



# Funcionalidade de pessoas hospitalizados em vulnerabilidade comunicativa pela CIF

## Functioning of hospitalized people in vulnerable communication by the ICF

## Funcionalidad de las personas hospitalizadas con vulnerabilidad comunicativa por el CIF

Viviane Fazzio Zaqueu<sup>1</sup>

Regina Yu Shon Chun<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Pacientes hospitalizados, por causas diversas, podem apresentar comprometimentos de fala e linguagem que os coloquem em situação de vulnerabilidade comunicativa, influenciando sua funcionalidade. Adota-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para análise, sob esta perspectiva. **Objetivo:** Analisar a linguagem e funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, em cuidados intensivo e semi-intensivo no hospital, pela CIF, como base conceitual. **Método:** Estudo descritivo e transversal, constituído por 18 participantes. Para a coleta de dados realizou-se: (i) levantamento dos prontuários, para caracterização do perfil sociodemográfico e das condições clínicas dos participantes; (ii) aplicação do protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*); (iii) introdução da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) e (iv) diário de campo (registro dos relatos). Os resultados foram analisados pela CIF e realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** A maioria dos participantes estava alerta e compreendia comandos simples, sendo que 39% apresentaram problema grave de expressão de linguagem. Quanto à atividade e participação, 50% apresentaram dificuldade grave no falar, 33%, em iniciar e em manter conversas. Quanto aos fatores ambientais, familiares e profissionais de Saúde foram apontados tanto como facilitadores quanto como barreiras para a comunicação. A CSA foi vista como facilitadora da comunicação. **Conclusão:** Os participantes apresentaram alteração de expressão da linguagem oral, com compreensão preservada e dificuldades de atividade e participação, com impacto nos fatores ambientais, sendo a CSA uma facilitadora da comunicação. Reafirma-se a aplicabilidade da CIF no contexto hospitalar, para pessoas em vulnerabilidade comunicativa, para cuidado ampliado e humanizado.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

### Contribuição dos autores:

VFZ: concepção, delineamento, redação do artigo.

RYSC: orientação, revisão e aprovação final da versão publicada do artigo.

**Endereço de E-mail:** Viviane Fazzio Zaqueu - fga.viviane.f.zaqueu@gmail.com

**Recebido:** 31/10/2023

**Aprovado:** 27/02/2024



**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Barreiras de Comunicação; Sistemas de Comunicação no Hospital; Sistemas de Comunicação Alternativos e Aumentativos; CIF.

### **Abstract**

**Introduction:** Hospitalized patients, due to various causes, may present impairment of speech and language which may lead them to a situation of communicative vulnerability, influencing its functioning. The ICF - International Classification of functioning, Disability and Health is adopted to perform this analysis, under this perspective. **Purpose:** To analyze the language and functioning of people in communicative vulnerability, under intensive or semi-intensive care at the hospital, according to ICF, as a concept basis. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study, composed by 18 participants. Data collected through: (i) hospital chart survey analysis, in order to characterize sociodemographic profile and clinical conditions of the participants; (ii) application of ICUCS - Intensive Care Unit Communication Screening Protocol; (iii) introduction of AAC - Augmentative and Alternative Communication and (iv) field journal (entries of reports). The results were analyzed by ICF and then performed descriptive statistic analyses. **Results:** Most participants were alert and could comprehend simple commands, from which 39% presented severe problems regarding language expression. Regarding activity and participation, 50% presented severe difficulty of speaking and 33% of starting and keeping conversations. Regarding environmental, family and health professionals factors, they have all been appointed both as facilitators and barriers to communication. AAC was seen as a communication facilitator. **Conclusion:** Participants presented alteration of oral language expression, preserved comprehension and difficulties in activity and participation with impact in environmental factors, being AAC a communication facilitator. Reassurance of applicability of ICF in hospital context, directed to people in communicative vulnerability, regarding ample and humanized treatment.

**Keywords:** Speech Language and Hearing Sciences; Communication Barriers; Hospital Communication Systems; Augmentative and Alternative Communication Systems; ICF.

### **Resumen**

**Introducción:** Los pacientes hospitalizados, por las causas diversas, pueden presentar deterioro de la funcionalidad del habla y del lenguaje que se sitúa en el discurso comunicativo, lo que influye en su funcionalidad. Se utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para análisis desde esta perspectiva. **Objetivo:** Analizar el lenguaje y la funcionalidad de personas en vulnerabilidad comunicativa, en cuidados intensivos y semiintensivos hospitalarios, utilizando la CIF, como fundamento conceptual. **Método:** Estudio descriptivo y transversal, con 18 participantes. La recogida de datos incluyó: (i) estudios de las historias clínicas, para caracterizar el perfil sociodemográfico y las condiciones clínicas de los participantes; (ii) la aplicación del protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*); (iii) la introducción de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA) y (iv) un diario de campo (registro de informes). Los resultados se analizaron por la CIF y se realizó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** La mayoría de los participantes estaban alerta y entendían órdenes sencillas, el 39% presentaron graves problemas para expresarse en el lenguaje. Em cuanto, a la actividad y la participación, el 50% tenía graves dificultades para hablar, y el 33%, para iniciar y mantener conversaciones. Los factores ambientales, los miembros de la familia y los profesionales sanitarios fueron identificados tanto como facilitadores como obstáculo para la comunicación. Se consideró que el CAA facilitaba la comunicación. **Conclusión:** Los participantes presentaban alteración en la expresión del lenguaje oral, con entendimiento resguardado y dificultades en la actividad y la participación, con impacto en los factores ambientales, siendo la CAA facilitadora de la comunicación. Se reafirma la aplicabilidad de la CIF en el contexto hospitalario, para personas en vulnerabilidad comunicativa, para la atención ampliada y humanizada.

