment of Fluctuating Decision-Making Capacity in Individuals With Communication Barriers: A Case Study. **Top Stroke Rehabil.** v.19, n. 1, p. 75–85, 2012.

CRISTIAN, A. *et al.* Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. **Phys Med RehabilClin N Am.** V. 23, p. 343–347, 2012.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med Rehabil Clin N Am.** V. 21, p. 309–319, 2010.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord.** V, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

**Dificuldade para formar palavras (afonia, disartria, dislalia, apraxia, disfemia)**

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol.** V. 47, p. 29-46, 2007.

NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard.** V. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

BURKE, R. *et al.* Message Retrieval for Survivors of Traumatic Brain Injury. **Augmentative and Alternative Communication.** V. 24, n. 1, p. 56 – 63, Mar. 2008

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinicallinguistics&phonetics.**, v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000

YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. **ArqNeuropsiquiatr.** v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol.** V. 47, p. 29-46, 2007.

NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil.** v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine.** v. 8, p. 184–190, 2010.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard.** V. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.



BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol.** V. 47, p. 29-46, 2007.

SELLARS, C.; HUGHES, T.; LANGHORNE, P. Speech and language therapy for dysarthria due to nonprogressive brain damage: a systematic Cochrane review. **Clinical Rehabilitation.** V.16, p. 61–68, 2002.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage.** V. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.

BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology.** V. 19, p. 143–153, may. 2010.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinicallinguistics&phonetics.**, v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

MORGAN A. T., VOGEL, A. P. Intervención para la disartria 87sociadaconla lesión cerebral adquirida en niños y adolescentes. (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2008.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders.** V. 44, p. 261–275, 2011.

PACHET, A.; ALLAN, L.; ERSKINE, L. Assessment of Fluctuating Decision-Making Capacity in Individuals With Communication Barriers: A Case Study. **Top Stroke Rehabil.** v.19, n. 1, p. 75–85, 2012.

CRISTIAN, A. *et al.* Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. **Phys Med RehabilClin N Am.** V. 23, p. 343–347, 2012.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med RehabilClin N Am.** V. 21, p. 309–319, 2010.

O’HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord.** V, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

#### Dificuldade de escrever

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders.** v. 44, p. 261–275, 2011.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. <b>Phys Med RehabilClin N Am.</b> v. 21, p. 309–319, 2010.
<b>Dificuldade de ler</b>
YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. <b>PhysMedRehabilClin N Am.</b> v. 21, p. 309–319, 2010.
<b>Incapacidade de usar dispositivos para se comunicar</b>
YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. <b>PhysMedRehabilClin N Am.</b> v. 21, p. 309–319, 2010.
<b>Pronúncia indistinta</b>
POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. <b>Journal of Communication Disorders.</b> v. 44, p. 261–275, 2011.
CRISTIAN, A. <i>et al.</i> Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. <b>Phys Med RehabilClin N Am.</b> v. 23, p. 343–347, 2012.
HAPP, M. B. <i>et al.</i> SPEACS-2: Intensive Care Unit “Communication Rounds” with Speech Language Pathology. <b>GeriatricNursing.</b> v. 31, n. 3, p. 170-177, 2010.
FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. <b>Online BrazilianJournalofNursing.</b> v. 7, n. 2, 2008.
<b>FATORES RELACIONADOS</b>
<b>Prejuízo no sistema nervoso central</b>
BLYTH, T. <i>et al.</i> A comparison of two assessments of high level cognitive communication disorders in mild traumatic brain injury. <b>Brain Injury,</b> v. 26, n. 3, p. 234–240, mar. 2012.
NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. <b>Top Stroke Rehabil.</b> v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.
GENOVESE, E.; VALLARINO, M. V.; FARNETI, D. AAC in communication disorders. <b>Audiológica Medicine.</b> v. 8, p. 199-201, 2010.
BLAKE, M. L.; FRYMARK, T.; VENEDICTOV, R. An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. <b>Journal of Speech-Language Pathology.</b> v. 22, n. 146, p. 146–160, feb.2013.

