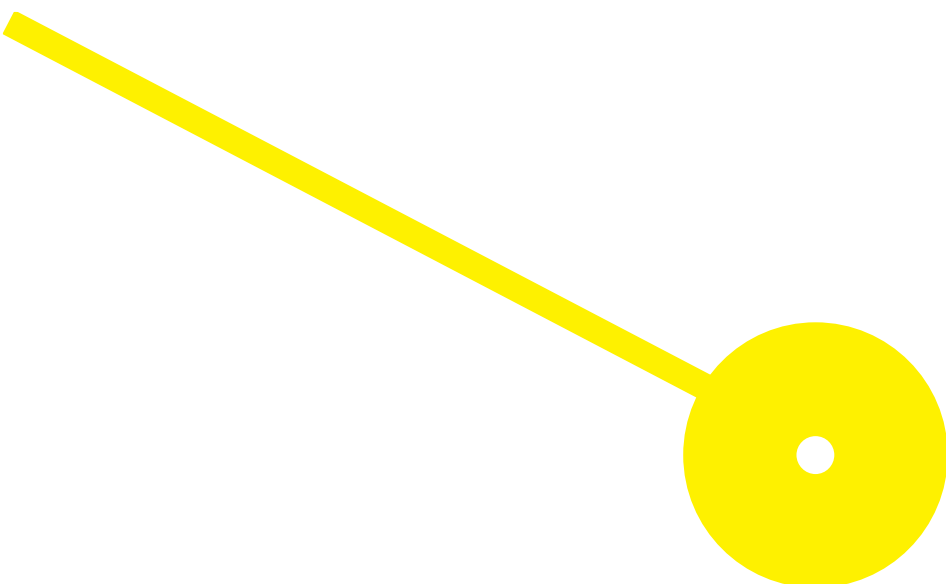




Tradução, adaptação e validação do recurso “*Talking To Your Nurse*” para o Português Europeu

Luna Fernandes Barreto

06/2023





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Tradução, adaptação e validação do recurso
"Talking To Your Nurse" para o Português Europeu**

Autora

Luna Fernandes Barreto

Orientadora

Professora Doutora Ana Brígida Francisco Patrício, ESS | P.Porto

Co-orientadora

Paula Alexandra dos Santos Valente

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

À Professora Doutora Brígida Patrício, por todo o esforço e dedicação.

À colega e amiga Ângela, pelo companheirismo e apoio moral durante esta fase, mesmo que à distância.

Às restantes colegas do mestrado, pela união que se criou.

A todas as enfermeiras que participaram neste estudo, pelo seu enorme e valioso contributo. Não teria sido o mesmo sem elas.

Às minhas colegas do IPA, pelas partilhas de conhecimento, pelas discussões de casos e por me incentivarem sempre ao pensamento crítico.

À Paula Valente e à Assunção Matos, por serem duas grandes inspirações e referências para mim. Obrigada pelos ensinamentos e apoio constante.

A todas as pessoas com afasia com quem me cruzei até agora, exemplos de luta e superação.

Aos amigos do Porto, a família que eu escolhi, por toda a solidariedade, paciência e amor.

À minha mãe, por ser o meu pilar.

Ao meu pai, por me fazer herdar características tão imprescindíveis.

Ao Leo, o meu porto seguro, por me acompanhar em todos os momentos.

Resumo

O livro "*Talking To Your Nurse*" é um recurso comunicativo escrito originalmente em inglês, desenvolvido no Aphasia Institute (Canadá) para facilitar a comunicação entre pessoas com afasia e enfermeiros e aumentar a autonomia das pessoas com afasia, especialmente em contexto hospitalar. **Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente o livro para a população portuguesa, e aferir a sua validade de conteúdo. **Metodologia:** As etapas metodológicas seguidas foram: tradução, síntese das traduções, retroversão, harmonização, painel de peritos, *cognitive debriefing* e aferição da validade de conteúdo (categorias consideradas: clareza do texto, acessibilidade do texto, adequação cultural do texto e imagens e iconicidade das imagens). **Resultados:** Foram feitos ajustes no texto e imagens para atingir a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual. Todas as secções do livro obtiveram um índice de validade de conteúdo (IVC) superior a 0,90, considerado excelente. **Conclusão:** O recurso "*Talking To Your Nurse*" foi traduzido para o português europeu e adaptado culturalmente, encontrando-se validado para uso na população portuguesa.

Palavras-chave: afasia; atividades e participação; abordagem biopsicossocial; comunicação suportada; enfermeiros; tradução e adaptação cultural.

Abstract

The book "Talking To Your Nurse" is a communication resource originally written in English and developed at the Aphasia Institute (Canada) to facilitate communication between people with aphasia and nurses and increase people with aphasia's autonomy, especially in hospitals. **Objective:** Translating and culturally adapting the book to the Portuguese population and assess its content validity. **Methods:** The methodological steps were: translation, synthesis of translations, back translation, harmonization, expert panel, cognitive debriefing and assessment of the content validity (categories considered: clarity of text, accessibility of text, cultural adequacy of text and images and iconicity of images). **Outcomes:** There were adjustments in the text and images so that semantic, idiomatic, cultural and concept equivalence could be achieved. All sections of the book scored a content validity index (CVI) higher than 0,90, which is considered excellent. **Conclusion:** The resource "Talking To Your Nurse" was translated into European Portuguese and culturally adapted, and is now valid for use in the Portuguese population.

Keywords: aphasia; activities and participation; biopsychosocial approach; supported communication; nurses; translation and cultural adaptation.

Índice

1. Introdução teórica	1
1.1. A incidência e prevalência da afasia	2
1.2. O impacto psicossocial da afasia.....	2
1.2.1. O impacto da afasia no acesso a serviços de saúde.....	4
1.2.1.1 A prática clínica na afasia em Portugal.....	5
1.3. A abordagem <i>Life Participation Approach to Aphasia</i> (LPAA) e o modelo A-FROM	7
1.4. Treino dos parceiros de comunicação e <i>Supported Conversation for Adults with Aphasia</i> TM	11
1.5. Livro “ <i>Talking To Your Nurse</i> ” e objetivos do estudo.....	12
2. Métodos	14
2.1. Procedimentos, recolha e tratamento de dados.....	16
2.2. Instrumentos.....	20
2.3. Participantes.....	21
3. Resultados	23
3.1. Tradução e retrotradução.....	23
3.2. Painel de peritos.....	23
3.2.1. Harmonização de itens de texto.....	23
3.2.2. Harmonização de imagens.....	26
3.3. Validade de conteúdo e <i>cognitive debriefing</i>	28
4. Discussão	31
5. Conclusão	34
Referências Bibliográficas	35
Anexos	43
Anexo 1 – Autorização do Aphasia Institute ao IPA para realizar tradução, adaptação cultural e validação aos seus recursos.....	43
Anexo 2 – Autorização do IPA à autora do estudo para realizar a tradução, adaptação cultural e validação do recurso “ <i>Talking To Your Nurse</i> ”	45
Anexo 3 – Parecer favorável da Comissão de Ética da ESS P.Porto.....	46
Anexo 4 – Grelha de comparação das duas traduções independentes (exemplo de página).....	47
Anexo 5 – Grelha de comparação das traduções para o painel de peritos (exemplo de página)	48
Anexo 6 – Guião de entrevista semi-estruturada para o <i>cognitive debriefing</i>	49
Anexo 7 – Grelha de análise de conteúdo do <i>cognitive debriefing</i>	50
Anexo 8 – Questionário aos enfermeiros do <i>cognitive debriefing</i> para validação de conteúdo.....	54

Anexo 9 – Exemplo de uma página do livro original “ <i>Talking To Your Nurse</i> ”	65
Anexo 10 – Certificado de coautora de póster científico no III Congresso Internacional da SPTF	66
Anexo 11 – Termo de Consentimento Informado.....	67

Índice de abreviaturas

A-FROM	<i>Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement</i>
AVC	Acidente(s) Vascular(es) Cerebral(is)
BAAL	Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa
CDP	<i>Communication Disability Profile</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CPT	Treino dos parceiros de comunicação (C ommunication P artner T raining)
ESS P.Porto	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto
IVC	Índice de validade de conteúdo
IPA	Instituto Português da Afasia
LPAA	<i>Life Participation Approach to Aphasia</i>
p.	página(s)
PCA	Pessoa(s) com afasia
PE	Português Europeu
POPS	<i>Participation Objective Participation Subjective</i>
PS	Profissionais de saúde
SCA™	<i>Supported Conversation for Adults with Aphasia™</i>
SPTF	Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala
TAP	Triangle Aphasia Project
TF	Terapeuta(s) da Fala

Índice de Tabelas

Tabela 1	Descrição dos domínios do A-FROM.....	10
Tabela 2	Harmonização de texto – resumo das decisões do painel de peritos.....	25
Tabela 3	Adaptação cultural de imagens – resumo das decisões do painel de peritos.....	27
Tabela 4	Resultados dos cálculos dos valores de IVC.....	28
Tabela 5	Propostas do <i>cognitive debriefing</i> consideradas significativas.....	30

Índice de Figuras

Figura 1	Representação esquemática do modelo da CIF.....	8
Figura 2	Representação esquemática do modelo A-FROM.....	8
Figura 3	Etapas do processo de investigação na tradução, adaptação e validação do livro “ <i>Talking To Your Nurse</i> ” para o PE.....	16

1. Introdução

A afasia é um conceito multidimensional, cuja definição evoluiu ao longo dos tempos, seguindo várias perspetivas (Papathannasiou & Coppens, 2017).

Sob uma perspetiva neurológica, pode-se dizer que a afasia é uma perturbação adquirida da linguagem que resulta de uma lesão cerebral focal, sem outros défices cognitivos, motores ou sensoriais. Esta perturbação pode estar presente em todos os domínios da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica, pragmática) e em qualquer modalidade (fala, escrita, leitura, gestos), seja na compreensão ou na expressão. A descrição dos sintomas linguísticos que um indivíduo com afasia apresenta pode ajudar a identificar a localização específica da sua lesão (Damasio, 1992; Goodglass & Kaplan, 1983; Lesser, 1987).

De uma perspetiva cognitiva, considera-se que a afasia é uma disfunção seletiva do processamento da linguagem, das funções cognitivas subjacentes, ou dos recursos cognitivos necessários, resultante de uma lesão focal (Ellis & Young, 1988; McNeil, 1982).

Se a afasia for observada de uma perspetiva funcional, poderá ser definida como uma perturbação da comunicação que mascara as competências da pessoa afetada, competências estas que seriam normalmente reveladas durante a conversação. Esta definição pressupõe que os interlocutores da pessoa com afasia (PCA) também ficam afetados pela condição, na medida em que, se não forem treinados para darem o devido suporte comunicativo, terão dificuldades em comunicar com a PCA durante a conversação (Kagan, 1995).

Ao observar todas estas definições, é perceptível que a grande maioria se centra nos processos neurológicos que impedem o funcionamento integral da linguagem. No entanto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001) convida-nos a pensar nas consequências que estes défices na linguagem podem trazer para a sua funcionalidade comunicativa e social, bem como para a sua qualidade de vida (Martin et al., 2008). De facto, dentro da CIF, a afasia está codificada como uma perturbação das funções mentais da linguagem, uma limitação da atividade comunicativa e uma restrição da participação nas relações interpessoais (WHO, 2001).

Os autores Papathannasiou & Coppens (2017) procuraram, assim, definir a afasia numa ótica mais abrangente, que tivesse em conta, também, as consequências da afasia na vida da pessoa. Desta forma, definiram afasia como uma “perturbação adquirida e seletiva das modalidades e funções da linguagem, resultante de uma lesão cerebral focal no hemisfério onde a linguagem é dominante, que afeta a

funcionalidade comunicativa e social da pessoa, bem como a sua qualidade de vida e a dos seus familiares e cuidadores”.

1.1. A incidência e prevalência da afasia

A principal causa da afasia é o acidente vascular cerebral (AVC), sendo que 20% a 40% dos AVC resultam em afasia aguda (Engelger et al., 2006). No entanto, existem outras causas possíveis: tumores cerebrais, traumatismos crânioencefálicos (TCE), infeções ou outras lesões cerebrais (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Estima-se que, por hora, 3 portugueses tenham um AVC, dos quais sobrevivem dois terços. Destes, quase metade ficará com sequelas incapacitantes (SPAVC, 2016). Em Portugal não há dados sobre a incidência e prevalência da afasia, mas com base nas estatísticas de outros países (Engelger et al., 2006; Laska et al., 2001), calcula-se que, todos os anos, surjam cerca de 8 mil novos casos de afasia em Portugal (Instituto Português da Afasia, s.d.).

Tendo Portugal uma das taxas de incidência de AVC mais elevadas da União Europeia, através de extrapolações estatísticas, calcula-se que a prevalência de pessoas com afasia em Portugal ronde os 40 mil (Instituto Português da Afasia, s.d.).

1.2. O impacto psicossocial da afasia

O impacto da afasia nas atividades e participação da PCA pode ser muito negativo. Com o surgimento dos desafios que vêm com a perturbação da comunicação, o envolvimento das PCA nas atividades que anteriormente eram do seu interesse pode ficar seriamente comprometido (Alborés et al., 2019). No geral, as PCA revelam que o envolvimento em atividades significativas é uma componente vital de viver bem com afasia (Brown et al., 2010, 2011, 2012; Grohn et al., 2014), e que o envolvimento em atividades sociais e de lazer é um objetivo-chave na sua reabilitação (Worrall et al., 2011). Por outro lado, no geral, as PCA reportam que têm significativamente menos atividades recreativas e de lazer do que antes da lesão (Nätterlund, 2010).

Uma atividade muito importante na vida adulta e que na maior parte das vezes fica comprometida na presença de afasia é a atividade laboral, no caso de adultos em idade ativa. Estudos sugerem que menos de um terço das PCA em idade ativa regressam ao trabalho (Caporali & Basso, 2003; Graham et al., 2011; Parr et al., 1997). Numa revisão de literatura realizada por Graham et al. (2011), concluiu-se que a taxa de

regresso ao trabalho para sobreviventes de AVC com afasia era 28,4%, comparada com 44,7% para todos os sobreviventes de AVC em idade ativa (com ou sem afasia).

Várias barreiras podem contribuir para as dificuldades no regresso ao trabalho de PCA. Para além dos desafios diários na comunicação, os indivíduos com afasia lidam frequentemente com a falta de adaptações no ambiente, falta de compreensão da parte dos empregadores, e outras barreiras no ambiente de trabalho. Tudo isto pode ter um enorme impacto financeiro a longo prazo, tanto para a PCA, como para a sua rede de suporte (Alborés et al., 2019).

A afasia pode, ainda, ter um impacto avassalador na vida social da PCA. Northcott et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática sobre suporte social, de onde se concluiu que a perda de contacto com amigos, um menor envolvimento em atividades sociais e tensão dentro da família são consequências comuns na vida de quem teve um AVC. Quando a afasia está presente, estas consequências são altamente exacerbadas. A dinâmica familiar e social tende a mudar após o início da afasia, e as PCA reportam ser difícil participar em atividades familiares/sociais, descrevendo uma maior dependência da família e/ou dos amigos (Fotiadou et al., 2014). Outro estudo com 40 pessoas com afasia concluiu que houve uma redução significativa dos contactos sociais das PCA após o início da afasia (Vickers, 2010). O estudo de Hilari & Northcott (2006) mostrou que pessoas com afasia relataram não ter amigos um ano após a lesão que deu origem à afasia, o que pode ser causado por perda de atividades partilhadas, níveis reduzidos de energia, incapacidade física, respostas imprestáveis de outras pessoas, barreiras ambientais e mudanças nos interesses sociais.

Apesar de estarem com outras pessoas, muitas vezes as PCA não estão totalmente incluídas ou envolvidas (Parr, 2007). Geralmente, as PCA relatam que se sentem como espectadores e não participantes numa vida social, levando esta exclusão social a isolamento e à solidão. Além do mais, observou-se que muitos indivíduos não estão conscientes de que as PCA continuam a ter competências, o que faz com que evitem conversar com elas, principalmente quando a afasia é grave (Kagan et al., 2001, 2018). Isto pode levar, muito frequentemente, a quadros de depressão (Baker et al., 2020; Shehata et al., 2015), estimando-se que a incidência de depressão depois do início da afasia seja de 62% a 70%, e mais alta do que em sobreviventes de AVC que não têm afasia (Worrall et al., 2016).

Todos os aspetos referidos anteriormente levam a que a afasia seja um preditor de mal-estar emocional, isolamento social e má qualidade de vida após o AVC (Lee et al., 2015). Fatores como a capacidade de comunicação funcional e a gravidade dos défices de linguagem foram reportados como afetando a qualidade de vida das PCA, e que podem ter impacto no seu bem-estar psicológico e saúde social (Cruice et al., 2010). Outros autores reportam que a qualidade de vida na afasia é afetada por fatores de *stress*

emocional, gravidade da afasia, limitações na comunicação e nas atividades, outros problemas médicos e fatores sociais (Hilari et al., 2012).

O estudo de Patrício (2014), que incidiu na população portuguesa, concluiu que a satisfação das PCA e dos seus cuidadores com a sua qualidade de vida é menor do que a da população em geral, em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life – Bref) (The WHOQOL Group, 1994; Vaz Serra et al., 2006). Outra conclusão do mesmo estudo foi que a saúde emocional e a participação são preditores da qualidade de vida das PCA, fatores já reportados pelos estudos referidos anteriormente.

1.2.1. O impacto da afasia no acesso a serviços de saúde

Uma atividade de particular importância que, como qualquer atividade que envolva comunicação, é impactada pela afasia é o acesso, de forma autónoma e independente, a serviços de saúde.

Devido às suas dificuldades em compreender e em usar a língua falada e escrita, as PCA ficam frequentemente impossibilitadas de usufruir de serviços de saúde, sendo que todas as dimensões do seu processo clínico, bem como a eficácia dos tratamentos, são negativamente influenciadas pela afasia (Grobler et al., 2022). Está reportado que pessoas com dificuldades na comunicação experienciam menos autonomia para tomar decisões relacionadas com o seu processo, bem como menos oportunidades para participar em tomadas de decisão partilhadas sobre os seus próprios cuidados de saúde (Murphy, 2006; Pound et al., 2007).

A falta de acessibilidade comunicativa nos contextos onde são prestados serviços de saúde pode provocar exclusão da PCA dos serviços de saúde e da tomada de decisões, uma maior taxa de erros médicos, insatisfação do utente e frustração tanto nos profissionais de saúde (PS), como nas PCA (Grobler et al., 2022; Rijssen et al., 2021).

De facto, segundo um estudo realizado nos Países Baixos e na Bélgica, os PS relatam que as dificuldades de comunicação impedem a prestação de cuidados e provocam sentimentos negativos neles próprios. Também sugerem que a comunicação pode ser melhorada através de adaptações nas informações dadas ao utente ao longo do seu processo clínico e terapêutico, implementando modificações a nível organizacional, mas também capacitando todos os PS que contactam com as PCA e alterando o papel dos terapeutas da fala (TF) no serviço (Rijssen et al., 2021).

Grobler et al. (2022) também concluem que é absolutamente necessário considerar a implementação de medidas que permitam que as PCA exerçam o seu direito de aceder e participar, de forma informada, no

seu próprio processo terapêutico, suprimindo as suas necessidades com autonomia e eficácia. Esta informação é corroborada pelas conclusões de dois estudos que afirmam que as PCA expressaram o desejo de receber informação escrita sobre o AVC e a afasia, apesar das suas dificuldades adquiridas na leitura, e dar a sua opinião em relação a assuntos de interesse (Rose et al., 2010; Worrall et al., 2011).

