

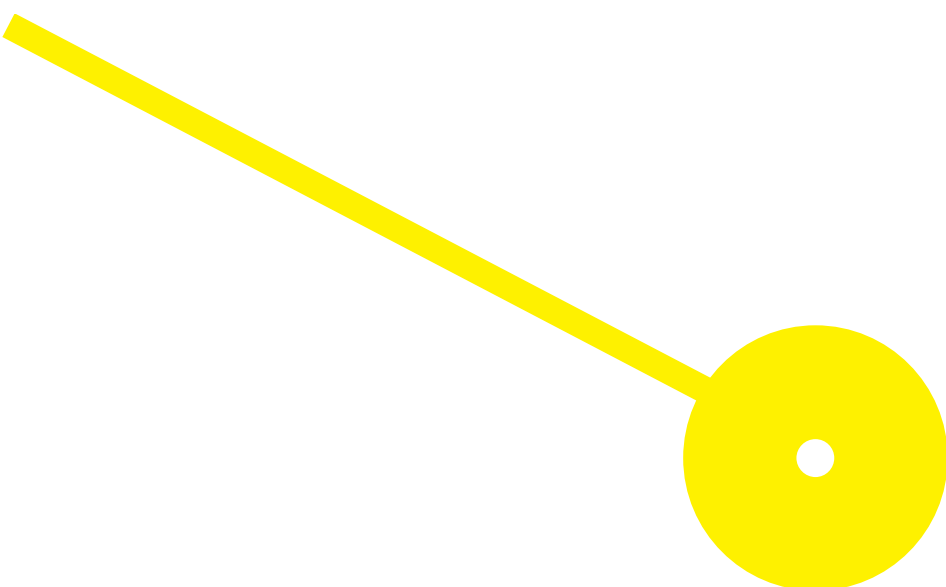
M

MESTRADO
EM TERAPIA DA FALA

Tradução e Validação da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury para o Português Europeu

Ângela Sofia Bilro Martins

06/2023





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

Tradução e Validação da
Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury
para o Português Europeu

Autora

Ângela Sofia Bilro Martins n.º 10210184

Orientadora

Professora Doutora Ana Brígida Francisco Patrício – ESS Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia da Fala** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Devo um agradecimento muito especial aos meus pais, que sempre me incentivaram a ser melhor em tudo aquilo que faço, apoiando incondicionalmente as minhas decisões, em especial a progressão nos meus estudos.

Ao meu futuro marido pela força e companheirismo, pois durante todo este processo, sem este apoio, nunca teria conseguido chegar até aqui.

À Professora Doutora Brígida Patrício, que foi minha orientadora, agradeço pelo profissionalismo, pelos conhecimentos que me transmitiu, pela presença constante no meu percurso académico, pela disponibilidade e pela orientação fundamental para a realização desta dissertação. Nunca esquecendo o incentivo e apoio moral que acompanhou sempre este processo.

À minha colega de mestrado Luna, que me acompanhou durante este percurso, e com quem pude partilhar esta experiência desde o início até ao fim, e a quem posso felizmente chamar amiga.

Todas as pessoas que participaram ativamente foram fundamentais para a realização desta dissertação e para o meu desenvolvimento como aluna, profissional e pessoa.

Os elementos que participaram no processo de tradução, no painel de peritos e na fase de cognitive debriefing, sem eles este processo não teria sido tão enriquecedor pessoal e profissionalmente.

Agradeço ainda a todos os utentes que passaram por mim durante o meu percurso profissional, que me inspiram todos os dias a tentar dar o melhor de mim, e que me fazem ter esta paixão pela área da comunicação.

Resumo

Introdução: A ferramenta Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI) (MacDonald SLP, 2015) trata-se de uma checklist de sinalização, classificação e encaminhamento de pessoas com perturbações da comunicação (PC) após lesão cerebral adquirida (LCA), para a área de Terapia da Fala (TF). A maioria dos indivíduos que sofre uma LCA experiencia, de alguma forma, um compromisso ao nível da comunicação, sendo que estão relatadas taxas de incidência com valores aproximados a 75% (MacDonald, 2017). **Objetivo:** Tradução e validação de conteúdo da CCCABI para o português-europeu (PE). **Metodologia:** Processo de tradução, validação de conteúdo e adaptação para o PE, tendo passado pelas seguintes etapas: tradução, retrotradução, painel de peritos e cognitive debriefing, determinação do índice de validade de conteúdo (IVC). **Resultados:** Após realizado o processo com o painel de peritos, surgiram alterações minor da checklist, que foram tidas em conta na versão que surgiu desta fase. Após realização do cognitive debriefing, foi determinado o Índice de Validade de Conteúdo da Escala (S-IVC), cujo resultado foi superior a 0,80 sendo, também, aceitável para todas as dimensões analisadas, clareza (0,897) relevância (0,906), adequação conceptual (0,968) e ambiguidade (0,902). Desta fase surgiram algumas sugestões de modificações que foram adicionadas à versão final da CCCABI-PE. **Conclusão:** A CCCABI foi traduzida e validada para o PE. Ocorreram algumas modificações que foram sugeridas pelos elementos do *cognitive debriefing*, os quais consideraram a *checklist* válida ao nível do conteúdo.

Palavras-chave: Perturbação da Comunicação (PC), Lesão Cerebral Adquirida (LCA), Tradução, Validação, CCCABI.

Abstract

Introduction: The *Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury* (CCCABI) (MacDonald SLP, 2015) is a *checklist* for signalling classification and referral *checklist* of people with communication disorders (CD) after acquired brain injury (ABI) to Speech and Language Pathology (SLP). Most individuals with ABI, experience, some form of communication impairment with reported incidence rates of approximately 75% (MacDonald, 2017). **Objective:** CCCABI translation and content validation to european-portuguese (EP). **Method:** Process of translation, content validation and adaptation for the EP, having gone through the following stages: translation, back-translation, panel of experts, cognitive debriefing and determination of the content validity index (CVI). **Results:** After carrying out the process with the panel of experts, minor changes to the checklist emerged, which were taken into account. After the *cognitive debriefing*, the Scale Content Validity Index (S-CVI) was determined. The result was higher than 0.80, and acceptable for all analysed dimensions, clarity (0.897) relevance (0.906), conceptual adequacy (0.968) and ambiguity (0.902). At this stage suggestions for modifications emerged from this phase and were added to the final version of the CCCABI-EP. **Conclusion:** The CCCABI was translated and validated to EP. There were some modifications that were suggested by the elements of the cognitive debriefing, which considered the checklist valid in terms of content.

Keywords: Communication Disorders (CD), Acquired Brain Injury (ABI), Translation, Validation, CCCABI.

Índice de conteúdos

1. Introdução	1
1.1. Perturbações da Comunicação pós lesão cerebral	4
1.2. Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI)	7
2. Metodologia	9
2.1. Tipo de estudo	9
2.2. Instrumentos	9
2.3. Etapas metodológicas.....	10
2.4. Amostra e participantes	12
2.5. Procedimentos de recolha e tratamento de dados	13
2.5.1. Considerações éticas.....	13
2.5.2. Procedimento de recolha de dados	13
3. Resultados.....	15
4. Discussão.....	20
5. Conclusões.....	24
Referências Bibliográficas.....	1
Anexos.....	4
Anexo 1 – Autorização da autora da CCCABI.....	4
Anexo 2 – Autorização da comissão de ética da ESS.IPP	6
Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado	8
Anexo 4 – Guião de entrevista e questionário para os participantes do Cognitive Debriefing	9
Anexo 5 - Comparação versão original da CCCABI VS versão harmonizada para o PE da CCCABI.....	13
Anexo 6 – Versão original da CCCABI.....	20
Anexo 7 – Certificado de coautor(a) do póster Tradução e Validação da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury para o Português Europeu	22
Anexo 8 – Versão da CCCABI-PE	23

Índice de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCCABI - *Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury*

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP – Doença de Parkinson

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

LCA – Lesão Cerebral Adquirida

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PC – Perturbações da comunicação

PCC – Perturbação Cognitivo-Comunicativa

PE – Português-Europeu

TCE – Traumatismo cranioencefálico

TF – Terapeuta da Fala

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

I-IVS - Índice de Validade de Conteúdo do Item

S-IVC – Índice de Validade de Conteúdo da Escala

VC – Validade de Conteúdo

Índice de Tabelas

Tabela 1: Tabela de classificação com base na escala de Likert

Tabela 2: I-IVC para os itens da versão harmonizada da CCCABI para o PE

Tabela 3: S-IVC para os itens da versão harmonizada da CCCABI para o PE

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo teórico do sistema modular de linguagem de (Kay L Lesser & Coltheart, 1992)

Figura 2: Esquema das etapas de tradução e adaptação da CCCABI para o PE

Figura 3: Esquema das etapas de tradução e adaptação da CCCABI para o PE

1. Introdução

Segundo o artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (United Nations, 1948) “toda as pessoas têm o direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade para ter opiniões sem interferência e procurar, receber e transmitir informações e ideias através de qualquer meio independentemente de fronteiras”.

A liberdade de expressão e a capacidade de comunicação são fundamentais para uma sociedade livre e democrática. Através da liberdade de expressão, as pessoas podem manifestar as suas opiniões livremente e procurar informações, bem como conhecimento sobre diversos assuntos. Além disso, a capacidade de comunicação é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, definindo-se como o ato pelo qual a pessoa transmite ou recebe, de outro, informações sobre necessidades, desejos, percepções, conhecimento, entre outros. Pode ser intencional ou não intencional, pode envolver sinais convencionais ou não convencionais, pode ter formas linguísticas ou não linguísticas, pode ocorrer através de modos verbais e não-verbais e pode ser oral ou escrita (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020).

Mais especificamente, o ato de comunicar trata-se de um processo ativo, entre dois ou mais intervenientes, que envolve a capacidade de codificar, transmitir e decodificar atos linguísticos, extralinguísticos (gestos) e paralinguísticos (expressões faciais, pausas e hesitações, entoação, velocidade e ritmo), adequados às normas do discurso e às regras sociais (Bara, 2011). Todas as transmissões de informação seguem o seguinte esquema: existe uma fonte de informação (emissor) que envia a informação (sinal ou mensagem) a um destinatário da informação (recetor), tendo em conta que ambos, emissor e recetor, partilham um mesmo código; o sinal que viaja pelo meio (canal), diz respeito a um conteúdo (referente). Se algum destes seis elementos falha, a comunicação ficará prejudicada (Jordi Peña-Casanova & Montserrat Pérez Pamies, 2005).

Para que a comunicação aconteça é necessária a participação de vários sistemas, p.e., o sistema cognitivo, o linguístico e o motor. Por conseguinte, a cognição pode influenciar a eficácia da comunicação pois compreende a percepção (através do reconhecimento de pistas não verbais, como a expressão facial e a prosódia), a atenção (lapsos e défices na atenção levam à perda de informação, alterando e distorcendo a compreensão da informação, afetando o armazenamento na memória e podendo resultar em produção desorganizada ou tangencial), a memória (importância da memória de trabalho na compreensão e no processamento de informação), os processos visuo-espaciais (cooperam com a percepção no reconhecimento de expressões faciais e de linguagem corporal e são fundamentais na leitura e na escrita)

e os processos linguísticos (a evocação/nomeação de palavras facilita a expressão de ideias e emoções, os défices nos processos de ativação de significados afetam o discurso e a compreensão narrativa) (Blake, 2018).

A linguagem também é uma parte muito importante do processo comunicativo, e, segundo Chomsky, **trata-se da “essência humana”, sendo que a linguagem permite que os indivíduos descrevam e esclareçam os seus pensamentos para si mesmos e para os outros** (Chomsky, 1986). A componente linguística refere-se à forma e conteúdo, consistindo em três sistemas de regras que ditam a estrutura de um enunciado, a fim de transmitir significado: fonologia, morfologia e sintaxe. Trata-se de uma forma de comunicação complexa, recorrendo a símbolos convencionados e às suas combinações, de uma língua, com o intuito de comunicar e pensar, cujo modelo teórico do sistema modular de linguagem de Kay et al. (1992), é explicativo desta complexidade (Figura 1).

A linguagem e a cognição são, portanto, partes fundamentais para que a comunicação aconteça de forma eficaz, sendo que os défices em qualquer um destes aspetos pode afetar a competência comunicativa global do indivíduo, resultando assim numa falha de comunicação (Darshini et al., 2021).

No que diz respeito à comunicação verbal oral, ou seja, a fala, um dos meios de comunicação utilizado pelos seres humanos, trata-se de uma atividade que depende de aspetos neurológicos que possibilitam o planeamento motor, a execução motora propriamente dita e o planeamento linguístico (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020). Para uma comunicação verbal oral eficaz, é importante que a fala seja clara, coerente e adequada ao contexto em que está a ser utilizada. Além disso, é importante que ambos os interlocutores tenham capacidades de escuta ativa e de compreensão, de forma a estabelecerem um diálogo construtivo. No entanto, a comunicação não se resume apenas à fala.

Relativamente à comunicação verbal escrita, esta define-se como um processo pelo qual o indivíduo constrói um significado através do uso de palavras escritas, estruturas gramaticais e ortografia para transmitir uma mensagem específica para um ou mais destinatários. O conceito de comunicação verbal escrita tem duas vertentes, a escrita e a leitura. A leitura define-se como o processo pelo qual um indivíduo constrói um significado descodificando símbolos na forma de letras (grafemas) ou caracteres visuais em palavras reconhecíveis considerando as suas cadeias sonoras (fonemas). O sucesso do processo depende dos seguintes componentes: descodificação (transformação de padrões ortográficos em fonológicos), fluência (precisão e rapidez), reconhecimento da palavra e a capacidade de compreensão de um texto escrito. É um ato complexo, simultaneamente linguístico, cognitivo, social e afetivo (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020). Por fim, a comunicação e a leitura são parte integrante da formação de um indivíduo, pois são fundamentais para o desenvolvimento intelectual, emocional e social.

A escrita trata-se de uma forma de comunicação verbal, no formato escrito, definindo-se como um sistema estruturado de comunicação visual no qual os elementos ou símbolos escritos representam, de forma convencional, os elementos da linguagem oral. As palavras são formuladas em frases; essas frases são organizadas em parágrafos maiores e, muitas vezes, em gêneros discursivos diferentes(Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020).