**Palabras clave:** Fonoaudiología; Barreras de la Comunicación; Sistemas de Comunicación en el Hospital; Comunicación Aumentativa y Alternativa; CIF.

## Introdução

Durante uma internação hospitalar, as pessoas podem apresentar dificuldades para se comunicar por diferentes causas, sejam elas mecânicas, neurológicas, sensoriais, físicas e/ou psíquicas<sup>1,2</sup>, o que pode colocá-las em situação de vulnerabilidade comunicativa, definida, no âmbito hospitalar, da seguinte forma:

Diminuição da capacidade de falar, ouvir, ler, lembrar, escrever devido a fatores que são inerentes aos indivíduos (como déficits de linguagem expressiva, compreensiva, audição, visão, memória, etc.) ou fatores externos (ambiente ruidoso, uso de ventilação mecânica, não falar o idioma do local, ou até mesmo ter práticas religiosas que não sejam compreendidas ou aceitas pela equipe de cuidado).<sup>3</sup>

As pessoas em vulnerabilidade comunicativa, com dificuldades em se comunicar, sentem-se mais frustradas, cansadas, ansiosas e pouco participativas em seu tratamento<sup>4,5</sup>, sendo que, também, estão sujeitas a maior uso de medicação, maior tempo de sedação e maior tempo de internação, o que aumenta os custos de internação hospitalar<sup>6</sup>. Estudos, que acompanharam tais pessoas, após a alta hospitalar, demonstram o impacto das alterações de linguagem na vida delas, em condições causadas por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo, e o quanto sua participação fica limitada<sup>7</sup>. Por outro lado, pesquisas que analisaram a comunicação de pacientes em vulnerabilidade comunicativa e a equipe de cuidado demonstraram que, apesar da dificuldade de comunicação entre estes parceiros ocorrer, ela é fonte importante para a qualidade do cuidado prestado<sup>8</sup>.

Além disso, em que pese o fato de o comprometimento e/ou ausência da oralidade impactar diretamente o cotidiano e cuidado das pessoas, a vulnerabilidade comunicativa, muitas vezes, não é vista como um agravante de saúde. Isso pode ser associado ao fato de o cuidado hospitalar ainda basear-se no modelo biomédico<sup>9</sup>, que preconiza o tratar dos sintomas e doenças. Porém, a política de humanização da Saúde e a abordagem da clínica ampliada consideram que se parta de um modelo biopsicossocial, no qual o indivíduo deve ser visto em sua totalidade, o que inclui questões físicas, ambientais, psíquicas, atividades realizadas e, também, a comunicação<sup>10</sup>.

Uma vez que a comunicação impacta não só a fala como as atividades de vida diária, da pessoa em situação de comunicação vulnerável, em uma avaliação clínica ou terapêutica fundamentada em um conceito amplo de Saúde é importante se propor a avaliar os pacientes para além do diagnóstico e dos sintomas apresentados<sup>11</sup>. Deste modo, justifica-se a utilização da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>12</sup>, neste estudo, que considera, também, o impacto do diagnóstico nas atividades e na participação da pessoa em seu dia a dia, bem como propõe a reflexão de quanto os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras, na vida desse grupo populacional. No caso de pessoas em vulnerabilidade comunicativa, estudo internacional mostra que a atitude de pessoas próximas, o conhecimento quanto às dificuldades de comunicação e mudanças no ambiente podem ser facilitadores ou barreiras para a comunicação<sup>2</sup>.

No Brasil, pesquisas com a CIF foram realizadas em diferentes contextos, porém, poucas no ambiente hospitalar<sup>13,14</sup>. Em 2013, foi elaborado um Guia Norteador do uso da CIF para a Fonoaudiologia<sup>15</sup>, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Outras autoras<sup>14</sup> fizeram uma proposta de *checklist* para uso da CIF, no cuidado fonoaudiológico hospitalar, que conta com categorias relacionadas às funções do corpo e à atividade e participação. Tal questionário foi criado a partir de respostas de fonoaudiólogos em um site, no qual elegiam as categorias da CIF que consideravam necessárias para avaliar pacientes em contexto hospitalar, elaborando, assim, uma *checklist*.

A proposta de se utilizar a CIF visa classificar a funcionalidade da pessoa. A funcionalidade, segundo a CIF<sup>12</sup> “é um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais)”. Ou seja, podemos entender a consequência das condições de saúde e dos fatores ambientais para a vida das pessoas. Assim é possível complementar o diagnóstico para além da doença, o que pode contribuir para um cuidado integral, durante a internação e reabilitação, como abordado por outro trabalho<sup>16</sup>. Estas últimas autoras destacam que a utilização da CIF possibilita atenção fonoaudiológica diferenciada, nas diversas unidades hospitalares e em diferentes fases de

intervenção, favorecendo uma análise ampliada da condição e do cuidado em Saúde, no âmbito hospitalar. O foco deste estudo é a intervenção fonoaudiológica de pessoas com necessidades complexas de comunicação em unidades de cuidados semi-intensivo e intensivo de um Hospital-Escola do interior de São Paulo.

## Objetivo

Analisar a funcionalidade de pessoas em vulnerabilidade comunicativa hospitalizadas, em cuidados intensivo e semi-intensivo, utilizando a CIF como base conceitual.

## Método

### *Desenho do Estudo*

Trata-se de estudo descritivo, transversal, parte de pesquisa de Doutorado. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizada, sob parecer: 1.678.046. A pesquisa foi autorizada pelo superintendente do Hospital e os termos de anuência foram assinados pelos responsáveis das unidades hospitalares envolvidas. O estudo foi apresentado aos participantes, para concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### *Constituição da Amostra*

A pesquisa se constituiu de 18 participantes, em situação de vulnerabilidade comunicativa, internados nas Enfermarias de Neurocirurgia e Neurologia e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de Neurologia e Clínica, de um Hospital-Escola do interior de São Paulo, no período de 2016 a 2020. A amostra foi obtida, por conveniência, de maneira não probabilística, a partir do encaminhamento de pacientes por parte dos membros da equipe de cuidado das enfermarias em que os participantes estavam internados.

Cabe notar que o Hospital-Escola em que a pesquisa foi realizada não possui profissionais de Fonoaudiologia contratados para atendimento beira-leito, sendo o estudo realizado de forma voluntária. De modo que, além da apresentação da proposta de investigação, foram realizados esclarecimentos para a equipe de cuidado quanto à vulnerabilidade comunicativa, bem como quanto às possibilidades de intervenção da(o) fonoaudióloga(o), da área da linguagem, no ambiente

hospitalar. Houve uma boa acolhida e, ao longo do tempo, a equipe, particularmente residentes de Neurologia e de Fonoaudiologia, além da equipe de Enfermagem, realizavam indicações de pessoas para o estudo para a pesquisadora responsável.

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, isto é, que apresentassem comprometimento de linguagem oral, compreensão preservada, internadas nas enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a partir de 18 anos de idade.

Os critérios para exclusão foram: Escala de Glasgow inferior a 9, comprometimento cognitivo moderado ou grave e quadro demencial avançado, tendo sido excluídos aqueles que não apresentaram condições de comunicação com a pesquisadora e quando o próprio indivíduo e/ou seus responsáveis legais não consentiram a participação no estudo.

### *Procedimentos para a Coleta de Dados*

Os procedimentos para a coleta de dados envolveram: (i) levantamento dos prontuários para caracterização do perfil sociodemográfico (idade e sexo) e das condições clínicas dos participantes (hipótese diagnóstica e/ou doença de base, tipos de causas do problema), local de internação e encaminhamentos; (ii) aplicação do protocolo ICUCS (*Intensive Care Unit Communication Screening Protocol*)<sup>17</sup> adaptado pelas pesquisadoras<sup>18</sup> e (iii) indicação de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SAAC) pela pesquisadora responsável.

Uma vez que esta pesquisa foi realizada no ambiente hospitalar, todos os materiais foram adaptados para que pudessem ser devidamente higienizados para evitar riscos de contaminação. Por outro lado, por esta mesma razão, algumas propostas não puderam ser desenvolvidas e materiais como papel e caneta, para escrita, não puderam ser utilizados.

O *Intensive Care Unit Screening Protocol* (ICUCS) é um rastreio das habilidades comunicativas feito para pacientes hospitalizados. Corresponde a uma rápida testagem da presença total ou parcial de alterações de alerta, alterações motoras da fala, déficits de compreensão, formas de comunicação, além de indicar a presença ou ausência de movimento e auxiliar para a indicação de sistemas aumentativos e alternativos de comunicação, quando for o caso. Vide QUADRO 1, ilustrativo do rastreio ICUCS.

**Quadro 1.** Versão adaptada e traduzida pelas autoras do Protocolo ICUCS<sup>17</sup>

Categorias	Participantes N/(F%)		
	Sim	Não	Parcial
<b>Estado de alerta</b>			
Paciente alerta			
Capaz de seguir comandos			
<b>Avaliar habilidades motoras orais</b>			
Habilidades motoras orais preservadas			
<b>Avaliar Compreensão</b>			
Compreende sem auxílio, pistas visuais ou orais			
Uso de óculos			
Uso de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual)			
Uso de prótese dentária			
Recursos disponíveis			
<b>Escolhas de estratégias para comunicação</b>			
Comunica Sim e Não			
Consegue apontar			
Leitura e escrita			

A CIF<sup>13</sup> pode ser dividida em duas partes, sendo, a primeira, referente às funções do corpo e atividade e participação (funcionalidade e incapacidade) e a segunda, referente aos fatores ambientais e pessoais que podem impactar, de forma positiva ou negativa, a pessoa classificada. No caso das categorias de atividade e participação e fatores ambientais, um qualificador positivo (+) significa que aquela categoria é um facilitador e se negativo (-), uma barreira.

Os componentes de funções do corpo podem ser qualificados como positivos (+) ou negativos (-) e são representados por letras (b) funções do corpo e (d) para atividade e participação. Os componentes de atividade e participação por sua vez podem ser qualificados como facilitadores (+) ou barreiras (.). A CIF tem uma linguagem alfanumérica, ou seja, cada componente é seguido por um código de números que representa a categoria a ser avaliada e pode ser classificada por um qualificador.

Utilizando-se os dados registrados, pela pesquisadora responsável, quanto ao ICUCS e o diário de campo, incluindo relatos dos participantes e de seus familiares, quanto à indicação e uso dos SAAC propostos, além de anotações próprias relativas aos participantes, familiares e à equipe de cuidado, foi realizada a classificação pela CIF, em *checklist* elaborado para este estudo (vide QUADRO 2) para análise das condições linguísticas e de funcionalidade do grupo estudado.

Em relação aos itens: “Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação” (d3600) e “Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)”, destaca-se que, neste estudo, foram analisadas as formas de comunicação utilizadas pelos participantes e quanto ao uso de Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação foram considerados gestos, escrita, piscar de olhos e pranchas de comunicação de baixa tecnologia utilizados.

**Quadro 2.** Checklist da cif elaborado pelas pesquisadoras para análise das condições linguísticas e de funcionalidade dos participantes do estudo

<b>Funções do corpo (b)</b>
Estado de Consciência (b1100)
Recepção da linguagem oral (b16800)
Expressão da linguagem oral (b16810)
Expressão da linguagem escrita (b16811)
Funções da articulação (b320)
<b>Atividade e Participação (d)</b>
Falar (d330)
Receber mensagens orais (d310)
Receber mensagens não verbais (d315)
Receber mensagens escritas (d325)
Produzir mensagens não verbais (d335)
Iniciar uma conversa (d3500)
Manter uma conversa (d3501)
Ler (d166)
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d3600)
<b>Fatores Ambientais (e)</b>
Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)
Família próxima (e310)
Profissionais de Saúde (e355)
Atitudes da família próxima (e410)
Atitudes dos profissionais de Saúde (e450)

### *Procedimentos de análise dos dados*

Foi realizada análise dos resultados, a partir da CIF e, posteriormente, análise estatística das medidas com o resumo (frequência) dos dados.

Para a classificação das respostas dos participantes, considerou-se a proposta de qualificadores da Cif<sup>12</sup>, conforme o desempenho no ICUCS e nas atividades de CSA propostas pela pesquisadora como explicado no Quadro 3.

### **Quadro 3.** Descrição da utilização dos qualificadores

<b>CIF</b>	<b>Grau de porcentagem da CIF</b>	<b>Protocolo ICUS</b>	<b>Exemplo: Falar (D330) Prova do ICUCS: Contagem de 1 a 10 e responder perguntas</b>
0-não há problema	0-4%	Paciente realizou as tarefas sem dificuldades	Ex: Não apresentou alterações da linguagem oral
1-Problema leve	5-24%	Paciente realiza a tarefa proposta com pequena dificuldade	Ex: Apresentou discreta disartria ou pequeno prejuízo da inteligibilidade de fala
2- Problema Moderado	25-49%	Paciente realiza parcialmente a tarefa solicitada	Ex: Apresentou comprometimento significativo na inteligibilidade de fala porém ainda é possível compreender parcialmente o discurso
3- Problema Grave	50-95%	Paciente não realiza a tarefa proposta ou realiza com grande dificuldade	Ex: Paciente tenta falar mas o discurso não é inteligível
4- Problema Completo	96-100%	Paciente não realiza a tarefa proposta e apresentou comprometimento total da habilidade avaliada	Ex: Paciente tem anartria ou uma outra alteração que impossibilite completamente a fala.

**Resultados**

Segue, na Tabela 1, a caracterização dos participantes deste estudo quanto ao sexo, faixa etária e

condições clínicas relativas à hipótese diagnóstica e/ou doença de base.

Nas Tabelas 2, 3 e 4, são apresentados os resultados dos participantes, classificados pela CIF.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes (N=18)

Categorias		Participantes N°	Participantes (F%)
Sexo	Feminino	7	38,88
	Masculino	11	61,11
Faixa etária	18 a 25 anos	2	11,11
	26 a 35 anos	2	11,11
	36 a 45 anos	3	16,66
	46 a 55 anos	4	22,22
	56 a 65 anos	1	5,55
	66 a 75 anos	5	27,77
	> 76 anos	1	5,55
Hipótese Diagnóstica ou Doença de Base	Miastenia Gravis	3	16,66
	AVC/Afasia	5	27,77
	E.L.A. (Esclerose Lateral Amiotrófica)	3	16,66
	Síndrome de locked in	2	11,11
	Cavernoma	1	5,55
	Tuberculose (TBSNC)	1	5,55
	Encefalite	1	5,55
	Doença de Devic	1	5,55
	Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	1	5,55
	Distrofia de Duchene	1	5,55
Dispositivos que auxiliam a vida	Não utiliza	8	44,44
	Traqueostomia	4	22,22
	Ventilação Mecânica	6	33,33

**Tabela 2.** Classificação dos participantes quanto às funções do corpo

Funções do corpo(b)	Qualificadores N Sujeitos / %						
	0	1	2	3	4	8	9
Estado de Consciência (b1100)	16 (89%)	2 (11%)	0	0	0	0	0
Recepção da linguagem oral (b16800)	15 (83%)	3 (17%)	0	0	0	0	0
Expressão da linguagem oral (b16810)	0	2 (11%)	3 (17%)	5 (28%)	7 (39%)	0	0
Expressão da linguagem escrita (b16811)	3 (17%)	2 (11%)	3 (17%)	2 (11%)	0	0	8 (44%)
Funções da articulação (b320)	0	2 (11%)	3 (17%)	7 (39%)	6 (33%)	0	0

**Tabela 3.** Classificação dos participantes quanto à atividade e participação

Atividade e Participação(d)	Qualificadores N Sujeitos / %						
	0	1	2	3	4	8	9
Falar (d330)	0	1 (6%)	2 (11%)	6 (33%)	9 (50%)	0	0
Receber mensagens orais (d310)	13 (73%)	3 (17%)	0	0	0	0	0
Receber mensagens escritas (d325)	13 (73%)	5 (28%)	0	0	0	0	0
Produzir mensagens não verbais (d335)	3 (17%)	2 (11%)	3 (17%)	2 (11%)	0	0	8 (44%)
Iniciar uma conversa (d3500)	0	2 (11%)	3 (17%)	7 (39%)	6 (33%)	0	0
Manter uma conversa (d3501)	1 (6%)	2 (11%)	8 (44%)	5 (28%)	2 (11%)	0	0
Ler (d166)	6 (33%)	1 (6%)	2 (11%)	0	0	0	9 (50%)
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	3 (17%)	6 (33%)	4 (22%)	3 (17%)	0	0	2 (11%)

**Tabela 4.** Classificação dos participantes quanto aos fatores ambientais

Fatores Ambientais(e)	Qualificadores N Sujeitos / %										
	0	1	2	3	4	8	9	.1	.2	.3	.4
Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária (e1151)	0	0	0	3 (17%)	11 (6%)	0	3 (17%)	1 (6%)	3 (17%)	3 (17%)	5 (28%)
Produtos e tecnologias assistenciais para a comunicação (e1251)	0	2 (11%)	1 (6%)	8 (44%)	4 (22%)	0	3 (17%)	0	0	0	0
Profissionais de Saúde (e355)	3 (17%)	5 (28%)	2 (11%)	1 (6%)	0	0	1 (6%)	0	5 (28%)	0	0
Família próxima (e310)	0	1 (6%)	4 (22%)	6 (33%)	5 (28%)	0	0	0	0	0	0
Atitudes dos Profissionais de Saúde (e410)	5 (28%)	5 (28%)	3 (17%)	0	0	0	1 (6%)	0	3 (17%)	0	1 (6%)
Atitudes da família próxima (e450)	0	0	4 (22%)	6 (33%)	6 (33%)	0	0	1 (6%)	1 (6%)	0	0

## Discussão

Os resultados mostram os impactos da vulnerabilidade comunicativa na funcionalidade de pessoas hospitalizadas com queixas de linguagem/comunicação utilizando a CIF como base conceitual e instrumento de classificação.

Em relação ao perfil dos participantes, observa-se maior concentração de idosos, no grupo estudado. Sabe-se que esta população está mais sujeita a sofrer um AVC<sup>19</sup>, corroborando os achados de maior incidência entre os participantes deste diagnóstico. Com relação ao sexo, encontrou-se uma discreta predominância do sexo masculino, po-

rém, não foram achados estudos que mostrem que homens tenham maior tendência à vulnerabilidade comunicativa. No que diz respeito às causas das dificuldades de comunicação, observa-se que são variadas, neste grupo populacional, relacionadas tanto a questões neurológicas quanto mecânicas, conforme apontado em outros estudos<sup>1,6</sup>. A traqueostomia e a ventilação mecânica apareceram, com frequência, e estão presentes em diversos trabalhos relacionados à população em situação de comunicação vulnerável<sup>20,21</sup>.

Conforme demonstrado nos resultados, as categorias da CIF, do estado de consciência (b1100) e recepção da linguagem oral (b1680), para a maioria dos participantes, estavam preservados. Outras pesquisas também mostram que pacientes com necessidades complexas de comunicação estão alertas e compreendem o que é dito, ainda que não consigam falar<sup>1,21</sup>.

Quanto à Expressão da linguagem oral (b16810) e funções da articulação (b320), prejudicados, na maioria dos participantes, em diferentes escalas, sendo que uma parte significativa apresentou problema completo de expressão. Resultados similares foram encontrados por outros autores. Um estudo<sup>22</sup> classificou pacientes hospitalizados com diagnósticos tais como: AVCI (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico), TCE (Traumatismo Cranioencefálico) e SGB (Síndrome de Guillain-Barré), a partir da CIF, e identificou alterações de linguagem e fala, de leves a completas, nos participantes estudados, com ganhos após terapia fonoaudiológica. Outra pesquisa<sup>23</sup> analisou pacientes que tiveram AVC, a partir da CIF, em seguimento ambulatorial, e, também, identificou dificuldades em funções da articulação (b320), fluência e ritmo de fala.

Quanto às funções de atividade e participação relacionadas à leitura e à escrita, sua análise foi prejudicada pelas condições clínicas dos participantes, mas também, pela falta de disponibilização de recursos necessários, em alguns casos, como óculos e, muitas vezes, pelas medidas de precaução de contato, que não possibilitaram o uso de papel e caneta nas atividades com os participantes.

Em relação às questões de precaução de contato e contaminação, um estudo<sup>24</sup> trata do processo, dificuldades e adaptações necessárias para implementação da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, de baixa (como, por exemplo, escrita e pranchas de comunicação em papel) e alta tecnologia no leito (por exemplo, tablets e

computadores), uma vez que as ferramentas, sejam elas para a avaliação ou intervenção, não podem se tornar fonte de contaminação para o paciente e/ou a equipe. Outros estudos, por sua vez, abordaram, assim como nesta pesquisa, que, muitas vezes, pacientes que utilizam óculos, aparelhos auditivos e outros recursos, não os encontram, em fácil acesso, dentro do hospital<sup>1,25</sup>.

Quanto à atividade e participação das pessoas relacionadas à linguagem oral, a maioria teve seu desempenho prejudicado em categorias como falar, produzir mensagens orais (d310), iniciar (d3500) e manter conversas (d3501). Se estas habilidades estão prejudicadas, a comunicação das pessoas com vulnerabilidade comunicativa, com seus parceiros, fica reduzida, como também pontuado por outras pesquisas<sup>2,20</sup>. Alguns participantes tinham problemas graves de expressão, inclusive com ausência total da fala e dificuldades graves de mobilidade, o que impossibilita a comunicação, incluindo pedidos relativos às necessidades básicas fundamentais, tais como expressar sentimentos de dor, fome ou frio. Estudos com pessoas com necessidades complexas de comunicação indicam que apesar de, muitas vezes, estes indivíduos não conseguirem expressar, necessidades básicas, desejam comunicar tópicos diversos<sup>26</sup>.

A CIF possibilita, ao profissional, um olhar ampliado da pessoa em vulnerabilidade comunicativa, além da dimensão orgânica, ou seja, da função do corpo que está prejudicada. Os resultados de atividade e participação possibilitam observar que as dificuldades de comunicação impactam na vida do grupo estudado, em seu dia a dia. Achados corroborados por outros estudos<sup>23,27</sup>, que analisaram, a partir da CIF, pessoas com afasia, no mesmo Hospital-Escola, mas no contexto ambulatorial. Seus resultados evidenciaram que, após a alta, elas mantinham dificuldades em suas atividades de vida diária pelas dificuldades de comunicação.

Quanto aos fatores ambientais, em algumas categorias da CIF, podem ser classificados tanto como facilitadores quanto barreiras para as pessoas. Por exemplo, os equipamentos que dão assistência à vida foram indicados como facilitadores, à medida que auxiliam as pessoas a respirarem e se manterem vivas, porém, podem se constituir como barreiras para a comunicação. Alguns estudos<sup>20-21</sup> com pacientes mecanicamente ventilados, encontraram prejuízos na comunicação destas pessoas,



mostrando que precisam de formas alternativas de comunicação.

Os familiares, os profissionais de Saúde, assim como suas atitudes foram classificados tanto como facilitadores quanto como barreiras. Familiares, por vezes, são intérpretes das pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa, como visto em outras pesquisas<sup>28,29</sup>, tornando-os facilitadores em potencial. Todavia, quando eles estão fora do ambiente hospitalar, não há quem assuma este papel, o que restringe a comunicação da pessoa hospitalizada. Alguns familiares, contudo, estabelecem formas de comunicação e apontam estes meios para a equipe de cuidado, o que aconteceu em alguns dos casos aqui estudados, sendo considerado um grande facilitador. Em outros casos, alguns familiares falam pela pessoa em vulnerabilidade comunicativa, o que se torna uma barreira, uma vez que o familiar não necessariamente reflete o que a pessoa deseja comunicar. Dificuldades encontradas em outros trabalhos<sup>29,30</sup>.

Os profissionais de Saúde, embora sejam fundamentais no cuidado das pessoas, de modo geral, muitas vezes, foram classificados como barreiras na comunicação. Pouco tempo para se comunicarem em detrimento da rotina de cuidados clínicos, quase sempre urgentes, falta de compreensão ou de conhecimento das possibilidades de comunicação dessas pessoas em vulnerabilidade comunicativa foram alguns achados aqui encontrados como em outros trabalhos. Autores<sup>28</sup> indicam, em revisão de literatura, que para as pessoas com afasia, as atitudes dos profissionais de Saúde podem ser barreiras, à medida que, por vezes, falam por eles, e facilitadores se conseguirem se abrir para a comunicação. Para pacientes hospitalizados na UTI, a condição clínica, as intervenções médicas e o prognóstico constituem importantes fatores que podem influenciar a comunicação entre a equipe e o paciente. Pesquisa<sup>23</sup> destaca que as barreiras, referentes aos profissionais de Saúde, foram pequenas, quando comparadas à falta ou dificuldade de acesso ao cuidado.

Os dispositivos e técnicas auxiliares à comunicação (e1251) foram vistos como facilitadores e, dentre eles, encontra-se a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Pesquisas<sup>2,28</sup> identificaram que a CSA pode favorecer a linguagem de pessoas com necessidades complexas de comunicação, além de que, seu uso aumenta a satisfação do paciente pela

sua participação em seu cuidado e no local em que está hospitalizado<sup>30</sup>.

Os resultados evidenciam que analisar as pessoas hospitalizadas em vulnerabilidade comunicativa utilizando a CIF permitiu observar que as dificuldades de comunicação estão além das funções do corpo. Elas impactam nas funções de atividade e participação e também são influenciadas pelos fatores ambientais.

Proposta de fonoaudiólogas, no âmbito hospitalar<sup>14</sup>, indicou que os profissionais deste estudo não selecionaram fatores ambientais para compor a *checklist* da CIF, para ser usada à beira-leito. Esta autora levanta a hipótese de que a falta de uso de tecnologias de assistência, no ambiente hospitalar, por fonoaudiólogas(os), possa ter influenciado esta escolha, embora, ela própria destaque a importância destes fatores.

Sabe-se que a atuação com a linguagem e a implementação da CSA, no ambiente hospitalar, ainda carecem ser mais difundidas no Brasil. Autores internacionais<sup>2,28-30</sup>, por sua vez, que focalizaram seus estudos em questões ambientais, observaram o quanto estes aspectos podem impactar na comunicação. Achados consoantes com esta pesquisa, em que foi possível verificar que os fatores ambientais, os recursos de CSA disponibilizados e utilizados assim como as atitudes dos parceiros de comunicação, sejam os familiares, sejam os profissionais de Saúde repercutiram nas relações dialógicas com as pessoas estudadas.

Os achados aqui encontrados mostram que além das causas neurológicas, mecânicas e psicogênicas, os fatores ambientais se constituíram em importante aspectos causadores/agravadores da vulnerabilidade comunicativa, no ambiente hospitalar, ainda que ela se inicie pelo comprometimento de uma função do corpo e prejudique a atividade e participação destas pessoas, influenciando nas tomadas de decisões em relação ao seu tratamento e à sua vida, reafirmando a importância da aplicabilidade da CIF no ambiente hospitalar em consonância com outros trabalhos<sup>16,17</sup>.

Contudo, como abordam estas autoras<sup>16</sup>, os desafios para uso e implementação da CIF, no contexto hospitalar, em unidades de cuidado semi-intensivos e intensivos, como estudado, dependem de diversos fatores tais como: capacitação e conhecimento da CIF pela equipe de Saúde, rotina do serviço e tempo viável para sua inserção, rotatividade dos pacientes e outros. Por outro lado, seu



uso pode contribuir para uma linguagem unificada<sup>15</sup> e uma abordagem ampliada e integral de Saúde, no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa<sup>16,17</sup>.

## Conclusão

Os resultados evidenciam, nesta pesquisa, um perfil variado dos participantes estudados quanto às causas de suas condições de saúde, contudo, a situação de vulnerabilidade comunicativa estava presente nas diversas hipóteses diagnósticas encontradas.

Quase a totalidade do grupo estudado apresentou alterações de linguagem oral, compreensão preservada e estado alerta de consciência. A análise, fundamentada na CIF, mostrou que as dificuldades de comunicação não estavam relacionadas apenas às funções do corpo, como também às funções de atividade e participação.

Os fatores ambientais se constituíram tanto como facilitadores, em alguns casos, quanto como barreiras para a comunicação, em outros casos, podendo agravar a situação de vulnerabilidade comunicativa, que começou por uma dificuldade relacionada a uma função do corpo.

Tais achados assumem grande relevância, uma vez que, fatores ambientais como familiares, profissionais de Saúde e equipamentos de assistência à vida constituem parte importante do contexto da pessoa hospitalizada em vulnerabilidade comunicativa, enquanto está internada.

Capacitar equipes, familiares e propor Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação mostrou-se necessário, para este grupo populacional, de modo a transformar os fatores contextuais (ambientais e pessoais) em facilitadores para estas pessoas em situação de comunicação vulnerável e permitir que elas possam participar, de modo mais ativo, nos seus cuidados, tendo em vista uma abordagem ampliada e integral de Saúde. Para isto, é importante destacar a necessidade de um profissional especializado em linguagem e comunicação como parte da equipe de cuidado, no contexto hospitalar.