É importante, ainda, considerar a literatura internacional de referência no que toca a recomendações de boas práticas. Começemos pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS): “todos os pacientes devem receber informações claras, perceptíveis e adequadas sobre o seu estado de saúde” (Health Organization & Office for Europe, 2004). Considere-se, também, as recomendações de boas práticas na reabilitação pós-AVC do Canadá (Hebert et al., 2016), que dizem que todos os membros da equipa de internamento devem estar capacitados e treinados para comunicar eficazmente com PCA; bem como as recomendações de boas práticas do Australian Aphasia Rehabilitation Pathway, que afirmam que os TF devem providenciar, à equipa de intervenção, estratégias de comunicação específicas que ajudem a melhorar a comunicação com cada PCA (Worrall, 2014); e, por fim, as 10 melhores recomendações de boas práticas propostas, com base numa revisão sistemática extensa, por Simmons-Mackie et al. (2016), onde, na 9.^a recomendação, está escrito que “todos os profissionais de saúde e da área social que trabalham com a PCA em todo o decurso dos seus cuidados de saúde (i.e., da fase aguda ao fim de vida) devem estar informados sobre a afasia e treinados para suportar a comunicação na afasia”.

Considerando o impacto da afasia em todos estes domínios, têm sido desenvolvidas abordagens como a *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA), que têm em conta todos os aspetos da vida da pessoa, incluindo as consequências biopsicossociais da afasia (Armour et al., 2019). Estas abordagens serão exploradas na secção 1.3.

1.2.1.1 A prática clínica na afasia em Portugal

Foi realizada uma extensa pesquisa no sentido de perceber como se caracterizam as práticas atuais na afasia em Portugal. Segue-se uma síntese da literatura encontrada mais relevante.

Uma dissertação de mestrado de (Leal, 2009) revelou que, em Portugal, os TF que trabalham na área da afasia não têm um bom conhecimento sobre o foco e objetivo de intervenção, quem determina maioritariamente os serviços a receber, nem o processo de tomada de decisão subjacentes a três dos modelos de atuação na afasia (modelo médico, modelo de reabilitação e modelo social), apesar de terem um bom nível de conhecimento do nível de atuação de cada um. Também se conclui que “os [TF] que aplicam o modelo médico e de reabilitação não revelam necessidade de aplicar o modelo social”.

Na mesma dissertação, constatou-se que os TF em Portugal consideravam não haver instrumentos de avaliação devidamente validados, em Portugal, para avaliar os domínios das atividades e participação nas PCA. No entanto, mais tarde, em 2012, foram traduzidos e adaptados para a população portuguesa dois instrumentos que permitem avaliar os domínios das atividades e participação e o domínio dos fatores contextuais, nomeadamente o *Communication Disability Profile* (CDP) e o *Participation Objective Participation Subjective* (POPS), ambos desenvolvidos à luz da CIF (Matos, 2012). O CDP foi, posteriormente, submetido a processo de validação de conteúdo (Serra, 2015).

Na mesma tese de doutoramento (Matos, 2012), é referido que, em Portugal, a opinião das PCA não é habitualmente considerada nos processos de intervenção terapêutica que lhes dizem diretamente respeito, nem em estudos científicos. A propósito disto, existe o contributo de Rodrigues (2012), que propôs um conjunto de estratégias e técnicas para facilitar a inclusão das PCA em estudos científicos, nomeadamente através da adaptação *aphasia-friendly* de consentimentos livres e esclarecidos.

Existe alguma literatura em Portugal que tenta averiguar o nível de conhecimento que algumas classes profissionais na área da saúde e estudantes dessas classes têm sobre a afasia. Por exemplo, no estudo de D. Costa (2022), constata-se que os técnicos auxiliares de saúde apresentam algum conhecimento sobre a afasia e que a maioria “refere utilizar ou considera importante utilizar estratégias no processo comunicativo com PCA”. Outro estudo de Sousa (2022) concluiu que os enfermeiros têm um conhecimento superficial sobre a afasia e conhecem estratégias comunicativas de forma razoável.

Em relação ao conhecimento da afasia por estudantes portugueses da área da saúde, existem estudos sobre estudantes finalistas de medicina (L. Costa, 2022), fisioterapia e terapia ocupacional (A. M. Santos, 2021; R. Santos, 2020) e enfermagem (Pereira, 2022), e também sobre estudantes de enfermagem no geral (Gonçalves, 2016). Todos estes estudos concluem que o conhecimento dos estudantes sobre a afasia e sobre estratégias de comunicação a utilizar é geralmente bom. No entanto, todos eles sublinham que é fundamental divulgar mais a afasia tanto nas formações de base, como em palestras, congressos científicos e, no caso dos PS, no local de trabalho, e também que o TF tem um papel fundamental nessa disseminação.

Ainda a respeito da comunicação com PCA, um trabalho de Jesus (2021) concluiu que, de uma forma geral, em Portugal, os PS que trabalham com PCA recorrem ao mesmo conjunto de estratégias de comunicação para finalidades distintas, o que pode indicar “ausência de conhecimento ou existência de conhecimento pouco aprofundado sobre este tema”. O mesmo documento reporta que o conhecimento sobre a afasia nestes profissionais é relativamente satisfatório, embora alguns tenham demonstrado “um conhecimento pouco adequado do assunto”.

Ainda no mesmo estudo, e tal como é sugerido nos estudos referidos anteriormente, constata-se que há uma urgente necessidade de mais formação na área da afasia em Portugal, especialmente no que toca a informação sobre a comunicação com a PCA, tanto nas licenciaturas como nos restantes níveis de ensino nas várias áreas da saúde. Também é sugerido, mais uma vez, que os TF em Portugal desempenhem um papel mais ativo na divulgação e esclarecimento sobre a afasia, dado que são os profissionais mais habilitados para o efeito (Jesus, 2021).

Por fim, sabe-se que o Instituto Português da Afasia tem contribuído com formações teóricas e práticas sobre comunicação suportada para várias classes profissionais que contactam com PCA no seu contexto laboral, trabalhando também para eliminar as barreiras da sociedade que dificultam a inclusão das PCA, através da sensibilização para a afasia (ODSlocal, s.d.).

Da extensa pesquisa realizada e além do exposto, não são conhecidos, em Portugal, mecanismos para garantir a concretização das recomendações de boas práticas internacionais na afasia na prática clínica dos vários profissionais que acompanham PCA.

1.3. A abordagem *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA) e o modelo A-FROM

A abordagem LPAA permite que a PCA esteja no centro de todas as tomadas de decisão, tendo oportunidade de encontrar, para si própria, objetivos de vida a curto e a longo prazo. Trata-se de uma afirmação de valores cujo foco é retomar o envolvimento em atividades da vida da pessoa e permite que haja oportunidades de a PCA ter, continuamente, suporte à comunicação (Chapey et al., 2000).

São cinco os valores fundamentais sobre os quais a abordagem LPAA está estruturada: (1) o primeiro foco da PCA e do PS é avaliar o impacto que a afasia poderá ter no alcance de objetivos relacionados com a participação na vida da PCA; (2) qualquer pessoa afetada pela afasia tem direito a usufruir da abordagem, incluindo familiares, cuidadores e amigos da PCA; (3) as medidas de eficácia incluem a documentação de mudanças positivas na vida da PCA; (4) fatores pessoais (internos) e ambientais (externos) também são alvo de intervenção desde o início, e não apenas depois de ser realizada intervenção linguística; (5) ênfase na disponibilidade dos serviços conforme são necessários, em todas as fases da afasia: qualquer PCA pode interromper o usufruto dos serviços e mais tarde retomar, sob a premissa de que as consequências da afasia na sua vida podem sofrer alterações ao longo do tempo (Chapey et al., 2000).

Este conjunto de valores foi desenvolvido para combater os inúmeros desafios que as PCA enfrentam nos diferentes contextos que frequentam e providenciar-lhes um serviço que lhes permita ter uma

recuperação funcional e melhore a sua qualidade de vida. Estes valores podem servir de guias para a avaliação, intervenção e investigação na área da afasia (Chapey et al., 2000).

Para garantir que os objetivos de vida da PCA, estabelecidos através da abordagem LPAA, estão a ser atingidos, foi necessário desenvolver um modelo que facilitasse a avaliação e monitorização das alterações que vão ocorrendo ao longo do tempo na vida da pessoa. Para este propósito, o modelo da CIF (figura 1), já referido anteriormente, foi adaptado especificamente à afasia, tendo sido designado como o modelo *Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM)* (Kagan et al., 2007) (figura 2).

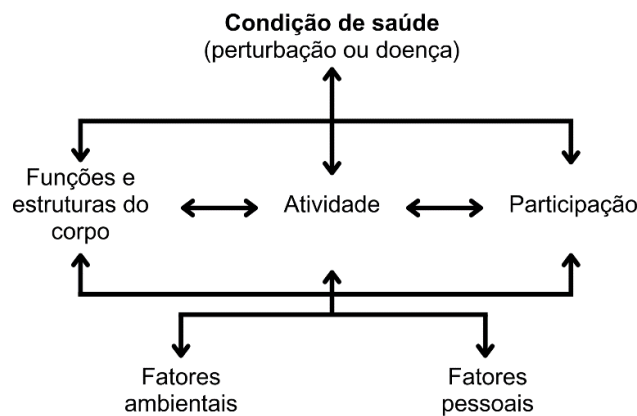


Figura 1: Representação esquemática do modelo da CIF (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

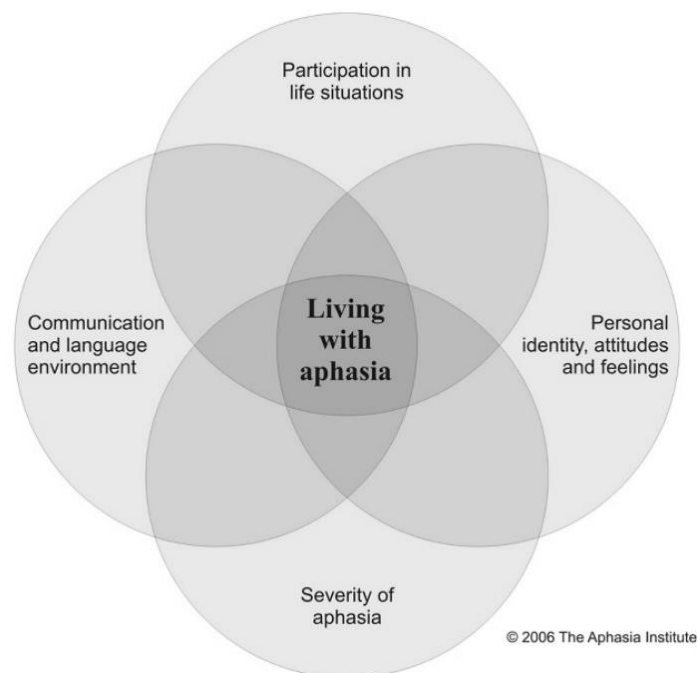


Figura 2: Representação esquemática do modelo A-FROM (Kagan et al., 2007).

O desenvolvimento do A-FROM baseou-se nos valores da abordagem LPAA e é usado frequentemente em centros de afasia para possibilitar a existência de medidas de eficácia adequadas. Um centro de afasia pode ser definido como um centro que “disponibiliza programas desenhados exclusivamente para PCA e, em alguns casos, para as suas famílias, (...) que costumam ter uma oferta de serviços como grupos de conversação, atividades de lazer e outras atividades semelhantes orientadas para a participação” (Elman, 2016). No fundo, o desenvolvimento de centros de afasia é uma forma de disponibilizar serviços compatíveis com os valores da LPAA (Armour et al., 2019).

Em Portugal, a única entidade que pode ser considerada, à data deste trabalho, um centro de afasia é o Instituto Português da Afasia (IPA), uma associação sem fins lucrativos reconhecida como Organização Não Governamental das Pessoas com Deficiência de Âmbito Local (Registo nº 308/2020 – INR, I.P.) e Associação de Defesa dos Utentes da Saúde (nos termos do artigo 7º da lei nº 44/2005, de 29 de Agosto) pela Direção Geral da Saúde (IPA, 2015).

Kagan et al. (2007) afirmam que o A-FROM “é uma abordagem conceptual ampla e não obrigatória para orientar medidas de eficácia da intervenção, que tem em conta o impacto da afasia em áreas da vida consideradas importantes para a PCA e sua família”. O desenvolvimento deste modelo veio da necessidade de apresentar aos clientes, aos profissionais e aos mecenas evidências do impacto que a LPAA pode ter. Observou-se que esta abordagem pode provocar mudanças positivas a nível da autoimagem, esperança, autoestima, motivação, atitudes e capacidade para participar em tarefas funcionais e conversacionais e em atividades significativas para as PCA, sendo que estas melhorias podem ocorrer sem evolução significativa da perturbação da linguagem em si (Kagan et al., 2007).

Segundo Kagan et al. (2007), o A-FROM é uma estrutura que serve para identificar domínios e categorias importantes nas medidas de eficácia na afasia, mas não se trata de uma medida de eficácia em si: podem ser desenvolvidas ferramentas adaptadas aos domínios do A-FROM ou interpretadas ferramentas ou testes já existentes à luz dos domínios do A-FROM. Por exemplo, de uma avaliação pela Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) podem ser obtidos dados sobre as competências linguísticas, que são compatíveis com o domínio da gravidade da afasia do A-FROM. Kagan (2011) descreve os domínios deste modelo para uma melhor compreensão global do mesmo (tabela 1).

Existem diversos estudos que corroboram o impacto positivo que a LPAA pode ter na vida das pessoas com afasia. Worrall et al. (2009) constataram que esta abordagem ajudou as PCA a integrar a afasia na sua vida e a refletir na forma como aprenderam a viver bem com afasia, integrando-a num novo estilo de vida após a lesão cerebral. No mesmo estudo, os familiares de PCA ajudam a perceber que, de facto, a afasia é uma condição da família, que requer o envolvimento da mesma no processo.

Tabela 1: Descrição dos domínios do A-FROM (Kagan, 2011)

Domínio	Descrição
Perturbação da linguagem e relacionados (<i>Language and related impairments</i>)	Equivalente a “perturbação” na CIF; inclui áreas tradicionais como a fala, compreensão, leitura e escrita
Ambiente (<i>Environment</i>)	Qualquer fator externo à pessoa que facilita ou atua como barreira à comunicação, incluindo atitudes individuais/ na sociedade, características do(s) parceiro(s), fatores físicos e barreiras linguísticas
Participação (<i>Participation</i>)	Envolvimento em relações, papéis e atividades de eleição da PCA – situações que façam parte da vida diária
Fatores pessoais (<i>Personal factors</i>)	Características inerentes à pessoa, sentimentos, emoções, atitudes e identidade/autoconceito

Galletta & Barrett (2014) concluem que a implementação de uma intervenção centrada tanto nos défices, como na funcionalidade, através de uma abordagem centrada na pessoa e que leva em consideração, com igual importância, todos os domínios propostos pela CIF, pode conduzir aos melhores resultados em sobreviventes de AVC com afasia.

Por sua vez, uma tese sobre a implementação de um programa baseado na LPAA para adultos com afasia revelou que a participação das PCA teve um impacto positivo na sua confiança em relação às suas capacidades comunicativas (Fair et al., 2017).

Numa revisão de literatura sobre centros de afasia, Elman (2016) verificou que estes espaços, ao implementarem atividades de cariz social com base na LPAA, estão a proporcionar um ambiente interativo com potenciais benefícios linguísticos, comunicativos e psicossociais para as PCA, além de que o corpo de evidência científica que suporta a criação destes centros está a aumentar.

O centro de afasia Triangle Aphasia Project (TAP), na Carolina do Norte (Estados Unidos da América), criado em 2003 com o objetivo de aumentar as oportunidades de participação na vida diária das PCA, tem vindo a trabalhar com as comunidades onde as PCA pertencem, isto é, os terapeutas deslocam-se ao contexto onde as PCA vivem para averiguarem que tipo de atividades podem encaixar nos seus objetivos de vida e como podem aumentar a sua rede de suporte dentro da comunidade. Esta é, segundo eles, uma forma de implementar a abordagem LPAA que pode ser altamente benéfica para as PCA atingirem os seus objetivos de participação e envolvimento na comunidade, vivendo uma vida com mais sentido para si (Silverman, 2011).

Um outro exemplo de sucesso da abordagem LPAA é um centro de afasia em New Jersey chamado Adler Aphasia Center, onde existe um grupo de teatro para PCA. Para além de serem reportados benefícios

psicossociais, os atores (todos são PCA) afirmam que esta atividade tem benefícios recreacionais e vocacionais, tais como a melhoria da comunicação através do treino de estratégias de comunicação e de improvisação num contexto relaxado e de apoio mútuo, bem como o treino de leitura do guião durante os ensaios (Szabo et al., 2010).

Toda a evidência científica encontrada sobre a implementação de abordagens centradas na pessoa, como a LPAA, revela resultados positivos a vários níveis não só para a PCA, como para os seus familiares, amigos e cuidadores (Armour et al., 2018, 2019; Elman, 2007; Williamson et al., 2015).

1.4. Treino dos parceiros de comunicação e *Supported Conversation for Adults with Aphasia*TM

Uma das formas de intervenção mais importantes na afasia e que vai ao encontro dos quatro domínios do A-FROM é o treino dos parceiros de comunicação (CPT, *communication partner training*), porque melhora a funcionalidade comunicativa, a participação e o bem-estar da PCA (Simmons-Mackie, Raymer, et al., 2016).

O CPT é uma forma de intervenção a nível ambiental, em que os parceiros de comunicação privilegiados da PCA aprendem a usar estratégias e recursos comunicativos para facilitar a comunicação com a mesma (Simmons-Mackie, 2013; Simmons-Mackie et al., 2010). Este tipo de intervenção pode acontecer com a díade comunicativa – PCA e parceiro de comunicação – ou pode ser feita psicoeducação do(s) parceiro(s) de comunicação, para que possam aprender sobre a afasia e sobre estratégias que facilitam a comunicação. Os parceiros de comunicação podem ser familiares, cuidadores, amigos, profissionais, ou qualquer outra pessoa com quem a PCA possa interagir (Simmons-Mackie, Raymer, et al., 2016).

Existem várias metodologias desenvolvidas para estruturar o treino dos parceiros de comunicação na afasia. São exemplos a *Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation* (SPPARC) (Lock et al., 2001), a *Better Conversations with Aphasia* (Beeke et al., 2013) e a *Supported Conversation for Adults with Aphasia*TM (SCATM) (Aphasia Institute, 2021).

A SCATM é uma das metodologias mais utilizadas internacionalmente para a realização de treino de comunicação. Este método foi desenvolvido pelo Aphasia Institute (Toronto, Canadá) para ajudar “pessoas que sabem mais do que aquilo que conseguem dizer a expressarem as suas opiniões e sentimentos de uma forma que as faça sentir valorizadas e ouvidas” (Aphasia Institute, 2021). É baseado na premissa de que as PCA podem tirar partido das suas competências cognitivas e sociais mantidas para utilizarem estratégias de comunicação que lhes permitam ter conversas melhores e mais eficazes. A

utilização destas estratégias de comunicação deverá ser treinada com a PCA e com os seus interlocutores (Kagan et al., 2001).

A metodologia SCA™ tem dois objetivos principais: (1) reconhecer a competência do adulto com afasia e (2) ajudar o adulto com afasia a revelar a sua competência. Através dela, o TF ensina e treina com o parceiro de comunicação da PCA estratégias para que ele seja compreendido pela PCA, ajude a PCA a expressar a sua mensagem e verificar se o que percebeu é realmente a mensagem que a PCA queria transmitir (Aphasia Institute, 2021; Kagan, 2019).

Os aspetos referidos na secção 1.2 sobre o impacto psicossocial relacionado com a falta de conhecimento dos interlocutores da PCA sobre a afasia tornam ainda mais evidente a importância que o CPT tem nas suas vidas.