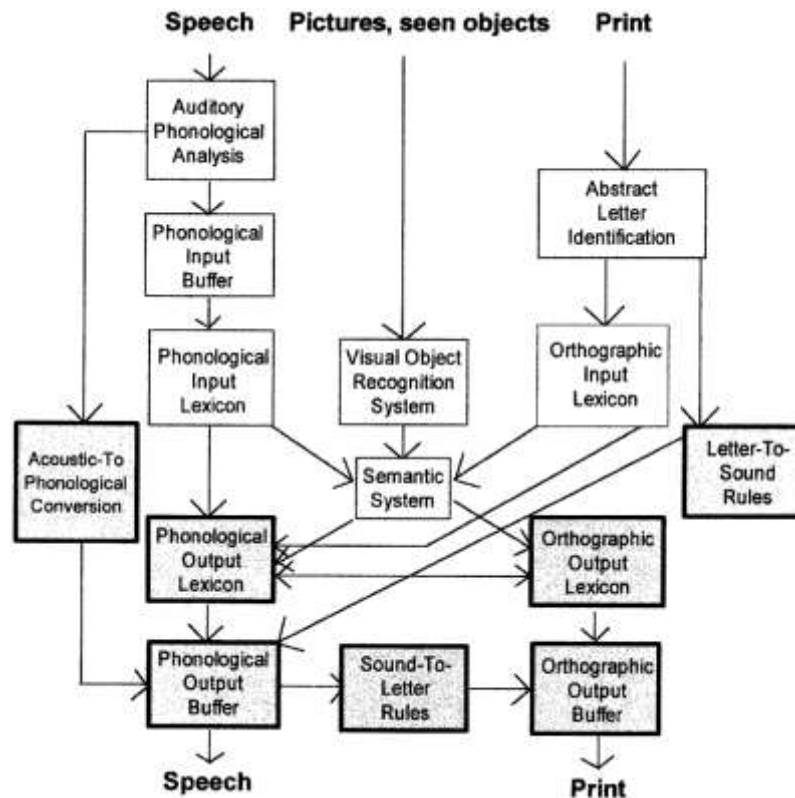


Figura 1: Modelo teórico do sistema modular de linguagem de (Kay L Lesser & Coltheart, 1992)

Como podemos verificar, a comunicação depende de vários sistemas e fatores que se interligam e, quando há falhas em alguma das partes a comunicação pode ficar mais ou menos comprometida.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) traz implicações importantes para a comunicação (Threats, 2004). A CIF foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo por base o modelo biopsicossocial, com o propósito de criar uma estrutura unificada "para a descrição da **saúde e dos estados relacionados com a saúde**". Esta classificação permite uma maior eficiência da comunicação acerca da saúde, a uma escala global (OMS, 2001). São também referidas implicações importantes da comunicação em contextos clínicos. A CIF destaca a importância de uma avaliação holística da comunicação, tendo em conta as capacidades das pessoas, assim como as barreiras comunicativas que possam estar presentes no seu ambiente (OMS, 2001).

Relativamente à prestação dos cuidados de saúde, a comunicação trata-se de uma componente de extrema importância, pois é através dela que os profissionais de saúde conseguem estabelecer uma relação de confiança com os pacientes e os seus familiares, ouvir as necessidades e preferências, oferecer informações claras e precisas sobre diagnósticos, tratamentos e cuidados de saúde, fornecer orientação sobre prevenção de doenças e a importância de hábitos saudáveis, transmitir empatia e acolhimento, aliviar medos e ansiedades, entender a evolução do quadro clínico do paciente e ajustar o tratamento de acordo com a sua resposta (Figueiredo et al., 2019).

Portanto, a comunicação eficaz na prestação dos cuidados de saúde é essencial para garantir a segurança do paciente, melhorar a qualidade da assistência à saúde e promover a sua participação no processo de tomada de decisão. Também nestes contextos é frequente existirem pacientes com dificuldades de comunicação e, segundo a ICF, é função dos profissionais de saúde fazerem uma avaliação adequada da condição de comunicação (Threats, 2004).

Uma vez que várias pessoas com patologias da comunicação, linguagem e fala vêm a sua competência de comunicação reduzida, mas, ainda assim, conseguem comunicar, em 1990, uma assembleia de peritos da American Speech -Language -Hearing Association (ASHA) chegou a consenso sobre a definição de **comunicação funcional: “a capacidade de receber ou emitir mensagens, independentemente** do modo, de forma eficaz e autónoma, num determinado contexto” (Brown et al., 2022). É, portanto, muito relevante avaliar a comunicação funcional dos indivíduos, tendo em conta as características e necessidades individuais de comunicação, assim como o desempenho funcional (Leal & Sancho, 2012).

1.1. Perturbações da Comunicação pós lesão cerebral

As lesões cerebrais adquiridas (LCA) tratam-se de lesões cerebrais que ocorrem após o nascimento que não sejam hereditárias, congénitas, degenerativas ou induzidas por trauma de nascimento (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2018; Brain Injury Association of America (BIAA)), sendo que o termo LCA abrange, mas não está limitado, a etiologias como traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC), ressecções de tumores cerebrais e eventos anóxicos/hipóxicos (Brown et al., 2022).

As perturbações da comunicação (PC) após LCA são prevalentes e devastadoras, sendo que maioria dos indivíduos que sofre uma LCA experencia, de alguma forma, um compromisso ao nível da comunicação, segundo as taxas de incidência relatadas com valores aproximados a 75% (MacDonald, 2017).

A realidade em Portugal, no que concerne à maioria das LCA que poderão ser causa de PC, encontra-se retratada de seguida, referindo a incidência de AVC e TCE:

A Via Verde do AVC registou em 2016, 3.386 de casos e até setembro de 2017 2.301 casos. Os distritos com maior número de encaminhamentos são Lisboa e Porto, com 462 e 507 casos, respetivamente. O número de pessoas internadas com AVC contabilizou 25.184 em 2016 (DGS, 2017)

Os estudos epidemiológicos sobre o TCE são escassos (Santos et al., 2003). Entre os anos de 1996 e 1997 observou-se uma taxa de incidência de 137/100 000 habitantes (Santos et al., 2003), sendo que, segundo uma tese de doutoramento (Agrela, 2019), a taxa diminuiu para 62/100.000 em 2011 e 65/100.000 em 2014, para uma população com cerca de 10.557.600 e 10.401.100 habitantes, respetivamente.

As perturbações motoras de fala incluem disartrias que se traduzem em **“perturbações no controlo muscular sobre o mecanismo da fala devido a compromissos no sistema nervoso central (SNC) ou periférico (SNP)”** (Darley et al., 1969). Trata-se então de uma perturbação motora da fala caracterizada por alterações de cariz neuromuscular, tendo como causa lesão do SNP e SNC, sobre o controlo das funções subjacentes a um ou mais dos subsistemas da fala (respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia) que a um nível funcional, interferem com a inteligibilidade da fala. Caracterizam-se por perturbações do tónus, força, amplitude, velocidade, estabilidade, precisão/coordenação do movimento e inteligibilidade da fala (Elbaum, 2019).

Outra perturbação motora de fala é a apraxia do discurso que se define como a dificuldade em realizar sequências de movimentos voluntários previamente aprendidas, ou seja, existe um compromisso ao nível da programação motora para a fala. Estas dificuldades não podem ser justificadas pelos défices de compreensão, motores, atáxicos ou sensoriais. As apraxias são geralmente associadas a lesões de lóbulo parietal dominante para o giro supramarginal (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020; Freed, 2012; Duffy, 2013).

Já as perturbações adquiridas da linguagem englobam a afasia que se trata de uma perturbação adquirida da linguagem, resultante de uma lesão neurológica focal no hemisfério dominante para a linguagem. O conceito de afasia obedece a quatro aspetos: ter causa neurogénica, ser adquirida, envolver perturbações da linguagem e não ter como causa problemas sensoriais ou intelectuais. Caracteriza-se por uma perturbação multimodal na interpretação e formulação de símbolos linguísticos, compreendendo e comprometendo a compreensão de material verbal oral e escrito. Estas perturbações têm um impacto negativo substancial na qualidade de vida da pessoa com afasia e nos seus familiares, limitando a sua capacidade de comunicar e de interagir socialmente (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020). As afasias dividem-se em dois tipos, fluentes e não fluentes, tendo sido Carl Wernicke em 1874 a realizar esta distinção. Goodglass e Kaplan (2005) referem que as afasias correspondentes às lesões posteriores ao rego de Rolando, de acordo com as diferenças de localização da lesão, apresentam variação quanto à sua sintomatologia. A quantidade e tipo de parafasias, as alterações da compreensão auditiva, a dificuldade no acesso lexical das palavras e a capacidade de repetição são as variáveis a ter em conta e também é a

partir das quais que se subdividem as afasias. Assim, na classificação neoclássica das afasias baseada nas características da expressão verbal (fluente/não, fluente), são considerados quatro tipos de afasias fluentes: de Wernicke, de Condução, Transcortical Sensorial e Anômica (Fonseca et al., 2018). Com base nestas e noutras observações, foi desenvolvido o modelo anatómico de Wernicke-Geschwind Lichtheim, de acordo com o qual a área cerebral de Wernicke é responsável pela compreensão da linguagem, a área de Broca pela produção, e um feixe subcortical que conecta estas áreas (o feixe arqueado) permite a repetição de palavras. Geschwind (1965) também adiciona que o lobo parietal inferior funciona como área de associação terciária para aceder ao significado das palavras. Assim, as afasias não fluentes, descrição original descrita por Paul Broca (1861), incluem as afasias de Broca, Global, Transcortical Motora, Transcortical Sensorial e Anômica (Fonseca et al., 2018). A Agrafia trata-se de uma perturbação da capacidade de produção de linguagem escrita por lesão neurológica. Pode ser devido a uma perturbação da linguagem (afasia) e perturbação não linguística (motora ou espacial) (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020). A Alexia é uma perturbação adquirida da capacidade para descodificar a linguagem escrita, consequente a uma lesão cerebral (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020).

Existem ainda as Perturbações Cognitivo-Comunicativas (PCC) que são um conjunto de alterações da comunicação decorrentes da relação, intrínseca e recíproca, entre linguagem e cognição. É um conjunto de alterações frequente após lesão cerebral difusa e pode caracterizar-se pela presença de dificuldades nos processos e sistemas cognitivos, comunicação verbal e não-verbal e em todos os domínios da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática). As PCC podem estender-se ao nível das seguintes competências: ouvir, falar, ler, expressão escrita ou interação social, ocorrendo devido a comorbilidades ao nível das competências cognitivas como atenção, memória, organização, raciocínio, cognição social ou funções executivas (CASLPO, 2018). As etiologias das PCC estão associadas aos processos normais de envelhecimento, compromisso cognitivo leve, lesão cerebral focal e difusa devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças neurodegenerativas ou lesões traumáticas ao longo da vida (ASHA, 2022), sendo que no diagnóstico de LCA apenas se incluem, como referido anteriormente: TCE, AVC, ressecções de tumores cerebrais e eventos anóxicos/hipóxicos (Brown et al., 2022).

A evidência disponível sugere que as PCC são as dificuldades de comunicação com maior prevalência após LCA, com uma incidência relatada de mais de 75% após lesão moderada a grave (MacDonald, 2021)

Por tudo o que envolve, as PC pós LCA, podem afetar todas as áreas da comunicação, incluindo a compreensão, expressão, articulação, escrita e leitura, o que pode levar a dificuldades na comunicação com outras pessoas, incluindo família, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde. As PC podem ter impactos significativos na qualidade de vida das pessoas. É importante que essas pessoas recebam apoio e tratamento adequado para poderem alcançar as suas metas sociais e profissionais, bem como melhorar a sua autoconfiança e autoestima. A identificação precoce destas dificuldades é fundamental

para que seja encontrada a melhor forma de reduzir o impacto das consequências das PC e a melhor forma de estabelecer uma comunicação funcional (Bosco et al., 2015; Elbaum, 2019; Macdonald, 2021). Para isto, uma equipa atenta e munida de ferramentas para identificação e encaminhamento precoce é fundamental, embora nem sempre essa necessidade (de comunicação) seja tomada em consideração (Frith et al., 2014).

Em Portugal existem vários instrumentos para avaliação da comunicação e linguagem pós LCA como: a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) (Caldas C., et al., 1979), a Aachen (AAT) (Leal, G. et al, 1998), a Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) (Leal & Sancho, 2012), o Participation Objective Participation Subjective (POPS) (Mantos, A., 2004), entre outros. Contudo nenhum deles foi concebido para rastrear as PC de forma global por qualquer profissional no sentido de permitir a identificação e encaminhamento para terapia da fala. Por conseguinte, e por se considerar importante existirem instrumentos com estas características para utilização em Portugal, no presente estudo, decidiu-se traduzir e validar a CCCABI (MacDonald SLP, 2015) para o Português Europeu (PE).

1.2. Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI)

A CCCABI (MacDonald SLP, 2015b), trata-se de uma checklist que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde para identificar e sinalizar alterações de comunicação para posterior referência para Terapia da Fala (TF).

Sendo a classe profissional dos TF regulamentada e treinado para avaliar e tratar pessoas com alterações da comunicação (e não só), este assume especial relevância na avaliação e acompanhamento de pessoas com PC pós LCA. Contudo, uma vez que, muitas vezes, não é o TF que primeiro contacta com pessoas com PC por LCA, mas outros profissionais, a existência de instrumentos como a CCCABI é particularmente relevante.

Efetivamente, segundo os resultados obtidos na pesquisa de MacDonald, 2021 que incluiu três grupos diferentes (TF, profissionais que pertencem à equipa multidisciplinar e indivíduos com PC pós LCA), existe evidência da necessidade de ferramentas de referência baseadas em evidências, sendo que o CCCABI tem potencial para auxiliar na formação, encaminhamento e apoio das pessoas com PC. Este estudo será apresentado de forma mais detalhada mais à frente neste capítulo.

A CCCABI, não substitui a avaliação de um TF nem fornece um diagnóstico, prevê, contudo, que o próprio TF possa recorrer a ela como ferramenta de rastreio num contacto inicial, avaliação de cabeceira ou consulta de seguimento para planeamento de avaliação subsequente (MacDonald SLP, 2015).

Trata-se de um instrumento baseado no modelo de competências cognitivo-comunicativas, pelo que apresenta na sua estrutura, 45 itens que constituem possíveis dificuldades em áreas da cognição e da comunicação.

A CCCABI foi concebida ao longo de vários anos num processo iterativo que incluiu revisão de evidências; aplicação clínica; consultas com pacientes, familiares e clínicos; e feedback de fontes de referência (Macdonald, 2021).

Durante o processo a autora fez um estudo, tendo recebido respostas de um total de 116 TF, 34 profissionais de saúde e 43 pessoas que sofreram uma LCA. Após análise das respostas foi possível obter os seguintes resultados: a maioria, equivalente a 95,7%, concordaram fortemente ou concordaram que há uma necessidade de uma ferramenta que permita ajudar os profissionais de saúde a identificar todas as PC pós LCA. No geral, as respostas dos três grupos de estudo (TF, profissionais de saúde e pessoas que sofreram LCA) foram altamente favoráveis à CCCABI, por concordância de resposta de 80% e, em média, 93%–98% para a maioria das perguntas. Concordaram que a checklist é abrangente e inclui todas as características presentes nas PC, com um valor de concordância de 93% entre os grupos. Consideraram a CCCABI clara e direta, com classificação de 94%. Os elementos sem formação profissional atribuíram as classificações mais altas para a clareza da checklist em grupos. Houve um consenso muito alto de que poderia ser usada como uma ferramenta para aumentar a consciencialização das PCC, de forma a incentivar o encaminhamento destas pessoas para TF (grupo de TF: 95%, grupo de profissionais de saúde: 96%, grupo de pessoas pós LCA: 100%). Os três grupos concordaram que poderia ser uma ferramenta educacional eficaz (grupo de TF: 92%, grupo de profissionais de saúde: 100%, grupo de pessoas pós LCA: 98%). A ideia de usar o CCCABI para partilhar perfis de comunicação foi apoiada por TF (94%) e profissionais de saúde (100%). O potencial do CCCABI como ferramenta de pesquisa foi apoiado por 85% dos TF e 89% dos profissionais de saúde.