## Referências

1. Farias LP. A Comunicação Vulnerável do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva e a Comunicação Suplementar e Alternativa. In: CHUN RYS, Reily L, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini; 2015. Capítulo 12, p. 171-94.
2. Stans SEA, Dalemans RJP, Roentgen UR, Smeets HWH, Beurskens AJHM. Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expect*. 2018 Oct; 21(5): 848-57. DOI: 10.1111/hex.12679.
3. Blackstone SW. Issues and Challenges in Advancing Effective Patient-Provider Communication. In: Blackstone SW, Beukelman DR, Yorkston KM. Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals. São Diego: Plural Publishing, Inc.; 2015. p. 9-36.
4. Baylor C, Burns M, Eadie T, Britton D, Yorkston K. A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults. *Am J Speech Lang Pathol*. 2011; 20(4): 269-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813820>. Acesso em: 18/09/2023.
5. Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Akpor OA, Moleki MM. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nurs*. 2017 Dec. 15; (16): 74. DOI: 10.1186/s12912-017-0268-5.
6. Santiago R, Costello J. Comunicação Alternativa e Ampliada na UTI/Primeiros Cuidados: Abordagem da Vulnerabilidade Comunicativa e Aprimoramento do Cuidado. In: CHUN RYS, Reily L, Moreira EC (Org.). Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios. São Carlos: Marquezine & Manzini, 2015. Capítulo 12, p. 171-94.
7. Wallace GL. Profile of life participation after stroke and aphasia. *Top Stroke Rehabil*. 2010; 17(6):432-50. PMID: 21239367. Disponível em: <https://doi.org/10.1310/tsr1706-432>. Acesso em: 18/09/2023.
8. Hemsley B, Georgiou A, Hill S, Rollo M, Steel J, Balandin S. An integrative review of patient safety in studies on the care and safety of patients with communication disabilities in hospital. *Patient Educ Couns*. 2016 Apr; 99(4): 501-511.
9. Borsato FG, Carvalho, BG. Hospitais gerais: Inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Cien Saude Colet*. 2021; (26): 1275-88.
10. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec. (Coletânea Saúde Paideia) 2003; v. 3, p. 51-67.
11. Brown T, Chien C-W. Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment: Which Way Do We Go? *Br J Occup Ther*. 2010; 73(3): 95. DOI: 10.4276/030802210X12682330090334.
12. OMS – Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, Org.; Coordenação da tradução: Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2020.

13. Paschoal LN, de Souza PN, Buchalla CM, de Brito CMM, Battistella LR. Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Braz J Phys Ther.* 2019; 23(3), 212-20.
14. Borges FA, Farias LP, Paulon RMC, Colombari HNS, Brito CMM de, Padovani M. Proposta de Checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Fonoaudiologia no cuidado hospitalar. *Revista CIF BRASIL*, 2021. DOI: 10.4322/CIFBRASIL.2021.016.
15. CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia Norteador sobre a CIF em Fonoaudiologia, 2013. [Internet]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/GUIA%20PRATICO%20CIF.pdf>. Acesso em: 18/09/2023.
16. Chun RYS, Dalaqua GB, Farias LP, Maynard MT, Zaueu VF. A CIF no ambiente hospitalar: curso e percurso de pessoas nos processos de adoecimento e de cuidado. In: Farias SDP, Pinto FCDA (Org.). *Classificação Internacional de Funcionalidade: Da teoria à prática em Fonoaudiologia.*, 2023; 6:125-46.
17. Zaueu VF. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Dissertação [Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2018.
18. Yorkston KM. Intensive Care Unit Communication Screening Protocol, 1992. In: Beukelman DR, Garrett KL, Yorkston KM. *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co; 2007.
19. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GA. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013 May; 71(5): 294-300. DOI: 10.1590/0004-282x20130024.
20. Pina S, Canellas M, Prazeres R, Lopes J, Marcelino T, Reis D, Ferrito C. Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm*, 2020; 73(5).
21. McGrath BA, Brenner MJ, Warrillow SJ, Pandian V, Arora A, Cameron TS et al. Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance. *The Lancet.* [Internet] 2020; (8):717-25. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30230-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30230-7/fulltext). Acesso em: 18/09/2023.
22. Costa L de O, Mendes IMG, Costa CLR. Processo de reabilitação fonoaudiológica na internação mensurado por scores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”*. 2017; 3(1): 36-51.
23. Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). In: *CoDAS* 2017; 29(1). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa).
24. Coelho PSO, Valle K, Carmo GP, Santos TRM, Nascimento JS, Pelosi MB. Sistematização dos procedimentos para a implementação da Comunicação Alternativa e Ampliada em uma UTI geral. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2020 Sep; 28(3):829-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1930>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102020000300829&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000300829&lng=en). Acesso em: 18/09/2023.
25. Pelosi MB, Nascimento JS. Uso de recursos de Comunicação Alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais/Use of alternative communication resources for hospital intervention: perception of patients and occupational therapists. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 26(1): 53-61.
26. Radtke JV, Baumann BM, Garrett KL, Happ MB. Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *J Palliat Med.* 2011 Jun; 14(6): 791-5. DOI: 10.1089/jpm.2010.0313.
27. Dallaqua GB, Bahia MM, Li LM, Chun RYS. Stroke Communication Scale based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-SCS). *Disability and Rehabilitation*, 2019, p.1-8.
28. O'Halloran R, Hickson L, Worrall L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Int J Lang Commun Disord.* 2008 Nov-Dec; 43(6): 601-32. DOI: 10.1080/13682820701861832.
29. Stans SEA, Dalemans RJP, de Witte LP, Smeets HWH, Beurskens AJ. The role of the physical environment in conversations between people who are communication vulnerable and health-care professionals: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2017 Dec.; 39(25): 2594-2605. DOI: 10.1080/09638288.2016.1239769.
30. O'Halloran R, Douglas J, Cruice M, Davidson B, McKinley K, Bigby C. Representation and reporting of communicatively vulnerable patients in patient experience research. *Int J Speech Lang Pathol.* 2019 Oct; 21(5): 524-35. DOI: 10.1080/17549507.2019.1567815.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.