1.5. Livro “Talking To Your Nurse” e objetivos do estudo

Como já foi referido, existem várias organizações, na Europa e no mundo, que pretendem melhorar o paradigma das práticas terapêuticas na intervenção com a PCA e os seus parceiros de comunicação privilegiados.

O Aphasia Institute, com sede em Toronto (Canadá), é uma delas, intervindo com PCA, os seus familiares, os profissionais que as acompanham e também junto da comunidade, no sentido de desenvolver e partilhar soluções inovadoras que reduzam as barreiras linguísticas e comunicativas para uma participação plena das PCA nas atividades de vida diária (Aphasia Institute, s.d.).

Também no Aphasia Institute, são dinamizados vários tipos de programas para PCA, com objetivos distintos, como programas na comunidade, programas de suporte familiar, programas para pessoas com afasia progressiva primária e também de voluntariado. No que diz respeito à oferta formativa, dispõem de formações sobre SCA™, *webinars*, *workshops* e formações *online*.

Para suprir as necessidades específicas de comunicação das PCA nos diferentes contextos, o Aphasia Institute desenvolveu vários recursos de comunicação para serem usados por PCA e parceiros de comunicação específicos. Uma das coleções é direcionada para facilitar a conversação e a comunicação entre PCA e os diferentes profissionais com quem podem contactar: chama-se “Talking To Your...” (“Fale com o seu...”). Cada livro desta coleção pode ser usado por uma classe profissional diferente com PCA (e.g., “Talking To Your Speech-Language Pathologist”), sendo que, para além do TF, também tem disponíveis livros para serem usados pelo enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, psicólogo ou capelão, entre outros.

Em Portugal, já foram traduzidos, adaptados culturalmente e validados para a população portuguesa os livros *“Talking To Your Speech-Language Pathologist”* e *“Talking To Your Doctor”*, sendo que se considerou lógico o próximo livro a traduzir ser o *“Talking To Your Nurse”*, pois os enfermeiros são a primeira linha de contacto com os doentes no internamento e a prestação de cuidados é facilitada se houver uma comunicação eficaz entre profissional e utente (Rijssen et al., 2021).

O livro *Talking To Your Nurse* é composto por um prefácio onde constam alguns conceitos básicos sobre a afasia, os princípios nos quais assenta a SCA™ com algum detalhe, e também algumas orientações em relação a estratégias básicas de comunicação. Segue-se o conteúdo principal do recurso: possíveis assuntos de conversa entre PCA e enfermeiros (especialmente em contexto de internamento) na forma de ilustrações acompanhadas de palavras-chave, passando por temas como: problemas comuns no internamento (e.g., dor), historial clínico, hábitos de saúde, sentimentos e relações, condições da habitação, atividades de vida diária e alta clínica. A grande maioria das ilustrações do livro foi retirada do banco de imagens Participics, desenvolvido no Aphasia Institute especificamente para PCA. No anexo 9 consta um exemplo de uma página do livro (Kagan & Shumway, 2003).

São escassos os recursos *aphasia-friendly* devidamente validados para a população portuguesa, sobretudo com a variedade de informações e opções relevantes do recurso *“Talking To Your Nurse”*. Daqui surgiu a necessidade de traduzir e validar este recurso para o Português Europeu (PE), adaptando-o também às características socioculturais da população portuguesa. Deste modo, será mais fácil comunicar com a PCA sobre informações importantes e mais complexas, como o que lhe aconteceu, quais as capacidades mantidas, as alternativas de que dispõe, entre outras.

O objetivo deste estudo é, assim, traduzir, adaptar e validar o conteúdo do *“Talking To Your Nurse”* do inglês para o PE, sendo que os objetivos específicos são:

- Traduzir o *“Talking To Your Nurse”* para o PE;
- Retrotraduzir a versão traduzida do *“Talking To Your Nurse”* para o inglês;
- Adaptar culturalmente o *“Talking To Your Nurse”* para o PE;
- Determinar a validade de conteúdo do *“Talking To Your Nurse”*, versão para o PE.

2. Métodos

Este estudo segue o método recomendado para processos de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos (Beaton et al., 2007; Van Widenfelt et al., 2005; Wild et al., 2005).

A metodologia recomendada em Beaton et al. (2007) sugere que, numa primeira fase, seja realizada uma tradução da língua original para a língua-alvo, estando proposto que haja pelo menos dois tradutores a fazê-lo. Este procedimento permite identificar ambiguidades na língua original, que podem ser resolvidas na tradução para a língua-alvo.

Desta primeira tradução, deve ser feita a síntese das versões elaboradas por cada um dos tradutores (síntese das traduções), na presença de uma terceira pessoa sem risco de viés, cujo papel é servir de mediador e documentar o processo de síntese (Beaton et al., 2007). O objetivo desta fase é resolver discrepâncias entre as traduções independentes e procurar um consenso entre as perspetivas de cada tradutor. Este consenso pode exigir que se faça traduções alternativas (Wild et al., 2005). Daqui resulta a versão de síntese das traduções.

A partir desta versão, é recomendado que se faça uma retrotradução para a língua original, de forma cega – realizada por uma pessoa sem qualquer conhecimento prévio do documento original. Este processo pode ser visto como uma etapa de controlo de qualidade, evidenciando a qualidade da tradução ao comparar a versão original com a retroversão. Este processo deve ser feito por um retrotradutor com um domínio avançado da língua original e da língua-alvo (Van Widenfelt et al., 2005; Wild et al., 2005).

Depois de obtida a retrotradução, para assegurar a validade intertraduções, deve ser realizada uma harmonização de todas as novas traduções umas com as outras e com a versão original. Nesta fase, os investigadores devem detetar e gerir quaisquer discrepâncias nas diferentes versões, para assegurar equivalência conceptual entre todas, especialmente entre a versão original e a versão de síntese de traduções para a língua-alvo. Esta fase pode ser levada a cabo realizando um painel de peritos, no qual devem estar 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 desses itens, para que seja atingida equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual (Beaton et al., 2007; Wild et al., 2005). Estes tipos de equivalências são explorados a seguir (Guillemin et al., 1993):

- **Equivalência semântica:** garantir que as palavras significam o mesmo, não havendo mais do que um significado para uma dada palavra; garantir que não existem erros ou complexidades gramaticais na tradução.
- **Equivalência idiomática:** garantir que expressões coloquiais são adequadamente substituídas por equivalentes na tradução para a língua-alvo.
- **Equivalência cultural** (ou experiencial): por vezes, há ações, atividades ou objetos representados na versão original que podem ser raros ou não fazer parte da cultura-alvo, mesmo que seja possível traduzi-los. Assim, é necessário identificar outros itens que sejam mais representativos da cultura-alvo para substituir pelos itens originais.
- **Equivalência conceptual:** às vezes, palavras de tradução direta nas várias línguas representam conceitos diferentes entre culturas – é necessário traduzi-las para expressões que signifiquem um conceito equivalente na cultura-alvo.

Alguma literatura sugere, no caso de se tratar de um questionário, que de seguida sejam feitos pré-testes, em que a versão pré-final é aplicada a um número de indivíduos, que depois são entrevistados para se confirmar a existência de equivalência (Beaton et al., 2007). Outra literatura sugere que se passe para o processo de *cognitive debriefing* (Wild et al., 2005) e, tratando-se de um livro que serve como recurso de comunicação, considerou-se que tal seria o procedimento mais adequado. Este processo consiste em entrevistar indivíduos para avaliar a forma como processam mentalmente o conteúdo do documento em causa (Meadows, 2021), sendo proposto que se avalie o grau de compreensibilidade e equivalência da tradução; que se proponha alguma alteração não sugerida pela equipa de tradução ou pelo painel de peritos; que se destaque itens que poderão não ser adequados do ponto de vista conceptual; e que se identifique outros aspetos que possam não ser claros (Wild et al., 2005). Para realizar o *cognitive debriefing*, deve ser realizada uma entrevista semi-estruturada, que tem como foco a análise do documento traduzido, a 5-8 pessoas que representem a população-alvo que irá utilizar o documento (Wild et al., 2005).

Para se obter uma referência quantitativa em relação à validade de conteúdo, pode recorrer-se ao índice de validade de conteúdo (IVC). O IVC é um método que permite determinar se um instrumento mede o que é suposto medir, calculando a percentagem de inquiridos que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e dos seus itens (Alexandre & Coluci, 2011; Fortin, 2009). Através do IVC, é possível calcular o grau de concordância item a item e também relativamente a todo o instrumento. Para isso, é necessário utilizar uma escala de Likert com 4 níveis de pontuação para cada item, sendo utilizada uma fórmula específica para se calcular o IVC (Alexandre & Coluci, 2011). De uma forma geral, para ser verificada a validade de instrumentos, os autores sugerem um valor mínimo de IVC de 0,80 (Grant & Davis, 1997).

2.1. Procedimentos, recolha e tratamento de dados

O processo de tradução, adaptação cultural e validação linguística do recurso “*Talking To Your Nurse*” passou pelas fases esquematizadas na figura 3.

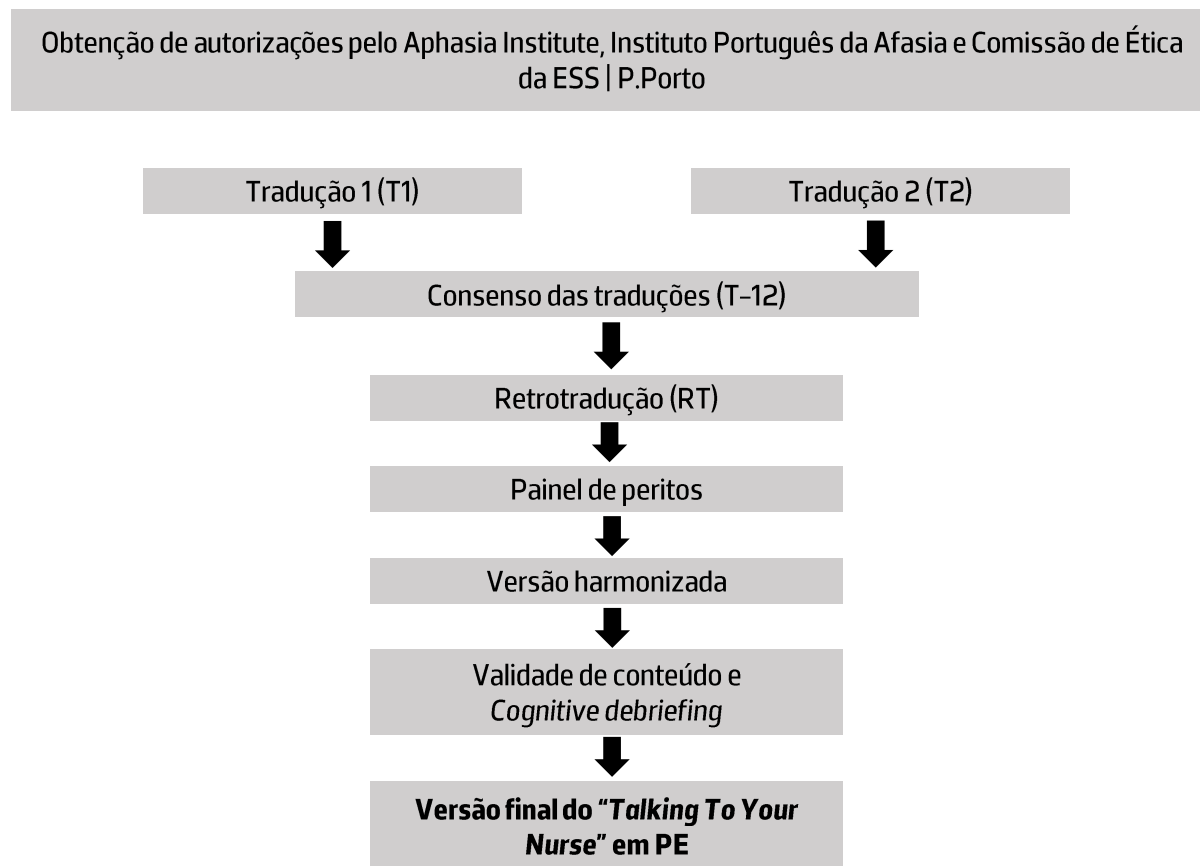


Figura 3: Etapas do processo de investigação na tradução, adaptação e validação do livro “*Talking To Your Nurse*” para o PE.

A recolha e tratamento de dados seguiu os princípios de proteção de dados aplicável a estudos de investigação científica na área da saúde e a lei n.º 76/98 do Diário da República, que aborda a Proteção de Dados Pessoais.

Todos os convites dos participantes envolvidos neste estudo foram feitos via *e-mail*, tendo-lhes sido explicado o objetivo do mesmo e qual seria o papel de cada um no processo de investigação. Todos eles decidiram participar por livre e informada vontade, mediante a assinatura de um consentimento informado (anexo 11), tendo sido garantida a anonimidade e confidencialidade dos seus dados pessoais.

Fase 1 – Autorização das entidades competentes

Antes de iniciar o processo metodológico de tradução e adaptação do livro “*Talking To Your Nurse*”, foi solicitada aos seus autores autorização para a tradução, adaptação cultural e validação para o PE. Foi

solicitada, ainda, autorização à instituição em Portugal responsável pelo processo de tradução e validação do recurso para o PE, o Instituto Português da Afasia, e também à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Todas as autorizações foram concedidas e encontram-se no anexos 1, 2 e 3.

Fase 2 – Tradução e consenso das traduções

Para o processo de tradução, recorreu-se a dois tradutores independentes, fluentes em inglês e português e ambos com o português como língua materna. A versão original do recurso foi-lhes enviada por *e-mail*. Foi solicitado aos tradutores que, no prazo de 1 mês, enviassem, por *e-mail*, um documento com a tradução para o PE da versão original do recurso. Daqui resultaram as versões T1 e T2.

As versões T1 e T2 foram comparadas entre si e com a versão original pelos dois tradutores e por uma terceira pessoa numa reunião *online*. As discrepâncias entre as duas traduções foram analisadas e discutidas de forma a reduzir a ambiguidade da tradução e garantir o máximo de equivalência conceptual e compreensão do público-alvo. Desta forma, chegou-se a uma versão de consenso das duas traduções (versão T-12).

Dado que o livro original é composto por ilustrações acompanhadas de palavras-chave e expressões, o contexto ilustrativo em que as expressões escritas aparecem ao longo do livro é fundamental para compreender o seu significado na totalidade e para realizar uma tradução precisa das mesmas. Assim, no livro, substituiu-se as expressões escritas na língua original pelas palavras e expressões resultantes da versão de consenso, mantendo-se as ilustrações.

Fase 3 – Retroversão

A versão de consenso foi submetida, de forma cega, a uma retrotradução (RT) do PE para o inglês por um terceiro tradutor, nativo em português e com um domínio avançado do inglês.

Este documento foi enviado por *e-mail* ao retrotradutor, ao qual foi pedido que enviasse, no prazo de 1 mês, um documento com a retrotradução para o inglês da versão de consenso (versão RT).

Fase 4 – Painel de Peritos

O painel de peritos foi composto por 6 elementos: um dos membros da equipa de tradução, o retrotradutor, o mediador da síntese das traduções, um profissional com experiência em metodologias de investigação, um terapeuta da fala cuja área principal de intervenção é a afasia e um enfermeiro. Esta reunião decorreu de forma totalmente *online*, com todos os participantes em simultâneo. A versão original, a RT e a de

consenso foram colocadas em evidência num documento que foi enviado por *e-mail* para todos os participantes com 18 dias de antecedência em relação à reunião do painel, para análise prévia.

Durante a reunião, foram comparadas todas as versões referidas do ponto de vista linguístico e de adequação cultural. As sugestões de alteração feitas pelos peritos foram comunicadas aos autores do livro original. Como resultado deste painel obteve-se a versão harmonizada do livro "*Talking To Your Nurse*".

Fase 5 – Validade de conteúdo e *Cognitive debriefing*

Dado que o livro em estudo é um recurso de comunicação que servirá para facilitar o diálogo entre pessoas com afasia e enfermeiros, para realizar o processo de *cognitive debriefing*, decidiu-se seguir a opção metodológica de o recurso ser apreciado por enfermeiros que contactam diariamente com pessoas com afasia no seu contexto profissional e que tiveram formação em SCA™, uma vez que ter esta formação é um critério para ser utilizador deste recurso.

Neste procedimento de *cognitive debriefing* foi feita a apreciação e identificação de itens (em formato de texto ou imagens) mal compreendidos, confusos ou ambíguos no livro "*Talking To Your Nurse*". A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada (anexo 6) *online*, realizada individualmente com cada um dos enfermeiros.

Com uma antecedência de 15 dias, foi enviada via *e-mail* a cada um dos enfermeiros a versão harmonizada do livro, para que pudessem analisá-lo em relação aos aspetos que iriam ser falados durante a reunião.

Durante as reuniões de *cognitive debriefing*, cada enfermeiro foi questionado em relação à clareza do texto, à adequação cultural do texto e das imagens, à acessibilidade do texto e à iconicidade das imagens, bem como aspetos a melhorar em cada uma destas categorias. Considerou-se o seguinte para cada uma delas:

- 1. Clareza do texto:** garantir que o texto foi redigido de forma que o conceito esteja compreensível e expresse adequadamente o que pretende expressar (Alexandre & Coluci, 2011).
- 2. Acessibilidade do texto:** garantir que o formato e conteúdo do texto está adaptado a pessoas com afasia, i.e., *aphasia-friendly*, segundo orientações de boas práticas (Owens, 2009; Stroke Association, 2012).
- 3. Adequação cultural do texto:** garantir que o item escrito é adequado e representativo da cultura e identidade portuguesas (Beaton et al., 2007).
- 4. Iconicidade das imagens:** dado que as imagens são um complemento à escrita muito importante da informação a transmitir a uma pessoa com afasia (Owens, 2009), é necessário garantir que as imagens

usadas são suficientemente acessíveis a pessoas com possíveis alterações visuoperceptivas (e outras alterações cognitivas) pós-AVC.

5. Adequação cultural das imagens: garantir que a imagem é adequada e representativa da cultura e identidade portuguesas (Beaton et al., 2007).

As 5 categorias acima foram determinadas através de um processo de análise *a priori*, o que significa que são baseadas numa teoria previamente idealizada: a de que os aspetos a melhorar do recurso “*Talking To Your Nurse*” vão incidir na clareza e acessibilidade do texto, na adequação cultural do texto e imagens, e na iconicidade das imagens. No entanto, é possível determinar categorias através de um processo de análise *a posteriori*, isto é, durante a trajetória da análise de conteúdo. No decorrer desta análise, podem surgir novas categorias que não estavam contempladas no modelo teórico original. Estas novas categorias são incorporadas na análise e devem ser, posteriormente, confrontadas com um referencial teórico (Bardin, 2016; Rocha et al., 2011). No caso deste projeto de investigação, depois de recolhidos os dados, surgiu uma 6.ª categoria que não tinha sido prevista: “sugestões adicionais”. À medida que os resultados foram analisados, alguns aspetos a melhorar apontados pelos participantes estavam relacionados com partes do livro consideradas por eles incompletas, que beneficiariam do acrescento de uma palavra-chave ou de uma ilustração com palavra-chave. Tendo em conta que estas observações não se adequavam a nenhuma das categorias estabelecidas *a priori*, o passo mais lógico foi criar uma nova categoria. Por conseguinte, os dados obtidos a partir de cada reunião foram analisados qualitativamente à luz das 5 categorias definidas previamente e da categoria estabelecida posteriormente, utilizando uma grelha de análise de conteúdo (anexo 7).