Dadas as características do instrumento e a sua pertinência nos contextos de saúde, com o presente estudo de investigação pretende-se validar a CCCABI para o português-europeu (PE).

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de um estudo de tradução e adaptação que seguiu os procedimentos necessários à tradução e validação de instrumentos (Beaton D et al., 2007; Meadows, 2021a; Sousa & Rojjanasrirat, 2011a; Van Widenfelt et al., 2005).

2.2. Instrumentos

A CCCABI é uma checklist de sinalização e encaminhamento de pessoas com PC pós LCA para TF, que contém 45 itens e avalia as competências de comunicação e cognição de pessoas com PC. A checklist está dividida em duas áreas principais: Comunicação Diária Funcional (Atividade/Participação), que contém 5 itens; e Dificuldades Funcionais Específicas, que contém os restantes 40 itens. Esta última área engloba 5 subsecções: Compreensão auditiva e processamento de informação, que contém 11 itens; Expressão, discurso e comunicação social, que contém 10 itens; Compreensão de leitura, que contém 6 itens; Expressão escrita, que contém 5 itens, e por fim, o Pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, autorregulação (necessários para a comunicação), que contém 8 itens.

É passível de ser aplicada por profissionais de saúde que contactem com pessoas com PC pós LCA, sendo estas o destinatário de aplicação. As instruções encontram-se na primeira página da CCCABI e o preenchimento da checklist é feito no próprio documento, através da sinalização das áreas comprometidas (anexo 6). Após o preenchimento é calculada uma pontuação, que irá de 0 a 45, que corresponde às possíveis alterações da cognitivo-comunicativas encontradas. Caso ocorram alterações a este nível (no mínimo uma alteração num dos itens, que não implique encaminhamento para outra classe profissional, por exemplo, audiólogista), a pessoa com PC deverá ser sinalizada para TF.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados consistiram na criação de grelhas de comparação das várias versões do instrumento, de um guião da entrevista e um questionário para determinação do IVC, contendo uma escala de Likert.

Para a fase 2, 3 e 4 foram criadas grelhas de comparação das várias versões do instrumento que incluíram o processo de tradução, retrotradução e painel de experts (Anexo 5). Estas grelhas incluíram a comparação das traduções, versão original VS retrotradução e comparação da versão original com o consenso de traduções. Resultou assim uma versão harmonizada da CCCABI para o PE.

Para a fase 5 foi elaborado um guião da entrevista semiestruturada para a realização da avaliação qualitativa dos dados (Anexo 4)

Após o *cognitive debriefing*, desenvolveu-se uma escala de Likert, que incluía 4 níveis (tabela 1), com o objetivo da determinação do índice de validade de conteúdo (IVC) (Anexo 4), para efeitos da avaliação quantitativa dos dados de validade de conteúdo.

2.3. Etapas metodológicas

Tendo sido obtida autorização, por parte da autora, para a realização da tradução e adaptação do CCCABI (Anexo 1), seguiram-se as seguintes etapas metodológicas:

Etapa 1 - Tradução da checklist CCCABI de inglês (língua original) para o PE

Este procedimento foi realizado por dois tradutores independentes (fluentes nas duas línguas – PE e inglês), tendo como a língua materna o PE. Uma vez que a autora do instrumento solicitou que, na sua maioria, os tradutores fossem TF, a seleção dos tradutores satisfaz, também, este critério.

Etapa 2 - Síntese de traduções

Nesta fase foi realizada uma reunião com os tradutores para a comparação das duas versões, originando uma versão conciliada. Esta versão deve ser conceptualmente equivalente à fonte e de fácil compreensão para o público-alvo (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Van Widenfelt et al., 2005)

Etapa 3 - Processo de retroversão

Incluiu a tradução, para o inglês, da versão conciliada obtida na etapa anterior, por um tradutor com domínio das duas línguas (inglês e português), sem que este tivesse tido conhecimento prévio da versão inicial da CCCABI.

Etapa 4 - Painel de peritos

Nesta etapa devem presentes pelo menos uma pessoa especialista em metodologia de investigação, um profissional de saúde, pelo menos um membro da equipa de tradução e um da equipa de retrotradução, e também o mediador da síntese das traduções. Nesta reunião, os peritos identificam itens que poderão ser conceptualmente problemáticos na língua-alvo e partilham soluções para a tradução, de forma a ser atingida equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual (Beaton D et al., 2007)

Nesta fase foi, então, elaborada a comparação das versões finais da tradução e retroversão, bem como a original por um grupo multidisciplinar constituído por de 5 elementos que incluiu duas tradutoras, duas TF com experiência na área das perturbações adquiridas da comunicação e uma enfermeira, com experiência na área das LCA.

Os itens que constituem a CCCABI foram verificados pelos peritos tendo em conta os aspetos referidos na literatura, sendo estes semânticos e conceptuais (equivalência semântica e conceptual: verificação do significado das palavras, análise gramatical e de vocabulário; idiomáticos (equivalência idiomática); analisou-se a checklist quanto à possível existência de expressões idiomáticas de difícil tradução para o PE, que se refletissem na necessidade de formulação de expressões equivalentes na versão portuguesa; e experienciais (equivalência experiencial ou cultural) (Alexandre & Coluci, 2011).

Posto isto, decorrente desta fase resultou a versão harmonizada da CCCABI para o PE.

Etapa 5 - Realização do cognitive debriefing e validade de conteúdo

Com o cognitive debriefing pretende-se que os entrevistados analisem o instrumento, neste caso a CCCABI, obtenham *insights* acerca dos itens e que os comuniquem no sentido de melhorar a adaptação e a validade do instrumento (Meadows, 2021). A análise da checklist foi realizada por 5 profissionais pertencentes a uma equipa multidisciplinar, que contactam com pessoas que tenham PC pós LCA. Esta fase incluiu a participação de pessoas nas seguintes áreas: TF, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina Interna.

As medidas que estimam a validade dos instrumentos são extremamente importantes para identificar se o instrumento apresenta a capacidade para "prever eventos específicos ou a sua relação com outras medidas de construto" (DeVellis, 2017). Estas medidas determinam a capacidade que um instrumento apresenta para avaliar o que se propõe efetivamente a avaliar (Salvia et al., 2010; Shipley & McAfee, 2016). De acordo com a taxonomia COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), existem vários tipos de validade; validade de conteúdo validade de critério e validade de construto.

A validade de conteúdo refere-se à capacidade que os itens do instrumento de avaliação têm para representarem determinada propriedade ou conteúdo (Mokkink et al., 2010). A verificação da validade de conteúdo é realizada por especialistas que analisam se os itens do instrumento representam o domínio proposto para avaliação (DeVellis, 2017; Salvia et al., 2010; Shipley & McAfee, 2016).

Para a determinação deste tipo de validade pode utilizar-se o cálculo da percentagem de concordância, o coeficiente kappa e o IVC, sendo este último o mais utilizado (Alexandre & Coluci, 2011). O IVC pode incidir sobre os itens do instrumento (IVC-I) ou sobre o instrumento/ escala (IVC-E), sendo recomendado o valor mínimo de 80 para o IVC-E (Polit & Beck, 2006; Waltz et al., 2017), o que significa que os peritos apresentam uma concordância de 80% em relação ao instrumento

Etapa 6 - Versão pré-final da CCCABI-PE

Procedeu-se à organização de todas as sugestões resultantes do cognitive debriefing, tendo sido posteriormente enviada para a autora a versão que resultou dos processos prévios.

Em suma, o processo de tradução e validação da CCCABI passou pelas etapas representadas na figura 3.

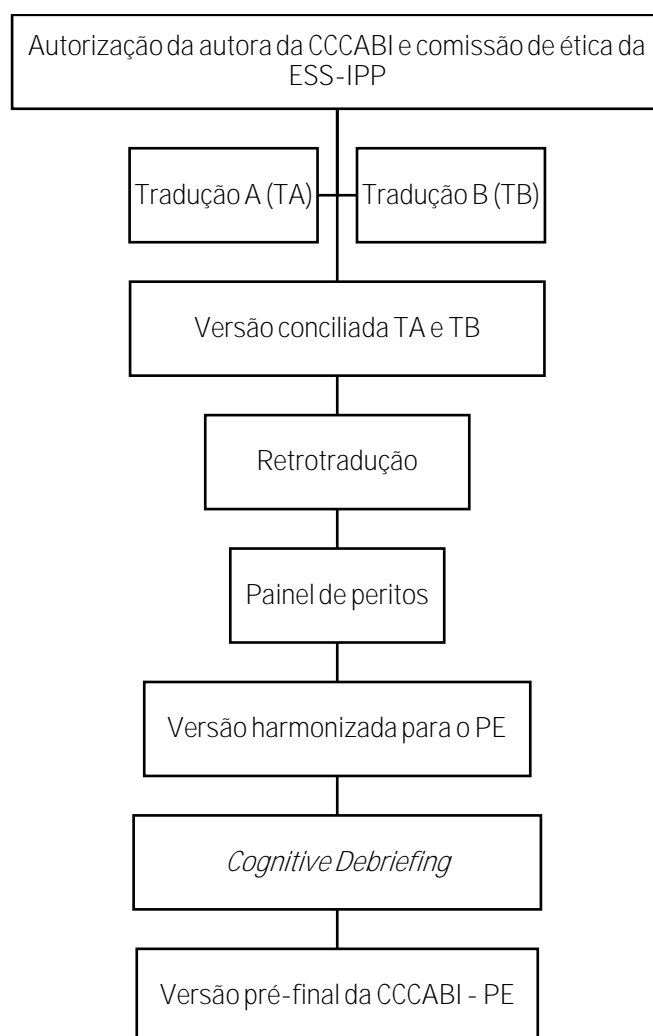


Figura 3 – Esquema das etapas de tradução e adaptação da CCCABI para o PE

2.4. Amostra e participantes

A seleção dos elementos pertencentes ao grupo de tradutores, painel de peritos e ao cognitive debriefing, foi feita a partir da rede de contactos da investigadora tendo em conta o tema e a sua área de atuação dos elementos.

O grupo de tradutores e retro-tradutor incluiu como fator principal o domínio nas duas línguas, PE e inglês, sendo que, outro critério de seleção incluindo nesta fase do processo, foi o facto da maioria dos participantes ser TF, tratando-se de uma das exigências da autora da CCCABI.

Por conseguinte, o painel de peritos incluiu tradutor, um elemento com conhecimento na área de investigação, um enfermeiro e dois TF.

2.5. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

2.5.1. Considerações éticas

A recolha e tratamento de dados foi realizada tendo por base os princípios da proteção de dados aplicável a estudos de investigação científica na área da saúde e a lei n.º 67/98 do Diários da República que aborda a proteção de dados pessoais.

Na primeira fase de recolha de dados foi estabelecido contacto via e-mail com a autora da CCCABI de forma a obter a autorização para o processo de tradução e validação da checklist para o PE (anexo 1).

Posteriormente a documentação para apreciação do projeto foi submetida à comissão de ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, que deu o seu parecer positivo (anexo 2).

2.5.2. Procedimento de recolha de dados

Os elementos pertencentes ao grupo de tradutores, painel de peritos e cognitive debriefing foram selecionados a partir da rede de contactos da autora, sendo que o contacto foi realizado através de e-mail ou por contacto telefónico. Foi realizada uma explicação aos elementos envolvidos sobre os objetivos do trabalho, bem como o papel a ser desempenhado por eles em cada uma das fases. Procedeu-se à entrega do consentimento informado (anexo 3) a todos os participantes, que assegura a sua participação livre e voluntária. A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida.

Processo de tradução e retrotradução da checklist CCCABI:

Foi enviado para os tradutores, via e-mail, a CCCABI de forma a traduzirem a checklist para o PE, juntamente com um documento com a estrutura idêntica ao documento original.

Para os retrotradutores foi enviada a versão conciliada (resultante das duas traduções).

Painel de peritos

Para agendamento da reunião online, foi enviado e-mail para os elementos do painel de peritos com 7 dias de antecedência, onde constava a seguinte documentação: CCCABI original, versão retrotraduzida e a tradução conciliada, juntamente com as anotações das diferenças encontradas entre a versão original e a retrotraduzida. Neste e-mail também constou e informação relativa à reunião, nomeadamente data, hora e link de acesso online.

Cognitive debriefing

Para agendamento do processo de cognitive debriefing, foi enviado um email onde constava a CCCABI original, a versão harmonizada para o PE e uma breve explicação dos procedimentos que iriam ser realizados. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada (anexo 4), de forma individual, onde se obtiveram dados que foram analisados qualitativamente.

No final da entrevista foi solicitado que os elementos respondessem a um questionário, onde procederam à classificação dos 45 itens da CCCABI relativamente às componentes de: clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceptual, obtendo-se assim o índice de validade de conteúdo. Para este procedimento recorreu-se a uma escala de Likert (Likert et al. 1993), que quantificou de 1 a 4 cada um dos itens, como se pode verificar na tabela 1:

Tabela 1 – Tabela de classificação com base na escala de Likert

Valor	Clareza	Relevância	Adequação conceptual	Ambiguidade
1	Não claro	Não relevante	Não adequado	Muito ambíguo
2	Pouco claro	Pouco relevante	Pouco adequado	Moderadamente ambíguo
3	Moderadamente claro	Moderadamente relevante	Moderadamente adequado	Pouco ambíguo
4	Muito claro	Muito relevante	Muito adequado	Não ambíguo

O I-IVC calcula-se através da soma entre os itens classificados por 3 ou 4 pelos elementos do *cognitive debriefing*. Assim, para avaliar individualmente cada item, utiliza-se a seguinte fórmula: I-IVC = classificação de 3 ou 4 / número total de respostas (Alexandre & Coluci, 2011).

Para verificação da S-IVC foi elaborada a soma dos I-IVC, tendo sido divididos pelo número total de itens que estiveram em avaliação.

Para verificar a validade instrumentos de uma forma geral, os autores sugerem uma concordância mínima de 0,8027 e outros de 0,90 ou mais (Alexandre & Coluci, 2011).

Após análise dos dados foi possível fazer o cálculo do índice de validade de conteúdo para os 45 itens da CCCABI presentes na versão harmonizada para o PE.

3. Resultados

Painel de Peritos

O processo de seleção dos elementos pertencentes ao painel de peritos encontra-se descrito na metodologia previamente apresentada, assim como as suas diferentes etapas. A análise da CCCABI foi realizada tendo em conta a adequação ao PE, assim como os conceitos e a sua adaptação cultural à população portuguesa.

Foi realizada uma revisão da tradução e retrotradução da checklist, sendo que, determinados termos, careceram de uma posterior modificação, que resultou do consenso dos vários elementos do painel. Essas modificações na página inicial da checklist, que corresponde à introdução, explicação e instruções para o seu uso, foram as seguintes: Optou-se pela substituição da expressão “restantes profissionais” por “outros profissionais, que não TF”, aproximando-se, assim, a versão pré-final da versão original, que contempla a expressão “*Non SLP’s*”; decidiu-se não incluir o termo “avaliação de cabeceira hospitalar”, tal como contempla a versão original “hospital bedside interview”, tendo-se optado por “avaliação de cabeceira” de forma a abranger outros locais de aplicação, que não em contexto hospitalar.