XIONG, T. *et al.* Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in randomised controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. **Disability and Rehabilitation**. v. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil**. v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard**. v. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol**. v. 47, p. 29-46, 2007

BURKE, R. *et al.* Message Retrieval for Survivors of Traumatic Brain Injury. **Augmentative and Alternative Communication**. v. 24, n. 1, p. 56 – 63, Mar. 2008.

SELLARS, C.; HUGHES, T.; LANGHORNE, P. Speech and language therapy for dysarthria due to nonprogressive brain damage: a systematic Cochrane review. **Clinical Rehabilitation**. v.16, p. 61–68, 2002.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage**. v. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinicallinguistics&phonetics**., v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

MORGAN A. T., VOGEL, A. P. Intervención para la disartria asociada con lesión cerebral adquirida en niños y adolescentes. (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2008.

FONSECA R. P. *et al.* Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. **Psicologia USP**. v.17, n. 4, p. 241-262, 2006.

FONSECA, R. P. *et al.* Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia Brasileira Bateria MAC. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 4, out-dez. 2008.

FONSECA, R. P.; PARENTE, M. A. M. P. Metanálise de estudos do processamento comunicativo em indivíduos com lesão vascular direita. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 24, n.4, p. 529-538, out-dez, 2007.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington's Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders.** v. 44, p. 261–275, 2011.

PACHET, A.; ALLAN, L.; ERSKINE, L. Assessment of Fluctuating Decision-Making Capacity in Individuals With Communication Barriers: A Case Study. **Top Stroke Rehabil.** v.19, n. 1, p. 75–85, 2012.

LLENORE, E.; OGLE, K. R. Nurse-patient communication in the intensive care unit a review of the literature. **AustCrit Care.** v.12, n. 4, p. 142-45, 1999.

CRISTIAN, A. *et al.* Safety Considerations for Patients with Communication Disorders in Rehabilitation Medicine Settings. **Phys Med RehabilClin N Am.** v. 23, p. 343–347, 2012.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med RehabilClin N Am.** v. 21, p. 309–319, 2010.

HATTIER, M. A. *et al.* Communication deficits in infants and toddlers with developmental Disabilities. **Research in Developmental Disabilities.** v. 32, p. 2108–2113, 2011.

CRETCHLEY, J. *et al.* Conversations Between Carers and People With Schizophrenia: A Qualitative Analysis Using Leximancer. **Qualitative Health Research.** v. 20, n. 12, p. 1611–1628, 2010.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord.** v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

HAPP, M. B. *et al.* SPEACS-2: Intensive Care Unit “Communication Rounds” with Speech Language Pathology. **GeriatricNursing.** v. 31, n. 3, p. 170-177, 2010.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n, 2, 2008.

#### **Barreiras ambientais**

BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology.** v. 19, p. 143–153, may. 2010.

VITTO, M. M. P.; FERES, M. C. L. C. Distúrbios da comunicação oral em crianças. **Medicina, Ribeirão Preto.** v. 38, n. ¾, p. 229-234, jul./dez. 2005.

BRUCE, C. M. A. *et al.* Development and Evaluation of the Environment and Communication Assessment Toolkit with Speech-Language Pathologists. **Semin Speech Lang.** v. 34, p. 42–52, 2013.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord.** v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 7, n, 2, 2008.

#### **Barreiras físicas (traqueostomia, intubação)**

LLENORE, E.; OGLE, K. R. Nurse-patient communication in the intensive care unit a review of the literature. **AustCrit Care.** v.12, n. 4, p. 142-45, 1999.

MAGNUS, V. S.; TURKINGTON, L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. **Intensive and Critical Care Nursing.** v. 22, p. 167—180, 2006.

HAPP, M. B. *et al.* SPEACS-2: Intensive Care Unit “Communication Rounds” with Speech Language Pathology. **Geriatric Nursing.** v. 31, n. 3, p. 170-177, 2010.