Para se obter o IVC baseado na opinião destes mesmos enfermeiros, foi-lhes solicitado que preenchessem um formulário *online* (anexo 8), descrito em 2.2. Foi solicitado o preenchimento deste formulário antes da reunião de *cognitive debriefing* de cada enfermeiro, para evitar qualquer tipo de viés relacionado com a conversa tida durante o *cognitive debriefing* propriamente dito.

Na análise de resultados, considerou-se três subtipos de IVC: o IVC_{cat} (ao nível de cada categoria estabelecida, e.g., clareza do texto...), o $IVC_{secção}$ (ao nível de cada uma das 10 secções do livro) e o IVC_{global} (ao nível global, de todas as categorias em relação a todas as secções do livro).

O IVC_{cat} foi calculado dividindo o número de respostas “3” ou “4” (da escala de Likert) na respetiva categoria, pelo número total de respostas nessa mesma categoria (fórmula 1).

Fórmula 1: Cálculo do IVC_{cat} .

$$IVC_{cat} = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4" na categoria}}{\text{Número de respostas na categoria}}$$

O $IVC_{secção}$ foi calculado dividindo o número de respostas "3" ou "4" (da escala de Likert) na respetiva secção, pelo número total de respostas nessa mesma secção (fórmula 2).

Fórmula 2: Cálculo do $IVC_{secção}$.	
$IVC_{secção} =$	$\frac{\text{Número de respostas "3" ou "4" na secção}}{\text{Número de respostas na secção}}$

Por sua vez, o cálculo do IVC_{global} foi feito calculando a média de todos os $IVC_{secção}$ (fórmula 3). Também poderia ter sido calculado de outras duas formas: calculando a média de todos os IVC_{cat} ou dividindo o número de respostas "3" ou "4" (da escala de Likert) total, pelo número total de respostas (Alexandre & Coluci, 2011; Fortin, 2009).

Fórmula 3: Cálculo do IVC_{global}.	
$IVC_{secção} =$	$\frac{\text{Soma dos } IVC_{secção}}{\text{Número total de secções}}$

Para processar os dados e calcular os valores de IVC automaticamente, foi usado o programa Microsoft Office Excel.

Segundo Grant & Davis (1997) e Waltz et al. (2010), um índice de validade é aceitável se for igual ou superior a 0,80. Outros autores sugerem que, para um instrumento ou escala ser considerado como tendo um valor recomendado de IVC (Alexandre & Coluci, 2011) ou excelente (Polit & Beck, 2006), este valor deverá ser igual ou superior a 0,90.

2.2. Instrumentos

O livro *"Talking To Your Nurse"* é um recurso de comunicação que pode ser utilizado para facilitar a conversação entre enfermeiros e PCA, não se tratando de um instrumento de avaliação. É constituído por 10 secções, cada uma sobre uma temática que pode surgir em conversa, especialmente em contexto hospitalar. Alguns exemplos de títulos de secções são: "Problemas: o que se passa?", "Historial", "Condições da habitação" e "O que se segue?" (sobre os ensinamentos no momento de alta). Cada uma destas secções tem presentes ilustrações acompanhadas de palavras-chave sobre os diferentes assuntos. O anexo 9 mostra o exemplo de uma página do recurso. O livro começa com um pequeno prefácio que versa sobre as bases teóricas por detrás do treino de parceiros, direcionado aos profissionais de saúde que o utilizarem, e termina com um índice remissivo.

Para analisar as discrepâncias entre as traduções na fase 2 dos procedimentos (tradução e consenso das traduções), foi utilizada uma grelha de análise (anexo 4) onde constava, para cada página do livro, uma coluna para a versão original das expressões que nela estavam presentes, outra com a tradução do tradutor 1 (T1), outra com a tradução do tradutor 2 (T2) e mais uma com a versão de consenso (T-12).

Para o painel de peritos (fase 4), foi necessário comparar a versão original com a retrotradução e a versão de consenso. Com esta finalidade, foi elaborada uma grelha (anexo 5) onde constava, para cada página do livro, uma coluna para a versão original das expressões que nela estavam presentes, outra com a retroversão (RT), outra com a versão de consenso (T-12) e outra destinada à versão harmonizada, que foi preenchida de acordo com as decisões do painel de peritos.

Na fase 5 (validade de conteúdo e *cognitive debriefing*), foi necessário conceber um guião para a entrevista semiestruturada do *cognitive debriefing* (anexo 6), que incidiu sobre as 5 categorias mencionadas em 2.1.

Após o *cognitive debriefing*, desenvolveu-se várias grelhas de análise de conteúdo, cada uma incidente sobre uma das categorias estabelecidas *a priori* e *a posteriori* (anexo 7). Nestas grelhas, cada linha correspondia a um perito e constavam duas colunas: a primeira, "Afirmações", destinava-se, como indica o nome, a constatações, comentários, dos peritos sobre essa categoria em relação ao livro; a segunda coluna destinava-se a sugestões de reformulação específicas por parte dos peritos.

Para aferir a validade de conteúdo, foi produzido um questionário para preenchimento *online* (anexo 8) contendo questões sobre as 6 categorias iniciais referidas em 2.1 em relação a cada secção do livro e em que a resposta a dar seria um de quatro níveis de uma escala de Likert. Um exemplo de questão incluída no formulário foi: "*Considero que as imagens desta secção são pertinentes para a cultura portuguesa*", em que os 4 níveis da escala de Likert correspondiam a: 1 – discordo totalmente; 2 – discordo em parte; 3 – concordo em parte; e 4 – concordo totalmente.

2.3. Participantes

Os tradutores e retrotradutor, os elementos do painel de peritos e os do *cognitive debriefing* foram seleccionados a partir da rede de contactos das investigadoras. Trata-se assim de uma amostra não aleatória por conveniência (Tyrer & Heyman, 2016).

Os critérios de inclusão para os três tradutores seguiram as recomendações para estudos deste tipo, designadamente, terem como língua materna o PE e terem um nível de proficiência na língua inglesa correspondente a B2, no mínimo, segundo o Quadro Europeu Comum de Referência para Línguas (Europass, s.d.).

No painel de peritos, dos elementos presentes, o profissional com experiência em metodologias de investigação era, simultaneamente, terapeuta da fala. O mediador da síntese das traduções era também terapeuta da fala. O enfermeiro trabalhava numa unidade de AVC, contactando diariamente com pessoas com afasia, e tinha frequentado a formação em SCA™ (um requisito do Aphasia Institute). Estavam presentes, ainda, um dos elementos da equipa de tradução e o retrotradutor.

Quanto aos participantes do *cognitive debriefing*, os critérios de inclusão foram: enfermeiros a exercer, no momento do estudo, em Portugal; e terem contacto com pessoas com afasia no seu local de trabalho; terem frequentado a formação em SCA™ (requisito estabelecido pelo Aphasia Institute). Contou-se com a participação de 6 enfermeiros que cumpriam todos os critérios.

3. Resultados

3.1. Tradução e retrotradução

Na primeira fase, depois de ambos os tradutores terem concluído a tradução, foram necessárias várias reuniões *online*, totalizando aproximadamente 9 horas, entre os tradutores e o mediador da síntese das traduções para se chegar a um consenso (versão T-12) em relação às discrepâncias presentes, visto que se trata de um livro com mais de 100 páginas e não apenas de um questionário.

Alguns exemplos de discrepâncias entre as duas traduções independentes foram:

- “Quer que ligue a alguém?” (T1) e “Posso ligar a alguém?” (T2) para a versão original “*Should I call someone?*”, onde a versão de consenso (T-12) foi “Quer que ligue a alguém?”;
- “Movimentos intestinais” (T1) e “evacuação intestinal” (T2) para a versão original “*bowel movements*”, onde a versão de consenso (T-12) foi “movimentos intestinais”;
- “Dificuldade em ouvir” (T1) e “problemas com audição” (T2) para a versão original “*problems with hearing*”, onde a versão de consenso (T-12) foi “problemas em ouvir”.

Enviada a versão de consenso destas duas traduções (T-12) ao retrotradutor, este cumpriu o prazo de 1 mês estipulado para realizar e enviar a retroversão do documento, obtendo-se a versão RT.

3.2. Painel de peritos

A reunião do painel de peritos decorreu de forma totalmente *online*, tendo durado cerca de 90 minutos. Durante a reunião, foram analisados os itens do recurso quanto à sua equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual em relação ao PE. Foi possível obter consenso em relação a todos os itens analisados.

3.2.1. Harmonização de itens de texto

Para alguns itens, a tradução literal não era a expressão comumente usada na cultura portuguesa (e.g., “*chaplain*”, páginas [p.] i e 98, que na versão T-12 ficou “capelão”, durante o painel de peritos traduziu-se para “sacerdote”, que tem um significado equivalente e é mais usado no dia a dia).

Noutros itens, a retrotradução revelou que eles poderiam ter uma segunda interpretação, podendo tornar-se confusos. Por exemplo, a pergunta “*Keep you alive?*” (p. 126) foi inicialmente traduzida (T-12) para “Mantê-lo vivo?”, tendo esta sido retrotraduzida para “*Keep him alive?*” (RT). De facto, a expressão “Mantê-lo vivo?” pode ser interpretada das duas formas, visto que o pronome “o” funciona na 3.^a pessoa

com as pessoas “você” e “ele”. Assim, decidiu mudar-se a tradução em português para “Quer manter-se vivo?”, devido ao contexto onde a mesma se encontrava: numa página sobre reanimação. É comum perguntar às pessoas internadas se autorizam ou não a reanimação, caso seja necessário.

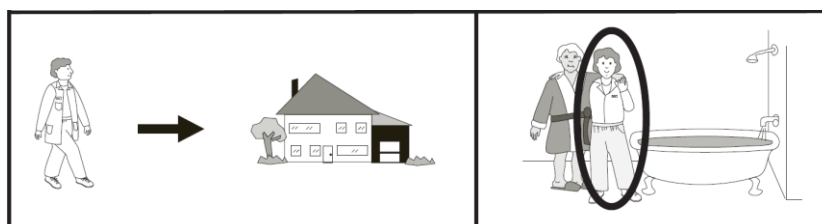
O mesmo aconteceu com a expressão “*Before, did you prefer to use:*” (p. 77), que foi traduzida (versão T-12) para “Antes, preferia usar:” e por sua vez retrotraduzida (RT) para “*Before, I preferred to use:*”. Esta expressão está acompanhada de dois pontos porque há, na página, várias opções de resposta para as quais a PCA pode apontar (e.g., banheira/duche). Depois de alguma discussão, chegou-se ao acordo de alterar para “Antes, o que preferia usar?”. Apesar desta mudança no tipo de questão – antes podia considerar-se que era uma pergunta de “sim/não”, dado que, apontando para as várias opções, a resposta seria *sim* ou *não* –, o significado da questão não se altera, além de que as opções de resposta se mantêm na página. O facto de se tornar efetivamente numa pergunta facilita a perceção de que é dirigida à PCA, eliminando a ambiguidade detetada pela retrotradução (RT).

Ainda noutros itens, a versão de consenso (T-12) não era satisfatória porque carecia de conhecimentos da área de enfermagem que permitissem traduzir da forma mais precisa possível. São exemplos disto as expressões da versão original “*bridging*” (p. 111) e “*resuscitation*” (p. 126).

A expressão “*bridging*” fazia-se acompanhar da ilustração de uma pessoa em posição de ponte, posição esta desconhecida pela equipa de tradução e equipa de consenso da versão T-12, até ao momento do painel de peritos. Assim, na versão de consenso das traduções (T-12), a tradução foi “em ponte”. Como no painel de peritos estava presente um enfermeiro, este rapidamente explicou ao painel o que era esta posição e a tradução para PE mais precisa e usada em contexto hospitalar: “fazer a ponte”. Acordou-se que seria esta, então, a tradução harmonizada.

Em relação à expressão “*resuscitation*”, apesar de estar associada à ilustração de uma reanimação, a tradução na versão T-12 foi “ressurreição”. Com o *input* do enfermeiro, percebeu-se que, de facto, a expressão correta seria “reanimação”.

Havia, também, expressões de tradução mais difícil na língua original, relacionadas com nomes de profissões, e que apesar de se ter chegado a um consenso para a versão T-12, deixaram dúvidas para serem discutidas no painel de peritos. É o caso da expressão “*support worker/ assistant*” (p. 99), que está acompanhada da seguinte ilustração:



Na tradução da versão T-12 decidiu-se traduzir a expressão para “assistente social/cuidador formal”, no entanto, em discussão do painel de peritos, constatou-se que a tradução para “assistente social” em inglês seria “*social worker*” ou “*social assistant*”, não “*support worker*”. Deste modo, refletindo sobre a ilustração e tendo em conta que este item se encontra numa página cujo título é “Tratamento e Intervenção”, concordou-se com a tradução harmonizada “cuidador”. Assim, utilizou-se um termo amplamente usado por todas as pessoas que fazem parte da vida das PCA e que pode ser interpretado como *cuidador formal* ou *cuidador informal* – a ilustração serve para ambos e ambos podem fazer parte do processo terapêutico da PCA.

Na tabela 2 encontra-se um resumo das alterações finais aos itens de texto decorrentes do painel de peritos.

Tabela 2: Harmonização de texto – resumo das decisões do painel de peritos

Página	Versão original	Retrotradução (RT)	Versão de consenso (T-12)	Versão pré-final da tradução
i, 98	<i>Chaplain</i>	<i>Chaplain</i>	Capelão	Sacerdote
45	<i>Gasp</i>	<i>I can't breathe</i>	Não consigo respirar	Estou com falta de ar
69	<i>Home assessment</i>	<i>Characterization of the Housing</i>	Caracterização da Habitação	Condições da habitação
70	<i>Long term care centre</i>	<i>Day center</i>	Lar/Centro de dia	Lar
77	<i>Before, did you prefer to use:</i>	<i>Before, I preferred to use:</i>	Antes, Preferia Usar:	Antes, o que preferia usar?
79	<i>Independently</i>	<i>Independently</i>	Independentemente	Com autonomia
95	<i>Dietician</i>	<i>Dietician</i>	Dietista	Nutricionista
99	<i>Support worker/assistant</i>	<i>Social assistant/formal caregiver</i>	Assistente social/cuidador formal	Cuidador
111	<i>Bridging</i>	<i>Bridged</i>	Em ponte	Fazer a ponte
126	<i>Resuscitation</i>	<i>Resurrection</i>	Ressurreição	Reanimação
	<i>Keep you alive?</i>	<i>Keep him alive?</i>	Mantê-lo vivo?	Quer manter-se vivo?
130	<i>Dosage</i>	<i>Dose</i>	Dose	Dosagem
	<i>Amount</i>	<i>Quantity</i>	Quantidade	Dose

3.2.2. Harmonização de imagens

Finalmente, durante o painel de peritos, falou-se sobre duas páginas onde estavam representadas várias décadas do século XX e as existentes até agora do século XXI, como opções para a PCA apontar. Nestas páginas, cada década tinha uma ilustração de um acontecimento significativo que teve lugar nela. No entanto, algumas ilustrações não eram representativas dos acontecimentos mais significativos para os portugueses nessas décadas. Estas são as alterações de imagens mais significativas em relação à versão original a comunicar aos autores do livro, explanadas em seguida.

Por exemplo, na década dos anos 60, a ilustração respetiva representa os *hippies* de Woodstock. Constatou-se que em Portugal, nessa altura, não se viveu a cultura *hippie*, o país encontrava-se mais fechado a fenómenos culturais no estrangeiro, e, na verdade, um acontecimento como a chegada do Homem à Lua, em 1969, terá tido bastante mais visibilidade e exposição em Portugal. Decidiu-se, então, substituir a ilustração original por uma da chegada do Homem à Lua, composta por um foguetão e uma fotografia da Lua.

Na década de 70, aquilo que está ilustrado na versão original do livro é o estilo de dança e música *disco*. Mais uma vez, considerou-se que este não seria o fenómeno mais memorável em Portugal na década de 70, dado que aconteceu, por exemplo, a Revolução dos Cravos em 1974. Assim, a ilustração da versão original foi substituída por uma imagem de uma espingarda com um cravo no seu cano, simbolizando o 25 de Abril.

Já na década de 80, a ilustração que consta na versão original é da nave espacial Challenger, da NASA, simbolizando a explosão que ocorreu em 1986. Mais uma vez, há eventos mais fáceis de associar à década de 1980 em Portugal do que este, nomeadamente na música portuguesa. O painel de peritos pensou em alguém que fosse suficientemente conhecido e que ao mesmo tempo tivesse uma forte identidade visual, facilmente identificável através de uma só imagem. Desta forma, decidiu-se substituir a imagem original por uma fotografia emblemática do cantor e compositor António Variações, visto que a sua carreira se expandiu no início dos anos 1980 e que, depois da sua morte em 1984, a sua discografia foi uma grande influência na música portuguesa nas décadas seguintes.

Na ilustração que representava a década de 2000, está representado fogo de artifício simbolizando a passagem de milénio. No entanto, um evento que se pensou, no painel de peritos, ser ainda mais representativo desta década na Europa e em Portugal foi a entrada em vigor da moeda euro. Deste modo, o painel decidiu substituir a ilustração por uma do símbolo do euro.

Por sua vez, representando a década de 2010, está uma fotografia de Barack Obama, visto que os seus mandatos como Presidente dos Estados Unidos da América ocuparam grande parte desta década. Como isto não se passou em Portugal, considerou-se desadequado para a versão portuguesa. Assim, decidiu-se colocar uma ilustração da crise socioeconómica característica dessa década em Portugal, pois foi algo que afetou a maioria dos portugueses e amplamente noticiado. Para isso, adaptou-se o gráfico que representa a década de 90 na versão original substituindo apenas o símbolo do dólar americano pelo do euro.

Na tabela 3 encontra-se um resumo das alterações finais para adaptação cultural das ilustrações, decorrentes do painel de peritos.

Tabela 3: Adaptação cultural de imagens – resumo das decisões do painel de peritos

Página	Versão original (descrição das ilustrações)	Versão pré-final da tradução (descrição das ilustrações substituintes)
123	1960 – <i>Hippies</i> de Woodstock	1960 – Nave espacial e Lua (simbolizando a chegada do Homem à Lua)
	1970 – <i>Disco</i>	1970 – Espingarda com cravo no cano (simbolizando a Revolução dos Cravos)
	1980 – Nave espacial Challenger (simbolizando a sua explosão em 1986)	1980 – António Variações
124	2000 – Fogo de artifício (simbolizando a passagem de milénio)	2000 – Símbolo do Euro (simbolizando a entrada em vigor da moeda na Europa)
	2010 – Barack Obama (simbolizando o seu mandato como Presidente dos EUA)	2010 – Gráfico simbolizando a crise socioeconómica

Estas substituições foram realizadas com recurso a imagens provenientes do banco de imagens Participics, tal como as ilustrações do livro original, ou provenientes do motor de busca Google, tendo sido selecionadas apenas imagens com autorização de distribuição pública gratuita (licenças Creative Commons), adicionando-se, ao lado, a expressão “© Google” seguida do ano de 2023 (o ano de recolha das imagens).

3.3. Validade de conteúdo e *cognitive debriefing*

Os valores de índice de validade de conteúdo foram obtidos a partir dos mesmos profissionais que participaram no *cognitive debriefing*: enfermeiros com contacto diário com pessoas com afasia nos seus contextos laborais.

O formulário de questões enviado aos participantes antes da reunião de *cognitive debriefing* teve como objetivo obter informações demográficas da amostra, bem como colocar as questões de categorização referidas na metodologia (em 2.1) para que, processando os dados, pudesse ser calculado o IVC. Primeiramente, foi questionado aos 6 enfermeiros qual o tipo de instituição ou serviço onde trabalhavam e contactavam com PCA. Cinco dos enfermeiros trabalhavam em unidade de AVC e um trabalhava em cuidados paliativos.