Relativamente à segunda página da CCCABI, após análise da revisão da tradução e retrotradução resultaram as seguintes modificações: no tópico 10, ao invés de “Integração de informação – Não consegue “juntar” a informação para tirar uma conclusão ou compreender o contexto” optou-se por colocar “Integração de informação – Não consegue agregar a informação para tirar uma conclusão ou perceber a ideia-chave”; no tópico 43, cujo resultado do consenso das traduções era “Resumir, compreender a essência e formular conclusões”, o painel recomendou a utilização do conceito “ideia-chave” ao invés de “essência”, por considerar ser um termo mais adequado do ponto de vista científico; relativamente ao tópico 44 que correspondia ao “Brainstorming, geração de ideias, alternativas, pensamento criativo”, optou-se por colocar “Brainstorming, gerar ideias, alternativas, pensamento criativo”; no final da CCCABI, onde consta o total, constava “Alterações de Comunicação”, sendo que, após revisão do painel, se optou por colocar “Sinais de Alerta Identificados ao nível da Comunicação”, de forma a utilizar a terminologia mais aproximada da versão original “*Concerns of Communication Identified*”.

Deste processo resultou a versão harmonizada para o PE da CCCABI (anexo 5).

Cognitive Debriefing e Validade de Conteúdo

A maioria dos elementos do cognitive debriefing considerou que um dos pontos fortes da CCCABI é a sua sensibilidade e especificidade, bem como o facto de ser abrangente. Consideraram que as funções cognitivas e de linguagem do utente se apresentam de forma funcional, o que faz orientar positivamente a definição do plano de intervenção, e não só o principal propósito do instrumento, que é a referenciação

para TF. Os elementos consideraram que a acessibilidade linguística da CCCABI-PE é adequada, uma vez que é facilmente compreendida no contexto em que se insere e pelos profissionais que a irão aplicar.

A aplicabilidade da checklist levantou algumas questões entre a generalidade dos elementos. A maioria referiu que a sua principal limitação se centra na duração do preenchimento, que poderá ser condicionada num contexto de dia-a-dia de prática de trabalho em contexto hospitalar, onde existe uma grande afluência de utentes.

Relativamente às sugestões de melhoria, colocadas pelos diferentes elementos, a ideia que prevaleceu foi a de uma do número de itens do instrumento, tendo sido sugerida a criação de uma versão mais curta. Segundo os elementos do painel estes aspetos tornariam o instrumento mais facilmente aplicável em contexto hospitalar, pois, permitiria uma aplicação num menor espaço de tempo, dada a tipologia de utentes que surgem em contexto hospitalar (mais instáveis, mais fragilizados, com menor tolerância, entre outros aspetos), bem como o tempo que os profissionais poderão dispensar na sua aplicação (existência de poucos recursos humanos na prestação de cuidados de saúde em Portugal).

Esta sugestão recaiu sobretudo nos aspetos relacionados com o tópico da compreensão da leitura especificamente nos itens 30,31 e 32 (anexo 8); bem como no tópico relativamente ao pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas e auto-regulação, no que respeita aos itens 40, 41, 42, 43, 44 e 45 (anexo 8). Segundo os elementos, estes itens poderiam ser repensados/retirados, de forma a ser possível obter-se uma maior facilidade e gestão de tempo na aplicação do instrumento.

De seguida encontram-se detalhadas as sugestões de melhoria, bem como os resultados obtidos relativamente aos quatro parâmetros analisados (clareza, relevância, adequação conceptual, ambiguidade) pelos elementos do cognitive debriefing.

- **Comunicação Diária Funcional (Atividade/Participação):** Foi calculado o I-IVC de 5 itens tendo se obtido os seguintes valores: Clareza 0,96 (96%); Relevância 0,88 (88%); Adequação conceptual 1 (100%); Ambiguidade 1 (100%)

Sugestões de melhoria: Dois elementos sugeriram que no item 1, referente às dificuldades na comunicação com a família ou socialmente, fossem dados exemplos de situações em que se aplica, de forma a que se torne clara a sua interpretação pelos elementos que irão aplicar a CCCABI. Os elementos sugeriram exemplificar se as dificuldades são em contexto de casa ou fora ou com uma ou mais pessoas.

- **Dificuldades Funcionais Específicas:**
 - Compreensão auditiva e processamento de informação: Foi calculado o I-IVC de 11 itens tendo-se obtido os seguintes valores: Clareza 0,92 (92%); Relevância 0,96 (96,3%); Adequação conceptual 1 (100%); Ambiguidade 0,90 (90,9%)

Sugestões de melhoria: Adicionar ao item 6, referente ao ouvir o que é dito, sensibilidade aos sons, zumbido no ouvido (referenciar ao audiólogo), a referência para otorrinolaringologia (ORL), uma vez

que, segundo 4 elementos, é a especialidade mais referenciada a nível hospitalar em Portugal, o que torna o instrumento adequado culturalmente ao PE.

- o Expressão, discurso e comunicação social: Foi calculado o I-IVC de 10 itens tendo-se obtido os seguintes valores: Clareza 0,88 (88%); Relevância 1 (100%); Adequação conceptual 0,98 (98%); Ambiguidade 0,92 (92%)

Sugestões de melhoria: Relativamente aos itens 22 e 23, que referem discurso desorganizado e discurso desconexo, a distinção entre os termos utilizados poderá não ser clara para quem irá aplicar a checklist, sendo que 3 elementos fizeram esta análise. Apesar da apreciação os especialistas não sugeriram alternativa à formulação.

Compreensão de leitura: Foi calculado o I-IVC de 6 itens tendo-se obtido os seguintes valores: Clareza 0,90 (90%); Relevância 0,83 (83,3%); Adequação conceptual 0,96 (96,6%); Ambiguidade 0,90 (90%)

Sugestões de melhoria: Três elementos destacaram o item 27, que refere dificuldades físicas (visão: dupla, desfocada, diminuição do campo visual, seguimento, dor, fadiga, tonturas) – Referenciar ao optometrista, oftalmologista, sendo que sugeriram a referência apenas para oftalmologia, uma vez que, segundo eles, é a especialidade mais referenciada a nível hospitalar em Portugal.

Dois elementos referiram que a relevância do item 32, referente à diminuição da força anímica para a leitura se encontra desadequado em contexto agudo, considerando que deveria haver alguma especificidade da checklist para os diferentes contextos de aplicação (cuidados de saúde primários/internamento de agudos).

- o Expressão escrita: Foi calculado o I-IVC de 5 itens tendo-se obtido os seguintes valores: Clareza 0,92 (92%); Relevância 1 (100%); Adequação conceptual 0,96 (96%); Ambiguidade 0,92 (92%)

Sugestões de melhoria: Os 5 elementos referiram a importância destes itens, sendo que todos consideraram que, em contexto agudo, poderá ser difícil aplicar, no entanto, nos diferentes contextos de aplicação será relevante para posterior encaminhamento. Neste ponto, especificamente nos itens 30, 31 e 32, foi sugerida a possível redução de itens pelo motivo acima exposto e também para proporcionar uma aplicação mais rápida (dados os constrangimentos de tempo em contexto hospitalar).

Pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, autorregulação

(necessários para a comunicação): Foi calculado o I-IVC de 8 itens tendo-se obtido os seguintes valores: Clareza 0,82 (82,5%); Relevância 0,72 (72,5%); Adequação conceptual 0,90 (90%); Ambiguidade 0,82 (82,5%)

Sugestões de melhoria: Dois elementos referiram relevância dos itens 40 e 44, que referem discutir sem ficar assoberbado, triste, frustrado ou retraído e brainstorming, gerar ideias, alternativas, pensamento criativo, sendo que para pessoas que se encontrem em contexto de internamento de agudos, consideram

ser menos relevante. Os especialistas consideraram também que os itens 40 a 45, poderiam ser resumidos/modificados com o intuito de uma maior rapidez na sua aplicação.

O I-IVC de cada item e o S-IVC da checklist na sua generalidade podem ser consultados nas tabelas 2 e 3 respetivamente.

Tabela 2: I-IVC para os itens da versão harmonizada da CCCABI para o PE

CCCABI para o PE				
Item	I-IVC /percentagem de concordância			
	Clareza	Relevância	Adequação conceitual	Ambiguidade
Comunicação Diária Funcional (Atividade/Participação)	0,96 (96,66%)	0,88 (88,88%)	1,00 (100,00%)	1,00 (100,00%)
Dificuldades Funcionais Específicas				
Compreensão auditiva e processamento de informação	0,92 (92,00%)	0,96 (96,36%)	1,00 (100,00%)	0,90 (90,99%)
Expressão discurso e comunicação social	0,88 (88,88%)	1,00 (100,00%)	0,98 (98,88%)	0,92 (92,22%)
Compreensão de leitura	0,90 (90,00%)	0,83 (83,33%)	0,96 (96,66%)	0,90 (90,00%)
Expressão escrita	0,92 (92,22%)	1,00 (100,00%)	0,96 (96,66%)	0,92 (92,22%)
Pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, autorregulação	0,82 (82,55%)	0,72 (72,55%)	0,90 (90,00%)	0,82 (82,55%)

A análise dos resultados da checklist indica que as categorias que apresentaram os valores mais elevados foram comunicação diária funcional, compreensão auditiva e processamento de informação e expressão escrita. Estes itens são os que foram considerados mais relevantes e adequados conceptualmente na avaliação da CCCABI-PE. Observou-se ainda que a clareza dos itens apresentou valores mais baixos em comparação com os outros aspetos avaliados. Em relação ao IVC geral, os resultados apontam que a

CCCABI-PE é um instrumento válido em seu conteúdo, indicando que os itens da checklist são coerentes e relevantes para a avaliação da comunicação em pacientes com LCA.

Tabela 3: S-IVC para os itens da versão harmonizada da CCCABI para o PE

CCCABI para o PE			
S-IVC /percentagem de concordância			
Clareza	Relevância	Adequação conceptual	Ambiguidade
0,90 (89,77%)	0,91 (90,64%)	0,97 (96,86%)	0,90 (90,22%)

Após realizado o cognitive debriefing foi possível verificar que todos os elementos consideraram que se trata de uma checklist adequada ao fim que se propõe, ou seja, sinalizar e encaminhar as pessoas com PC pós LCA para TF. Todos os elementos consideraram a CCCABI-PE um instrumento pertinente para a sua prática, demonstrando-se abertos à sua posterior aplicação.

4. Discussão

O processo de tradução e adaptação cultural da CCCABI para o PE seguiu os procedimentos necessários à tradução e validação de instrumentos de acordo com Beaton D et al., (2007); Meadows, (2021); Sousa & Rojjanasrirat, (2011); Van Widenfelt et al., (2005).

A ferramenta foi traduzida e validada, sendo que na fase de tradução da língua original (inglês) para o PE, se solicitou aos dois tradutores que traduzissem as duas páginas da checklist (a primeira correspondente às instruções e a segunda à checklist propriamente dita). As reuniões do processo de tradução, foram realizadas online, facilitando assim todo este processo.

A análise da versão conciliada das traduções (traduções e retroversão), realizada pelo painel de peritos, em comparação com a versão do instrumento original, permitiu a obtenção da equivalência semântica, conceptual, idiomática e cultural (Beaton D et al., 2007; Wild et al., 2005). O contributo dos tradutores foi fundamental para clarificar discrepâncias linguísticas verificadas entre as traduções e a retroversão. O facto de a maioria dos tradutores ser TF com experiência na área das PC, foi relevante na medida em que a adaptação da terminologia técnica se tornou mais facilitada e com pareceres homogéneos, uma vez que apresentavam o domínio da área das PC pós LCA. Desta reunião resultou a versão harmonizada pelos peritos (versão pré-final da CCCABI).

Posteriormente foi realizado o cognitive debriefing com 5 profissionais de saúde experiente na área das PC pós LCA. Estes procedimentos ocorreram de acordo com a metodologia prevista por Alexandre & Coluci, (2011); Meadows, (2021); Zamanzadeh et al., (2015).

A posterior análise dos resultados obtidos no cognitive debriefing revelou sugestões que levaram à necessidade de modificações para uma melhor adequação conceptual. As alterações foram introduzidas na versão final do instrumento CCCABI versão PE (Anexo 8). Estas adaptações incluíram, por exemplo, no item 6, referente a “ouvir o que é dito, sensibilidade aos sons, zumbido no ouvido (referenciar ao audiologista)”, adição da referência para ORL, uma vez que é a especialidade mais referenciada a nível hospitalar, segundo a experiência dos elementos do painel, o que torna o instrumento adequado culturalmente ao PE.

O facto de ser sido realizada a aplicação de uma escala de Likert para todos os itens da checklist e posterior entrevista, possibilitou uma maior facilidade na partilha de informação no momento da entrevista.

De acordo com Polit & Beck, 2006 e Zamanzadeh et al., 2015, o IVC aceitável deve ser no mínimo de 0,78 para I-IVC e 0,80 para S-IVC. Os valores de I-IVC orientaram as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens.

O S-IVC da CCCABI foi superior a 0,80 sendo, desta forma, aceitável para todas as dimensões analisadas, clareza (0,897) relevância (0,906), adequação conceptual (0,968) e ambiguidade (0,902). A maioria dos itens do instrumento da CCCABI obteve uma IVC superior a 0,78, o que significa que os construtos dos mesmos são considerados adequados para os especialistas.

Pode considerar-se que a versão pré final da CCCABI se encontra validada e adaptada culturalmente para a população portuguesa, visto que obteve valores de IVC aceitáveis e recomendados (Alexandre & Coluci, 2011), sendo que alguns autores consideram excelentes (Polit & Beck, 2006).

Os elementos sugeriram de forma unânime, a criação de uma versão reduzida da checklist, de forma a poder adaptar a alguns contextos mais específicos. Segundo os especialistas, a CCCABI, trata-se de um instrumento completo, sendo que esta sugestão não implica a sua modificação, mas sim uma versão adicional para pessoas com PC pós LCA internadas em contexto hospitalar agudo, que não reúnam condições para a aplicação total da atual checklist. Esta ideia foi apresentada à autora da CCCABI.

Segundo os especialistas, esta sugestão surge pela necessidade de uma aplicação da CCCABI de forma mais rápida, mediante contextos de enfermaria com utentes em estado muito agudo, sendo a sua colaboração limitada pela condição de saúde em que se encontram. Outra justificação dada pelos elementos, prende-se com a realidade do rácio de utente por profissional de saúde em Portugal, pois, em regime hospitalar, muitas vezes o que se verifica é um aumento do número de utentes atribuídos a cada profissional, o que torna difícil a aplicação da CCCABI na sua totalidade.