HEMSLEY, B.; BALANDIN, S. The “Big 5” and beyond: Nurses, paid carers, and adults with developmental disability discuss communication needs in hospital. **AppliedNursingResearch.** v. 24, p. e51–e58, 2011.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n, 2, 2008.

#### **Defeito orofaríngeo**

XIONG, T. *et al.* Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in randomised controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. **Disability and Rehabilitation.** v. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine.** v. 8, p. 184–190, 2010.

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol.** v. 47, p. 29-46, 2007.

LIMA, F. T. *et al.* Alterações fonoaudiológicas presentes em um caso de síndrome de Goldenhar. **RevSocBrasFonoaudiol.** v. 12, n. 2, p.141-5, 2007.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n, 2, 2008.

### Diferenças culturais

KHAN, A. A. *et al.* Communication Barriers Among Spanish-Speaking Women With Pelvic Floor Disorders: Lost in Translation? **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. v. 19, n. 3, p. 157-164, may-jun. 2013.

MUTCHLER, J. E. *et al.* Language Barriers Surrounding Medication Use among Older Latinos. **J Cross Cult Gerontol**. v. 22, p. 101–114, 2007.

CHARLTON, C. R. *et al.* Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. v. 20, p. 382–388, 2008.

SIMON, M. A. *et al.* Perceptions of Patient-Provider Communication in Breast and Cervical Cancer-Related Care: A Qualitative Study of Low-Income English- and Spanish-Speaking Women. **J Community Health**. v. 38, p. 707–715, 2013.

TIMMINS, C. L. The impact of language barriers on the health care of latinos in the united states: a review of the literature and guidelines for practice. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v. 47, n. 2, Mar-Apr, 2002.

AZIZE, P. M.; HUMPHREYS, A.; CATTANI, A. The impact of language on the expression and assessment of pain in children. **Intensive and Critical Care Nursing**. v. 27, p. 235-243, 2011.

GERRISH, K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. **Health and nursing policy issues**. p. 566-574, 2001.

YIP, M. P. *et al.* The Role of Self-Efficacy in Communication and Emergency response in Chinese Limited English Proficiency (LEP) Populations. **Health Promotion Practice**. v. 14, n. 3, p. 400-407, may. 2013.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 2, 2008.

### Alterações no desenvolvimento

MELTON, A. K.; SHADDEN, B. B. Linguistic accommodations to older adults in the community: The role of communication disorders and partner motivation. **Advances in Speech–Language Pathology**. v. 7, n. 4, p. 233 – 244, Dec. 2005.

BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 19, p. 143–153, may. 2010.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinical Linguistics & Phonetics**. v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

LIMA, F. T. *et al.* Alterações fonoaudiológicas presentes em um caso de síndrome de Goldenhar. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** v. 12, n. 2, p.141-5, 2007.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington's Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders.** v. 44, p. 261–275, 2011.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **PhysMedRehabilClin N Am.** v. 21, p. 309–319, 2010.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n. 2, 2008.

#### Informações insuficientes

GENOVESE, E.; VALLARINO, M. V.; FARNETI, D. AAC in communication disorders. **Audiológica Medicine.** v. 8, p. 199-201, 2010.

XIONG, T. *et al.* Assessing and comparing the outcome measures for the rehabilitation of adults with communication disorders in randomised controlled trials: an International Classification of Functioning, Disability and Health approach. **Disability and Rehabilitation.** v. 33, n. 23–24, p. 2272–2290, 2011.

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology.** v. 16, p. 359–367, nov. 2007.

BRYAN, K.; FREER, J.; FURLONG, C. Language and communication difficulties in juvenile offenders. **Int. J. Lang. Comm. Dis.** v. 42, n. 5, p. 505–520, sep-oct. 2007.

KHAN, A. A. *et al.* Communication Barriers Among Spanish-Speaking Women With Pelvic Floor Disorders: Lost in Translation? **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery.** v. 19, n. 3, p. 157-164, may-jun. 2013.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord.** v. 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online BrazilianJournalofNursing.** v. 7, n. 2, 2008.