Por sua vez, os resultados do cálculo do IVC encontram-se representados na tabela 4.

Tabela 4: Resultados dos cálculos dos valores de IVC

Valores de IVC por categoria	Categoria	Valor de IVC_{cat}
	Clareza do texto	1
	Acessibilidade do texto	1
	Adequação cultural do texto	1
	Adequação cultural das imagens	0,917
	Iconicidade das imagens	0,967
Valores de IVC por secção do livro	Secção do livro	Valor de IVC_{secção}
	Secção 1 – <i>Para Começar</i>	1,000
	Secção 2 – <i>Problemas: o que se passa?</i>	0,967
	Secção 3 – <i>Problemas: mais</i>	1,000
	Secção 4 – <i>Historial</i>	0,967
	Secção 5 – <i>Hábitos de Saúde</i>	1,000
	Secção 6 – <i>Sentimentos, Relações, Intimidade</i>	0,967
	Secção 7 – <i>Condições da Habitação</i>	1,000
	Secção 8 – <i>Atividades de vida diária</i>	0,933
	Secção 9 – <i>E a seguir?</i>	0,933
	Secção 10 – <i>Formulários</i>	1,000
Valor de IVC_{global}		0,977

A tabela 4 mostra que todos os valores de IVC calculados são superiores a 0,90, tanto no caso do IVC_{cat}, como no caso do IVC_{secção} e do IVC_{global}.

Todas as categorias relativas ao texto do livro (clareza, acessibilidade e adequação cultural) obtiveram um valor de $IVC_{cat} = 1$. No entanto, as categorias relativas às imagens (iconicidade e adequação cultural) obtiveram valores de $IVC_{cat} < 1$, embora tenham sido, ainda assim, superiores a 0,90. A categoria que teve o menor valor de IVC foi a da adequação cultural das imagens, seguida da iconicidade.

Em relação aos valores de IVC por secção, em metade das secções do livro o valor de $IVC_{secção}$ foi igual a 1. O menor valor de $IVC_{secção}$ foi 0,933, para as secções 8 (*Atividades de vida diária*) e 9 (*E a seguir?*).

No que concerne às reuniões de *cognitive debriefing*, estas tiveram uma duração média de 60 minutos e foram realizadas individualmente com cada um dos 6 enfermeiros, como referido na metodologia.

Analisando as sugestões de melhoria fornecidas pelos participantes, percebeu-se que, nas duas categorias sobre adequação cultural (do texto e das imagens), na maior parte das sugestões, foi difícil categorizá-las em apenas uma delas, pois muitas referiam-se à díade imagem-legenda. Um exemplo disto foi a proposta de substituição da imagem do golfe por uma de futebol – teria de se substituir tanto a imagem, como a sua legenda. Assim, para efeitos de análise de conteúdo, decidiu-se uni-las, denominando a nova categoria de “adequação cultural dos itens (texto) e imagens”.

Das propostas de melhoria apresentadas, 2 foram comuns a 3 ou mais peritos, e houve também 17 propostas partilhadas por 2 peritos. Estas foram as propostas consideradas significativas no processo de alteração para uma versão final do recurso e estão representadas na tabela 5.

Para uma visualização em maior detalhe das propostas de alteração realizadas pelos 6 peritos do *cognitive debriefing*, consulte o anexo 7.

Concluído este processo, a entidade responsável pelo processo de validação das ferramentas “*Talking To Your...*” em Portugal, o IPA, foi informada das sugestões de melhoria, tendo entrado em contacto com os autores da versão original, a fim de se obter autorização para integrar as alterações propostas que representam uma alteração mais significativa à ferramenta.

Tabela 5: Propostas do *cognitive debriefing* consideradas significativas

Página	Propostas partilhadas por 3 ou mais peritos	Categoria atribuída
14	Em “movimentos intestinais”, colocar uma seta a apontar para o abdómen ou ilustração dos intestinos ou movimento da barriga, porque não se percebe que o problema é lá.	Iconicidade das imagens
28	A palavra “tónus” não é acessível... Sugestões: substituir por “rigidez do braço” no tónus alto; substituir por “mais força” e “menos força”.	Acessibilidade do texto
Página	Propostas partilhadas por 2 peritos	Categoria atribuída
5	Acrescentar a opção “Outro”, nas opções de resposta à pergunta “A quem posso dizer?”.	Sugestões adicionais
8	Imagens da dor não são muito perceptíveis/é difícil perceber a diferença entre a dor prolongada e a aguda. Sugestão: colocar, na prolongada, uma seta de continuidade no tempo ou outra imagem de algo relacionado com o tempo.	Iconicidade das imagens
23	Em “não conseguir andar”, parece que está apenas a conversar. Sugestões: ter duas pessoas a ajudar a pessoa lesada a andar, nem que seja pelo braço/colocar a cara da pessoa afetada mais frustrada ou substituir pela imagem de uma pessoa a caminhar com um X nas pernas.	Iconicidade das imagens
45	Em “diabetes”, os enfermeiros não entendem o que são os dois dispositivos à esquerda. Podem ser enganadores e a PCA pensar que não se está a falar sobre a diabetes. Sugestão: Substituir por açúcar, máquina da picada no dedo, gota de sangue no dedo ou o dispositivo que se usa no braço.	Adequação cultural dos itens (texto) e imagens
46	Imagem da convulsão é muito semelhante à de um desmaio e não dá ideia se está no chão ou não. Sugestões: colocar as mãos numa posição mais rígida e a boca a espumar, referências típicas de uma convulsão/pôr alguém a amparar a cabeça ou colocar chão.	Iconicidade das imagens
47	Imagem da SIDA não está clara, parece uma pessoa normal a levar soro. Sugestões: colocar o laço representativo da SIDA ou a ilustração do vírus em si (se bem que pode ser confundida com o coronavírus)/colocar o símbolo do feminino e masculino, que também representa a SIDA.	Iconicidade das imagens
49	A figura que pretende representar a mulher está muito neutra, não parecendo nem muito feminina, nem muito masculina. Sugestão: substituir por uma que representasse, sem ambiguidade, uma mulher.	Iconicidade das imagens
51	Em “com receita”, retirar, da folha de papel, as letras “RX”, tornando a folha vazia ou acrescentando linhas para ser mais perceptível que é uma receita médica.	Iconicidade das imagens
52	Retirar o cachimbo e pôr um cigarro eletrónico, bastante mais comum.	Adequação cultural dos itens (texto) e imagens
61	Colocar um traço entre as duas pessoas que conversam e a pessoa solitária, para ser mais perceptível a separação/solidão.	Iconicidade das imagens
81	A imagem sobre o objetivo de melhoria é difícil de perceber... acho que não tem nada a ver com o que está escrito em cima. “Não consigo dar nenhuma sugestão porque é de facto difícil de representar.”	Iconicidade das imagens
89	Em “centro comunitário”, a imagem tem neve e uma pessoa com uns patins do gelo. Isto não é comum em Portugal. Sugestão: substituir por algo mais característico.	Adequação cultural dos itens (texto) e imagens
98	Substituir “optometrista” por “oftalmologista”, por ser um termo mais comum e que mais pessoas sabem o que é.	Acessibilidade do texto
101	A figura do hospital de reabilitação está igual à do hospital geral. Sugestão: acrescentar uns bonecos com cadeiras de rodas ou tripés para transmitir mais a ideia de reabilitação.	Iconicidade das imagens
102	A ilustração de “cuidados paliativos” não parece tratar-se disso, parece o interior da casa de alguém. Sugestão: substituir por uma imagem representativa de cuidados paliativos em Portugal.	Adequação cultural
105	“De acordo com a minha experiência como enfermeira, são raras as transferências da cadeira de rodas para o chão e vice-versa.” Sugestões: substituir essa imagem e texto por uma ilustração de transferência da cadeira de rodas para a casa-de-banho, que não consta no livro e que é de extrema relevância em contexto de unidades de AVC e de reabilitação/substituir por ilustração de transferência da cadeira de rodas para o cadeirão.	Sugestões adicionais
130	Em “frequência”, colocar as possíveis horas ou a imagem da página 120 para dar as opções das alturas do dia, como já acontece em formulários deste tipo.	Acessibilidade do texto

4. Discussão

O processo de tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo do recurso “*Talking To Your Nurse*” seguiu os procedimentos recomendados na literatura (Alexandre & Coluci, 2011; Beaton et al., 2007; Fortin, 2009; Grant & Davis, 1997; Meadows, 2021; Polit & Beck, 2006; Van Widenfelt et al., 2005; Waltz et al., 2010; Wild et al., 2005).

Não se tratando de um instrumento de avaliação, mas sim de um recurso de comunicação cujo objetivo está longe de medir seja o que for, tentou-se, o mais possível, transpor aquelas que eram as recomendações da metodologia a seguir para as particularidades do livro.

Assim sendo, na fase de tradução da língua original (inglês) para o PE, pediu-se aos dois tradutores independentes para que traduzissem as expressões presentes no livro, incluindo o texto presente nas ilustrações (e.g., imagem do banco com uma placa a dizer “*bank*”). O facto de as reuniões para procurar um consenso entre as traduções terem podido ser *online* tornou o processo mais fácil, rápido e eficaz.

Considerando que as imagens do livro são cruciais para compreender, na totalidade, o significado das expressões escritas, para proceder à retroversão, substituiu-se, no livro, todas as expressões na língua original para aquelas da versão T-12, de modo a manter as imagens. Este procedimento foi fundamental para garantir a qualidade e precisão da retrotradução.

As várias versões obtidas até aqui foram comparadas entre si e analisadas na reunião do painel de peritos, permitindo alcançar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceptual (Beaton et al., 2007; Guillemin et al., 1993; Wild et al., 2005). Nesta reunião, foram analisados os pontos que tinham sido considerados críticos ou incertos aquando da elaboração da versão T-12, com o objetivo de atingir uma versão harmonizada pelos peritos (versão pré-final do livro).

A participação de um membro da equipa de tradução e do retrotradutor neste painel foi importante para esclarecer algumas das discrepâncias detetadas aquando da comparação entre as versões. Além disso, a presença do TF com largos anos de experiência na área da afasia e do enfermeiro que trabalha em contexto de unidade de AVC, contactando diariamente com PCA e com formação em SCA™, deram um contributo valioso com a sua experiência clínica e conhecimento sobre as práticas e os termos técnicos utilizados em meio hospitalar.

Expressões como “*Keep you alive?*”, “*bridging*” e “*support worker/assistant*” são alguns exemplos que originaram discrepâncias entre as diferentes traduções, nos quais o contributo dos diferentes peritos presentes no painel foi imprescindível para alcançar uma maior equivalência e acessibilidade para PCA.

A respeito da validade de conteúdo e *cognitive debriefing*, considera-se que foi metodologicamente benéfico pedir aos 6 participantes que preenchessem o questionário *online* para validade de conteúdo antes das reuniões individuais do *cognitive debriefing*, por ter sido evitado o possível viés gerado durante a conversa nestas reuniões, mas também pelo facto de as respostas ao questionário terem facilitado o processo de análise e partilha de informação durante a entrevista. Além disso, também houve a garantia de que os participantes analisaram o documento antes da entrevista de *cognitive debriefing*. Neste sentido, considera-se, mais uma vez, que a modalidade *online* foi bastante vantajosa.

Relembrando que se trata de um recurso facilitador da conversação, não existem nele propriamente “itens” aos quais se possa atribuir um valor de IVC, proposto na literatura como “I-CVI” (IVC por item) (Polit & Beck, 2006), tendo-se optado por considerar a divisão própria do livro por 10 secções para calcular o IVC de cada uma delas (IVC_{secção}). Já o IVC_{global} apresentado neste trabalho corresponde ao “S-CVI” (IVC da escala) proposto pelos mesmos autores.

Levando em consideração os resultados de IVC obtidos, pode considerar-se que a versão pré-final do recurso “*Talking To Your Nurse*” em português europeu se encontra **validada e adaptada culturalmente para a população portuguesa**, visto que obteve valores de IVC não só satisfatórios (Waltz et al., 2010), como considerados recomendados (Alexandre & Coluci, 2011) ou até excelentes (Polit & Beck, 2006) por alguns autores. Todos os valores de IVC, tanto de IVC_{secção}, como de IVC_{cat} e IVC_{global} ultrapassaram o valor de 0,90.

Em relação às reuniões de *cognitive debriefing* propriamente ditas, estas foram realizadas individualmente a cada um dos 6 enfermeiros com experiência clínica na área da afasia, depois de responderem ao questionário *online*. O contributo e empenho destes 6 enfermeiros foi uma enorme mais-valia em todo o processo, na medida em que as sugestões de melhoria foram muito pertinentes para garantir a adequação cultural, a clareza dos itens, a sua acessibilidade e a iconicidade das imagens. As sugestões dadas vão ao encontro do que está documentado na literatura científica como recomendações para tornar a informação acessível a PCA (Herbert et al., 2019; Owens, 2009; Stroke Association, 2012), e aquelas que são relativas à adaptação cultural dos itens são determinantes no processo de adaptação do recurso, pois tornam a intervenção mais eficaz e familiar para a PCA (Bernal et al., 2009).

Este estudo foi selecionado para ser apresentado em formato de póster científico (Barreto et al., 2023) no III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF) (anexo 10). O facto de o póster ter sido selecionado coloca em evidência a crescente importância atribuída a abordagens como a biopsicossocial e à melhoria da prestação de cuidados de saúde e do acesso a serviços de saúde pelas PCA.

Uma limitação deste estudo incide no facto de o parecer dos especialistas do *cognitive debriefing* ser baseado apenas na sua experiência profissional e não na utilização do recurso na sua prática clínica hospitalar. Apesar disso, os valores de IVC demonstram que o recurso tem uma boa validade de conteúdo. Assim que obtida autorização dos autores da versão original para introduzir as alterações pendentes, considera-se que o recurso estará mais adequado do ponto de vista cultural e da clareza e acessibilidade e, portanto, pronto para utilização.

Caso seja pretendido, no futuro, após as alterações ao recurso, este poderá ser submetido novamente a processo de aferição da validade de conteúdo, resultando daqui a validade de conteúdo final, que poderá ser ainda melhor do que a conseguida nesta versão.

5. Conclusão

Neste trabalho pretendia-se traduzir, adaptar culturalmente e validar, para a população portuguesa, o recurso “*Talking To Your Nurse*”, desenvolvido pelo Aphasia Institute, no Canadá.

Para este fim, seguiu-se as etapas metodológicas recomendadas: tradução, retroversão, painel de peritos, versão harmonizada para o PE, *cognitive debriefing* e validade de conteúdo.

As discrepâncias encontradas entre o consenso das traduções iniciais e a retrotradução foram consensualmente resolvidas, tendo resultado daqui a versão harmonizada para o PE. A análise desta versão pelo painel de peritos (tradutores, investigadores, terapeutas da fala e enfermeiro com experiência em unidade de AVC) permitiu que fosse atingida a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual dos itens e imagens do livro, através de sugestões de melhoria. Não houve expressões escritas a serem removidas, no entanto, substituiu-se algumas díades imagem-legenda para uma melhor adequação cultural.

Esta nova versão mais aprimorada foi analisada individualmente por 6 enfermeiros, que responderam a um questionário para obtenção do IVC e posteriormente foram entrevistados um a um, num processo de *cognitive debriefing* onde opinaram em relação à clareza e acessibilidade dos itens de texto, iconicidade das imagens e adequação cultural das imagens e do texto. O recurso foi classificado com um excelente valor de IVC, tanto por categoria (IVC_{cat}), como por secção do livro ($IVC_{secção}$), como globalmente ($IVC_{global} = 0,977$). Por categoria (IVC_{cat}) os valores foram os seguintes: clareza do texto = 1; acessibilidade do texto = 1; adequação cultural do texto = 1; adequação cultural das imagens = 0,917 e iconicidade das imagens = 0,967.

Sendo assim, o conteúdo da versão portuguesa do livro “*Talking To Your Nurse*” pode ser considerado cientificamente válido e adaptado culturalmente, com todos os valores de IVC num nível de excelência.

Espera-se que a utilização deste recurso na prática clínica dos enfermeiros com as PCA seja uma mais-valia na intervenção e prestação de cuidados e mais um contributo para um maior bem-estar e autonomia das PCA.

Referências Bibliográficas

- Alborés, N., Attard, M., Worrall, L., Hersh, D., & Banszki, F. (2019). *Information About Aphasia for the National Disability Insurance Agency*. Australian Aphasia Association. <https://aphasia.org.au/wp-content/uploads/2019/05/Aphasia-and-the-NDIA-PDFv1.0.pdf>
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068.
- Aphasia Institute. (sem data). *About Us – Aphasia Institute*. Obtido 30 de Maio de 2023, de <https://www.aphasia.ca/about-us/>
- Aphasia Institute. (2021). Supported Conversation for Adults with Aphasia. Em *ASHA 2021 Supplementary Material*. www.aphasia.ca
- Armour, M., Brady, S., Sayyad, A., & Krieger, R. (2018). Quality of Life Outcomes in Chronic Aphasia Using the Life Participation Approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(10), e99. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.353>
- Armour, M., Brady, S., Sayyad, A., & Krieger, R. (2019). Self-Reported Quality of Life Outcomes in Aphasia Using Life Participation Approach Values: 1-Year Outcomes. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 1(3–4), 100025. <https://doi.org/10.1016/J.ARRCT.2019.100025>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2020). 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1), 19–46. <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3ª). Edições 70.
- Barreto, L., Patrício, A. B., & Valente, P. (2023, Maio 25–27). *Tradução e validação do recurso aphasia-friendly «Talking To Your Nurse» para a população portuguesa* [Apresentação de póster]. III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, Lisboa, Portugal.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures* (Institute for Work & Health, Ed.).
- Beeke, S., Sirman, N., Beckley, F., Maxim, J., Edwards, S., Swinburn, K., & Best, W. (2013). *Better Conversations with Aphasia: an e-learning resource*. <https://extend.ucl.ac.uk/>.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2010). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 300–311.

- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2011). Living successfully with aphasia: Family members share their views. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *18*, 536–548.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: A qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *14*, 141–155.
- Caporali, A., & Basso, A. (2003). A survey of long-term outcome of aphasia and of chances of gainful employment. *Aphasiology*, *17*(9), 815–834.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G., & Simmons Mackie, N. (2000). Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. *The ASHA Leader*, *5*(3), 4–6. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR.05032000.4>
- Costa, D. (2022). *Conhecimento dos Técnicos Auxiliares de Saúde sobre Afasia* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Costa, L. (2022). *Conhecimento dos estudantes finalistas do curso de Medicina sobre afasia em Portugal* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2010). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. <https://doi.org/10.1080/02687030244000707>, *17*(4), 333–353. <https://doi.org/10.1080/02687030244000707>
- Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine*, *326*, 531–539.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Ellis, A. W., & Young, A. W. (1988). *Human cognitive neuropsychology*. Paul Brookes.
- Elman, R. J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, *27*(4), 300–308. <https://doi.org/10.1097/01.TLD.0000299884.31864.99>
- Elman, R. J. (2016). Aphasia centers and the life participation approach to aphasia: A paradigm shift. Em *Topics in Language Disorders* (Vol. 36, Número 2, pp. 154–167). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000087>
- Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., & Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, *37*(6), 1379–1384. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8C>
- Europass. (sem data). *Common European Framework of Reference for Language skills | Europass*. Obtido 1 de Maio de 2023, de <https://europa.eu/europass/pt/common-european-framework-reference-language-skills>

- Fair, J. L., Ray, C., Harnish, S., & Brello, J. (2017). *Outcomes of a Life Participation Approach to Aphasia Treatment in Persons with Aphasia: The correlation between dose and confidence*. The Ohio State University.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fotiadou, D., Northcott, S., Chatzidaki, A., & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology*, *28*, 1281–1300.
- Galletta, E. E., & Barrett, A. M. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, *2*(2), 114–120. <https://doi.org/10.1007/S40141-014-0050-5/FIGURES/1>
- Gonçalves, R. (2016). *Perceção dos estudantes de Enfermagem sobre a afasia* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2^a). Lea & Febiger.
- Graham, J., Pereira, S., & Teasell, R. (2011). *Aphasia and return to work in younger stroke survivors*. *25*(8), 952–960.
- Grant, J., & Davis, L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, *20*(3), 269–274.
- Grobler, S., Casey, S., & Farrell, E. (2022). Making information accessible for people with aphasia in healthcare. *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation*. <https://doi.org/10.47795/WKDO3084>
- Grohn, B., Worrall, L., Simmons-Mackie, N., & Hudson, K. (2014). Living successfully with aphasia during the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study. *Aphasiology*, *28*(12), 1405–1425.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*(12), 1417–1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Health Organization, W., & Office for Europe, R. (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. www.euro.who.int/healthpromohosp.
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., Bayley, M., Dowlatshahi, D., Dukelow, S., Garnhum, M., Glasser, E., Halabi, M., Lou, Kang, E., MacKay-Lyons, M., Martino, R., Rochette, A., Rowe, S., Salbach, N., Semenko, B., ... Teasell, R. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, *11*(4), 459–484. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Herbert, R., Gregory, E., & Haw, C. (2019). Collaborative design of accessible information with people with aphasia. *Aphasiology*, *33*(12), 1504–1530. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1546822>
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for People with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *93*(Suppl. 1), S86–S95.

- Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), 17–36.
- Instituto Português da Afasia. (sem data). *O que é a Afasia? – Instituto Português da Afasia*. Obtido 30 de Maio de 2023, de <https://ipafasia.pt/afasia/>
- IPA. (2015). *Quem Somos – Instituto Português da Afasia*. <https://ipafasia.pt/quem-somos/>
- Jesus, D. F. G. (2021). *A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health care professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15–28.
- Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in Speech and Language*, 32(3). <https://doi.org/10.1055/s-0031-1286176>
- Kagan, A. (2019). Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). Em J. S. Damico & M. J. Ball (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Human Communication Sciences and Disorders*. SAGE Publishing.
- Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using “Supported Conversation for Adults With Aphasia” (SCA): A Controlled Trial. Em *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* (Vol. 44).
- Kagan, A., & Shumway, E. (2003). *Talking To Your Nurse*.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., & Rowland, A. (2007). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 17, 258–280.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., & Victor, J. C. (2018). The Impact of Exposure With No Training: Implications for Future Partner Training Research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(9), 2347–2352. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0413
- Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249, 413–422.
- Leal, A. P. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. Universidade de Aveiro.
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S. B. (2015). Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694. <https://doi.org/10.3349/YMJ.2015.56.6.1694>
- Lesser, R. (1987). Cognitive neuropsychological influences on aphasia therapy. *Aphasiology*, 1, 189–200.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C., & Moir, D. (2001). Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC). *International journal of language & communication disorders*, 36 Suppl(SUPPL.), 25–30. <https://doi.org/10.3109/13682820109177853>
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences*. Plural Publishing.
- Matos, M. da A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses* [Tese de Doutoramento]. Universidade de Aveiro.

- McNeil, M. R. (1982). The nature of aphasia in adults. Em N. J. Lass, L. V. McReynolds, J. L. Northern, & D. E. Yoder (Eds.), *Speech, language, and hearing: Volume III. Pathologies of speech and language* (pp. 692–740). W. B. Saunders.
- Meadows, K. (2021). Cognitive Interviewing Methodologies. *Clinical Nursing Research*, 30(4), 375–379. <https://doi.org/10.1177/10547738211014099/FORMAT/EPUB>
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9, 49–59.
- Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: Everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117–129.
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K. L., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811–813.
- ODSlocal. (sem data). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Plataforma Municipal - Instituto Português da Afasia*. ODSlocal - Plataforma Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Obtido 1 de Junho de 2023, de <https://odslocal.pt/projetos/portuguese-institute-for-aphasia-443>
- Owens, J. S. (2009). Accessible Information for people with complex communication needs. <http://dx.doi.org/10.1080/07434610600649971>, 22(3), 196–208. <https://doi.org/10.1080/07434610600649971>
- Papathannasiou, I., & Coppens, P. (2017). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21, 98–121.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S., & Ireland, C. (1997). *Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke*. Open University Press.
- Patrício, A. B. (2014). *Impacto das alterações da comunicação na qualidade de vida das pessoas com afasia e na dos seus cuidadores* [Tese de Doutoramento]. Escola Superior de Saúde do. Universidade de Aveiro.
- Pereira, F. (2022). *Conhecimento sobre afasia de estudantes finalistas de enfermagem*. Instituto Politécnico do Porto.
- 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*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Pound, C., Duchan, J., Penman, T., Hewitt, A., & Parr, S. (2007). Communication access to organisations: Inclusionary practices for people with aphasia. *Aphasiology*, 21, 23–38.
- Rijssen, M. N., Veldkamp, M., Bryon, E., Remijn, L., Visser-Meily, J. M. A., Gerrits, E., & Ewijk, L. (2021). How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content

should communication partner training entail?
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>, 44(14), 3671–3678.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>

- Rocha, F. E. de C., Marcelino, M. Q. dos S., & Malaquias, J. V. (2011). Método de Análise de Conteúdo com Categorização Apriorística Baseada na Teoria da Ação Planejada: uma avaliação da adoção de práticas conservacionistas de recursos hídricos. *Boletim de Pesquisa e Desenvolvimento*, 305. <http://www.cpac.embrapa.br>
- Rodrigues, I. T. (2012). The particularities of an Informed consent for people with aphasia. *Cadernos de Saúde*, 5(1–2), 40–46.
- Rose, T., Worrall, L., Hickson, L., & Hoffmann, T. (2010). Do people with aphasia want written stroke and aphasia information? A verbal survey exploring preferences for when and how to provide stroke and aphasia information. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(2), 79–98. <https://doi.org/10.1310/tsr1702-79>
- Santos, A. M. (2021). *Conhecimento dos estudantes finalistas dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional sobre Afasia* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Santos, R. (2020). *Conhecimento sobre Afasia nos estudantes finalistas dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Serra, A. C. M. (2015). *Validação de Conteúdo do Communication Disability Profile (CDP) – Versão Portuguesa* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
- Shehata, G. A., El Mistikawi, T., Risha, A. S. K., & Hassan, H. S. (2015). The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, 172, 312–314.
- Silverman, M. E. (2011). Community: The key to building and extending engagement for individuals with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 32(3), 256–267. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1286179>
- Simmons-Mackie, N. (2013). Staging communication supports across the health care continuum. Em N. Simmons-Mackie, J. King, & D. Beukelman (Eds.), *Supporting communication for adults with acute and chronic aphasia* (pp. 99–144). Paul Brookes.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28, 244–253.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>
- Simmons-Mackie, N., Raymer, S., Holland, A., Cherney, L. R., & Armstrong, E. (2010). Partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814–1837.

- Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L. L., Enderby, P., Rose, M. L., Paek, E. J., Klippi, A., & on behalf of the Aphasia United Best Practices Working Group. (2016). The top ten: best practice recommendations for aphasia. <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2016.1180662>, 31(2), 131–151. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1180662>
- Sousa, A. M. (2022). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Afasia em Portugal* [Projeto final de licenciatura não publicado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- SPAVC. (2016). *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: RaioX.
- Stroke Association. (2012). *Accessible Information Guidelines – Making information accessible for people with aphasia* (R. Herbert, C. Haw, C. Brown, E. Gregory, & S. Brumfitt, Eds.). Stroke Association.
- Szabo, G. B., Castka, K., Abbanat, G., & Holland, A. (2010). Aphasia Center Takes the Stage. *ASHA Leader*, 15(3), 34–35. <https://doi.org/10.1044/LEADER.FTR4.15032010.34>
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 24, 23(3), 24–56.
- Tyrer, S., & Heyman, B. (2016). Sampling in epidemiological research: issues, hazards and pitfalls. *BJPsych Bulletin*, 40(2), 57–60. <https://doi.org/10.1192/PB.BP.114.050203>
- 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. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 135–147. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4752-1>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T., Rijo, D., & Carona, C. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24(6), 902–913.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research* (4^a). Springer Publishing Company.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organisation.
- 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*, 8(2), 94–104. <https://doi.org/10.1111/J.1524-4733.2005.04054.X>
- Williamson, D. S., Richman, M., & Redmond, S. C. (2015). Applying the Correlation Between Aphasia Severity and Quality of Life Measures to a Life Participation Approach to Aphasia. <https://doi.org/10.1310/tsr1802-101>, 18(2), 101–105. <https://doi.org/10.1310/TSR1802-101>

- Worrall, L. (2014). Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014. Em *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway*. www.aphasiapathway.com.au
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T., & Sherratt, S. (2009). The evidence for a life-coaching approach to aphasia. <http://dx.doi.org/10.1080/02687030802698152>, 24(4), 497–514. <https://doi.org/10.1080/02687030802698152>
- Worrall, L., Ryan, B., Hudson, K., Kneebone, I., Simmons-Mackie, N., Khan, A., Hoffmann, T., Power, E., Togher, L., & Rose, M. (2016). Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1257-9>
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309–322. <https://doi.org/10.1080/02687038.2010.508530>

Anexos

Anexo 1 – Autorização do Aphasia Institute ao IPA para realizar tradução, adaptação cultural e validação aos seus recursos.

LICENSE AGREEMENT

THIS AGREEMENT is made by and is between Aphasia Institute (the "Licensor") and the Associação IPAFASIA ("Licensee") and is dated the 13 day of August, 2020.

IN CONSIDERATION of the mutual covenants and conditions contained in this Agreement, the parties hereto agree as follows:

1. License to Translate:

- (a) Subject to the payment by the Licensee to the Licensor of a one-time license fee of _____ due upon signing of the License Agreement with the balance of _____ due 30 November, 2020 - and Licensee's continued compliance with this Agreement, the Licensor hereby grants to Licensee a non-exclusive, royalty free, non-transferable license to translate each of the following works (collectively, the "Original Works") into the European Portuguese language (the "Translated Works"):

- (i) "Talking To Your Doctor"
- (ii) "Talking To Your Nurse"
- (iii) "Talking To Your Speech Language Pathologist"
- (iv) "What is Aphasia?"
- (v) "Working Together Complete Series (21 resources)"

The Licensee shall not be permitted to use as the basis of its translation any other version of the Original Works, except that delivered and expressly authorised by the Licensor.

- (b) The Licensee shall ensure that the aforesaid translation is completed in a manner and style which will not only reflect a literal transposition of English wording into the European Portuguese language, but also retain the spirit and intent of the Works as conveyed in the English language text of the Original Works. The Licensee shall in no event effect a translation which abridges or edits the Original Works, or adds a text foreign to the Original Works or which is libellous, obscene or blasphemous, or which draws upon copyright materials for which no authorization has been obtained. Notwithstanding the foregoing, the Licensee will be permitted to remove drawings and add new drawings to the Translated Works to the

extent necessary with respect to the adaptation of same to specific local needs and cultural sensitivities, provided that such new drawings must remain consistent and be in the same style and spirit as those found in the corresponding Original Work. The Licensee will have the onus of establishing that the insertion of new drawings satisfies the former requirements.

- (c) Any translation or other matters relating to the translation of the Original Works and the creation of the Translated Works (including, without limitation, the creation of any new drawings) shall be at the Licensee's sole cost and expense. The Licensee acknowledges that the Licensor will not in any way be obligated to provide any assistance whatsoever with respect to the translation of the Original Works and the creation of the Translated Works.
- (d) The Licensor shall not be responsible for any damages or remuneration to any translator engaged by the Licensee to effect the translation of the Original Works. The Licensee undertakes to obtain all necessary copyright assignments and proprietary licences or rights from any translator retained in translating the Original Works order to give full effect to the present agreement.
- (e) The Licensee shall submit a copy of each Translated Work to the Licensor in PDF format for the Licensor's prior written approval prior to publication of such Translated Works. To the extent additional pictures and text not found in the Original Works are included in a Translated Work, the Licensee shall highlight same for the Licensor and shall provide the Licensor with accurate translations in English of any such text and text element forming part of any such picture.
- (f) In addition to the foregoing, translation of the Original Works and creation of the Translated Works shall be subject to and conform in all respects with the processes, procedures and quality standards set forth in Schedule "A" (the "Translation Process") to be provided by Aphasia Institute.
- (g) Once approved, the Licensee may not make any changes to a Translated Work without the Licensor's prior written consent.

2. License To Publish:

Subject to full payment of the License Fee and the Licensee's continued compliance this Agreement, the Licensor hereby grants to the Licensee during the term of this Agreement an exclusive, royalty-free, non-transferable license restricted to the country of Portugal to publish and sell the Translated Works and otherwise distribute exclusively in Portugal copies of the Translated Works solely in paper and in PDF formatted electronic documents.

3. Inclusions in the Printed Work:

- (a) The Licensee shall ensure that the introductory page of each of the published Translated Works includes:

- (i) a notation to the effect that the Translated Work in question was originally published in the English language by the Licensor, that the original title of the Work was as laid out above in Paragraphs 1(i), (ii), (iii), (iv) or (v), as the case may be;
- (ii) all copyright information pertaining to the Translated Work in question including the name of the Licensor and date of publication and that the Translated Work in all forms is protected by copyright and other law in favour of the Licensor;
- (iii) a notation to the effect that the published Translated Works are not for sale outside of Portugal; and
- (iv) a description of the Translation Process, as same is set forth in Schedule "A" to be provided by Associação IPAFASIA.

- (b) The Licensee shall also ensure that each published Translated Work includes and prominently displays the Licensor's logo (as provided by the Licensor from time to time) on each page of such Translated Work.

- (c) The Licensee is permitted to include the logos of your funders in the acknowledgments section of the resources. The licensee is also permitted to include their logo.

4. Disclaimer of Warranties:

THE LICENSOR MAKES NO WARRANTIES OF ANY SORT WITH RESPECT TO THE ORIGINAL WORKS OR ANY OF THE RIGHTS GRANTED TO THE LICENSEE UNDER THIS AGREEMENT. THE LICENSOR EXPRESSLY DISCLAIMS ANY IMPLIED WARRANTIES OR CONDITIONS OF ANY SORT, INCLUDING ANY IMPLIED WARRANTY OF MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE AND NON-INFRINGEMENT.

5. Copyright and Moral Rights:

- (a) The Licensor shall exclusively own any and all copyright in each of the Translated Works. The Licensee shall provide and execute all documentation required to assign any copyright in the Translated Works to the Licensor and, at its own expense, to otherwise secure ownership of the copyright of the Translated Works in the name of the Licensor, and the Licensor shall co-operate in permitting the Licensee to effect such registration of the assignment as is necessary. The Licensor shall retain the copyright in the Original Works, which shall not be affected except insofar as the present agreement provides, and to the copyright in

the translation permitted hereunder. The Licensor reserves all rights in the Original Works not expressly granted hereunder.

- (b) To the extent that such designation of ownership is contrary to the laws of the jurisdiction in which the Translated Works are created and that the Licensee is the copyright owner and such ownership cannot be assigned to the Licensor, the Licensee hereby agrees that: (a) publication, reproduction, transfer and commercialization of the Translated Works shall be restricted as provided in this Agreement and that the rights to translate the Original Works (and create the Translated Works) are subject to a condition precedent regarding compliance by the Licensee with such restrictions; and (b) it shall grant to the Licensor a sole, irrevocable, perpetual, transferable, royalty free, worldwide license to reproduce, translate, publish, import, distribute, modify, adapt and otherwise commercialize and export each of the Translated Works.
- (c) The Licensee shall ensure that any individual involved in the creation of the Translated Works has waived any and all its moral rights each may have anywhere in the world and that such waivers have been evidenced by a written instrument duly signed by each such individual. Upon the Licensor's written request, the Licensee shall deliver to Licensor copies of all such waivers of moral rights.
- (d) The Licensee may not grant any sublicense with respect to any license granted to it under this Agreement or grant any license or sublicense with respect to any of the Translated Works.

6. Proofs:

The Licensor shall not be obliged in any way to review or correct galley and page proofs of the Translated Works, or to submit any accessory or supplemental materials to the Original Works.

7. Solicitation/Expression of Interest:

The Licensee shall promptly direct to the Licensor any inquiry or expression of interest with respect to any distribution of the Translated Works outside of Portugal or any further translation of the Original Works or any translation of the Translated Works. The Licensee shall not make any statements on behalf of the Licensor to any such person.

8. Confidentiality:

The Licensee shall not disclose the terms of this Agreement to any third party and shall safeguard such information from any unauthorized access and/or disclosure.

Digitalizada com CamScanner

Digitalizada com CamScanner

Digitalizada com CamScanner

Digitalizada com CamScanner

9. **No Agency:**

This Agreement does not create any joint venture, partnership or agency between the parties or otherwise provides a party with any right or authority to make representations on behalf of the other or otherwise bind the other.

10. **Termination By Default:**

Upon the termination of this Agreement by the Licensee under this Agreement, which default has not been cured within 10 days following written notice of same, this Agreement shall, at the option of the Licensor, terminate under reserve of the rights of the Licensor to demand any and all sums due and without prejudice to any other recourse available to the Licensor.

11. **Rights Upon Termination:**

Upon the termination of this Agreement for any cause stipulated herein or available according to law, all rights granted to the Licensee shall revert to the Licensor for its full enjoyment, possession and use. The Licensor shall be entitled to obtain possession of all manuscripts, documents and other works and materials supplied to the Licensee. Moreover, the Licensee shall forthwith remit all unsold copies of the Translated Works to the Licensor, which copies shall become the exclusive property of the Licensor. Sections 1(e), 1(h), 4 and 5 of this Agreement shall survive its termination.

12. **Bankruptcy:**

In the event of the filing of a petition in bankruptcy against the Licensee or the filing of an assignment or proposal in bankruptcy by the Licensee, or in the event of a judgment declaring the insolvency of the Licensee by a court, or the appointment of a trustee, receiver or sequestrator of any property of the Licensee, or in the event the Licensee shall liquidate or wind up its daily operations for any cause whatsoever, this Agreement shall terminate at the option of the Licensor and such termination shall be effective from the date of the filing of the petition, assignment, proposal, adjudication, appointment, liquidation or winding up. In consideration of this Agreement, the Licensor shall as of right acquire and be seized of all rights granted by the Licensor to the Licensee prior to termination.

13. **Assignment:**

The Licensee shall not effect any assignment or transfer of any of its rights hereunder. The Licensor may freely assign this Agreement and any of its rights under this Agreement provided it first provides the Licensee with written notice of same.

14. **Notice:**

The requirements of a written notice under the present agreement shall be deemed to have been fulfilled by delivery in person or by the sending by regular mail of the notice to the parties at the addresses heretofore mentioned, save in the event of the change

of address following due service of notice of change of address by registered mail. The requirement of delivery of notice by registered mail shall be deemed fulfilled on the date mentioned in the postal receipt issued at the time of posting.

15. **Waiver:**

No waiver shall be binding upon the Licensor or Licensee unless stipulated in writing and signed by the parties. A Waiver of any breach of this agreement or of any of the terms or conditions by the Licensor or Licensee shall not be deemed a waiver of any continued or subsequent breach or in any way affect any other term of this Agreement.

16. **Entire Agreement:**

This Agreement contains the entire understanding of the parties to it. There are no representations, warranties, promises, covenants or undertakings relating to the subject of this Agreement other than those expressly set forth in this Agreement.