Um tópico da checklist que os especialistas consideram, de forma unanime, que será dificilmente aplicável em contextos de casos muito agudos é o da escrita, propondo a redução deste tópico numa possível versão reduzida da checklist. No entanto, este mesmo item, noutros contextos de aplicação (por exemplo, numa consulta externa ou ao nível dos cuidados de saúde primários) será relevante para posterior encaminhamento para TF. Saliencia-se o facto de esta checklist não ter sido concebida para utilização específica de contexto de casos agudos, mas para uma utilização mais transcontextual. Por esta razão, estes itens continuam a fazer sentido nesta versão da checklist.

Este instrumento apresenta vários pontos positivos que se constituem como mais-valias para a realidade portuguesa. São exemplo disso a padronização, uma vez que a checklist utiliza uma estrutura padronizada que ajuda os profissionais a avaliar de forma sistemática as capacidades de comunicação dos pacientes, permitindo uma avaliação precisa e comparável entre pacientes; a abrangência, pois fornece uma avaliação abrangente das capacidades de comunicação que inclui aspetos como componentes auditivas,

visuais, linguagem, discurso, pragmática, prosódia, entre outros. O que garante que nenhum aspeto da comunicação seja negligenciado durante a avaliação (Macdonald, 2021).

A adequação cultural é também uma mais-valia uma vez que a ferramenta foi revista em colaboração com vários profissionais de saúde portugueses (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). É, ainda, uma ferramenta orientada para a intervenção, facultando informações quantificáveis sobre as capacidades de comunicação dos pacientes, permitindo que os profissionais encaminhem os utentes para TF e que desenvolvam planos de tratamento individualizados. Para além disso, tratando-se de um instrumento já com múltiplas adaptações culturais e, portanto, utilizado em vários países, é também um instrumento cujos dados podem ser comparáveis com outras realidades.

É ainda revelante referir que este estudo foi selecionado para apresentação em póster no Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF) realizado em 2023, com o título: **“Tradução e Validação da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury para o Português Europeu” (anexo 7). Esta seleção pelo comité científico da SPTF, evidencia a relevância deste** tipo de trabalhos, para além de que, em contexto de congresso, o feedback recebido revelou, da parte dos colegas terapeutas da fala, o reconhecimento da efetiva necessidade de existência de instrumentos de sinalização e encaminhamento de pessoas com PC pós LCA, para TF, como é o caso da CCCABI.

No que respeita às limitações deste estudo, tem-se que os elementos do cognitive debriefing poderiam ter tido contextos profissionais de atuação mais variados no sentido de se obter maior riqueza de inputs, por exemplo, em relação à necessidade, ou não, de eliminação de itens da escala. Reconhecemos, contudo, que o contexto onde provavelmente mais será utilizada a checklist será o contexto hospitalar, pelo que as sugestões dos especialistas foram transmitidas à autora, cujo parecer aguardamos. Outro aspeto que se pode constituir como uma limitação é o facto de as opiniões dos especialistas, elementos do cognitive debriefing, se basearem apenas na sua experiência profissional com pessoas com PC pós LCA e não na utilização direta da CCCABI. Certamente que os inputs após utilização poderão trazer outros contributos, contudo, o procedimento que seguimos está de acordo com os procedimentos requeridos em processos de tradução e validação de instrumentos (Beaton D et al., 2007; Meadows, 2021; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Van Widenfelt et al., 2005).

Considera-se, adicionalmente, que o instrumento está mais preparado para aplicação real após este processo que realizámos. No futuro será dado seguimento ao processo de validação da CCCABI, com o procedimento de pré-teste que poderá trazer outros inputs importantes para a melhoria do instrumento. Em termos de validade de conteúdo sabemos, com os procedimentos já adotados, e que mesmo antes de introduzir as sugestões dos elementos do cognitive debriefing, o instrumento já apresenta bons valores

de IVC. Na continuidade deste trabalho pretende-se também estudar as propriedades psicométricas da checklist de forma a melhor documentar a sua adequação, validade e relevância.

5. Conclusões

A CCCABI foi traduzida e adaptada para o PE, de forma a ser utilizada pela população portuguesa que trabalha com pessoas com PC pós LCA.

O processo metodológico passou pelas etapas de tradução, retroversão, painel de peritos, versão harmonizada para o PE e cognitive debriefing.

A análise da versão conciliada das traduções pelo painel de peritos (tradutores, investigadores e TF) permitiu a obtenção da equivalência semântica, Idiomática e cultural dos itens do instrumento.

A versão pré-final foi apresentada a um grupo de especialistas que apontou necessidades de melhorias e modificações para melhor compreensão e adequação conceptual. Nenhum item foi eliminado. A versão final para o PE inclui assim a maior parte das sugestões de melhoria obtidas nesta etapa da investigação. O mesmo grupo de especialistas, pertencente ao cognitive debriefing, classificou os itens da versão harmonizada para o PE quanto às seguintes componentes: clareza, relevância, adequação conceptual e ambiguidade.

Todos os itens da checklist obtiveram um IVC considerado excelente, ou seja, superior a 0,78. Também o S-IVC da CCCABI foi superior a 0,80 sendo, desta forma, aceitável para todas as dimensões analisadas, clareza (0,89) relevância (0,90), adequação conceptual (0,96) e ambiguidade (0,90).

A versão da CCCABI para o PE (anexo 7) considera-se válida relativamente ao seu conteúdo, com todos os itens considerados adequados, assim como a escala na sua globalidade. Trata-se de uma versão adaptada do ponto de vista cultural e validada do ponto de vista de conteúdo, para o PE.

Uma vez que em Portugal não existe nenhum instrumento validado para encaminhamento de pessoas com PC pós LCA para TF, esta checklist poderá constituir uma mais-valia para que estas pessoas sejam sinalizadas o mais precocemente possível e devidamente acompanhadas.

Referências Bibliográficas

- Alexandre, N., & Coluci, M. (2011). *Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments*.
- Bara, B. G. (2011). Cognitive pragmatics: The mental processes of communication. In *Intercultural Pragmatics* (Vol. 8, Issue 3, pp. 443–485). <https://doi.org/10.1515/IPRG.2011.020>
- Beaton D, Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. *Institute for Work & Health*.
- Blake, M. L. (2018). *The Right Hemisphere and Disorders of Cognition and Communication*. Plural Publishers, Inc.
- Bosco, F. M., Angeleri, R., Sacco, K., & Bara, B. G. (2015). Explaining pragmatic performance in traumatic brain injury: A process perspective on communicative errors. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 63–83.
- Brown, J., Kaelin, D., Mattingly, E., Mello, C., Miller, E. S., Mitchell, G., Picon, L. M., Waldron-Perine, B., Wolf, T. J., Frymark, T., & Bowen, R. (2022). American Speech-Language-Hearing Association Clinical Practice Guideline: Cognitive Rehabilitation for the Management of Cognitive Dysfunction Associated With Acquired Brain Injury. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(6), 2455–2526. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00361
- CASLPO. (2018). *Practice standards and guidelines for acquired cognitive communication disorders*. www.caslpo.com
- Chomsky, N. (1986). *Knowledge of language: Its nature, origin, and use*. Praeger.
- College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario. (2018). *PRACTICE STANDARDS AND GUIDELINES FOR ACQUIRED COGNITIVE COMMUNICATION DISORDERS*. www.caslpo.com
- Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. (1969). Differential diagnostic patterns of Dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Research*.
- Darshini, J. K., Afsar, M., Vandana, V. P., Shukla, D., & Rajeswaran, J. (2021). The Triad of Cognition, Language, and Communication in Traumatic Brain Injury: A Correlational Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(4), 666–672. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734008>
- DeVellis, R. (2017). Scale development: theory and applications. *Sage Publications Inc.*, 4,^a edição.
- DGS. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde*. www.dgs.pt
- Elbaum, J. (2019). *Acquired Brain Injury* (J. Elbaum, Ed.; Second). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-16613-7>

- Figueiredo, A. R., Santos Potra, T., & Lucas, P. B. (2019). *COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SCOPING*.
- Fonseca José, Dias Adelaide, Adrià Rofes, Cristina Ana, Maruta Carolina, Magalhães Céu, Nogueira Dália, & Matos Assunção. (2018). *Afasia e Comunicação após lesão cerebral* (Vol. 1). Papa Letras.
- Frith, M., Togher, L., Ferguson, A., Levick, W., & Docking, K. (2014). Assessment practices of speech-language pathologists for cognitive communication disorders following traumatic brain injury in adults: An international survey. *Brain Injury*.
- Jordi Peña-Casanova, & Montserrat Pérez Pamies. (2005). *Reabilitação da afasia e transtornos associados: Vol. 2.º*. Manole.
- Kay L Lesser, R., & Coltheart, M. (1992). *ALPA: Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia* (2nd ed.). Erlbaum.
- Leal, G., & Sancho, A. (2012). *Validação portuguesa da escala Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) numa população de pessoas com afasia Portuguese validation of the Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) in people with aphasia*.
- MacDonald, S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain Injury*, 31(13–14), 1760–1780. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613>
- Macdonald, S. (2021). The cognitive-communication checklist for acquired brain injury: A means of identifying, recording, and tracking communication impairments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(3), 1074–1089. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00155
- MacDonald SLP, S. (2015). *COMMUNICATION AND BRAIN INJURY Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI) An SLP Screening and Referral Tool*. www.abiebr.com; www.ancds.org; www.asha.org; www.caslpo.com; www.speechBITE.org
- Meadows, K. (2021). Cognitive Interviewing Methodologies. In *Clinical Nursing Research* (Vol. 30, Issue 4, pp. 375–379). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/10547738211014099>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). *The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes*.
- Nicole Agrela. (2019). *Competências de comunicação após traumatismo crânio-encefálico*. Universidade Católica Portuguesa.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 489–497.**
- Salvia, J., Ysseldyke, J. E., & Bolt, S. (2010). Assessment in special and inclusive education. In *Houghton Mifflin Company: Vol. 1º*.

- Santos, M. E., De Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). *ARTIGO ORIGINAL ACTA MÉDICA PORTUGUESA 2003; 16: 71-76 EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS EM PORTUGAL (*)*.
- Shipley, K. G., & McAfee, J. G. (2016). *Assessment in speech-language pathology: a resource manual* (5.^a). Cengage Learning.
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020). *Dicionário Terminológico de Terapia da Fala* (1st ed., Vol. 1). Papa Letras.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011a). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 268–274.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011b). *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 268–274.
- Threats, T. T. W. L. (2004). Classifying communication disability using the ICF. *Advances in Speech Language Pathology*.
- Van Widenfelt, B. M., Treffers, P. D. A., de Beurs, E., Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). *Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families*.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in nursing and health research* (5.^a). Springer Publishing Company.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value in Health*.
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A.-R. (2015). Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>

Anexo 1 – Autorização da autora da CCCABI



**Agreement for Translation
of Cognitive-Communication Checklist for Acquired Brain Injury (CCCABI)**

The CCCABI was created by Sheila MacDonald, Speech-Language Pathologist and is published and distributed by CCD Publishing. The CCCABI was created with one goal in mind: to improve access to intervention for individuals with cognitive-communication difficulties due to brain injuries. Sheila MacDonald and CCD Publishing grant permission for translations of the CCCABI into languages other than English under the following conditions:

1. The translator contacts the author Sheila MacDonald to notify of the translation and requests permission.
2. The wording and format of the original version of the CCCABI remains as similar to the original wording and format as possible.
3. The author's name, Sheila MacDonald, remains on the translated version as author.
4. The translation is conducted by a qualified speech-language pathologist or speech-language therapist who is fluent in both languages (English and the language of translation).
5. The original name of the copyright holder, CCD Publishing, is printed clearly on the bottom of the translated version, as it is on the original.
6. The translator's name(s) is posted on the bottom of the translated version e.g. Translated by: name, contact.
7. The translator arranges for the translated version to be reviewed by two native speakers, preferably speech-language therapists, who can provide input on the clarity and consistency of the translation.
8. The translator understands that no funding will be provided by CCD Publishing or Sheila MacDonald for the translation.
9. The completed translated copy is shared freely with speech-language pathologists or speech therapists in the country where the translation occurred in order to improve access to intervention for individuals with cognitive-communication difficulties after brain injuries.
10. The translator may arrange to sell print copies of the checklist at a nominal charge to cover costs of printing and distribution. These arrangements are at the discretion of the translator and are the responsibility of the translator and will not involve CCD Publishing.
11. A copy of the translated version is provided to Sheila MacDonald in pdf. format for posting on websites, presentation at conferences, or distribution without restriction.

I hereby grant authorization on behalf of the author and CCD Publishing, to the translator who signs below to agree to the terms outlined on page 1 of the agreement. Authorization is granted once a signed signature page is received from the translator.



Sheila MacDonald, Author CCCABI & Owner, CCD Publishing.

I plan to translate the CCCABI into European portuguese (state language)

I have read the conditions for translation and agree to these terms.

Signed, Ângela Martins

Contact email 10210184@ess.ipp.pt

Date 10/02/2022

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE0101C Data receção do Documento: 07/11/2022 Existência de entradas anteriores: Não

TÍTULO DO TRABALHO: Tradução e Validação para o Português Europeu da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI)

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Ângela Sofia Bicho Martins

DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: 28/09/2022 a 29/10/2023

RESUMO DO ESTUDO

OBJETIVOS:

Nada a referir.

AMOSTRA:

Os tradutores e elementos do painel de experts serão selecionados por conveniência e contactados por email e/ou telefone recorrendo aos contactos da investigadora.

FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:

Entrevista semi-estruturada, Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury
Apresenta documento da autora da CHECKLIST, com autorização para utilização da mesma

MATERIAL:

Nada a referir.

MÉTODOS:

A confidencialidade e anonimato dos dados será garantida, os dados são recolhidos e armazenar-se-ão em pastas num dispositivo fixo, protegidos por password, conhecida unicamente pela investigadora principal. Todos os dados serão analisados para fins académicos e científicos e mantidos até ao final do estudo, previsivelmente em outubro de 2023, altura em que os dados serão destruídos.

RISCOS:

Não existem.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Apresenta Termo de Consentimento Informado de acordo com o esperado

AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:

Apresenta autorização do Responsável do Responsável de ATC de Terapia da Fala (MO.315) e Termo de responsabilidade da orientadoras (MO.314). Apresenta Termo de Compromisso de Honra e Termo de Autorização Institucional (MO.314). Apresenta Curriculum Vitae.

PRECIAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA:

Apresenta autorização do autor da Checklist para utilização do mesmo.
De acordo com a análise feita por esta Comissão estão reunidas as condições para dar parecer favorável à realização do estudo

PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA

De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave.

Assinado por: PEDRO MANUEL RIBEIRO DA ROCHA MONTEIRO
Num. de identificação: 09132856
Data: 2022.11.07 13:24:24 +0000

29/11/2022

Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado

P. PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Compete ao Investigador Principal, prestar aos Participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido. O termo de consentimento informado deve ser específico do estudo de investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis).

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO:

Declaração de Consentimento Informado

conforme o RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Venéza 1983, Hong Kong 1989, Somerset House 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2011) – quando se aplicar

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a traduzir e validar para o português europeu a *Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI)*, que se trata de um instrumento de identificação de perturbações da comunicação (PC), funcionando como ferramenta de encaminhamento de pessoas com PC, para o tratamento da fala, que posteriormente fará uma avaliação formal. A *checklist* inclui 45 hipóteses em 10 diferentes áreas da cognição e serve como referência de pessoas com perturbação de comunicação para uma área especializada.

Sei que neste estudo está prevista a realização da análise do instrumento, sugerindo critérios de melhoria e a sua aplicabilidade em pessoas com PC, sendo que após esta análise será aplicada uma entrevista estruturada pelo investigador.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto ou Sei que posso recusar-me a autorizar a participação (conforme o caso) ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceto participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto: *Ángela Martins* | 926234838



3125 0000/0001/017.01

Anexo 4 – Guião de entrevista e questionário para os participantes do Cognitive Debriefing

Guião da entrevista

Tema: Tradução e Validação para o Português Europeu da *Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury* (CCCABI)

Objetivos gerais:

- Facultar a opinião sobre a aplicabilidade da CCCABI

Pessoas envolvidas:

- Profissionais de saúde da rede de contactos do investigador: terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro e médico.

Crítérios de Inclusão:

- Ser profissional de saúde que lida com pessoas com perturbação da comunicação decorrentes de lesão cerebral

Momentos da entrevista	Objetivos	Questões
<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legitimação da entrevista - Questões Éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar os objetivos da entrevista - Assegurar o anonimato e confidencialidade da entrevista - Solicitar autorização para a gravação da entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação dos objetivos da entrevista no contexto da investigação - Explicação sobre o anonimato e a confidencialidade do conteúdo da entrevista - Pedido de autorização para proceder à gravação da entrevista
<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionar sobre pertinência da aplicação da <i>checklist</i> no contexto laboral de cada participante - Colocação de questões relativamente à aplicabilidade da CCCABI - Questionar sobre acessibilidade da linguagem presente na CCCABI - Solicitar sugestões de melhoria da aplicação da CCCABI 	<ul style="list-style-type: none"> - Formular questões objetivas - Considerar questões em aberto para explorar opinião dos participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera a CCCABI- PT um instrumento pertinente na sua prática? - Após analisar a <i>checklist</i>, como classifica a sua aplicabilidade? - Que sugestões de melhoria considera pertinentes para a CCCABI-PT? - Relativamente à atual versão da <i>checklist</i>, como classifica a acessibilidade linguística? - Existem outros aspetos que considera relevantes para este processo, que não tenham sido colocados em questão?
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questões finais 	<ul style="list-style-type: none"> - Formular questões objetivas - Considerar questões em aberto para explorar opinião dos participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Após esta análise considera aplicar a CCCABI-PT no seu contexto laboral? - Pretende acrescentar alguma opinião/informação que considere pertinente?
<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agradecimento e validação da entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> - Agradecer a colaboração 	

	- Informar da transição da entrevista para validação	
Observação		
Outras questões a efetuar dependem de cada entrevistado e da condução da entrevista, dado que cada percurso de vida é singular e muito particular.		

Entrevista
1. Explicação dos objetivos da entrevista no contexto da investigação
2. Explicação sobre o anonimato e a confidencialidade do conteúdo da entrevista
3. Pedido de autorização para proceder à gravação da entrevista
4. Considera a CCCABI-PT um instrumento pertinente na sua prática?
5. Após analisar a <i>checklist</i> como classifica a sua aplicabilidade
6. Que sugestões de melhoria considera pertinentes para a CCCABI-PT?
7. Relativamente à atual versão da <i>checklist</i> como classifica a acessibilidade linguística?
8. Existem outros aspetos que considera relevantes para este processo, que não tenham sido colocados em questão?
9. Após esta análise considera aplicar a CCCABI-PT no seu contexto laboral?
10. Pretende acrescentar alguma opinião/informação que considere pertinente?

Escala de Likert para cada item da CCCABI-PT

Valor	Clareza	Relevância	Adequação conceptual	Ambiguidade
1	Não claro	Não relevante	Não adequado	Muito ambiguo
2	Pouco claro	Pouco relevante	Pouco adequado	Moderadamente ambiguo
3	Moderadamente claro	Moderadamente relevante	Moderadamente adequado	Pouco ambiguo
4	Muito claro	Muito relevante	Muito adequado	Não ambiguo

	Clareza				Relevância				Adequação conceptual				Ambiguidade			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Dificuldades na comunicação com a família ou socialmente.																
2. Dificuldades de Comunicação na Comunidade (lojas, serviços, internet, telefone, médico, financeiro, jurídico)																
3. Dificuldades de Comunicações no local de trabalho																
4. Dificuldades na Comunicação em contexto escolar/Rendimento Académico																
5. Dificuldades de Comunicação necessárias para resolução de problemas/tomadas de decisões ou autodefesa																

			Clareza	Relev.	Adeq. C.	Ambig.	
Compreensão auditiva e processamento de informação	6.	<input type="checkbox"/>	Ouvir o que é dito, sensibilidade aos sons, zumbido no ouvido (referenciar ao audiologista)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	7.	<input type="checkbox"/>	Compreender frases e palavras	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	8.	<input type="checkbox"/>	Compreender enunciados longos (discussões, aulas, notícias, TV)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	9.	<input type="checkbox"/>	Compreender enunciados longos complexos (humor, sutilezas, informação implícita)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	10.	<input type="checkbox"/>	Integração de informação – não conseguir ‘colar’ informação para daí extrair uma conclusão ou uma essência	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	11.	<input type="checkbox"/>	Tendência para conseguir interpretar ou entender discussões	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	12.	<input type="checkbox"/>	Focar a atenção no que é dito (distração, fadiga, interesse)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	13.	<input type="checkbox"/>	Alternar a atenção de um interlocutor para outro	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	14.	<input type="checkbox"/>	Seguir uma conversa, manter-se no tópico	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	15.	<input type="checkbox"/>	Manter informação enquanto fala ou ouve	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Fatores possíveis: audição, atenção, memória, linguagem receptiva, compreensão, integração, raciocínio, e velocidade de processamento de informação.	16.	<input type="checkbox"/>	Lembrar de conversas novas, eventos, novas informações	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	17.	<input type="checkbox"/>	Sons da fala, movimentos musculares, voz, fluência, gaguez	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	18.	<input type="checkbox"/>	Evocar, pensar, recuperar palavras, vocabulário, seleção de palavras	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	19.	<input type="checkbox"/>	Planear frase, construção frásica, gramática	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	20.	<input type="checkbox"/>	Iniciar conversação	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	21.	<input type="checkbox"/>	Gerar tópicos de conversação, pensar no que dizer, elaborar, acrescentar	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	22.	<input type="checkbox"/>	Discurso vago, inespecífico e desorganizado	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	23.	<input type="checkbox"/>	Discurso excessivo, desconexo, verborreico	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	24.	<input type="checkbox"/>	Comentários sociais malsucedidos (impulsividade, raiva, coprolalia, piadas, seleção de tópico)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	25.	<input type="checkbox"/>	Capacidade não-verbal (contacto visual, espaço pessoal, expressão facial, tom de voz, maneirismos, gestos)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Expressão discurso e comunicação social	26.	<input type="checkbox"/>	Percecionar ou compreender as pistas conversacionais do interlocutor, emoções, contexto, pontos de vista	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	27.	<input type="checkbox"/>	Dificuldades físicas (visão: dupla, desfocada, diminuição do campo visual, seguimento, dor, fadiga, tonturas) – Referenciar ao optometrista, oftalmologista	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
	28.	<input type="checkbox"/>	Descodificar letras ou palavras, ler em voz alta fluentemente	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Compreensão de leitura	29.	<input type="checkbox"/>	Compreender a leitura de frases, parágrafos, textos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Quaisquer materiais escritos, impressos ou eletrónicos							

	30.	<input type="checkbox"/>	Reter, evocar e organizar a informação lida	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	31.	<input type="checkbox"/>	Manter o foco atencional na leitura, necessidade de reler	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	32.	<input type="checkbox"/>	Diminuição da força anímica para a leitura (lé por min agora; min antes da lesão)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Expressão escrita	33.	<input type="checkbox"/>	Aspetos físicos da escrita, movimentos da mão – referenciar à Terapia Ocupacional	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Quaisquer materiais escritos, impressos ou eletrónicos	34.	<input type="checkbox"/>	Escrever palavras	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	35.	<input type="checkbox"/>	Construir frases, formular ideias para escrever (formulação de frases)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	36.	<input type="checkbox"/>	Organizar pensamentos na escrita (discurso escrito)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	37.	<input type="checkbox"/>	Dificuldades de ortografia relativas às capacidades pré-lesão	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, autorregulação (necessários para a comunicação)	38.	<input type="checkbox"/>	Insight, consciência, capacidade de reconhecer que existe um problema	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	39.	<input type="checkbox"/>	Tomar e expressar decisões (reunir e pesar os factos, medir os prós e os contras, decidir)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	40.	<input type="checkbox"/>	Discutir sem ficar assoberbado, triste, frustrado ou retraído	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	41.	<input type="checkbox"/>	Filtrar a informação menos relevante, focar nas prioridades, pontos-chave	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	42.	<input type="checkbox"/>	Organizar, integrar, analisar, inferir, ver a perspetiva global	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	43.	<input type="checkbox"/>	Resumir, compreender a ideia-chave e formular conclusões	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	44.	<input type="checkbox"/>	Brainstorming, gerar ideias, alternativas, pensamento criativo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
45.	<input type="checkbox"/>	Planear, priorizar, implementar, dar seguimento, avaliar e auto-monitorizar a comunicação	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Total	# sinais de alerta identificados ao nível da comunicação				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Anexo 5 - Comparação versão original da CCCABI VS versão harmonizada para o PE da CCCABI

Página 1	
Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI) An SLP Screening and Referral Tool Sheila MacDonald SLP (C)	<i>Checklist</i> Cognitivo-comunicativa para lesões cerebrais adquiridas (CCCABI) Uma ferramenta de triagem e encaminhamento para Terapia da Fala
COMMUNICATION AND BRAIN INJURY	COMUNICAÇÃO E LESÃO CEREBRAL
Regardless of severity, acquired brain injuries (ABI) can result in complex cognitive, communicative, physical, and emotional impairments that require interdisciplinary assessment	Independentemente de gravidade, as lesões cerebrais adquiridas (LCA) podem resultar em alterações cognitivas, comunicativas, físicas e emocionais complexas que requerem avaliação interdisciplinar.
This checklist, the CCCABI identifies communication difficulties to be addressed by a speech-language pathologist (SLP) or speech therapist. Communication impairments after ABI:	Esta <i>checklist</i> identifica alterações de comunicação a serem referenciadas ao Terapeuta da Fala (TF). As alterações de comunicação após lesão cerebral adquirida:
<ul style="list-style-type: none"> o Are prevalent with reported incidence rates higher than 75%. o Result from a variety of causes including: motor vehicle crashes, falls, sport concussions, blows to the head, stroke, neurological disease, cardiac arrest, or penetrating head injury etc. o Include difficulties with listening, speaking, reading, written expression and social interaction. o Are related to disturbance with underlying systems needed for communication (voice, speech muscles, language, word access, fluency, cognition, thought organization). o Can occur even after mild brain injury or concussion. 	<ul style="list-style-type: none"> o São prevalentes com taxas de incidência relatadas superiores a 75%. o Resultam de uma variedade de causas, nomeadamente: acidentes de viação, quedas, concussões durante a prática de desporto, agressões na cabeça, acidente vascular cerebral, doença neurológica, paragem cardíaca, ou traumatismo cranio-encefálico aberto etc. o Incluem dificuldades na compreensão, inteligibilidade do discurso, expressão, leitura, escrita e interação social. o Encontram-se relacionadas com a presença de distúrbios nos mecanismos subjacentes à comunicação (voz, musculatura da fala, linguagem, acesso semântico, fluência, cognição, organização do pensamento). o Podem ocorrer após lesão cerebral ligeira ou concussão.
<ul style="list-style-type: none"> • Cognitive-Communication deficits result from underlying cognitive or thinking difficulties in attention, memory, organization, reasoning, executive functions, self-regulation, or decreased information processing. 	<ul style="list-style-type: none"> • As alterações cognitivo-comunicativas resultam de dificuldades subjacentes ao nível da cognição, atenção, memória, organização, raciocínio, funções executivas, autorregulação, ou diminuição do processamento de informação.

<ul style="list-style-type: none"> • Communication skills are essential to success in daily life. Compromised communication can undermine social participation, family interactions, vocational and academic success. 	<ul style="list-style-type: none"> • As capacidades comunicativas são essenciais para o sucesso na vida quotidiana. Alterações da comunicação podem comprometer a participação social, interações familiares e o sucesso académico e vocacional
<p>Speech-language pathologists (SLP's) are regulated health professionals who are trained to assess and treat communication disorders. They are called speech therapists in some countries.</p>	<p>Os TF são profissionais de saúde regulamentados e treinados para avaliar e tratar alterações da comunicação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A full SLP evaluation is recommended based on international standards of care for ABI (Togher et al, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma avaliação completa de um TF é recomendada pelos standards internacionais para o cuidado de pessoa com lesão cerebral adquirida.
<ul style="list-style-type: none"> • A full SLP evaluation includes an interview, case history review, analysis of pre-injury functioning, administration & interpretation of standardized tests, qualitative assessment, and functional evaluation of real world communication. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma avaliação completa de Terapia da Fala inclui recolha de dados da história clínica, análise do funcionamento pré-mórbido, aplicação e interpretação de testes estandardizados, avaliação qualitativa, avaliação funcional da comunicação em contexto real
<ul style="list-style-type: none"> • The CCCABI provides communication referral indicators to assist individuals in accessing SLP intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta <i>checklist</i> fornece indicadores para a referenciação de indivíduos para intervenção em Terapia da Fala.
<p>CCCABI INTENDED USE</p>	<p>Uso da CCCABI</p>
<ul style="list-style-type: none"> • The CCCABI is a referral tool designed to help flag communication difficulties after brain injury that require referral to SLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta <i>checklist</i> é utilizada para realização da sinalização das dificuldades de comunicação após lesão cerebral que requerem referenciação para Terapia da Fala.
<ul style="list-style-type: none"> • This is a referral tool only and is not intended to replace thorough SLP assessment or to provide a diagnosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funciona como uma ferramenta de referenciação, não substitui a avaliação de um TF nem fornece um diagnóstico.
<ul style="list-style-type: none"> • Non SLP's use the CCCABI as a referral indicator to report on whether SLP is required. 	<p>Outros profissionais, que não TF, podem recorrer a esta <i>checklist</i> como ferramenta de referenciação para Terapia da Fala</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SLP's can use the CCCABI to screen during initial contact, initial interview, hospital bedside interview, or clinic follow up to plan for subsequent assessment. 	<ul style="list-style-type: none"> • TF podem recorrer a esta <i>checklist</i> como ferramenta de rastreio num contacto inicial, entrevista inicial, avaliação de cabeceira ou consulta de seguimento para planeamento de avaliação subsequente.
<p>Further analysis about the presence, functional impact, and severity of cognitive-communication difficulties is to be determined by the assessing SLP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação do TF irá determinar a presença, impacto funcional e gravidade das dificuldades cognitivo-comunicativas.
<p>INSTRUCTIONS</p>	<p>INSTRUÇÕES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Interview the individual along with a communication partner (family, friend) whenever possible as individuals with ABI may have difficulties in recognizing their impairments. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entreviste o individuo juntamente com um parceiro comunicativo (familiar ou amigo), sempre que possível, uma

	vez que a pessoa com lesão cerebral adquirida poderá ter dificuldades no reconhecimento dos próprios déficits.
• Check all difficulties noted during the interview using a checkmark ✓.	• Assinale todas as dificuldades observadas durante a entrevista com sinal de visto ✓.
• A more specific option is to record whether difficulties were reported by Self (S), Reported by others (R), or Observed by the interviewer (O). You may note S, R, or O after each item. This is optional.	• Uma forma mais específica de registo é apontar se as dificuldades são notadas pelo próprio (P), por terceiros (T) ou pelo observador que se encontra a realizar a avaliação (O). Poderá escrever P, T ou O à frente de cada item. Este registo é opcional.
• If 1 or more difficulties are noted, obtain consent and refer for full speech-language pathology evaluation.	• Se uma ou mais dificuldades forem notadas, obtenha consentimento e referencie para uma avaliação completa de um TF.
See reference list. More references available at: www.abiebr.com; www.ncds.org; www.asha.org; www.caslpo.com; www.speechBITE.org	Mais referências disponíveis em: www.abiebr.com; www.ncds.org; www.asha.org; www.caslpo.com; www.speechBITE.org

Página 2																					
Name: _____ Caretaker/significant other: _____ Interviewer: _____ Date: _____	Nome: _____ Cuidador: _____ Avaliador: _____ Data: _____																				
Functional Daily Communications (Activity/Participation) Decreased amount, quality, effectiveness, speed, frequency, independence, or stamina. Changed since the injury.	Comunicações Funcionais Diárias (Atividade/Participação) Diminuição da quantidade, qualidade, eficácia, velocidade, frequência, independência ou força anímica. Diferente desde a lesão.																				
<table border="1"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">Difficulties with Family or Social Communications</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Difficulties with Communication in the Community (shops/stores, services, internet, telephone, medical, financial, legal)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Difficulties with Workplace Communications</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Difficulties with School Communications/Academic Performance</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Difficulties with Communications needed for Problem Solving/Decision Making or Self Advocacy</td> </tr> </table>	1	Difficulties with Family or Social Communications	2	Difficulties with Communication in the Community (shops/stores, services, internet, telephone, medical, financial, legal)	3	Difficulties with Workplace Communications	4	Difficulties with School Communications/Academic Performance	5	Difficulties with Communications needed for Problem Solving/Decision Making or Self Advocacy	<table border="1"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">Dificuldades na comunicação com a família ou socialmente.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dificuldades de Comunicação na Comunidade (lojas, serviços, internet, telefone, médico, financeiro, jurídico)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Dificuldades de comunicação no local de trabalho.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Dificuldades na Comunicação em contexto escolar/Rendimento Académico</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Dificuldades de comunicação necessárias para resolução de problemas/ tomada de decisões ou autodefesa.</td> </tr> </table>	1	Dificuldades na comunicação com a família ou socialmente.	2	Dificuldades de Comunicação na Comunidade (lojas, serviços, internet, telefone, médico, financeiro, jurídico)	3	Dificuldades de comunicação no local de trabalho.	4	Dificuldades na Comunicação em contexto escolar/Rendimento Académico	5	Dificuldades de comunicação necessárias para resolução de problemas/ tomada de decisões ou autodefesa.
1	Difficulties with Family or Social Communications																				
2	Difficulties with Communication in the Community (shops/stores, services, internet, telephone, medical, financial, legal)																				
3	Difficulties with Workplace Communications																				
4	Difficulties with School Communications/Academic Performance																				
5	Difficulties with Communications needed for Problem Solving/Decision Making or Self Advocacy																				
1	Dificuldades na comunicação com a família ou socialmente.																				
2	Dificuldades de Comunicação na Comunidade (lojas, serviços, internet, telefone, médico, financeiro, jurídico)																				
3	Dificuldades de comunicação no local de trabalho.																				
4	Dificuldades na Comunicação em contexto escolar/Rendimento Académico																				
5	Dificuldades de comunicação necessárias para resolução de problemas/ tomada de decisões ou autodefesa.																				

Specific Functional Difficulties (Check all noted) Refer to Speech and Language Pathologist/Therapist if noted				Dificuldades Funcionais Especificas (assinalar todas as verificadas). Referenciar para o terapeuta da fala caso se verifiquem alterações.			
Auditory Comprehension & Information Processing Possible factors: hearing, attention, memory, receptive language; comprehension, integration, reasoning, and speed of information processing	6		Hearing what is said, sensitivity to sounds, ringing in ears (Refer to Audiologist)	Compreensão Auditiva e Processamento de Informação Possíveis fatores: audição, atenção, memória, linguagem receptiva; compreensão, integração, raciocínio e velocidade de processamento de informação	6		Ouvir o que é dito, sensibilidade aos sons, zumbido nos ouvidos (referenciar ao audiologista)
	7		Understanding words and sentences		7		Compreender frases e palavras
	8		Understanding long statements (discussions, lectures, news, TV)		8		Compreender declarações longas (discussões, palestras, notícias, TV)
	9		Understanding complex statements (humour, subtle and/or implied information)		9		Compreender enunciados longos complexos (humor, informação subtil e implícita)
	10		Integrating information- Cannot 'piece' information together to draw a conclusion or understand the context		10		Integração de informação – Não consegue “juntar” a informação para tirar uma conclusão ou compreender o contexto
	11		Tendency to misunderstand or misinterpret discussions		11		Tendência para não conseguir interpretar ou entender discussões
	12		Focusing attention on what is said (distraction, fatigue, interest)		12		Focar a atenção no que é dito (distração, fadiga, interesse)
	13		Shifting attention from one speaker to another		13		Alternar a atenção entre interlocutores
	14		Staying on track with the conversation/Following the conversation, staying on topic		14		Seguir uma conversa, manter-se no tópico
	15		Holding information while talking or listening		15		Manter informação enquanto fala ou ouve

	16		Remembering new conversations, events, new information		16		Lembrar de conversas novas, eventos, novas informações
Expression, Discourse & Social Communication	17		Speech sounds, muscle movements, voice, fluency, stuttering/stammering	Expressão, Discurso e Comunicação social	17		Sons da fala, movimentos musculares, voz, fluência, gaguez
	18		Word finding/word retrieval, thinking of the word, vocabulary, word choice		18		Evocar, pensar, recuperar palavras, vocabulário, seleção de palavras
	19		Sentence planning, sentence construction, grammar		19		Planeamento da frase, construção frásica, gramática
	20		Initiating conversation		20		Iniciar conversa
	21		Generating topics of conversation, thinking of what to say, elaborating, adding		21		Gerar tópicos de conversa, pensar no que dizer, elaborar, acrescentar
	22		Vague, nonspecific, disorganized conversation/discourse		22		Discurso vago, inespecífico e desorganizado
	23		Overly talkative, rambling, verbose conversation/discourse		23		Discurso excessivo, desconexo, verborreico
	24		Socially unsuccessful comments (impulsivity, anger, swearing, joking, topic selection)		24		Comentários sociais malsucedidos (impulsividade, raiva, coprolalia, piadas, seleção de tópico)
	25		Nonverbal skills (eye contact, personal space, facial expression, voice tone, mannerisms, gestures)		25		Capacidade não-verbal (contacto visual, espaço pessoal, expressão facial, tom de voz, maneirismos, gestos)
	26		Perceiving or understanding conversation partner cues, emotions, context, points of view/views		26		Percecionar ou compreender as pistas conversacionais do interlocutor, emoções, contexto, pontos de vista
Reading Comprehension	27		Physical difficulties (vision: double, blurred, field, tracking, pain,	Compreensão de leitura	27		Dificuldades físicas (visão: dupla, desfocada,

Any written materials, print or electronic			fatigue, dizziness) – Refer to Optometrist or Ophthalmologist	Qualquer material escrito, impresso ou eletrônico			diminuição do campo visual, seguimento, dor, fadiga, tonturas) – Referenciar ao optometrista, oftalmologista
	28		Decoding letters or words, reading aloud fluently		28		Descodificar letras ou palavras, ler em voz alta fluentemente
	29		Comprehending read sentences, paragraphs, texts		29		Compreender a leitura de frases, parágrafos, textos
	30		Retaining, remembering/ retrieving, organizing read information over time		30		Reter, evocar e organizar a informação lida
	31		Sustaining attention on read information, need to re-read information		31		Manter o foco atencional na leitura, necessidade de reler
	32		Reduce stamina for reading (reads for ___ minutes now; ___prior to onset/ABI)		32		Diminuição da força anímica para a leitura (lê por ___min agora; ___ min antes da lesão)
Written Expression any written materials, print or electronic	33		Physical aspects of writing, hand movements –refer to Occupational Therapist	Expressão Escrita Qualquer material escrito impresso ou eletrônico	33		Aspectos físicos da escrita, movimentos da mão – referenciar à Terapia Ocupacional
	34		Writing words		34		Escrever palavras
	35		Constructing sentences, formulating ideas for writing (sentence formulation)		35		Construir frases, formular ideias para escrever (formulação de frases)
	36		Organizing thoughts in writing (written discourse)		36		Organizar pensamentos na escrita (discurso escrito)
Thinking, Reasoning, Problem Solving, Executive Functions,	37		Spelling difficulties relative to pre-injury abilities	37		Dificuldades de ortografia relativas às capacidades pré-lesão	
	38		Insight, awareness, recognizing there is a problem	Pensamento, raciocínio, resolução de problemas,	38		<i>Insight</i> , consciência, capacidade de reconhecer que existe um problema
39		Making & expressing decisions (getting facts,	39			Fazer e expressar decisões (obter fatos,	

Self-Regulation (Required for communication)			weighing facts, pros & cons, deciding)	funções executivas, autorregulação (necessários para a comunicação)	39		Tomar e expressar decisões (reunir e pesar os factos, medir os prós e os contras, decidir)
	40		Discussing without being overwhelmed, upset, withdrawn.		40		Discutir sem ficar assoberbado, triste, frustrado ou retraído
	41		Filtering out less relevant information, focusing on priorities, main points		41		Filtrar a informação menos relevante, focar nas prioridades, pontos-chave
	42		Organizing, integrating, analysing, inferring, seeing the whole picture		42		Organizar, integrar, analisar, inferir, ver a perspetiva global
	43		Summarizing, getting the bottom line, drawing conclusions		43		Resumir, compreender a essência e formular conclusões
	44		Brainstorming, generating ideas, alternatives, thinking creatively.		44		Brainstorming, geração de ideias, alternativas, pensamento criativo
	45		Planning, prioritizing, implementing, following through, evaluating, self-monitoring of communication		45		Planear, priorizar, implementar, dar seguimento, avaliar e auto-monitorizar a comunicação
	Total	____# of communication impairments identified			Total	____# de alterações de comunicação identificadas	

Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury (CCCABI)



An SLP Screening and Referral Tool

Sheila MacDonald SLP (C)

COMMUNICATION AND BRAIN INJURY

- Regardless of severity, acquired brain injuries (ABI) can result in complex cognitive, communicative, physical, and emotional impairments that require interdisciplinary assessment.
- This checklist, the CCCABI identifies communication difficulties to be addressed by a speech-language pathologist (SLP) or speech therapist. Communication impairments after ABI:
 - Are prevalent with reported incidence rates higher than 75%.
 - Result from a variety of causes including: motor vehicle crashes, falls, sport concussions, blows to the head, stroke, neurological disease, cardiac arrest, or penetrating head injury etc.
 - Include difficulties with listening, speaking, reading, written expression and social interaction.
 - Are related to disturbance with underlying systems needed for communication (voice, speech muscles, language, word access, fluency, cognition, thought organization).
 - Can occur even after mild brain injury or concussion.
- Cognitive-Communication deficits result from underlying cognitive or thinking difficulties in attention, memory, organization, reasoning, executive functions, self-regulation, or decreased information processing.
- Communication skills are essential to success in daily life. Compromised communication can undermine social participation, family interactions, vocational and academic success.
- Speech-language pathologists (SLPs) are regulated health professionals who are trained to assess and treat communication disorders. They are called speech therapists in some countries.
- A full SLP evaluation is recommended based on International standards of care for ABI (Togher et al, 2014).
- A full SLP evaluation includes an interview, case history review, analysis of pre-injury functioning, administration & interpretation of standardized tests, qualitative assessment, and functional evaluation of real world communication.
- The CCCABI provides communication referral indicators to assist individuals in accessing SLP intervention.

CCCABI INTENDED USE

- The CCCABI is a referral tool designed to help flag communication difficulties after brain injury that require referral to SLP.
- This is a referral tool only and is not intended to replace thorough SLP assessment or to provide a diagnosis.
- Non SLPs use the CCCABI as a referral indicator to report on whether SLP is required.
- SLPs can use the CCCABI to screen during initial contact, initial interview, hospital bedside interview, or clinic follow up to plan for subsequent assessment.
- Further analysis about the presence, functional impact, and severity of cognitive-communication difficulties is to be determined by the assessing SLP.

INSTRUCTIONS

- Interview the individual along with a communication partner (family, friend) whenever possible as individuals with ABI may have difficulties in recognizing their impairments.
- Check all difficulties noted during the interview using a checkmark ✓.
- A more specific option is to record whether difficulties were reported by Self (S), Reported by others (R), or Observed by the Interviewer (O). You may note S, R, or O after each item. This is optional.
- If 1 or more difficulties are noted, obtain consent and refer for full speech-language pathology evaluation.



See reference list. More references available at: www.abibr.com; www.ancds.org; www.asha.org; www.caspio.com; www.speechbte.org

©2015 Sheila MacDonald MCLSc, Reg. CASLPQ, Speech-Language Pathologist
CCD Publishing, Suite 108, 5420 Hwy 6, Guelph, Ontario, Canada, N1H 6J2, Tel: 519-766-9130 www.ccdpublishing.com

SLP Cognitive-Communication **CHECKLIST** Checklist for Acquired Brain Injury (CCABI)
 © Sheila MacDonald M.Clin.SLP (C)

Individual _____ Significant Other _____
 Interviewer _____ Date _____

Functional Daily Communications (Activity/Participation)

Decreased amount, quality, effectiveness, speed, frequency, independence, or stamina. Changed since the injury.

- | |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Difficulties with Family or Social Communications
2. <input type="checkbox"/> Difficulties with Communication in the Community (stores, services, internet, telephone, medical, financial, legal)
3. <input type="checkbox"/> Difficulties with Workplace Communications
4. <input type="checkbox"/> Difficulties with School Communications/Academic Performance
5. <input type="checkbox"/> Difficulties with Communications needed for Problem Solving/Decision Making or Self Advocacy |
|--|

Specific Functional Difficulties (Check all noted) Refer to Speech-Language Pathologist/Therapist if problems noted.

<p>Auditory Comprehension & Information Processing</p> <p>Possible factors: hearing, attention, memory, receptive language comprehension, integration, reasoning, and speed of information processing</p>	6. <input type="checkbox"/> Hearing what is said, sensitivity to sounds, ringing in ears – refer to Audiologist 7. <input type="checkbox"/> Understanding words and sentences 8. <input type="checkbox"/> Understanding long statements (discussions, lectures, news, TV) 9. <input type="checkbox"/> Understanding complex statements (humour, subtle, implied information) 10. <input type="checkbox"/> Integrating information - Cannot 'glue' information together to draw a conclusion or get the gist 11. <input type="checkbox"/> Tendency to misunderstand or misinterpret discussions 12. <input type="checkbox"/> Focusing attention on what is said (distraction, fatigue, interest) 13. <input type="checkbox"/> Shifting attention from one speaker to another 14. <input type="checkbox"/> Staying on track with the conversation, staying on topic 15. <input type="checkbox"/> Holding thoughts in mind while talking or listening 16. <input type="checkbox"/> Remembering new conversations, events, new information
<p>Expression, Discourse & Social Communication</p> <p>articulation, word finding, language, memory, attention, social communication, fatigue, fluency, reasoning, executive functions, social cognition, perception, self-regulation</p>	17. <input type="checkbox"/> Speech sounds, muscle movements, voice, fluency, stuttering 18. <input type="checkbox"/> Word finding, word retrieval, thinking of the word, vocabulary, word choice 19. <input type="checkbox"/> Sentence planning, sentence construction, grammar 20. <input type="checkbox"/> Initiating conversation 21. <input type="checkbox"/> Generating topics of conversation, thinking of what to say, elaborating, adding 22. <input type="checkbox"/> Vague, nonspecific, disorganized conversation 23. <input type="checkbox"/> Overly talkative, rambling, verbose conversation 24. <input type="checkbox"/> Socially unsuccessful comments (impulsivity, anger, swearing, joking, topic selection) 25. <input type="checkbox"/> Nonverbal skills (eye contact, personal space, facial expression, tone of voice, mannerisms, gestures) 26. <input type="checkbox"/> Perceiving or understanding conversation partner cues, emotions, context, views
<p>Reading Comprehension</p> <p>any written materials, print or electronic</p>	27. <input type="checkbox"/> Physical difficulties (vision: double, blurred, fold, tracking, pain, fatigue, dizziness) - refer to Optometrist, Ophthalmologist 28. <input type="checkbox"/> Decoding letters or words, reading aloud fluently 29. <input type="checkbox"/> Comprehending read sentences, paragraphs, text 30. <input type="checkbox"/> Retaining read information over time, remembering, organizing 31. <input type="checkbox"/> Attending to what is read, need to read everything twice 32. <input type="checkbox"/> Reduced stamina for reading (Reads for ____ min now, ____ min prior to onset)
<p>Written Expression</p> <p>any written materials, print or electronic</p>	33. <input type="checkbox"/> Physical aspects of writing, hand movements - refer to Occupational Therapist 34. <input type="checkbox"/> Writing words 35. <input type="checkbox"/> Constructing sentences, formulating ideas for writing (sentence formulation) 36. <input type="checkbox"/> Organizing thoughts in writing (written discourse) 37. <input type="checkbox"/> Spelling difficulties relative to pre-injury abilities
<p>Thinking, Reasoning, Problem Solving, Executive Functions, Self-Regulation</p> <p>(required for communication)</p>	38. <input type="checkbox"/> Insight, awareness, recognizing there is a problem 39. <input type="checkbox"/> Making & expressing decisions (gathering facts, weighing facts, pros & cons, deciding) 40. <input type="checkbox"/> Discussing without being overwhelmed, upset, withdrawn 41. <input type="checkbox"/> Filtering out less relevant information, focusing on priorities, main points 42. <input type="checkbox"/> Organizing, integrating, analyzing, inferring, seeing the whole picture 43. <input type="checkbox"/> Summarizing, getting the gist or the bottom line, drawing conclusions 44. <input type="checkbox"/> Brainstorming, generating ideas, alternatives, thinking creatively 45. <input type="checkbox"/> Planning, prioritizing, implementing, following through, evaluating, self-monitoring of communication
<p>Total</p>	_____ # of Communication Concerns Identified

© Reproductions are permitted if referenced as MacDonald, Sheila (2015) Cognitive Communication Checklist for Acquired Brain Injury (CCABI) CCD Publishing, Guelph, Ontario, Canada, N1H 6J2, www.ccdpublishing.com

Anexo 7 – Certificado de coautor(a) do póster Tradução e Validação da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury para o Português Europeu



III CONGRESSO INTERNACIONAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE TERAPIA DA FALA
25-27 MAIO 2023

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO
(RE)PENSAR
(RE)CONSIDERAR
(RE)CONSTRUIR

CERTIFICADO

Certifica-se que Ângela Martins foi coautor(a) do póster Tradução e Validação da Cognitive Communication CHECKLIST for Acquired Brain Injury para o Português Europeu, apresentado no III CONGRESSO INTERNACIONAL da SOCIEDADE PORTUGUESA de TERAPIA da FALA que decorreu no Centro Ismaili, em Lisboa, de 25 a 27 de Maio de 2023.


A Presidente da SPTF

LISBOA www.sptf.org.pt 

CHECKLIST

Cognitivo-comunicativa para Lesões Cerebrais Adquiridas (CCCABI - PE)

Uma ferramenta de triagem e encaminhamento
para Terapia da Fala

Sheila MacDonald SLP (C)
Tradução realizada por Ângela Martins (Terapeuta da Fala)



COMUNICAÇÃO E LESÃO CEREBRAL

- Independentemente da gravidade, as lesões cerebrais adquiridas (LCA) podem resultar em alterações cognitivas, comunicativas, físicas e emocionais complexas que requerem avaliação interdisciplinar.
- Este checklist identifica alterações de comunicação e tem referências ao Terapeuta da Fala (TF). As alterações de comunicação após LCA:
 - São prevalentes com taxas de incidência relatadas superiores a 75%.
 - Resultam de uma variedade de causas, nomeadamente: acidentes de viagem, quedas, concussões durante a prática de desporto, agredões na cabeça, acidente vascular cerebral, doença neurológica, paragem cardíaca, ou traumatismo crânio-encefálico aberto etc.
 - Incluem dificuldades na compreensão, inteligibilidade do discurso, expressão, leitura, escrita e interação social.
 - Encontram-se relacionadas com a presença de distúrbios nos mecanismos subjacentes à comunicação (voz, musculatura da fala, linguagem, acesso semântico, fluência, cognição, organização do pensamento).
 - Podem ocorrer após lesão cerebral ligeira ou concussão.
- As alterações cognitivo-comunicativas resultam de dificuldades subjacentes ao nível de cognição, atenção, memória, organização, raciocínio, funções executivas, autorregulação, ou diminuição do processamento de informação.
- As capacidades comunicativas são essenciais para o sucesso na vida quotidiana. Alterações de comunicação podem comprometer a participação social, interações familiares e o sucesso académico e vocacional.
- TF são profissionais de saúde regulamentados e treinados para avaliar e tratar alterações de comunicação.
- Uma avaliação completa de um TF é recomendada pelos atendentes internacionais para o cuidado de pessoas com LCA (Foghter et al, 2014).
- Uma avaliação completa de Terapia da Fala inclui recolha de dados de história clínica, análise do funcionamento pré-mórbido, aplicação e interpretação de testes estandarizados, avaliação qualitativa, avaliação funcional de comunicação em contexto real.
- Este checklist fornece indicadores para a referência de indivíduos para intervenção em Terapia da Fala.

USO DA CCCABI

- Este checklist é utilizado para realização da sinalização das dificuldades de comunicação após lesão cerebral que requerem referência para Terapia da Fala.
- Funciona como uma ferramenta de referência, não substitui a avaliação de um TF nem fornece um diagnóstico.
- Outros profissionais, que não TF, podem recorrer a este checklist como ferramenta de referência para Terapia da Fala.
- TF podem recorrer a este checklist como ferramenta de rastreio num contacto inicial, entrevista inicial, avaliação de cabeceira ou consulta de seguimento para planeamento de avaliação subsequente.
- A avaliação do TF irá determinar a presença, impacto funcional e gravidade das dificuldades cognitivo-comunicativas.

INSTRUÇÕES

- Entreviste o indivíduo juntamente com um parceiro comunicativo (familiar ou amigo), sempre que possível, uma vez que a pessoa com lesão cerebral adquirida poderá ter dificuldades no reconhecimento dos próprios deficits.
- Anote todas as dificuldades observadas durante a entrevista com sinal de visto (✓).
- Uma forma mais específica de registo é apontar se as dificuldades são notadas pelo próprio (P), por terceiros (T) ou pelo observador que se encontra a realizar a avaliação (O). Poderá escrever P, T ou O à frente de cada item. Este registo é opcional.
- Se uma ou mais dificuldades forem notadas, obtenha consentimento e referência para uma avaliação completa de um TF.



Mais referências disponíveis em: www.asha.org; www.asha.org; www.asha.org; www.asha.org; www.asha.org

CHECKLIST Cognitivo-comunicativa para Lesões Cerebrais Adquiridas (CCCABI - PE)

©Sheila MacDonald M.Cl.Sc. SLP (C), tradução por Ângela Martins (Terapeuta de Fala)

Nome: _____ Cuidador: _____

Avaliador: _____ Data: _____

Comunicação Diária Funcional (Atividade/Participação)

Diminuição da quantidade, qualidade, eficácia, velocidade, frequência, independência ou força anímica. Diferente desde a lesão.

1. Dificuldades na comunicação com a família ou socialmente.
2. Dificuldades de Comunicação na Comunidade (lojas, serviços, internet, telefone, médico, financeiro, jurídico)
3. Dificuldades de Comunicação no local de trabalho
4. Dificuldades na Comunicação em contexto escolar/Rendimento Académico
5. Dificuldades de Comunicação necessárias para resolução de problemas/tomadas de decisões ou autodefesa

Dificuldades Funcionais Específicas (assinalar todas as verificadas) Referenciar para o TF caso se verifiquem alterações.

Compreensão auditiva e processamento de informação Fatores possíveis: audição, atenção, memória, linguagem receptiva; compreensão, integração, raciocínio, e velocidade de processamento de informação	6.	<input type="checkbox"/> Ouvir o que é dito, sensibilidade aos sons, zumbido no ouvido (referenciar ao otorrinolaringologista, audiologista)	
	7.	<input type="checkbox"/> Compreender frases e palavras	
	8.	<input type="checkbox"/> Compreender enunciados longos (discussões, aulas, notícias, TV)	
	9.	<input type="checkbox"/> Compreender enunciados longos complexos (humor, subtilidades, informação implícita)	
	10.	<input type="checkbox"/> Integração de informação – não conseguir 'colar' informação para daí extrair uma conclusão ou uma essência	
	11.	<input type="checkbox"/> Tendência para conseguir interpretar ou entender discussões	
	12.	<input type="checkbox"/> Focar a atenção no que é dito (distração, fadiga, interesse)	
	13.	<input type="checkbox"/> Alternar a atenção de um interlocutor para outro	
	14.	<input type="checkbox"/> Seguir uma conversa, manter-se no tópico	
	15.	<input type="checkbox"/> Manter informação enquanto fala ou ouve	
	16.	<input type="checkbox"/> Lembrar de conversas novas, eventos, novas informações	
	Expressão discursiva e comunicação social Articulação, evocação, linguagem, memória, atenção, comunicação social, fadiga, fluência, raciocínio, funções executivas, cognição social, percepção, autorregulação	17.	<input type="checkbox"/> Sons de fala, movimentos musculares, voz, fluência, gaguez
		18.	<input type="checkbox"/> Evocar, pensar, recuperar palavras, vocabulário, seleção de palavras
		19.	<input type="checkbox"/> Planear frase, construção frásica, gramática
		20.	<input type="checkbox"/> Iniciar conversação
		21.	<input type="checkbox"/> Gerar tópicos de conversação, pensar no que dizer, elaborar, acrescentar
22.		<input type="checkbox"/> Discurso vago, inespecífico e desorganizado	
23.		<input type="checkbox"/> Discurso excessivo, desconexo, verboso	
24.		<input type="checkbox"/> Comentários sociais malsucedidos (impulsividade, raiva, coprolalia, piadas, seleção de tópico)	
25.		<input type="checkbox"/> Capacidade não-verbal (contacto visual, espaço pessoal, expressão facial, tom de voz, maneirismos, gestos)	
26.		<input type="checkbox"/> Percecionar ou compreender as pistas conversacionais do interlocutor, emoções, contexto, pontos de vista	
Compreensão de leitura Quaisquer materiais escritos, impressos ou eletrónicos	27.	<input type="checkbox"/> Dificuldades físicas (visão: dupla, desfocada, diminuição do campo visual, seguimento, dor, fadiga, tonturas) – Referenciar ao optometrista, oftalmologista	
	28.	<input type="checkbox"/> Descodificar letras ou palavras, ler em voz alta fluentemente	
	29.	<input type="checkbox"/> Compreender a leitura de frases, parágrafos, textos	
	30.	<input type="checkbox"/> Refer, evocar e organizar a informação lida	
	31.	<input type="checkbox"/> Manter o foco atencional na leitura, necessidade de refer	
	32.	<input type="checkbox"/> Diminuição da força anímica para a leitura (lé por ___ min agora; ___ min antes da lesão)	
Expressão escrita Quaisquer materiais escritos, impressos ou eletrónicos	33.	<input type="checkbox"/> Aspectos físicos da escrita, movimentos da mão – referenciar à Terapia Ocupacional	
	34.	<input type="checkbox"/> Escrever palavras	
	35.	<input type="checkbox"/> Construir frases, formular ideias para escrever (formulação de frases)	
	36.	<input type="checkbox"/> Organizar pensamentos na escrita (discurso escrito)	
	37.	<input type="checkbox"/> Dificuldades de ortografia relativas às capacidades pré-lesão	
Pensamento, raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, autorregulação (necessários para a comunicação)	38.	<input type="checkbox"/> Insight, consciência, capacidade de reconhecer que existe um problema	
	39.	<input type="checkbox"/> Tomar e expressar decisões (reunir e pesar os factos, medir os prós e os contras, decidir)	
	40.	<input type="checkbox"/> Discutir sem ficar assoberbado, triste, frustrado ou retraído	
	41.	<input type="checkbox"/> Filtrar a informação menos relevante, focar nas prioridades, pontos-chave	
	42.	<input type="checkbox"/> Organizar, integrar, analisar, inferir, ver a perspetiva global	
	43.	<input type="checkbox"/> Resumir, compreender a ideia-chave e formular conclusões	
	44.	<input type="checkbox"/> Brainstorming, gerar ideias, alternativas, pensamento criativo	
	45.	<input type="checkbox"/> Planear, priorizar, implementar, dar seguimento, avaliar e auto-monitorizar a comunicação	
Total	_____	# sinais de alerta identificados ao nível da comunicação	

© Reproductions are permitted if referenced as MacDonald, Sheila (2015) Cognitive Communication Checklist for Acquired Brain Injury (CCCABI) CCD Publishing, Guelph, Ontario, Canada, N1H 6J2, www.ccdpublishing.com