#### Alterações no autoconceito

FONSECA R. P. *et al.* Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. **Psicologia USP.** v.17, n. 4, p. 241-262, 2006.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 2, 2008.

#### **Regime de tratamento**

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage**. v. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.

MAGNUS, V. S.; TURKINGTON, L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. **Intensive and Critical Care Nursing**. v. 22, p. 167—180, 2006.

FAVRETTO, D. O., CARVALHO, E. C. Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 2, 2008.

#### **Transtornos do pensamento**

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 16, p. 359–367, nov. 2007.

BEACH, W. A. Disorders of Communication: Why Do They Talk Like That? **Am. J. END Technol**. v. 47, p. 29-46, 2007.

FOX, A. V.; DODD, B.; HOWARD, D. Risk factors for speech disorders in Children **Int. j. lang. comm. dis**. v. 37, n. 2, p. 117–131, 2002.

CRETCHLEY, J. *et al.* Conversations Between Carers and People With Schizophrenia: A Qualitative Analysis Using Leximancer. **Qualitative Health Research**. v. 20, n. 12, p. 1611–1628, 2010.

#### **Transtornos do humor**

NORDEHN, G.; MEREDITH, A.; BYE, L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil**. v. 13, n. 1, p. 68–77, 2006.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **Ambulatory Care Manage**. v. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.



BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 19, p. 143–153, may. 2010.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinical linguistics & phonetics**., v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

POWER, E.; ANDERSON, A.; TOGHER, L. Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. **Journal of Communication Disorders**. v. 44, p. 261–275, 2011.

BAYLOR, C. R. *et al.* Developing the Communicative Participation Item Bank: Rasch Analysis Results From a Spasmodic Dysphonia Sample. **Speech Lang Hear Res**. v. 52, n. 5, p. 1302–1320. Oct. 2009.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v. 21, p. 309–319, 2010.

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 16, p. 359–367, nov. 2007.

#### **Transtornos de ansiedade**

ZIMMERMAN, J. P. *et al.* Communication Disorders: Prevalence and Comorbid Intellectual Disability, Autism, and Emotional/Behavioral Disorders. **American Journal of Speech-Language Pathology**. v. 16, p. 359–367, nov. 2007.

BAYLOR, C. R. *et al.* Developing the Communicative Participation Item Bank: Rasch Analysis Results From a Spasmodic Dysphonia Sample. **Speech Lang Hear Res**. v. 52, n. 5, p. 1302–1320. Oct. 2009.

#### **Percepção auditiva alterada**

MILLER, C. A. Auditory Processing Theories of Language Disorders: Past, Present, and Future. **Language, speech, and hearing services in schools**. v. 42, p. 309–319, jul. 2011.

FRANKOFF, D. J.; ELD, B. H. Augmentative and Alternative Communication in Daily Clinical Practice: Strategies and Tools for Management of Severe Communication Disorders. **Top Stroke Rehabil**. v. 18, n. 2, p. 112–119, 2011.

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard**. v. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

POZOS, D. Q.; PRATT, A. J. F.; SINGLETON, J. L. Do Developmental Communication Disorders Exist in the Signed Modality? Perspectives From Professionals. **Language, speech, and hearing services in schools**. v. 42,

MELTON, A. K.; SHADDEN, B. B. Linguistic accommodations to older adults in the community: The role of communication disorders and partner motivation. **Advances in Speech–Language Pathology**. v. 7, n. 4, p. 233 – 244, Dec. 2005.

FOX, A. V.; DODD, B.; HOWARD, D. Risk factors for speech disorders in Children **Int. j. lang. comm. dis.** v. 37, n. 2, p. 117–131, 2002.

GOLDFARB, R.; PIETRO, M. J. S. Support Systems: Older Adults With Neurogenic Communication Disorders. **AmbulatoryCareManage**. v. 27, n. 4, p. 356-365, 2004.

YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. **ArqNeuropsiquiatr**. v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.

PRESTES, M. R. D. *et al.* Communication disorders in subjects with normal hearing: a behavioral and electrophysiological study. **Braz J Otorhinolaryngol**. v.79, n. 1, p. 65-74, 2013.

VITTO, M. M. P.; FERES, M. C. L. C. Distúrbios da comunicação oral em crianças. **Medicina, Ribeirão Preto**. v. 38, n. ¾, p. 229-234, jul./dez. 2005.

CHIARI, B. M. *et al.* Perda auditiva sensorineural unilateral e distúrbios da comunicação. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n.1, p. 1-6, 2012.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med RehabilClin N Am**. v. 21, p. 309–319, 2010.

HATTIER, M. A. *et al.* Communication deficits in infants and toddlers with developmental Disabilities. **Research in Developmental Disabilities**. v. 32, p. 2108–2113, 2011.

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

O’HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord**. v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

HAPP, M. B. *et al.* SPEACS-2: Intensive Care Unit “Communication Rounds” with Speech Language Pathology. **Geriatric Nursing**. v. 31, n. 3, p. 170-177, 2010.

#### Percepção visual alterada

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

PATERSON, J. G. Communication impairment in patients following stroke. **Nursing Standard**. v. 26, n. 19, p. 35-4, 2012.

YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. **ArqNeuropsiquiatr**. v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.

YORKSTON, K. M.; YORKSTON, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys Med RehabilClin N Am**. v. 21, p. 309–319, 2010.

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

O'HALLORAN, R.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. **Int j langcommundisord**. v, 46, n. 1, p. 30–47, jan-fev. 2011.

#### **Dispneia**

DINNESEN, A. A. Z.; ANGERSTEIN, W.; DEUSTER, D. Communication disorders in the elderly. **Audiological Medicine**. v. 8, p. 184–190, 2010.

AUZOU, P. S. *et al.* Voice onset time in aphasia, apraxia of speech and dysarthria: a review. **Clinical linguistics & phonetics**., v. 14, n. 2, p. 131± 150, 2000.

#### **Desorientação no tempo**

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

#### **Desorientação no espaço**

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

#### **Desorientação em relação à pessoa**

HERSH, M. Deafblind People, Communication, Independence, and Isolation. **Advance Access publication**. v. 7, p. 446-463, jun. 2013.

#### **Problema de memória**

MELTON, A. K.; SHADDEN, B. B. Linguistic accommodations to older adults in the community: The role of communication disorders and partner motivation. **Advances in Speech–Language Pathology**. v. 7, n. 4, p. 233 – 244, Dec. 2005.

BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. **American Journal of Speech–Language Pathology**. v. 19, p. 143–153, may. 2010.

**YONAMINE, S. M.; SILVA, M. M. Características da comunicação em indivíduos com a síndrome do X frágil. *ArgNeuropsiquiatr.* v. 60, n.4, p. 981-985, 2002.**

**Fadiga**

BAYLOR, C. *et al.* Variables Associated With Communicative Participation in People With Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. ***American Journal of Speech-Language Pathology.*** v. 19, p. 143–153, may. 2010.

**Consciência alterada**

MAGNUS, V. S.; TURKINGTON, L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. ***IntensiveandCriticalCareNursing.*** v. 22, p. 167—180, 2006.

**ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, ADAPTADO DE CHAVES (2008)**

**1) Identificação do estudo:**

Título do artigo:

Autores/formação:

Periódico, volume, número, páginas e ano:

País e idioma do estudo:

**2) Características metodológicas:**

a) Objetivo do estudo:

b) Tipo de publicação:

Qualitativa:

Etnográfica  Fenomenologia  Teoria Fundamentada  Outras

Quantitativa:

Experimental  Quase experimental  Não experimental

Estudos de revisão:

Narrativa  Sistemática  Integrativa  Meta-análise

Relato de experiência

Reflexão teórica

Outro

c) População-alvo:

Amostra:  Aleatória  Conveniência Tamanho inicial: \_\_\_\_ Tamanho final:

d) Coleta de dados:

Instrumento:  sim  não tipo: \_\_\_\_\_

Foco de análise ou variáveis do estudo: \_\_\_\_\_

**3) Resultados:**

a) Descrição:

**4) Análise dos dados:**

Descritiva  Inferencial

a) Descrição:

**5) Conclusões do estudo:**

a) Descrição:

**6) Implicações para a enfermagem:**

a) Descrição:

**7) O estudo aponta a presença de viés?**

sim  não Quais? \_\_\_\_\_

**8) Nível de evidência:**

I  II  III  IV  V  VI  VII

**9) Conceito de Comunicação verbal prejudicada:**

Atributos críticos:  
Antecedentes:  
Consequentes:  
Definição conceitual:

**10) Características definidoras para “Comunicação verbal prejudicada”:**

- a) Definição conceitual:
- b) Definição operacional:

**11) Fatores relacionados para “Comunicação verbal prejudicada”:**

- a) Definição conceitual:
- b) Definição operacional:

## ANEXO B - DUTCH FATIGUE SCALE – VERSÃO BRASILEIRA

Os sintomas da fadiga estão descritos a seguir. Pedimos que você indique o quanto você apresenta de cada um desses sintomas. Marque um X em um dos cinco quadradinhos entre não e sim. O não significa que essa situação não ocorre com você, e o sim significa que a situação ocorre sempre. Por favor, não deixe de responder sobre nenhum sintoma. A seguir, são apresentados dois exemplos que lhe darão uma ideia de como responder às questões. Em quase todas as questões, aparece o termo ultimamente; ele se refere aos últimos 3 a 6 meses.

	NÃO	←—————→	SIM
<b>Exemplos:</b>			
Ultimamente, você tem dito para si mesmo que as coisas não são tão ruins? (Se, por exemplo, tem sido raro dizer isso para si mesmo ultimamente, marque o segundo quadradinho da esquerda para a direita.)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ultimamente, você tem evitado situações difíceis? (Se, por exemplo, você sempre evita situações difíceis, marque o quadradinho da extrema direita.)	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
1. Ultimamente, você tem tido uma sensação forte e constante de falta de energia?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Ultimamente, você tem observado que precisa de mais energia para dar conta das suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Ultimamente, você tem se sentido sem disposição para fazer as coisas?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Ultimamente, você tem acordado com a sensação de estar exausto e desgastado?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Ultimamente, você tem tido necessidade de descansar mais?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Ultimamente, você tem conseguido fazer suas atividades no dia a dia?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Ultimamente, seu interesse por sexo, sua vontade de ter relações sexuais diminuiu?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Você acha que visitar outras pessoas, em geral, é fatigante?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**REFERÊNCIA**

CAVALCANTI, A. C. D., PEREIRA, J. M. V. **Fadiga**. In: NANDA Internacional Inc.; HERDMAN, T. H., LOPES, M. V. O., ALMEIDA, M. A., CHIANCA, T. C. M., organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p.117-144. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 1).



## ANEXO C - GUIA PARA VERIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATÉ QUE DOIS ANOS DE IDADE

<p><b>PERGUNTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizou pré-natal?</li> <li>• Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?</li> <li>• Nasceu prematuro?</li> <li>• Quanto pesou ao nascer?</li> <li>• Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?</li> <li>• A senhora é o pai da criança são parentes?</li> <li>• Existe algum caso de deficiência na família?</li> <li>• O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho?</li> </ul> <p><b>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, álcoolismo e etc.</li> </ul> <p><b>OBSEVE E DETERMINE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Perímetro cefálico</li> <li>• Presença de alterações fenotípicas</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>LEMBRE-SE:</b></p> <p>Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.</p>	<p><b>OBSERVAR:</b></p> <p><b>MEIOR DE 12 MÊS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexo de Moro</li> <li>• Reflexo codeopalpebral</li> <li>• Reflexo de sucção</li> <li>• Bexcos e pomas flexionados</li> <li>• Mãos fechadas</li> </ul> <p><b>1 MÊS A &lt; 2 MESES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivacilha</li> <li>• Espemeia alternadamente</li> <li>• Abre as mãos</li> <li>• Sorriso social</li> </ul>
--	---