17. **Modification:**

No waiver or modification of any of the terms of this Agreement shall be valid unless in writing and signed by the parties to it.

18. **Construction:**

This Agreement shall be governed, construed, and enforced in accordance with the laws of the Province of Ontario as the same are applied to contracts and agreements made in such province and wholly performed in it. The parties irrevocably attorn to the jurisdiction of the courts of that province.

19. **Counterparts:**

This Agreement may be executed in one or more counterparts and each counterpart may be delivered by way of facsimile communication.

IN WITNESS WHEREOF, the parties have executed this agreement, on the date indicated on the first page.

Digitalizada com CamScanner

Digitalizada com CamScanner

APHASIA INSTITUTE

Licensee



Per: Maria Martinez
Director of Finance and Operations
Date: August 13, 2020

Per: Maria Assunção Coelho de Matos
Title: Chairman
Date: September 28, 2020

**Schedule "A"
Translation -
processes, procedures and quality standards**

The individuals responsible for the translations are:

Maria da Assunção Coelho de Matos

- PhD in Health Sciences and Technologies
- 25 years' experience working in the field of aphasia
- Assistant professor, Speech Department - University of Aviero - 15 years
- Completed SCA™ Full Institute, Aphasia Institute, Toronto, Canada
- Advanced Level C1 English - Common European Framework (International House World Organization)

Paula Alexandra dos Santos Valente

- Master's degree, Clinical Linguistics
- Founder & CEO, Associação IPAFASIA
- 12 years' experience working in the field of aphasia
- Completed SCA™ Full Institute, Aphasia Institute, Toronto, Canada
- English Level C1

An accredited translator of English will be the primary responsible person for carrying out the translation. Maria and Paula will be the critical reviewers.

Furthermore, they have recruited a minimum of one professional from each of the following disciplines, who will complete "An Introduction to SCA™" module workshop and be given first editions of the Portuguese translation, in order to begin to use them in their practice and provide feedback to the critical reviewers. They include 2 Speech Language Pathologists, 1 Psychologist, 1 Nurse and 1 Medical Doctor

Digitalizada com CamScanner

Anexo 2 – Autorização do IPA à autora do estudo para realizar a tradução, adaptação cultural e validação do recurso “*Talking To Your Nurse*”.



Eu, Paula Alexandra dos Santos Valente, Diretora executiva da Associação IPAFASIA e uma das pessoas responsáveis pela Tradução dos recursos comunicativos da autoria do *Aphasia Institute* segundo a Licença obtida (em anexo), declaro que foi aceite a colaboração da Terapeuta da Fala Luna Barreto na tradução e validação do recurso “**Talking to your nurse**” no âmbito do seu Mestrado realizado na Escola Superior de Saúde do Porto.

Sem outro assunto de momento,

Paula Valente

A handwritten signature in blue ink that reads 'Paula Valente'.

Diretora Executiva / Terapeuta da Fala

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE011D

Data receção do Documento: 02/02/2023.

Existência de entradas anteriores: Sim

TÍTULO DO TRABALHO: "Talking to Your Nurse" para Português Europeu

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Luna Fernandes Barreto

DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: 15/01/2023 a 30/09/2023

RESUMO DO ESTUDO

OBJETIVOS:

Nada a referir.

AMOSTRA:

A amostra vai ser recolhida através das redes sociais da investigadora

FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:

Entrevista Semi-estruturada;

"Talking your nurse". Apresenta autorização dos autores do instrumento para utilização do mesmo.

MATERIAL:

Nada a referir

MÉTODOS:

Garante anonimato dos dados recolhidos, cada entrevista será registada através de um código, os dados serão guardados numa pasta encriptada em que só a investigadora e orientadora terão acesso.

RISCOS:

Não existem.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Apresentado.

AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:

Apresenta MO.313, MO.314, MO.315, MO.317

Apresenta o Compromisso de Honra

Apresenta CV.

Apresenta autorização da Instituição para a realização do estudo.

APRECIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Foram dadas respostas adequadas às questões colocadas no parecer anterior.

PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA

De acordo com todos 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: 2023.03.01 11:10:23 +0000

24/02/2023



ESS.004.M0.318.02

Anexo 4 – Grelha de comparação das duas traduções independentes (exemplo de página)

Página	Original	Tradutor 1	Tradutor 2	Versão de Consenso
11	Sleeping	Sono	Dormir	Dormir
	Problems Falling Asleep	Dificuldade a adormecer		Dificuldade a adormecer
	Too Much Sleeping	Dormir demasiado	Muitas horas a dormir	Dormir demais
	Sleep-Wake-Sleep-Wake	Dormir-Acordar-Dormir-Acordar	Ciclo constante a adormecer e a acordar	Sempre a acordar
	Drowsy	Sonolento		Sonolento
12	Eating	Apetite	Comer	Comer
	Loss of Appetite	Perda de Appetite		Perda de Appetite
	No Taste / Smell	Sem sabor/cheiro	Sem Cheiro e/ou Paladar	Sem paladar e/ou cheiro
	Weight Loss	Perda de peso		Perda de peso
	Weight Gain	Ganho de peso	Aumento de peso	Aumento de peso
13	Food Related	Relação com Comida	Relativo a Comida	Relação com a Comida
	Nausea	Náusea		Náusea
	Vomiting	Vómitos	Vômito	Vómitos
	Heartburn	Azia		Azia
	Drooling	Babar	Baba	Babar
Thirsty	Com sede	Sede	Com sede	
14	Male Body	Corpo Masculino		Corpo Masculino
	Bowel Movements	Movimentos Intestinais	Evacuação Intestinal	Movimentos Intestinais
	Urological Problems	Problemas Urológicos	Problemas do foro Urológico	Problemas Urológicos
	Loss of Bowel / Bladder Control	Incontinência fecal/urinária	Perda de Controlo dos Intestinos/Bexiga	Incontinência fecal / urinária
15	Female Body	Corpo Feminino		Corpo Feminino
	Bowel Movements	Movimentos Intestinais	Evacuação Intestinal	Movimentos Intestinais
	Urination Problems	Problemas urinários	Problemas do foro Urológico	Problemas Urinários
	Loss of Bowel / Bladder Control	Incontinência fecal/urinária	Perda de Controlo dos Intestinos/Bexiga	Incontinência fecal / urinária
	Gynaecological Problems	Problemas Ginecológicos	Problemas do foro ginecológico	Problemas Ginecológicos
Menopause	Menopausa		Menopausa	
16	Head	Cabeça		Cabeça
	Headaches	Dores de Cabeça	Dor de Cabeça	Dores de Cabeça
	Stiff Neck	Torcicolo	Pescoço dorido	Torcicolo
	Dizzy	Tonturas		Tonturas
17	Emotions / Feelings	Emoções/Sentimentos		Emoções/Sentimentos
	Depressed	Deprimido(a)	Deprimido	Deprimido/a
	Embarrassed	Envergonhado(a)	Embaraçado	Envergonhado/a
	Thinking about Suicide	Ideação Suicida	A pensar em suicídio	A pensar em suicídio
	Frustrated	Frustrado(a)	Frustrado	Frustrado/a
	For more see Feelings, Relationships, Intimacy	Para mais ver Sentimentos, Relações e Intimidade	Para Mais, Veja Sentimentos, Relações, Intimidade	Para mais, veja "Sentimentos, Relações, Intimidade"

Anexo 5 – Grelha de comparação das traduções para o painel de peritos (exemplo de página)

Página	Original	Retrotradução	Tradução (consenso)	Versão pré-final da tradução
6	May I Come Back to See You?	Can I return to see it?	Posso voltar para o ver?	Posso voltar para vê-lo?
8	Dull	Prolonged	Prolongada	Prolongada
14 e 15	Loss of Bowel / Bladder Control	Fecal / urinary incontinence	Incontinência fecal / urinária	Incontinência fecal / urinária
45	Gasp	I can't breathe	Não consigo respirar	Estou com falta de ar
69	Home Assessment	Characterization of the Housing	Caracterização da Habitação	Condições da habitação
70	Long Term Care Centre	Day center	Lar / Centro de dia	Lar
77	Before, Did You Prefer to Use:	Before, I preferred to use	Antes, Preferia Usar:	Antes, o que preferia usar?
79	Independently	Independently	Independentemente	Com autonomia
95	Dietician	Dietician	Dietista	Nutricionista
96	Counselling	Counselling	Aconselhamento	PSICOLOGIA!!!
98	Chaplain	Chaplain	Capelão	Sacerdote
99	Support Worker / Assistant	Social assistant / formal caregiver	Assistente social / cuidador formal?	Cuidador
101	Long Term Care Centre	Nursing home	Lar	Lar
102	Palliative Care / Hospice	Palliative care	Cuidados paliativos	Cuidados paliativos
108	You	You	Você	Você
111	Bridging	Bridged	Em ponte	Fazer a ponte
123	Disco	Disco	Disco	--
126	Resuscitation	Resurrection	Resurreição	Reanimação
	Keep You Alive?	Keep him alive?	Mantê-lo vivo?	Quer manter-se vivo?
130	DOSAGE	Dose	Dose	Dosagem
	Amount	Quantity	Quantidade	Dose
ADAPTAÇÃO CULTURAL - ILUSTRAÇÕES				
123				Anos 60: homem na Lua Anos 70: cravo (25 abril) Anos 80: Variações Anos 2000: entrada do euro Anos 2010: imagem da crise (igual aos anos 90 – mudar símbolo para euro)

Guião de entrevista semi-estruturada

Tradução, adaptação e validação do recurso "Talking to your Nurse" para o Português Europeu

- Quais são para si os aspetos a melhorar no recurso "Talking to your Nurse"?
- Fale-me sobre a clareza do texto. Quais as sugestões de melhoria quanto a este ponto?
- Fale-me sobre a acessibilidade do texto para pessoas com afasia. Quais as sugestões de melhoria quanto a este ponto?
- Fale-me sobre a adequação dos itens (texto) para a cultura portuguesa. Quais as sugestões de melhoria quanto a este ponto?
- Fale-me sobre a iconicidade das imagens. Quais as sugestões de melhoria quanto a este ponto?
- Fale-me sobre a adequação das imagens para a cultura portuguesa. Quais as sugestões de melhoria quanto a este ponto?

Anexo 7 – Grelha de análise de conteúdo do *cognitive debriefing*

Grelhas de análise de conteúdo – *Cognitive Debriefing*

Categoria 1: Clareza do texto		
Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 1	O texto parece claro, nunca funcionará para todas as pessoas, mas eu não conseguiria colocar mais claro.	--
Perito 2	--	1.ª página do prefácio, 3.º parágrafo: Na frase "Isto pode resultar na redução da participação em todos os aspetos da vida em sociedade e em comunidade", acrescentar "em família". 4.º parágrafo: Alterar a frase "Através dessas conversações suportadas, o acesso comunicativo a serviços e o potencial para participação com significado é aumentado." Para "Através dessas conversações suportadas, o acesso comunicativo a todos os serviços e o potencial para participação com significado são aumentados." Última frase da página: acrescentar "é" antes de "de valorizar". 2.ª página do prefácio, 2.º parágrafo: substituir "precisamos de técnicas para ajudar a pessoa com afasia a receber a nossa informação (...)" por "os profissionais de saúde precisam de técnicas para ajudar a pessoa com afasia a receber a informação (...)". Último parágrafo da página: falta o "de" em: "A participação em oportunidades de formação". Página 62: substituir "equilíbrio na vida" por "harmonia" ou "equilibrado", porque não é comum usarmos essa expressão.
Perito 3	Texto muito claro e simples, curto e fácil de compreender. Não tenho nada a dizer, muito direcionado para aquilo que nós queremos.	--
Perito 4	--	--
Perito 5	Texto no geral muito claro e simples, livro está muito completo e bem.	--
Perito 6		Página 128: colocar "local" em vez de "morada", pois normalmente faz-se referência ao local onde o profissional trabalha e não à sua morada. Página 130: retirar coluna da "dose", porque normalmente coloca-se a dose junto ao nome do medicamento (e.g., "Lorazepam 1 mg"), e em "número", acrescentar "número de comprimidos".

Categoria 2: Acessibilidade do texto		
Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 1	O texto parece suficientemente acessível a pessoas com afasia.	--
Perito 2	--	Na página 37, substituir "tarefas leves" por "tarefas domésticas" ou apenas "tarefas". Não é comum dizer-se "tarefas leves". Na página 47, substituir "VIH" por "HIV", porque, apesar de corresponder à sigla em inglês, é a forma mais usada em Portugal. Página 98: substituir "optometrista" por "oftalmologista", por ser um termo mais comum e que mais pessoas sabem o que é.
Perito 3	Texto muito claro e simples, curto e fácil de compreender. Não tenho nada a dizer, muito direcionado para aquilo que nós queremos.	--
Perito 4	--	Na página 28, o termo "tónus" não é o mais claro, mas os termos mais corretos não são tão acessíveis, então ter-se-á que manter assim. Página 48: "nados-mortos" não é uma palavra muito acessível. Substituiria por um termo mais comum. Página 94: substituir "cirurgião ortopédico" por "ortopedista".
Perito 5	--	Página 28: o termo "tónus" não é muito acessível. Eu substituiria por "mais força" e "menos força", por exemplo.
Perito 6		Página 70: "duplex" não é um termo tão comum assim... Página 91: "tomar decisões", se calhar substituir por "escolher" ou "escolhas". Página 98: substituir "optometrista" por "oftalmologista". Em vez de "quiroprata", "osteopata" será melhor, mais acessível. Página 103: substituir "trocar de penso" por "fazer o penso". Página 119: colocar "2.ª" e não "segunda", etc. Página 125: junto aos meses, colocar a numeração correspondente a cada um. Página 126: em vez de "Quer manter-se vivo?", colocar "Quer manter-se vivo a qualquer custo?" ou "Quer ser reanimado?". Página 129: em "Lista de consultas médicas frequentadas", substituir "frequentadas" por "agendadas" ou a expressão inteira por "próximas consultas". Página 130: em "frequência", colocar as possíveis horas ou a imagem da p. 120 para dar as opções das alturas do dia.

Categorias 3 e 5: Adequação cultural dos itens (texto) e imagens		
Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 1	Não houve nada que me chocasse... acho que está tudo adequado à cultura portuguesa.	--
Perito 2	--	Na página 45, na ilustração sobre a diabetes, eu que sou enfermeira não percebo o que são aqueles dois dispositivos à esquerda. Podem ser enganadores e a PCA pensar que não se está a falar sobre a diabetes. Página 102: a ilustração de "cuidados paliativos" não parece tratar-se disso. Parece o interior da casa de alguém. Substitua por uma imagem representativa de cuidados paliativos em Portugal.
Perito 3	Em relação ao texto, parece-me tudo adequado. As imagens parecem-me um bocado infantilizadas. Penso que na nossa cultura há pessoas que, por se considerarem num status mais superior, podem não achar piada e sentir-se inferiorizadas por imagens tão simples e básicas, apesar de perceber que o intuito é mesmo esse, torná-las mais fáceis de perceber.	--
Perito 4	--	Página 101: na imagem do lar, acrescentar no texto "lar / cuidados continuados", porque a palavra "lar" pode ter uma conotação muito negativa e não transmitir a ideia de que a pessoa vai recuperar.
Perito 5	--	Página 56: substituir imagem do golfe (que não é muito comum em Portugal) por uma de futebol. Página 97: a arte-terapia também não é muito comum, eu retirava. Página 99: a ilustração do enfermeiro é muito "americana", a farda aqui em Portugal é bastante diferente. Nesta imagem também parece que ele está a trazer comida num tabuleiro... Página 89: imagem do centro comunitário: nós aqui não temos bem centros comunitários, temos mais centros de dia e associações, substituiria o texto por isso. Além disso, nesta ilustração está neve, mas em Portugal não há muita neve!
Perito 6	Página 97: "terapeuta recreacional" é algo que não existe muito em Portugal, eu retirava. Página 104: tenho dúvidas se um centro de afasia teria este aspeto em Portugal.	Páginas 29 e 37: em "tomar banho", substituir a banheira pelo chuveiro. Página 45: em "diabetes", há dois dispositivos que não sei o que são. Substituir por açúcar, máquina da picada no dedo, gota de sangue no dedo ou o dispositivo que se usa no braço. Página 75: em "Barras de apoio no duche", substituir a imagem por uma de um duche. Página 83: em "lavar a banheira", podia ser "lavar o chuveiro/banheira", e incluir um chuveiro na ilustração. Página 85: em "pagar contas", nós praticamente não usamos o cheque... colocava uma referência multibanco ou app do banco. Página 89: em "centro comunitário", a imagem tem neve e uma pessoa com uns patins do gelo. Isto não é, de todo, comum em Portugal. Substituir por algo mais característico. Página 96: em "assistente social", a imagem não é muito clara, porque no hospital normalmente o assistente social ajuda a preparar a alta junto da família do utente, não faz tanto os grupos. Página 101: a imagem do lar não é adaptada a Portugal, costuma ser um edifício mais pequeno e tem a senhora com as compras. Página 107: substituir imagem da banheira por um chuveiro.

Categoria 4: Iconicidade das imagens		
Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 1	As imagens percebem-se bem, não vi nenhuma que não fosse clara.	--
Perito 2	--	Na página 14, substituir a imagem de "problemas urológicos" por uma mais esclarecedora, por exemplo do sistema reprodutor masculino, e indicando que algo está mal. Na página 49, a figura que pretende representar a mulher está muito neutra, não parecendo nem muito feminina, nem muito masculina. Dever-se-ia substituir por uma que representasse, sem ambiguidade, uma mulher. Na página 51, na ilustração com o título "com receita", retirar, da folha de papel, as letras "RX", tornando a folha vazia ou acrescentando linhas para ser mais perceptível que é uma receita médica. Na página 53, a garrafa que aparece na ilustração não parece ser de uma bebida alcoólica. Substituiria por uma imagem clara de uma garrafa de vinho ou cerveja. (adaptação cultural?) Na página 61, colocaria um traço entre as duas pessoas que conversam e a pessoa solitária, para ser mais perceptível a separação / solidão. Página 81: a imagem sobre o objetivo de melhoria é difícil de perceber... sinto que não tem nada a ver com o que está escrito em cima.
Perito 3	Acho que as imagens são claras e dão para conseguirmos chegar a toda a gente. Se calhar uma ou outra pessoa não, mas no geral sim. De uma forma geral, os desenhos estão bem construídos.	Na página 9, se calhar eu não fazia as pinguinhas de sangue. Página 14: a imagem dos movimentos intestinais não parece ilustrar que o problema está em evacuar, faria sentido acrescentar alguma indicação na zona do intestino. Página 23: no "Não sentir nada", colocar uma imagem mais representativa de perder a força, por exemplo, com o braço para baixo / quase a parecer partido. Na mesma página, no "engasgamento", acrescentar uma imagem que ilustre o reflexo da tosse, para se perceber que o processo de deglutição não está bem. Na página 29, na imagem sobre "cansado o tempo todo", em vez da cara, que não está muito clara, colocar uma imagem de um corpo cansado, e.g., uma pessoa a andar com uma postura de cansaço.
Perito 4	--	Página 44: substituir imagem da vela por uma de algo com uma chama maior, e.g., uma fogueira ou lareira, com que seja mais provável uma pessoa queimar-se. Página 101: a imagem do hospital de reabilitação é igual à do hospital normal. Eu acrescentaria uns bonecos com cadeiras de rodas ou trípés para transmitir mais a ideia de reabilitação.
Perito 5	--	Página 8: as imagens da dor não são muito perceptíveis, apesar de não saber como se poderiam tornar melhores. Página 14: na imagem dos "movimentos intestinais", colocar uma setinha a apontar para o abdómen, porque não se percebe muito bem que o problema é lá. Página 23: a imagem de "não conseguir andar" não é muito clara, eu colocava a cara da pessoa afetada mais frustrada ou substitua pela imagem de uma pessoa a caminhar com um X nas pernas. Página 46: imagem da convulsão é muito semelhante à de um desmaio. Colocava as mãos numa posição mais rígida e a boca a espumar, referências típicas de uma convulsão. Página 47: imagem da SIDA não está clara, parece uma pessoa normal a levar soro. Colocava por exemplo o laço representativo da SIDA ou a ilustração do vírus em si (se bem que pode ser confundida com o coronavírus). Página 49: imagem dos parceiros sexuais: parecem dois homens... tentava colocar a segunda imagem de forma a parecer mais claramente uma mulher. Página 81: a ilustração não está clara, não percebi o que isso quer ilustrar... não consigo dar nenhuma sugestão porque é de facto difícil de representar.
Perito 6	Página 5: a imagem de "posso dizer a alguém?" dá ideia que é o profissional de saúde a falar com a pessoa com afasia e não	Página 8: é difícil perceber a diferença entre a dor prolongada e a aguda – eu colocava, na prolongada, uma seta de continuidade no tempo ou outra coisa relacionada com o tempo. Página 11: no "dormir demais", acrescentar um relógio com uma hora tardia, para se ter uma melhor ideia da hora. No "sempre a acordar", acrescentar mais imagens de olhos fechados e abertos, senão parece que a pessoa acordou uma vez a meio da noite. No "sonolento", evidenciar mais as olheiras – parece só frustrado.

Categoria 4: Iconicidade das imagens

Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
	com a pessoa a quem pode contar. Deveria ser mais claro. Página 37: em "relaxar", a imagem não é muito clara, parece que está só sentado. Páginas 38 e 39: em "estar parado", a imagem é a mesma do estar relaxado.	<p>Página 13: na "azia" ele está a apontar para o peito, eu punha a mão mais para a zona da garganta, que é onde se sente mais a azia. No "com sede", o boneco da pessoa está pequenino, não se percebe bem. Punha maior.</p> <p>Página 14: nos "movimentos intestinais" não é muito clara a imagem, punha um boneco a correr para a WC ou saída de gases, ou uma imagem que representasse o movimento da barriga. Nos "problemas urológicos", colocava umas pinguinhas de urina.</p> <p>Página 15: nos "problemas urológicos", pôr a mão da mulher na zona dos genitais, ou pinguinhas, ou um símbolo de dor... para especificar melhor. Na "menopausa", colocar um penso higiénico com a cruz por cima.</p> <p>Página 17: na "depressão", ele parece só triste, o que é diferente de depressão. Sugestão: pôr uma pessoa na cama, sem sair, a dizer que não às atividades. Ou então passar a emoção a "tristeza". No "frustrado", parece que tem dor de cabeça... colocar a ideia que quer dizer e depois as palavras erradas a sair da boca, por exemplo, para que se perceba o que pode originar a frustração.</p> <p>Página 18: nos "problemas com equilíbrio", parece que está a fazer treino de marcha. Sugestão: ele estar numa ponte de madeira que abana, para transmitir a sensação de desequilíbrio.</p> <p>Página 23: no "não conseguir andar", parece que está apenas a conversar. Sugestão: ter duas pessoas a ajudar a pessoa lesada a andar, nem que seja pelo braço. Na "perda de visão", usar a imagem da página 20 da persiana (fica mais claro).</p> <p>Página 25: retirar o conteúdo do balão de fala, para dar o sentido de não se lembrar.</p> <p>Página 26: no "toque", tiraria o "algodão" e punha só a mão da pessoa a tocar no braço.</p> <p>Página 28: no "Traco", pôr mais olheiras ou os braços mais para baixo, um ar mais abatido/caído. No "descoordenado", acrescentar mais coisas a acontecer: um copo caído, etc. A palavra "tónus" não é acessível... Sugestão: "rigidez do braço" no tónus alto. E colocar o braço esquerdo de ambas as ilustrações (tónus alto e tónus baixo) para baixo/igual, ou omiti-lo.</p> <p>Página 29: reforçar as olheiras em "cansaço o tempo todo".</p> <p>Página 30: artérias carótidas: a imagem podia ter um trombo e mostrar que o sangue não circula para cima. Acrescentar o texto "trombo".</p> <p>Página 33: marcar o 5 como o meio da escala.</p> <p>Página 34: no "sempre presente", colocar linha contínua. No "desaparece e volta", colocar tracejado com seta no fim. No "a cada hora", colocar um relógio dos 60 minutos; em "todas as semanas", colocar só a semana e não o mês todo com a semana destacada.</p> <p>Página 42: as primeiras 3 imagens da cara parecem mais varicela, eu ilustrava com pessoas a coçarem-se. Na "picada de abelha", ilustrar mesmo com uma picada de abelha.</p> <p>Página 45: colocava a bomba da asma maior, não está muito evidente.</p> <p>Página 46: em "hipertensão arterial", pôr uma seta a subir. Em "problemas de coração / ataque cardíaco": colocar a pessoa a agarrar no peito. Em "convulsões", não está claro, não dá ideia se está no chão ou não... pôr alguém a amparar a cabeça, por exemplo, ou colocar chão.</p> <p>Página 47: em "cancro", colocar círculo à volta da cabeça careca. Em "depressão", há a mesma questão já referida em relação à página 17. Em "VIH / SIDA", não há nada que diga que é SIDA, sugiro pôr o laço ou pôr o símbolo de masculino/feminino.</p> <p>Página 48: em "nados-mortos", colocar imagem de uma campa ou uma cruz; em "aborto", colocar um feto.</p> <p>Página 49: colocar as duas pessoas numa cama. Em "doenças", colocar sinal à volta dos genitais.</p> <p>Página 51: nas duas imagens de baixo, colocar a cruz, símbolo da farmácia. Em "com receita", poderia ser mais claro que é uma receita.</p> <p>Página 52: retirava o cachimbo e punha um cigarro eletrónico. Em "não deixei de fumar" e "não, nunca fumei", podia haver ilustrações.</p> <p>Página 53: em "Com que frequência bebe", poderia ter um calendário para ajudar. Em "quintos copos bebe?", podia ter um só tipo de copo, para não confundir.</p> <p>Página 55: em "Com que frequência faz exercício", poderia ter um calendário para ajudar.</p> <p>Página 59: nas imagens de "tristeza" e "deprimido", a diferença entre elas podia ser mais clara. Em "aborrecido / não quero saber", virar a cara para o lado contrário à mão e colocar a mão mais reta. Em "preocupado", ter um balão de pensamento com muitas coisas, porque não está muito claro.</p>

Categoria 4: Iconicidade das imagens

Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
		<p>Página 60: em "cansado", ser uma expressão mais caída, olheiras, etc. Em "nervoso", tornar mais evidente que está a trincar os dedos ou roer as unhas e mostrar que o corpo está a estremece.</p> <p>Página 61: colocava uma divisão entre as duas pessoas e a pessoa solitária, e punha mais pessoas do outro lado. Em "humor", colocar tracinhos de som para se perceber que está a rir.</p> <p>Página 62: em "equilíbrio na vida", o boneco está a sorrir, punha-o triste. Em "coragem", aumentava o tamanho do bíceps. Em "esgotado", punha os braços a cair do sofá, para não fazer associação ao "relaxado"; tirava os pés da mesa de apoio.</p> <p>Página 64: em "namoro", juntaria a imagem de um beijo.</p> <p>Página 65: em "problemas sexuais", punha-os numa cama.</p> <p>Página 66: pôr uma cruz por cima de um dos familiares.</p> <p>Página 70: em "lar de idosos", punha mais idosos, e tirava a senhora com as compras; e normalmente os nossos lares são edifícios mais pequenos e não prédios.</p> <p>Página 74: em "casa de banho", substituir a banheira por um chuveiro</p> <p>Página 79: em "com ajuda", não é claro – sugeria colocar mais pessoas a fazer a atividade, ou uma a ajudar mais diretamente a outra pessoa.</p> <p>Página 82: Em "planeamento de refeições", a ilustração podia ter vários tupperwares, que é o que normalmente associamos a planejar refeições. Em "compras", o carrinho das compras é estranho, podia estar mais bem desenhado.</p> <p>Página 85: em "ir ao banco", não é assim tão claro que é um banco se calhar pôr o símbolo ou caixa multibanco.</p> <p>Página 88: em "ir à casa de banho", colocar pessoa sentada na sanita.</p> <p>Página 89: em "agendar", punha um planificador daqueles com as horas e tudo.</p> <p>Página 91: em "tomar atenção", a ilustração não está clara: sugeria colocar pessoa a anotar num papel ou a fazer o movimento de estar a ouvir, com a mão no ouvido. Em "lembrar/memória", retirar conteúdo do balão. Em "planear", colocar imagem do planeador.</p> <p>Página 94: em "psiquiatra/psicólogo", sugiro colocar o cliente e o psicólogo em cadeirões e a pessoa com o cérebro aberto a sair pensamentos. Em "cirurgião ortopédico", colocar imagem de uma operação ao pé.</p> <p>Página 95: em "farmacêutico", colocar o símbolo da farmácia e mais medicamentos.</p> <p>Página 96: em "psicologia", sugiro colocar o cliente e o psicólogo em cadeirões e a pessoa com o cérebro aberto a sair pensamentos.</p> <p>Página 98: em "podologista", colocar uma bacia para os pés. No sacerdote muçulmano, era bom colocar o símbolo do Islão.</p> <p>Página 99: em "visita de amigo", colocar as pessoas a dar um abraço, pois não se percebe bem que é um amigo.</p> <p>Página 100: em "análises de sangue", colocar uma pessoa a colher sangue.</p> <p>Página 101: no "hospital de reabilitação", colocar máquinas de reabilitação. Em "cuidados ao domicílio", colocar mais elementos da equipa: médico, enfermeiro, terapeuta da fala, assistente social...</p> <p>Página 102: em "cuidados paliativos", a imagem não se percebe que é sobre cuidados paliativos.</p> <p>Página 105: colocar alguém a mostrar que vai posicionar o utente. As duas setas não confundirão as pessoas? Não se deveria separar cada transferência (e.g. da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para a cama serem duas ilustrações diferentes, com apenas uma seta)?</p> <p>Página 109: tornar a diferença mais evidente em ambas as ilustrações, e.g., na 1ª ilustração: afastar mais a pessoa do cimo da cama na imagem da esquerda.</p> <p>Página 110: mostrar melhor que a pessoa está de lado.</p> <p>Página 118: em "minuto", mostrar os 60 segundos.</p>

Categoria 6: Sugestões adicionais

Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 1	--	--
Perito 2	--	<p>Na página 5, acrescentar a opção "Outro", nas opções de resposta à pergunta "A quem posso dizer?".</p> <p>Na página 24, ao fundo diz "AIT" – não faz muito sentido... nas páginas seguintes fala-se em AVC, então porque é que na anterior diz "AIT", se os sintomas deste duram menos de 24h? Não deveria estar "AVC"?</p> <p>Na segunda metade da página 49, onde diz "Doenças", acrescentar a pergunta "Onde?", para a PCA perceber que é suposto apontar para a parte do corpo que, e se, se aplicar.</p> <p>Página 105: de acordo com a minha experiência como enfermeira, são raras as transferências da cadeira de rodas para o chão e vice-versa. Substituir essa imagem e texto por uma ilustração de transferência da cadeira de rodas para a casa-de-banho, que não consta no livro e que é de extrema relevância em contexto de unidades de AVC e de reabilitação.</p> <p>Página 130: em vez de ter só "frequência", colocar várias colunas como opções de alturas do dia (e.g., jejum, manhã, tarde, noite...) com as respetivas ilustrações, como já acontece em formulários deste tipo, de modo a ser mais acessível para a PCA.</p>
Perito 3	--	--
Perito 4	--	<p>Na página 4, no quadradinho da família, faria sentido enumerar algumas pessoas da família (e.g., marido, filho, mãe...). Na mesma página, faz sentido acrescentar quadrados para outros profissionais, como o fisioterapeuta e o assistente social.</p> <p>Na página 5, acrescentar a opção "Outro", nas opções de resposta à pergunta "A quem posso dizer?".</p> <p>Página 8: far-me-ia mais sentido que esta página sobre a dor ficasse no capítulo 3, logo nas primeiras páginas, porque aí a pessoa consegue apontar para onde lhe dói, o que é grave é a dor, e por aí adiante – a dor que é o maior parâmetro de bem-estar que temos.</p> <p>Na página 14: acrescentar urinol e arrastadeira, para a PCA poder pedir.</p> <p>Página 23: na imagem ao centro, acrescentar o texto: "boca ao lado".</p> <p>No capítulo 4 (Historial), faria sentido acrescentar uma pergunta sobre a religião do utente (e incluir as testemunhas de Geová nas opções). Acrescentar também a pergunta "com quem vive?" e opções de resposta, que poderão ser aproveitadas da página 63. Acrescentar pergunta sobre a profissão, apesar de ser difícil representar todas – mas nem que se represente apenas em categorias de profissões.</p> <p>Página 42: acrescentar alergia a insetos (a pessoa pode não ser alérgica a abelhas e sê-lo a outros insetos).</p> <p>Página 86: acrescentar o tripé e a canadiana/bengala, que são opções também bastante comuns.</p> <p>Página 88 e seguintes (sobre autocuidado): faltam representações sobre o alimentar-se (comer e beber), incluindo dietas específicas (e.g., vegetariana, asiática), mas também dietas de diferentes consistências, relacionadas com a disfagia, e fazer referência ao espessante. Fazer representação das adaptações mais comuns, como o cabo engrossado do talher. Acrescentar representações sobre o vestir, no sentido de orientar para a tarefa.</p> <p>As páginas sobre transferências e posições do corpo (pp. 105-113) faria mais sentido estarem antes do capítulo 9 (E a seguir?), por serem questões mais de quando a pessoa ainda está internada.</p> <p>Acrescentar no livro uma página sobre objetos pessoais: telemóvel, relógio, prótese dentária, aparelho auditivo...</p>
Perito 5	Não sei se é de propósito, mas o enfermeiro aparece duas vezes na parte da intervenção e tratamento (páginas 96 e 98).	<p>Página 52: acrescentar uma ilustração dos cigarros eletrónicos.</p> <p>Página 71: acrescentar uma rampa, porque há pessoas que já têm.</p> <p>Página 75: acrescentar o poliban / base de duche, bastante comum em Portugal.</p> <p>Páginas 87 / 88: no autocuidado falta imagem sobre lavar os dentes.</p> <p>Página 100: acrescentar imagens de eco-doppler e videoendoscopia da deglutição, exames muito comuns em doentes de AVC.</p> <p>Página 105: não é comum realizarmos transferências da cadeira para o chão e vice-versa... por outro lado, outra muito comum que não está representada é da cama para a cadeira/cadeirão, embora seja parecida com a da cama para a cadeira de rodas.</p> <p>Páginas 114 e 115: faltam as famílias homossexuais... cada vez temos mais casamentos homossexuais (e com família) e não estão aqui representados.</p>

Categoria 6: Sugestões adicionais

Perito	Afirmações	Sugestões de reformulação específicas
Perito 6	--	<p>Página 4: acrescentar padre e / ou psicólogo.</p> <p>Página 8: também há a dor tipo choque, a dor tipo cão a ferrar... que não estão aqui contempladas.</p> <p>Páginas 38 e 39: acrescentar uma sobre subir ou descer a cabeceira da cama articulada.</p> <p>Página 54: acrescentar LSD (pastilha).</p> <p>Página 74: acrescentar, antes de "outros", uma imagem a representar escadas, porque às vezes há alcatifa nas escadas.</p> <p>Página 103: medicações está repetido (p. 100). Acrescentar transfusão de sangue, algáliação, aspirar secreções.</p> <p>Página 129: acrescentar dia e hora na tabela, e substituir "notas" por "local".</p>

Tradução, adaptação e validação do recurso “*Talking to your Nurse*” para o Português Europeu

Obrigada por colaborar neste projeto!

Peço que responda às seguintes questões sobre o recurso “*Talking to your Nurse*” de acordo com a sua melhor análise do mesmo.

* Indica uma pergunta obrigatória

Dados demográficos

Nome do inquirido *

(Este dado é pedido para, através das respostas dadas, facilitar a conversa na reunião do *cognitive debriefing*.)

A sua resposta _____

Tipo de instituição e serviço onde trabalha e contacta com pessoas com afasia: *

A sua resposta _____

Análise do livro “*Talking to your Nurse*”

1. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 1** do livro: **Para Começar**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 2** do livro: **Problemas: o que se passa?** *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 3** do livro: **Problemas: mais.** *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 4** do livro: **Historial**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 5** do livro: **Hábitos de saúde**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 6** do livro: **Sentimentos, Relações, Intimidade.**

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 7** do livro: **Caracterização da Habitação**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 8** do livro: **Atividades de vida diária**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 9** do livro: ***O que se segue?*** *

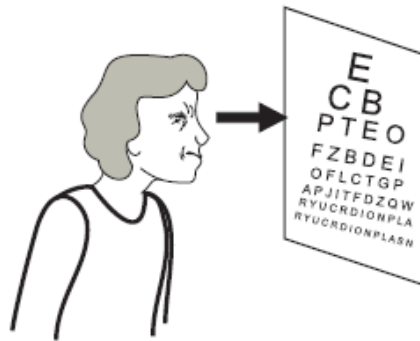
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Responda às seguintes perguntas em relação ao conteúdo da **secção 10** do livro: **Formulários**. *

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que o texto do livro é claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que o texto do livro é acessível para pessoas com afasia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que os itens (texto) desta secção são adequados para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens representam, de facto, aquilo que pretendem representar, nesta secção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que as imagens desta secção são adequadas para a cultura portuguesa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

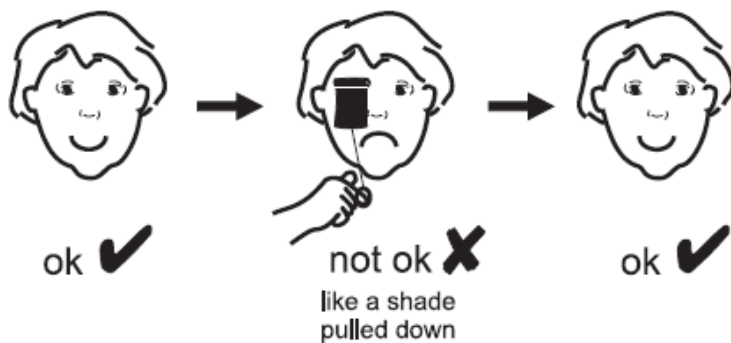
Vision

Problems with Vision



Visual Problems

Temporary Loss of Vision from One Eye



Anexo 10 – Certificado de coautora de póster científico no III Congresso Internacional da SPTF



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 Luna Barreto foi coautor(a) do póster Tradução e validação do recurso “Talking to Your Nurse” 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 

Anexo 11 – Termo de Consentimento Informado



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: Tradução, adaptação e validação do livro 'Talking to Your Nurse'

Declaração de Consentimento Informado – Enfermeiros
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, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar

Eu, abaixo-assinado _____ (nome completo):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a **traduzir e adaptar um recurso de comunicação para o português europeu, para melhorar a comunicação entre enfermeiros e pessoas com afasia.**

Sei que neste estudo está previsto o uso do livro "Talking to Your Nurse" com pessoas com afasia, tendo-me sido explicado como o fazer e para que serve este recurso. Sei ainda que está previsto um momento de **entrevista semi-estruturada**, tendo-me sido explicado em que consiste.

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.


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

Aceito 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: Luna Barreto, 961818778, 10211027@ess.ipp.pt

_____/_____/_____



SGS ESS.0004.MO.317.02

1|1