<p style="text-align: center;"><b>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um ou mais reflexos/ habilidades para sua faixa etária ou</li> <li>• Perímetro cefálico &lt; p10 ou &gt; p 90 ou</li> <li>• Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas.</li> </ul> <p style="text-align: right;">• Referir para avaliação neuropsicomotora</p>	<p style="text-align: center;"><b>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM RISCO DE RISCO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária;</li> <li>• Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;</li> <li>• Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas;</li> <li>• Existe um ou mais fatores de risco</li> </ul> <p style="text-align: right;">• Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho</p> <p style="text-align: right;">• Marcar consulta de retorno em 15 dias</p> <p style="text-align: right;">• Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 15 dias</p>	<p style="text-align: center;"><b>DESENVOLVIMENTO NORMAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária;</li> <li>• Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;</li> <li>• Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas</li> <li>• Não existem fatores de risco</li> </ul> <p style="text-align: right;">• Elogiar a mãe para que continue estimulando seu filho</p> <p style="text-align: right;">• Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço</p> <p style="text-align: right;">• Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes</p>
--	--	---

**CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO**

<p><b>PERGUNTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizou pré-natal?</li> <li>• Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento do seu filho?</li> <li>• Nasceu prematuro?</li> <li>• Quanto pesou ao nascer?</li> <li>• Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, tetanusismo crônico ou convulsões?</li> <li>• A senhora e o pai da criança são parentes?</li> <li>• Existe algum caso de deficiência na família?</li> <li>• O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho?</li> </ul> <p><b>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc.</li> </ul> <p><b>OBSERVE E DETERMINE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Presença de alterações fenotípicas</li> </ul>	<p><b>OBSERVE:</b></p> <p><b>2 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixa o olhar o rosto do examinador ou da mãe</li> <li>• Segue objeto na linha média</li> <li>• Reage ao som</li> <li>• Eleva a cabeça</li> </ul> <p><b>4 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde ao examinador</li> <li>• Segura objetos</li> <li>• Emite sons</li> <li>• Sustenta a cabeça</li> </ul> <p><b>6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcança um brinquedo</li> <li>• Leva objetos à boca</li> <li>• Localiza o som</li> <li>• Rola</li> </ul> <p><b>9 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinca de esconde achoi</li> <li>• Transfere objetos de uma mão para outra</li> <li>• Duplica sílabas</li> <li>• Senta sem apoio</li> </ul> <p><b>12 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita gestos (ex: bater palmas)</li> <li>• Segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça</li> <li>• Produz jargão</li> <li>• Anda com apoio</li> </ul> <p><b>15 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta gestos e pedido</li> <li>• Coloca cubos na caneca</li> <li>• Produz uma palavra</li> <li>• Anda sem apoio</li> </ul> <p><b>18 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica 2 objetos.</li> <li>• Rabisca espontaneamente</li> <li>• Produz três palavras</li> <li>• Anda para trás</li> </ul> <p><b>24 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tira roupa</li> <li>• Constrói torre com 3 cubos.</li> <li>• Aponta duas figuras</li> <li>• Chuta a bola</li> </ul>
---	--

**CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO**

**PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

- Perímetro cefálico <10 ou >90 ou
- Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou
- Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.

- Referir para avaliação neuropsiquiátrica

**POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

- Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária
- Marcar consulta de retorno em 30 dias
- Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias

**DESENVOLVIMENTO NORMAL COM RISCOS DE RISCO**

- Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existe um ou mais fatores de risco

**DESENVOLVIMENTO NORMAL**

- Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes
- Elogiar a mãe
- Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho
- Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde.
- Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes.