



**Universidade de
Aveiro**

2014

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**MARTA RAQUEL
MARTINS SEARA**

**VALIDAÇÃO DO THE ACTIVITIES AND
PARTICIPATION PROFILE**



**Universidade de
Aveiro**

2014

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**MARTA RAQUEL
MARTINS SEARA**

**VALIDAÇÃO DO THE ACTIVITIES AND
PARTICIPATION PROFILE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e Audição, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Assunção Coelho Matos, Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro, e do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira
Professor Associado da Universidade de Aveiro

vogais

Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professora Doutora Maria Assunção Coelho Matos
Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro (Orientadora)

agradecimentos

Às pessoas com afasia e aos seus familiares que permitiram a concretização deste trabalho. Obrigado por terem colaborado comigo, sem nunca receber nada mas dando muito de si. Sem vocês nada disto faria sentido e este foi um trabalho feito a pensar em vocês e para vocês.

À Professora Doutora Assunção Matos por todo o apoio, dedicação, orientação e tempo que disponibilizou para me ajudar. Obrigada por ser uma inspiração e um modelo a seguir, como terapeuta e como mulher.

Ao Professor Doutor Luís Jesus por toda a orientação e conselhos úteis dados ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelo tempo que disponibilizou para fazer parte deste trabalho.

À Inês por todo o carinho, paciência, motivação, apoio e amizade que me deu nesta caminhada feita em conjunto. Sem ti não teria conseguido fazer este trabalho e por isso um muito obrigado.

À Professora Doutora Andreia Hall pela sua disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas sobre os conceitos estatísticos.

Aos Terapeutas da Fala que participaram no painel de peritos, obrigada por disponibilizarem algum tempo das vossas vidas ocupadas para me ajudarem.

Às minhas colegas de mestrado que entraram nesta jornada comigo e com as quais partilhei dúvidas, receios e alegrias.

Aos meus amigos de sempre e para sempre e à minha família por estarem sempre lá quando preciso. Obrigada por serem meus.

palavras-chave

Afasia, AVC, CIF, níveis de atividade e participação, validade de conteúdo, validade concorrente

resumo

O presente estudo teve como principal objetivo a validação do instrumento de avaliação The Activities and Participation Profile (TAPP), obtendo-se medidas de validade de conteúdo e de validade concorrente. Para efetuar a validade de conteúdo foi consultado um painel de peritos, num total de oito peritos, especialistas na área da afasia que avaliaram os itens do TAPP e os materiais construídos para o complementar (imagens fotográficas; escala visual analógica; componente motivos; manual de aplicação). Os peritos avaliaram estes componentes através do preenchimento de dois questionários, um questionário referente aos itens do TAPP classificando-os segundo quatro critérios, relevância, ambiguidade, simplicidade e clareza; um questionário com dezoito perguntas sobre a avaliação do TAPP no geral e sobre os materiais construídos. Na validade concorrente foi aplicado um instrumento que mede o mesmo conceito de base que o TAPP, o Frenchay Activities Index (FAI) a uma amostra de sete Pessoas com Afasia (PCA).

Para analisar estatisticamente os resultados utilizou-se na validade de conteúdo o método gráfico Bland-Altman, o Intraclass Correlation Coefficient (ICC) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). No caso da validade concorrente utilizou-se o coeficiente de Spearman. Relativamente aos resultados obtidos verificou-se a existência de concordância entre os peritos através da análise dos gráficos, sendo que a maioria dos pontos se encontrou dentro dos limites esperados de concordância. Quanto aos valores do ICC, estes demonstraram uma correlação regular para três critérios: ambiguidade, simplicidade e clareza (ICC=0.421; ICC=0.351; ICC=0.460 respetivamente) e para o questionário 3 (ICC=0.383). Para o critério relevância (ICC=0.153) demonstraram haver nenhuma ou pequena correlação. No que concerne aos valores do IVC estes foram bons relativamente aos quatro critérios (IVC entre 1.00 e 0.875), sendo que o IVC total do TAPP foi muito bom (IVC=0.986). Porém quanto aos valores do segundo questionário estes foram menos satisfatórios (IVC entre 0.222 a 0.777). Na validade de concorrente, o valor do coeficiente de Spearman obtido foi baixo (0.505).

Desta forma pode concluir-se que o TAPP apresenta validade de conteúdo sendo tal comprovado pelo método de Bland-Altman, os valores do ICC e os valores do IVC. Quanto à validade concorrente não foi possível concluir nada, uma vez que apesar do TAPP e da FAI medirem o mesmo conceito têm estruturas e formas de cotação diferentes que originaram médias muito diferentes e conseqüentemente um coeficiente de Spearman pouco significativo. Assim sendo, não é possível concluir nada a esse respeito.

keywords

Aphasia, AVC, ICF, levels of activities and participation, content validity, concurrent validity

abstract

The main objective of this study was the validation of the assessment tool The Activities and Participation Profile (TAPP), obtaining measures of content validity and concurrent validity. To calculate the content validity a panel of eight experts in the field of aphasia evaluated TAPP items and new materials built to complement the tool (photographic images, visual analogue scale, new component called "reasons"; manual). The experts evaluated these components by answering two questionnaires: a questionnaire related to the items of TAPP, which were classified them according to four criteria, (relevance, ambiguity, simplicity and clarity). A questionnaire with eighteen questions about the evaluation of TAPP in general and about the materials constructed. To estimate concurrent validity an instrument that measures the same basic concept that TAPP, the Frenchay Activities Index (FAI), was used to evaluate a sample of seven People with Aphasia (PWA).

To statistically analyze the results in terms of content validity the Bland-Altman plot method, the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) and the Content Validity Index (CVI), were used. The Spearman coefficient was used to estimate concurrent validity. Results of the analysis of Bland-Altman plots showed that there is agreement among experts, since most points were found to be within the expected limits of agreement. The ICC values revealed good correlation for three criteria, ambiguity simplicity and clarity (ICC=0.421; ICC=0.351; ICC=0.460 respectively) and for the questionnaire 3 (ICC=0.383). For the criteria relevance the ICC value (ICC=0.153) shows little or no correlation. Good CVI values were found for all four criteria (CVI between 1.00 and 0.875), and the total CVI of TAPP was very good (CVI=0.986). However the CVI values of the second questionnaire were less satisfactory (CVI between 0.222 and 0.777). The Spearman coefficient, used to estimate concurrent validity, obtained was low (0.505).

The TAPP's content is valid, as corroborated by the Bland-Altman method, the ICC values and the CVI values. However in concurrent validity was not possible to conclude anything, despite the TAPP and FAI measure the same concept they have different structures and forms of quotation and that originates very different averages and therefore a Spearman coefficient insignificant. It was not possible to conclude anything about it.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Modelos de Intervenção

Tabela 2- Caracterização dos peritos

Tabela 3- Caracterização da amostra de PCA

Tabela 4a- Componente motivos do TAPP

Tabela 4b- Componente motivos do TAPP

Tabela 5a- Reformulações dos itens do TAPP pelas sugestões do painel de peritos

Tabela 5b- Reformulações dos itens do TAPP pelas sugestões do painel de peritos

Tabela 6a- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3- fotografias

Tabela 6b- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3- fotografias

Tabela 7- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3- componente motivos.

Tabela 8- Médias obtidas na FAI e no TAPP.

Lista de Figuras

Figura 1- Gráfico de método de Bland-Altman para o critério relevância

Figura 2- Gráfico de método de Bland-Altman para o critério clareza

Figura 3- Gráfico de método de Bland-Altman para o critério simplicidade

Figura 4- Gráfico de método de Bland-Altman para o critério ambiguidade

Figura 5- Gráfico de método de Bland-Altman para o questionário 3

Lista de Abreviaturas

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

ASHA- Associação Americana dos Terapeutas da Fala

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BAAL- Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

CES-D- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP- Desvio-Padrão

ESEnfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EVA- Escala Visual Analógica

FAI- Frenchay Activities Index

ICC- Intraclass Correlation Coefficient

ICIDH- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

IVC- Índice de Validade de Conteúdo

PCA- Pessoas com Afasia

OMS- Organização Mundial de Saúde

SMFR- Serviços de Medicina Física e Reabilitação

SPAVC- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

TAPP- The Activities and Participation Profile

TF- Terapeutas da Fala

UICISA-E- Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde -
Enfermagem

Índice

Capítulo 1. Introdução.....	13
1.1. Motivações do estudo	13
1.2. Objetivos do estudo	14
1.3. Organização da Dissertação.....	14
Capítulo 2. Revisão da Literatura.....	16
2.1. Afasia.....	16
2.2. Etiologia da afasia	16
2.3. Acidente vascular cerebral.....	16
2.4. Consequências da afasia	17
2.5. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	18
2.5.1. Atividades e Participação segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	19
2.6. Níveis de Atividades e Participação das pessoas com afasia	20
2.7. Modelos de intervenção.....	22
Capítulo 3. Metodologia.....	25
3.1. Tipo de estudo	25
3.2. Fase 1- Autorizações para a recolha de dados.....	25
3.2.1. Contacto das instituições	25
3.2.2. Comissões de ética	26
3.3. Fase 2- Criação do manual de aplicação do The Activities and Participation Profile	26
3.4. Fase 3- Validade de conteúdo do The Activities and Participation Profile.....	27
3.4.1. Painel de peritos	27
3.4.2. Questionários aplicados.....	28
3.4.2.1. Análise das respostas dos peritos	29
3.5. Fase 4- Validade concorrente	30
3.6. Amostra	30
3.6.1. Critérios de inclusão na amostra.....	30
3.6.2. Instrumentos aplicados aos pacientes.....	31
3.6.2.1. Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa.....	31
3.6.2.2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.....	32

3.6.2.3. Frenchay Activities Index.....	32
3.6.3. Amostra	33
Capítulo 4. Resultados.....	35
4.1. Fase 1	35
4.2. Fase 2.....	35
4.3. Fase 3.....	35
4.3.1. Dados qualitativos	35
4.3.2. Dados quantitativos	38
4.4. Fase 4.....	44
Capítulo 5. Discussão.....	46
5.1. Fase 1.....	46
5.2. Fase 2.....	46
5.3. Fase 3.....	46
5.3.1. Dados Qualitativos	46
5.3.2. Dados Quantitativos	48
5.3.2.1. Método Bland-Altman.....	48
5.3.2.2. Intraclass Correlation Coefficient.....	49
5.3.2.3. Índice de Validade de Conteúdo.....	50
5.4. Fase 4.....	50
Capítulo 6. Conclusões.....	52
6.1. Conclusões.....	52
6.2. Limitações do Estudo	52
6.3. Sugestões Futuras	53
Bibliografia.....	54
Anexos.....	62
Anexo 1-Pedido de Autorização para a Recolha de Dados (exemplo).....	62
Anexo 2- Resumo	63
Anexo 3- Consentimento Informado (formato usual)	64
Anexo 4- Consentimento Informal Adaptado para as PCA	68
Anexo 5- Resposta da Comissão de Ética da UICISA-E	73
Anexo 6- Manual de aplicação	74
Anexo 7- Questionário 1	100

Anexo 8- Questionário 2 (exemplo)	101
Anexo 9- Questionário 3	103
Anexo 10- Ficha de Caracterização do Paciente	107
Anexo 11- CES:D	108
Anexo 12- FAI.....	109
Anexo 13- Autorizações da Recolha	111
Anexo 14- Curriculum Vitae	113

Capítulo 1. Introdução

1.1. Motivações do estudo

O acidente vascular cerebral (AVC) é a causa mais frequente para os problemas neurológicos em adultos (Ardila, 2006). Uma das consequências mais comuns desta patologia é a afasia, a qual consiste na perda ou diminuição da função da linguagem (Benson & Ardila, 1996).

A comunicação é necessária para a maior parte das atividades da vida diária da pessoa e portanto o impacto da afasia nas funções do dia-a-dia pode ser significativo (Nina Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Investigadores têm descrito a existência de limitações nas atividades das pessoas com afasia (PCA) (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008). A participação nas situações da vida e os papéis sociais desempenhados também são afetados pela afasia, originando isolamento social, perda do emprego e redução de atividades de lazer (Davidson & Worrall, 2000 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Parr, Byng, Gilpin, 1997 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Os terapeutas da fala (TF) são os profissionais responsáveis pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico das perturbações da comunicação humana, englobando as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem (ASHA, 2001). Tendo em conta o referido anteriormente e sendo a afasia uma perturbação da comunicação, este é o campo de atuação dos TF.

Antes de iniciar uma intervenção é necessário efetuar uma avaliação do paciente recorrendo a instrumentos de avaliação. Existem instrumentos de avaliação tradicionais de afasia que abrangem apenas as componentes da linguagem que estão afetadas (nomeação; compreensão auditiva; leitura e escrita) (Simmons-Mackie & Kagan, 2007) centrando-se nas perturbações das funções e estruturas corporais (Murray & Coppens, 2013). No entanto, há a necessidade dos TF avaliarem o impacto dos défices no desempenho dos seus pacientes, em atividades da vida diária e na sua participação social (Ross & Wertz, 2005). De acordo com Murray & Coppens (2013), a avaliação das PCA deverá incluir medidas que analisem cada componente considerada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo necessários instrumentos de avaliação mais abrangentes que os tradicionais.

No sentido de dar respostas a estas necessidades, foi criado um instrumento de avaliação que permitisse traçar o perfil de atividades e participação das PCA, antes e após a ocorrência do AVC, o “The Activities and Participation Profile – TAPP” (Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013; Matos, 2012). Os itens que compõem o TAPP têm por base atividades comunicativas dependentes de capacidades linguísticas e atividades funcionais que fazem parte do dia-a-dia da pessoa, tendo por base a componente de *Atividades e Participação* da CIF (DGS, 2004).

A CIF é uma classificação referente à funcionalidade e à incapacidade do homem, agrupando de forma sistemática os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Para explicar estes dois conceitos foram propostos alguns modelos conceptuais, o modelo médico e o modelo social, existindo na CIF uma integração destes dois modelos

opostos, com o intuito de obter a junção das várias perspetivas de funcionalidade utilizando uma abordagem biopsicossocial (DGS, 2004).

O TAPP é constituído por cento e sete itens que abrangem diversas atividades comunicativas do dia-a-dia do paciente, questionando-se este sobre a frequência com que faz as atividades, em dois momentos específicos, antes e após o AVC. No caso de o paciente ter deixado de efetuar a atividade questiona-se o motivo. Este instrumento permite otimizar a compreensão dos TF sobre as reais consequências da afasia na vida da pessoa. Assim como, permite às PCA participar no seu processo de avaliação, de uma forma mais ativa transmitindo mais claramente as suas ideias.

Porém, para que um instrumento de avaliação possa ser considerado útil e utilizado formalmente é necessário que este seja submetido a um processo de validação. Este foi um dos motivos que levou ao desenvolvimento deste estudo, uma vez que o TAPP não está validado para a população portuguesa. Desta forma pretende-se apetrechar os TF com um instrumento de avaliação, na área da afasia, que permita obter mais informação sobre o paciente, essencial para o planeamento da intervenção.

1.2. Objetivos do estudo

O primeiro objetivo é criar um manual de aplicação do TAPP, que contenha as principais informações sobre o TAPP e o material criado em formato “*aphasia friendly*” (imagens fotográficas; escala visual analógica (EVA); componente motivos) no trabalho de Viana (2014) no sentido de complementar o instrumento. O segundo objetivo é efetuar a validação de conteúdo do TAPP e de todo o material anteriormente referido, através de um painel de peritos da área da Terapia da Fala, mais concretamente especialistas na área da afasia, para assim obter uma versão final do instrumento. O terceiro e último objetivo definido é efetuar a validade concorrente, usando para tal um instrumento que mede o mesmo conceito que o TAPP, nomeadamente o *Frenchay Activities Index* (FAI).

Tendo em conta os objetivos acima descritos foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

1-Será que o “The Activities and Participation Profile – TAPP” apresenta validade de conteúdo?

2-Será que o “The Activities and Participation Profile – TAPP” apresenta validade concorrente?

1.3. Organização da Dissertação

No capítulo 1, introdução, é feita uma breve abordagem ao tema explorado, sendo enumerados os motivos e objetivos pretendidos para a elaboração do estudo, assim como definidas as questões de investigação e a estrutura da Dissertação. O capítulo 2, revisão da literatura, contém um levantamento de informação sobre o tema subjacente ao estudo. Neste faz-se referência aos vários estudos e pressupostos teóricos relacionados com o tema, partindo-se de uma visão mais geral para uma visão mais específica sobre os níveis de atividade e participação das PCA.

No capítulo 3, metodologia, é descrita a metodologia seguida para elaborar o estudo, referindo as várias fases que o constituíram: obtenção das autorizações para a recolha de dados; criação do manual de aplicação do TAPP; validação de conteúdo do TAPP com recurso ao painel de peritos e validade concorrente com recurso ao FAI. No capítulo 4, resultados, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação prática das fases anteriormente definidas. O capítulo 5, discussão, é referente à análise dos resultados obtidos no capítulo 4, tendo por base valores de referência. O capítulo 6, conclusão, é constituído por uma síntese do trabalho levado a cabo, onde se expõem as conclusões, as limitações deste estudo e algumas ideias para o desenvolvimento de trabalhos futuros na área.

Capítulo 2. Revisão da Literatura

No presente capítulo são explorados os principais conceitos relativos ao tema deste estudo, fazendo-se um levantamento de toda a informação relevante. Os conceitos explorados são: a afasia; a etiologia da afasia; o AVC; as consequências da afasia; a CIF; as atividades e participação segundo a CIF; os níveis de atividades e participação das PCA; os modelos de intervenção.

2.1. Afasia

A afasia é definida como sendo uma perturbação adquirida da linguagem de causa neurológica, onde há comprometimento das competências linguísticas (ASHA, 2014; Dalemans, de Witte, Lemmens, Van Den Heuvel, & Wade, 2008). É resultante de uma lesão dos centros da linguagem localizados no cérebro, os quais na maioria das pessoas se encontram no hemisfério esquerdo (ASHA, 2014).

A afasia não deve ser vista como uma perturbação isolada mas sim como um conjunto de perturbações (ASHA, 2014). Assim sendo, esta poderá ser vista como uma perturbação da comunicação que prejudica a capacidade de falar, de compreender, de ler e de escrever, existindo vários graus de comprometimento. Pode mascarar a inteligência e a competência da pessoa para comunicar sentimentos, pensamentos e emoções (Aphasia Institute, 2010; ASHA, 2014; National Aphasia Association, 2011). Para além disto, a afasia é experienciada como um processo complexo, multidimensional e dinâmico que influencia os vários domínios do funcionamento social da pessoa. Afeta a pessoa em diferentes níveis, enquanto alguém que interage com outros, enquanto membro de grupos e enquanto cidadão (Parr et al., 1997).

2.2. Etiologia da afasia

A afasia pode ter diversas etiologias, sendo as mais comuns (Aphasia Institute, 2010; ASHA, 2014): o AVC, que pode ser isquémico, onde há um bloqueio que interrompe o fluxo sanguíneo para uma região do cérebro, ou hemorrágico, onde um vaso sanguíneo rompe e danifica o tecido cerebral à volta; o traumatismo crânio encefálico; os tumores cerebrais; as cirurgias ao cérebro; as infeções cerebrais; e outras doenças neurológicas (por ex.: demência).

2.3. Acidente vascular cerebral

O AVC constitui um dos problemas de saúde mais comuns e dispendiosos, tratando-se de uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006). A população mundial apresenta elevados índices de incidência e prevalência do AVC (Chong & Sacco, 2005). Segundo Lopez et al. (2006), num estudo sobre a prevalência das doenças globais e regionais as doenças do coração e o AVC foram as duas principais causas de morte nos dois grupos de países em análise, o grupo dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento e o grupo dos países desenvolvidos. Estas

causas, em conjunto, foram responsáveis por mais de um quinto das mortes registadas em todo o mundo.

Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte, de incapacidade e de dependência (Sá, 2009). A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2009) refere que a taxa de mortalidade em Portugal por AVC é de cerca de 200/100 mil habitantes e que este é responsável por um elevado grau de incapacidade.

Apesar da elevada mortalidade a maior parte dos pacientes vítimas de AVC sobrevivem à fase aguda da doença. Contudo, apesar de existir uma melhoria no estado de saúde do paciente, muitos ficam com sequelas. Estudos levados a cabo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostraram que nos países com maior taxa de mortalidade por AVC também os anos de vida saudável perdidos pela doença são mais (Sá, 2009). A ocorrência de um AVC aumenta a possibilidade de a pessoa ter incapacidade, de uma forma mais marcada do que em qualquer outra condição de saúde. Esta é então a causa mais comum de incapacidade em adultos (Adamson, Beswick, & Ebrahim, 2004).

Muitas incapacidades são permanentes e ocorrem devido aos efeitos isolados ou combinados (Kelly-Hayes et al., 2003): da hemiparésia (50%) que pode afetar o caminhar (30%); do uso das extremidades superiores para as atividades da vida diária (26%); da depressão (35%); da afasia (19%).

O AVC é a causa mais comum da afasia, e de acordo com a Associação Nacional de Afasia Americana (National Aphasia Association, 2011) cerca de 25% a 40% dos pacientes sobreviventes ao AVC apresentam afasia. Aproximadamente 35% dos adultos admitidos num hospital de cuidado de agudos com o diagnóstico de AVC são identificados com afasia no momento da sua alta (Dickey et al., 2010).

2.4. Consequências da afasia

As manifestações clínicas após a ocorrência do AVC variam significativamente de pessoa para pessoa, dependendo da localização e gravidade da lesão cerebral (ASHA, 2014). Nesse sentido, a afasia pode ser tão grave ao ponto de tornar a comunicação com o paciente quase impossível ou por outro lado pode ser muito ligeira afetando apenas um único aspeto do uso da linguagem, como por exemplo a capacidade de nomear os objetos. Contudo, é mais comum que múltiplos aspetos da comunicação estejam comprometidos, enquanto alguns canais permanecem acessíveis para uma troca de informação limitada (National Aphasia Association, 2011).

A afasia pode influenciar a pessoa de maneiras diferentes, causando-lhe dificuldades em falar e/ou em compreender, tornando impossível comunicar informação básica. Assim sendo, poderá haver repercussões noutras atividades da vida diária da pessoa (Parr, 2007; Zemva, 1999). As mudanças profundas e inesperadas associadas à afasia iniciam uma série de reações que tem impacto em cada aspeto do indivíduo, incluindo reações à doença, à incapacidade, à ideia de si próprio e à capacidade de lidar com o ser socialmente diferente (Zemva, 1999).

A afasia é então uma causa proeminente de limitação nas atividades de comunicação, como por exemplo usar o telefone ou escrever uma carta. Esta vai ter relativamente pouco

impacto direto sobre o desempenho de atividades domésticas e pessoais da vida diária. Por outro lado, vai afetar particularmente as atividades sociais complexas como o trabalho, o participar em atividades da comunidade e as atividades de lazer envolvendo outras pessoas (Dalemans et al., 2008).

A comunicação é central para as relações sociais do ser humano e conseqüentemente qualquer fator que a afete, pode prejudicar a participação social da pessoa, uma vez que esta última depende da capacidade de se envolver com os outros, de interagir, de partilhar e de manter igualdade durante essas interações (Lyon, 2001 citado em Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel, & Wade, 2010).

O impacto social da afasia é portanto suscetível de ser persistente e generalizado e mesmo uma perturbação aparentemente menor da linguagem, pode deixar dificuldades funcionais persistentes. A sua presença poderá ter um impacto significativo na vida diária da pessoa causando o seu isolamento social, solidão, depressão, perda de autonomia, restrição de atividades, mudança de papéis e estigmatização, que persistem para além do término da reabilitação (Parr, 2007; Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005; Zemva, 1999).

Além disso, há ainda uma baixa consciência e pouco conhecimento acerca desta perturbação por parte das pessoas que fazem parte do ambiente em que as PCA estão inseridas (Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler, & Elman, 2002) fazendo com que as PCA experienciem barreiras à comunicação, na sua própria comunidade (Code, 2003).

2.5. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Em 1980, a OMS publicou a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) (WHO, 1980) como um manual de classificação relacionado com as conseqüências da doença. O modelo original da ICIDH reconhece o papel do ambiente dizendo que “as desvantagens refletem a interação com a adaptação ao ambiente do indivíduo” (WHO, 1980). Contudo, foi criticada pela sua falta de reconhecimento explícito acerca deste papel do ambiente. Assim sendo, em 2001, a OMS publicou uma nova classificação, a CIF.

A CIF providencia um modelo compreensivo que pode ser usado quando se desenvolve a avaliação, o tratamento e a investigação em PCA ou outras populações (Wallace, 2010). Este modelo teórico baseia-se numa abordagem biopsicossocial, que é utilizada para obter a integração das várias dimensões da saúde, biológica, individual e social (DGS, 2004). O modelo da CIF atende ao envolvimento da pessoa ao nível do corpo, subdividido em estruturas corporais e funções do corpo, e ao nível das atividades e participação. As estruturas corporais referem-se às partes anatómicas do corpo, que no caso da afasia incluem as estruturas cerebrais, as quais não são avaliadas pelos TF. As funções do corpo referem-se às funções fisiológicas dos sistemas do corpo como o cérebro, incluindo as funções mentais/psicológicas (por e.g., memória e linguagem) que podem ser avaliadas pelos TF (Wallace, 2010).

Segundo o modelo da CIF, a funcionalidade torna-se assim um termo mais abrangente, incluindo a interação dos aspetos positivos entre os seus três componentes: *Estruturas e Funções Corporais, Atividade e Participação*. Todos esses níveis de funcionalidade podem

ser influenciados por *Fatores Pessoais e Ambientais*, podendo esses atuar como facilitadores ou barreiras na realização de atividades e na participação. Os *Fatores Ambientais* “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (DGS, 2004) e os *Fatores Pessoais* “são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde “ (DGS, 2004).

A reintegração social e ocupacional de indivíduos que tem uma condição de saúde afetada é declarada como um objetivo primordial da OMS. O foco da CIF muda para a vida social, de que forma as pessoas vivem com as suas condições de saúde, e como estas condições podem ser melhoradas para alcançar uma vida produtiva e realizada no contexto da pessoa (Howe, Worrall, & Hickson, 2004).

As situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições podem ser descritas pela CIF, servindo como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível (DGS, 2004). Para além disso, a CIF providencia um modelo e um sistema de código para um espectro abrangente de comportamentos e envolvimento. Contudo não inclui uma componente de avaliação. Apresenta um modelo teórico sólido onde um teste ou uma série de testes pode ser adaptado para a descrição de casos universais e outros propósitos (Wallace, 2010). A Associação Americana dos Terapeutas da Fala (ASHA) reconhece o valor do modelo proposto pela CIF incluindo-a no âmbito da prática dos TF (ASHA, 2001).

2.5.1. Atividades e Participação segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF apresenta dois níveis possíveis que permitem medir os resultados da reabilitação (Dalemans et al., 2008): *Atividade e Participação*. A componente *Atividade e Participação* abrange a faixa completa de domínios que indicam os aspetos da funcionalidade da pessoa, tanto na perspectiva individual como social (DGS, 2004). O manual da CIF detalha um vasto conjunto de áreas de atividades e de participação da pessoa, as quais envolvem a comunicação e outras que se encontram fora do âmbito desta (Wallace, 2010). Estas áreas vão desde a aprendizagem básica ou a mera observação a áreas mais complexas, tais como interações interpessoais ou de trabalho (DGS, 2004).

A *Atividade* é definida na CIF como “a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo” (DGS, 2004) e a *Participação* como “o envolvimento numa situação da vida”(DGS, 2004). Qualquer *Limitação à Atividade* é descrita como sendo “dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução da atividade” (DGS, 2004). Quanto às *Restrições de Participação* são “problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento, em situações da vida real” (DGS, 2004). As limitações ou restrições são avaliadas em comparação com um padrão populacional geralmente aceite, ou seja, comparando a capacidade ou desempenho de um indivíduo com o de uma pessoa que não tenha a mesma condição de saúde (doença, perturbação ou lesão) (DGS, 2004).

Porém, o constructo definido na CIF é bastante vago (Dalemans et al., 2008) e desta forma a distinção entre *Atividade e Participação* é pouca explícita (Wallace, 2010), o que origina

uma difícil medição da *Participação*. É provável que a medição em PCA seja ainda mais difícil devido aos seus problemas de comunicação (Dalemans et al., 2008). A *Participação*, comparada com a *Atividade*, é um processo mais complexo e mais dependente de fatores ambientais, que é medida principalmente com autorretratos (Whiteneck, 2003). Mesmo quando as PCA são capazes de responder a um questionário, é difícil distinguir as mudanças ocorridas na *Participação* que se devem especificamente à afasia, das que são resultado de outros fatores (Dalemans et al., 2008).

É de consenso geral que o desempenho ou relatos acerca do desempenho de atividades funcionais individuais não constitui uma participação na vida. Coletivamente, no entanto, informa acerca das atividades funcionais nas quais a pessoa revela informação importante acerca dos seus padrões de atividade. Estes padrões de atividade providenciam informação rica acerca dos papéis que a pessoa desempenha na vida e na participação na vida (Wallace, 2010). Recentemente, a avaliação do nível de participação da pessoa na sociedade tornou-se um importante objetivo na área da saúde (Dalemans, De Witte, et al., 2010).

2.6. Níveis de Atividades e Participação das pessoas com afasia

Para participar socialmente o ser humano precisa de interagir, e a interação implica comunicação e as capacidades de comunicação estão comprometidas nas PCA. A afasia resulta em tensões sociais e psicológicas, as quais afetam as relações e a participação das PCA em diferentes domínios da vida social (Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007; Le Dorze & Brassard, 1995 citado em Dalemans, de Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2010). As PCA têm dificuldades em atividades de comunicação e portanto é muito provável que tenham restrições na sua participação (Dalemans et al., 2008). As atividades são centrais na experiência humana, e fazem parte da vida quotidiana, permitindo à pessoa cumprir as suas necessidades para sobreviver (Yerxa, 1998). Quando ocorre a perda total ou parcial da capacidade de linguagem e conseqüentemente uma parte significativa da capacidade de comunicar, esta torna-se uma perda devastadora para a pessoa, afetando todos os aspetos da sua vida. A incapacidade para falar causa profunda frustração, o ser incapaz de expressar os seus sentimentos, conhecimentos e personalidade como fazia antes da ocorrência do AVC. A perda da capacidade comunicativa significa uma profunda perda de autonomia e igualdade como parceiro, amigo, vizinho ou cidadão (Johansson, Carlsson, & Sonnander, 2012).

Nesse sentido, as PCA são confrontadas com um enorme desafio para cumprir os seus papéis, como por exemplo como parceiro, familiar, amigo, membro de um clube ou empregado (Elman, 2005). O que quer que a pessoa já foi ou poderia ter sido é abruptamente alterado pela natureza irreversível e persistente desta perturbação (Lyon et al., 1997).

As PCA apresentam uma grande prevalência da depressão (62-70%) (Kauhanen, Korpelainen, Hiltunen, Maatta, Mononen, Brusin, Sotaniemi, 2000 citado em Hilari, 2011); perda do contacto com os amigos (Hilari & Northcott, 2006); o desempenho de menos atividades sociais do que os seus pares sem afasia; menor satisfação com a realização dessas mesmas atividades (Cruice, Worrall, & Hickson, 2006); qualidade de vida, relacionada com a saúde, comprometida (Hilari, Wiggins, Roy, Byng, & Smith, 2003), um reduzido interesse na participação em atividades (Edwards, Hahn, Baum, & Dromerick, 2006).

O impacto da afasia é verificável através do isolamento social, da discriminação, da exclusão do trabalho, da educação, das atividades de lazer e dos benefícios limitados (Parr, 2001; Parr, Byng & Gilpin 1997). A afasia introduz mudanças e desafios na vida diária da pessoa para estabelecer e manter um estilo de vida satisfatório (Lyon et al., 1997). As mudanças acontecem ao nível das atividades diárias e das relações com os amigos, os familiares e os colegas (Nätterlund, 2010). É difícil encontrar e iniciar novas atividades, sendo a afasia e as incapacidades físicas um obstáculo (Le Dorze & Brassard, 1995 citado em Nätterlund, 2010; Wells, 1999, Zemva, 1999).

No estudo de Astrom et al. (1992) verificou-se que as pessoas que sofreram um AVC reduziram as suas atividades de lazer no interior e exterior da casa. Os problemas de condição física, depois da ocorrência do AVC, são uma razão para que a vida fora de casa seja limitada (Code, 2003; Dalemans, De Witte, et al., 2010; Parr, 2007), pois muitos dos pacientes tem dificuldades em caminhar ou usam cadeira de rodas (Rautakoski, 2014). A dificuldade ou a incerteza de realizar atividades ao ar livre pode ser a razão apresentada para que as PCA realizem atividades dentro de casa, onde conhecem o ambiente e onde se sentem mais seguras. Nas atividades ao ar livre pode ser necessário falar com pessoas que não conhecem, ou porque se sentem ansiosos por sair, como resultado das suas incapacidades físicas (Nätterlund, 2010).

As PCA, assim como os seus cuidadores, dizem que ser ativo e participar nos domínios da vida social é muitas vezes difícil. Existem diferenças individuais importantes na participação social das PCA, mas esta é praticamente inexistente (Mazaux et al., 2013). Um menor contacto social é verificado, o que reflete a perda de amigos e familiares, sendo que as suas relações sociais são maioritariamente com a sua família imediata e prolongada (Astrom et al., 1992; Cruice et al., 2006; Hilari & Northcott, 2006). Uma grande mudança também acontece com os contactos dos colegas de trabalho, uma vez que muitas das PCA não voltam a trabalhar (Parr, 2007).

A redução do contacto social provoca experiências de sofrimento nas PCA, notando-se um afastamento dos seus pares sem afasia. Num estudo de Andersson & Frindlund (2002) sobre a experiência das PCA em encontros com pares sem afasia, estas referiram sentirem-se rejeitadas devido à sua incapacidade. A afasia causa mudanças no estilo de comunicação das pessoas, sendo que estas passam a ser menos faladoras do que eram antes, iniciam conversas com menos frequência, têm dificuldades em iniciar, manter e mudar os tópicos de conversa, assim como iniciar reformulações do enunciado. A forma como os indivíduos gerem os tópicos de conversação é também um aspeto crítico para o sucesso da interação (Coelho, Liles, Duffy, & Clarkson, 1992).

As situações referidas podem ser descritas como uma diminuição da atividade e participação quando os termos da CIF são usados (Rautakoski, 2014). Assim, uma menor participação social tem consequências, levando a que as PCA tenham um acesso limitado aos seus pares não havendo assim oportunidades de estabelecer amizades ou de conhecer pessoas (Code, 2003; Dalemans, De Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2008).

Durante o momento da alta da reabilitação, uma grande atenção é dada à funcionalidade física das PCA, contudo deve ser dada mais atenção à severidade da afasia, de forma a compreender melhor quais as suas possibilidades de participação em atividades sociais (Dalemans, De Witte, et al., 2010). Torna-se assim essencial compreender que aspetos da vida das pessoas são os mais afetados (Hilari, 2011). Os profissionais de saúde deverão preocupar-se com a obtenção de conhecimento mais aprofundado, sobre as experiências de vida das PCA, sobre as suas atividades diárias e sobre o suporte na sua vida diária (Nätterlund, 2010). Deverão ter em conta, que tanto *Fatores Pessoais* (demográficos, sociocultural, educação, trabalho, alojamento e morada) como *Fatores Ambientais* (o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem as suas vidas) podem ter um impacto importante na participação na vida das PCA (Howe et al., 2004). Uma maior participação na vida providencia uma base de experiências muito mais rica para a comunicação, sendo que as experiências de vida providenciam temas de conversa (Lyon et al., 1997).

Existe contudo uma falta de pesquisa qualitativa sobre as experiências das PCA e sobre as suas vidas diárias. É então importante analisar as necessidades do paciente, planear a intervenção e reabilitação com base nas suas necessidade e dar suporte às PCA na descoberta de novas atividades (Nätterlund, 2010).

Apesar de poder ser difícil entrevistar as PCA, é essencial não as excluir destes processos pois é importante permitir que as vozes daqueles que são afetados sejam ouvidas, mesmo que a sua linguagem possa ser fragmentada e condensada (Parr, 2001). As PCA desejam ser úteis, significativas e fazer parte da comunidade, querendo não só realizar atividades mas também ver reconhecido o seu desempenho como significativo (Cruice et al., 2006). Elas querem sentir-se como cidadãs na totalidade e serem tratadas com respeito e igualdade (Van de Ven, Post, De Witte, & Van den Heuvel, 2005).

2.7. Modelos de intervenção

Uma variedade de modelos conceptuais foi proposta para compreender e explicar a incapacidade e funcionalidade, tais como o modelo médico, o modelo de reabilitação e o modelo social, definidos na tabela 1.

Modelo Médico	A incapacidade é um problema da pessoa tendo sido causado pela doença ou outro problema de saúde. Necessita de assistência médica com o objetivo de curar ou adaptar o indivíduo (DGS, 2004).
Modelo de Reabilitação	Situa-se entre o modelo médico e o modelo social (Worrall & Hickson, 2003). O foco está na pessoa com a incapacidade e na sua competência de funcionar na vida diária e não apenas na incapacidade em si. Mede a incapacidade tendo em conta as limitações nas atividades que esta causa na vida da pessoa (Leal, 2009).
Modelo Social	A incapacidade é criada pela sociedade, sendo um conjunto complexo de condições criadas pelo ambiente social e não um atributo do indivíduo. Deve haver mudanças a nível ambiental para que haja a participação plena das pessoas com incapacidades na vida social (DGS, 2004).

Tabela 1- Modelos de Intervenção.

Os profissionais de saúde que trabalham com PCA não devem focar-se somente na reabilitação da linguagem e comunicação, (*modelo médico*), pois isso não é suficiente para reabilitar a totalidade do que é a afasia ou das suas consequências (Lyon et al., 1997). De igual modo, não devem avaliar apenas os efeitos dos danos cerebrais, através das modalidades da linguagem e processos mentais, mas também avaliar o impacto dos défices residuais no desempenho do indivíduo nas tarefas diárias e na participação em situações da vida (Ross & Wertz, 2005)- *modelo social*.

A avaliação sistemática da natureza e impacto da afasia pode facilitar não apenas a seleção significativa das metas de terapia para as PCA, mas também verificar a eficácia geral e a eficácia do tratamento (Robey & Schultz, 1998). Um consenso crescente entre os profissionais de saúde que intervêm com estas situações sugere que as intervenções devem promover uma vida digna de ser vivida da perspetiva social, psicológica, emocional e física (Doyle, 2002 citado em Ross & Wertz, 2005).

Contudo, deve-se ter em conta que é difícil quantificar e contabilizar os numerosos fatores que podem afetar a participação na vida, incluindo características do sistema de suporte; da resiliência; das diferenças culturais e pessoais na aceitação da perturbação; de mudanças de papéis; do suporte oferecido pelos outros. Os perfis de participação e papéis das PCA na vida, tal como acontece com todas as pessoas, são únicos e diversos. Fatores intrínsecos e extrínsecos a cada pessoa, incluindo fatores idiossincráticos podem provavelmente afetar os perfis de participação na vida (Dalemans, De Witte, et al., 2010; Howe, Worrall, & Hickson, 2008).

Desta forma, avaliar e reavaliar periodicamente toda a pessoa a partir da sua perspetiva, sobre todas as atividades da sua vida, providencia uma forma de identificar as verdadeiras áreas de participação que são importantes (Wallace, 2010). Uma ampla visão da participação na vida providencia um entendimento mais claro e mais completo sobre todo o quadro de

perfis e necessidades das PCA, para quem a participação é provavelmente melhorada e/ou restringida pela comunicação e outros fatores (Ross & Wertz, 2002; Nätterlund, 2010).

Os profissionais de saúde e outros prestadores de serviços devem promover a comunicação com o fim de atingir a participação social das PCA. Necessitam de dar atenção específica à afasia e às suas consequências se querem ajudar na construção de uma ponte para a participação social das pessoas. Ao reduzir as limitações no desempenho funcional, bem como através da promoção da comunicação, as PCA podem ganhar uma maior participação social (Dalemans, De Witte, et al., 2010).

“É apenas pelas suas atividades que as pessoas podem demonstrar o que são e o que elas esperam vir a ser” (Wilcok, 1993, p.18). Mesmo que a afasia traga muitos obstáculos para a realização das atividades é importante para as PCA serem capazes de participar nas atividades diárias (Nätterlund, 2010).

Capítulo 3. Metodologia

No capítulo em questão é descrita a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo, assim como os testes estatísticos aplicados e os programas utilizados para esse fim.

3.1. Tipo de estudo

O estudo em questão é do tipo observacional, o qual é conduzido sem a ação do investigador. O papel do investigador passa apenas por observar e medir o objeto de estudo (por e.g., pacientes e características da doença) e a forma como o objeto se relaciona com outras condições ou atributos, sem ter qualquer intervenção (Porta, Greenland, & Last, 2008). Neste estudo foi medida a validade de conteúdo do TAPP com recurso a um painel de peritos e o TAPP foi comparado a outro instrumento, a FAI, que avalia o mesmo conceito de base.

A validade e fiabilidade são medidas essenciais em qualquer método experimental, uma vez que são características determinantes para a qualidade dos instrumentos (Breakwell, Hammond, Wright, 2012). Neste estudo pretende-se apenas determinar uma destas características psicométricas, a validade. Segundo Lynn (1986) a validade é um fator crucial na seleção ou aplicação de um instrumento, sendo o grau em que a medida representa com precisão o conceito que está a ser avaliado. Por outras palavras, a definição da validade pode ser resumida pela seguinte questão: “Será que se mede aquilo que se pensa que se está a medir?”.

Existem três tipos de validade (Kerlinger & Lee, 2000), a validade de conteúdo, a validade de critério (onde está inserida a validade concorrente) e a validade de constructo, através das quais pode ser aferida a validade do instrumento. No presente estudo apenas foram aferidas a validade de conteúdo e a validade de critério.

O estudo foi organizado em quatro fases:

- Fase 1 - Obtenção das autorizações para realizar a recolha de dados, efetuando o contacto de várias instituições;
- Fase 2 - Criação do manual de aplicação do TAPP;
- Fase 3 - Estudo da validade conteúdo do TAPP através da sua apresentação a um painel de peritos, com elaboração de questionários para o efeito;
- Fase 4 - Cálculo da validade concorrente através da aplicação da FAI, instrumento que mede o mesmo conceito que o TAPP, a uma amostra de PCA.

3.2. Fase 1- Autorizações para a recolha de dados

3.2.1. Contacto das instituições

Para efetuar a recolha de dados foi necessário definir locais para o efeito, sendo escolhidas instituições com as seguintes características: hospitais com Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) e centros de reabilitação; com pacientes em regime ambulatorio e localizadas geograficamente numa área de fácil acesso para os investigadores. Desta forma foram contactadas dez instituições:

- Centro Hospitalar Médio Ave, Vila Nova de Famalicão;
- Hospital José Luciano de Castro, Anadia;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Centro de Reabilitação do Norte;
- Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, Hospital de São Sebastião;
- Hospital da Misericórdia da Mealhada;
- Hospital Dr. Francisco Zagalo, Ovar;
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano;
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, Rovisco Pais, Tocha,
- Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

As instituições referidas anteriormente foram contactadas através de carta, a qual continha os seguintes elementos e documentos: pedido de autorização para a recolha de dados, resumo e consentimento informado. O pedido de autorização para a recolha de dados (ver Anexo 1) foi dirigido aos presidentes dos conselhos de administração e diretores do SMFR. O resumo (ver Anexo 2) continha uma breve explicação sobre o estudo, o que este englobava e o papel da instituição neste processo.

O consentimento informado foi escrito com base na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (WMA, 2013) e discriminava quais os objetivos do estudo, de que forma este se procedia, se existiam possíveis riscos e possíveis benefícios para os pacientes, se havia custos associados e a garantia da confidencialidade dos dados e resultados obtidos. Através deste consentimento pretendia-se informar o paciente sobre o estudo, para que este pudesse decidir em conformidade se queria ou não participar. O consentimento informado foi elaborado em dois formatos, um formato usual com um texto explicativo (ver Anexo 3) e um formato adaptado para as PCA, formato “aphasia friendly” (ver Anexo 4).

3.2.2. Comissões de ética

Tendo conhecimento, à partida, da inexistência de comissões de ética em todas as estruturas contactadas, como por exemplo no Hospital da Misericórdia da Mealhada, recorreu-se a uma comissão de ética independente. Desta forma contactou-se a comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). A resposta à submissão do estudo foi positiva (ver Anexo 5).

3.3. Fase 2- Criação do manual de aplicação do The Activities and Participation Profile

A primeira versão do TAPP foi construída no âmbito de uma Tese de Doutoramento (Matos, 2012), contudo e de forma a possibilitar às PCA um acesso mais facilitado aos itens do TAPP, considerou-se importante acrescentar material, nomeadamente: uma frase escrita e uma imagem fotográfica para cada um dos itens do TAPP; uma EVA para auxiliar a resposta da componente frequência e opções de resposta para a componente motivos. Todo este material foi desenvolvido em formato “aphasia friendly” por Viana (2014).

Para além do referido anteriormente, criou-se ainda um manual de aplicação do TAPP onde constam todos os materiais anteriormente mencionados (ver Anexo 6), com o objetivo de ser uma fonte de informação sobre o instrumento em causa para quem o queira aplicar. O manual de aplicação foi desenvolvido pela autora deste estudo.

3.4. Fase 3- Validade de conteúdo do The Activities and Participation Profile

A validade de conteúdo é um fator crucial no desenvolvimento de instrumentos, uma vez que esta aborda se os itens medem adequadamente o domínio de conteúdo pretendido (Grant & Davis, 1997). Resulta do julgamento de diferentes peritos, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir (Raymundo, 2009).

Lynn (1986) descreveu a validade de conteúdo como sendo uma avaliação rigorosa que consiste num processo dividido em duas fases: a primeira fase, chamada de desenvolvimento e a segunda fase, chamada de julgamento-quantificação. A primeira fase é referente ao desenvolvimento do instrumento em si, contudo, uma vez que neste caso o instrumento já estava construído passou-se diretamente para a segunda fase.

A segunda fase implica ter um painel de peritos que avaliem a validade dos itens individualmente, assim como no seu conjunto (Lynn, 1986). Para selecionar o painel de peritos consideraram-se as seguintes características sugeridas por Davis (1992) e por Grant & Davis (1997): ter conhecimento sobre a estrutura conceptual envolvida; ter formação relevante na área do estudo e ter experiência clínica na área do estudo com a população alvo. Para além disto, deve-se ainda tentar selecionar peritos de diferentes localizações geográficas (Grant, Kinney, & Guzzetta, 1990).

Quanto ao número de peritos necessários para o painel, Lynn (1986) refere que o número de peritos sempre foi algo arbitrário na determinação da validade de conteúdo, dependendo de quantas pessoas o investigador consegue identificar e contactar. Contudo, este define que o painel de peritos deve ter entre cinco a dez peritos, com um mínimo de três.

3.4.1. Painel de peritos

Foram convidados a participar no estudo e a fazer parte do painel de peritos dez TF que preenchem os requisitos acima mencionados, tendo sido contactados por correio eletrónico. Todos confirmaram terem disponibilidade para participar, contudo aquando do envio dos primeiros questionários, dois destes peritos não responderam na data limite, nem posteriormente numa nova data definida para o efeito. Como tal foram excluídos do estudo sendo o número final de peritos oito.

A tabela 2 representa uma breve caracterização dos peritos que constituíram o painel, tendo em conta as seguintes características: género; idade; grau académico; ano de formação; escola de formação; experiência profissional; anos de experiência profissional com PCA; local de trabalho; zona onde trabalham; formações na área da afasia. Desta forma é possível caracterizar o painel de peritos concluindo-se que este tem mais elementos do género feminino (7) do que elementos do género masculino (1); a média de idades é de 36.5 anos; o grau académico mais comum é o Mestrado (63%) seguido da Licenciatura (38%); o ano

de formação está num intervalo de 1986 a 2009; as escolas de formação são a ESSUA (25%), a ESTSP (38%) e a ESSA (38%); a experiência profissional tem uma média de 14,8 anos; a experiência com afasia tem uma média de 12.8 anos; o local de trabalho mais comum é o meio hospitalar (75%), havendo também clínicas privadas (13%) e centro de reabilitação (13%); a zona onde a maioria trabalha é no Centro (50%), seguindo-se o Sul (38%) e por fim o Norte (13%) e todos fizeram formações na área da afasia (100%).

Características		N=8
Género	Masculino	1 (12.5 %)
	Feminino	7 (87.5%)
Idade (anos)	Média	36.5
	Desvio-Padrão	7.42
	Min.- Máx.	26-49
Grau académico	Licenciatura	3 (37.5%)
	Mestrado	5 (62.5%)
Ano de formação	Min.- Máx.	1986-2009
Escola de formação	ESSUA	2 (25%)
	ESTSP	3 (37.5%)
	ESSA	3 (37.5%)
Experiência profissional (anos)	Média	14.75
	Desvio-Padrão	7.51
	Min.-Máx.	4-27
Experiência com afasia (anos)	Média	12.75
	Desvio-Padrão	7.06
	Min.-Máx.	3-23
Local de trabalho	Meio Hospitalar	6 (75%)
	Clínicas Privadas	1 (12.5%)
	Centro de Reabilitação	1 (12.5%)
Zona onde trabalham	Norte	1 (12.5%)
	Centro	4 (50%)
	Sul	3 (37.5%)
Formações na área da afasia	Sim	8 (100%)
	Não	0

Tabela 2- Caracterização dos peritos.

3.4.2. Questionários aplicados

Após a confirmação de que participariam no estudo, procedeu-se ao envio dos questionários redigidos, os quais foram apresentados em duas fases distintas. Tal deveu-se

ao facto de haver um grande volume de documentos a enviar aos peritos, não querendo sobrecarregá-los.

Na primeira fase enviaram-se os seguintes documentos: um documento com a explicação do TAPP, de forma a contextualizar o perito; o TAPP; o questionário 1 (ver Anexo 7), referente à identificação do perito para obter informações que permitissem caracterizar o painel de peritos e o questionário 2 (ver Anexo 8), referente à avaliação dos itens do TAPP. Os itens foram avaliados tendo em conta quatro critérios, relevância, clareza, ambiguidade e simplicidade (Yaghmaie, 2003). Cada perito pontuou individualmente cada item, segundo uma escala de Likert em que a legenda variava consoante o critério em questão (por exemplo para o critério relevância, 1= não é relevante; 2= item precisa de alguma revisão; 3= relevante mas precisa de uma revisão menor; 4= muito relevante), podendo fazer sugestões.

Na segunda fase foi enviado o questionário 3 (ver Anexo 9) relativo à avaliação do instrumento TAPP no geral, do manual de aplicação, do TAPP em formato “aphasia friendly”, da EVA para a componente frequência e das opções de resposta para a componente motivos. Deste modo, pretendia-se averiguar se estes componentes estavam adequados ou necessitavam de revisão e quais seriam as sugestões dos peritos para essas revisões. Para tal os peritos responderam a várias perguntas através de uma escala de Likert (1= discordo; 5= não concordo, nem discordo; 9= concordo).

3.4.2.1. Análise das respostas dos peritos

Os dados obtidos através do preenchimento dos questionários, pelo painel de peritos, foram do tipo quantitativo e qualitativo. As cotações obtidas relativamente aos itens e às perguntas; sugestões feitas pelos peritos.

Os dados quantitativos foram analisados com base no método de Bland-Altman, o qual avalia a concordância entre duas variáveis através de uma representação gráfica. Utiliza-se um gráfico de dispersão que relaciona a média das duas variáveis com a diferença entre estas, sendo possível verificar o viés (o quanto as diferenças se afastam do valor zero), o erro (a dispersão dos pontos das diferenças em torno da média), os outliers e as tendências (Hirakata & Camey, 2009).

Contudo, neste estudo utilizou-se o método de Bland-Altman modificado, em que o cálculo das diferenças foi substituído pelo cálculo do desvio-padrão (DP) das várias cotações atribuídas pelos peritos, uma vez que existem mais do que dois peritos. Em cada gráfico está representado no eixo das abcissas (x) a média e no eixo das ordenadas (y) o DP das cotações obtidas. Para além disto, está ainda representada a média do DP, um limite inferior que coincide com o eixo das abcissas (x) e um limite superior calculado pelo quantil 95 da distribuição aproximada do DP (Q95). Tal como o método Bland and Altman original, esta adaptação permite analisar quais os itens que revelam maior discrepância, relativamente aos restantes. Os limites de concordância apresentados nos gráficos apenas traduzem o que se espera observar na maioria dos casos, assumindo que os pontos têm um comportamento homogéneo. Este método é útil para detetar itens com comportamentos díspares, relativamente aos restantes, mas não é útil para analisar a concordância em absoluto. Note-

se que se todos os itens apresentarem altos níveis de concordância, é de esperar que a mesma percentagem de pontos (95%) se situe dentro dos limites de concordância. O método Bland-Altman foi calculado usando o programa Microsoft Office Excel 2007.

Para além deste método, calculou-se ainda o Intraclass Correlation Coefficient (ICC), que é uma medida de concordância global, para assim medir o grau de concordância entre os peritos (Griffin, 2013). Para calcular o ICC recorreu-se ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0.

Por fim, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) o qual mede a proporção ou percentagem de peritos que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e dos seus itens. O valor deste índice é calculado com base na quantidade de itens que foram pontuados com cotação de três ou quatro pelos peritos, o que permite determinar a validade de conteúdo de cada item do instrumento e do instrumento na sua totalidade. O IVC é calculado usando a seguinte fórmula: $IVC = \frac{n^\circ \text{ de itens com cotação "3" e "4"}}{n^\circ \text{ total de respostas}}$ (Martuza, 1977; Polit & Beck, 2006). Para efetuar este cálculo foi usado o programa Microsoft Office Excel 2007.

3.5. Fase 4- Validade concorrente

A validade de critério é estudada através da comparação das pontuações dos testes ou escalas, com uma ou mais variáveis externas ou critérios, conhecidos ou que se pressupõem medir a característica que está a ser estudada (Kerlinger & Lee, 2000). A validade em questão é o grau com que um método de medição se vai correlacionar com outros métodos já estabelecidos para o mesmo.

Existem dois tipos de validade de critério, contudo a de interesse para este estudo é a validade concorrente. Esta é o grau com que um novo método se correlaciona com outro já existente e que é considerado válido. A validade concorrente é muitas vezes usada para validar um novo teste (Kerlinger & Lee, 2000). Os resultados obtidos para o TAPP foram comparados com os obtidos pela FAI e com base nestes valores calculou-se a validade concorrente, usando o coeficiente de Spearman, com recurso ao programa SPSS version 20.0.

3.6. Amostra

Para se proceder à recolha de dados foram definidos critérios de inclusão que os pacientes deviam possuir, para assim poderem fazer parte da amostra.

3.6.1. Critérios de inclusão na amostra

Para ser incluídos na amostra os pacientes tiveram que apresentar as seguintes características, as quais foram definidas tendo em conta os critérios aquando do desenvolvimento inicial deste instrumento (Matos et al., 2012):

- Pessoas de ambos os géneros;

- Pessoas de qualquer idade;
- Falantes nativos do Português Europeu;
- Pessoas que estivessem a residir nas suas casas e/ou em casas de familiares, sendo pacientes em regime de ambulatório;
- Pessoas sem problemas de audição ou com conhecimento da influência da perturbação da audição na comunicação;
- Pessoas com diagnóstico de afasia de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986);
- Pessoas com compreensão auditiva de material verbal simples mantida nas provas de compreensão de ordens, dirigidas ao corpo e aos objetos ou com capacidade de resposta sim e não preservada na prova opcional da BAAL (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986);
- Pessoas que não fossem analfabetas;
- Pessoas com diagnóstico de afasia há pelo menos três meses;
- Pessoas sem depressão segundo a CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2004).

No que concerne ao tamanho da amostra, não foi feito nenhum cálculo numérico tendo-se apenas como objetivo obter o maior número possível de participantes. Foram envolvidos inicialmente quinze pacientes, contudo este número sofreu uma redução para sete. Esta redução deveu-se ao facto de quatro pacientes que foram identificados como possíveis participantes do estudo, pelos TF que os acompanhavam, não reunirem os critérios definidos à partida, nomeadamente o nível de compreensão mantida, como tal foram excluídos. Por outro lado, dois pacientes que preenchiam os requisitos foram excluídos devido a questões da sua disponibilidade, sendo que não foi possível terminar a avaliação. Verificou-se ainda que dois pacientes, que inicialmente tinha sido identificados como possíveis participantes do estudo, não cumpriam todos os critérios de inclusão. Apesar de terem o diagnóstico de afasia, um deles não estava a viver em casa mas sim num lar e o outro paciente não tinha como etiologia o AVC.

3.6.2. Instrumentos aplicados aos pacientes

Após a seleção da amostra foram aplicados alguns instrumentos de avaliação aos pacientes. Desta forma, inicialmente foram recolhidos alguns dados pessoais de natureza demográfica (género, idade, escolaridade, profissão, naturalidade e agregado familiar), assim como alguns dados sobre a situação clínica do paciente através de uma ficha de caracterização (ver Anexo 10).

3.6.2.1. Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

A BAAL (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986) foi administrada para confirmar a presença de perturbação da linguagem e como tal foram apenas aplicadas as suas provas nucleares. Deste modo, as provas usadas foram a fluência do discurso; a nomeação de objetos do uso comum por confronto direto; a repetição de palavras isoladas; a

compreensão de ordens (dirigidas ao corpo e aos objetos) e a prova opcional de perguntas de respostas sim e não.

A prova de fluência de discurso é classificada quanto ao tipo e grau, sendo que este último pode variar de zero a cinco, os valores mais altos indicam uma menor alteração do mesmo. A nomeação de objetos do uso comum é realizada com recurso à nomeação de duas séries de oito objetos. Se nomear corretamente é pontuada com um ponto, caso contrário é pontuada com zero pontos. A prova de compreensão auditiva de material verbal simples é realizada através do cumprimento de ordens com alguns objetos da prova de nomeação e partes do corpo do paciente. No total são oito ordens, sendo que se pontua com um ponto se cumprir a ordem à primeira tentativa, meio ponto se for necessário repetir e zero pontos se não for cumprida corretamente. Com uma pontuação igual ou superior a sete conclui-se que esta capacidade está mantida. Porém, se o paciente tiver uma pontuação inferior a sete é aplicada a prova opcional, onde são feitas oito perguntas de resposta sim e não, pontuadas da mesma forma que as ordens anteriormente referidas. A prova de repetição é realizada com trinta palavras pontuando-se com um ponto se repetir adequadamente e zero pontos se isto não se verificar. Com uma pontuação igual ou superior a vinte e três considera-se mantida esta capacidade.

3.6.2.2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

A Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) na versão portuguesa foi aplicada para o estado depressivo de cada paciente (ver Anexo 11). A CES-D é uma escala constituída por vinte itens referentes a sintomas sentidos pela pessoa no decorrer da última semana. O paciente deve ler cada um dos itens e posteriormente selecionar com que frequência sentiu ou experienciou cada um deles. A pontuação que pode ser atribuída a cada item varia de zero a três (0= nunca ou raramente; 1= ocasionalmente; 2=com alguma frequência; 3=com muita frequência ou sempre). Caso se verifique a obtenção de pontuações finais muito altas, tal significa maior número de sintomas depressivos (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Todos os itens foram lidos um a um em voz alta para o paciente, bem como expostos visivelmente ao seu alcance para que o próprio os pudesse ler, caso assim o pretendesse. O preenchimento foi feito pelo avaliador e/ou pelo avaliado, tendo ficado essa decisão ao critério do paciente. Não houve tempo limite de resposta e cada item foi repetido as vezes necessárias para que fosse devidamente compreendido.

3.6.2.3. Frenchay Activities Index

O FAI é um instrumento que avalia a capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) do paciente afetado pelo AVC (ver Anexo 12). A versão utilizada foi desenvolvida por Jesus, Marques, Roberto, Rosa, & Patrício (In Press). A avaliação da capacidade funcional é um bom indicador para visualizar o conjunto de atividades que a pessoa pode executar por si própria, dando a indicação da repercussão da sua incapacidade e das suas limitações (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

A escala em questão é constituída por quinze itens, dez dos quais avaliam com que frequência o paciente executou as AIVD nos últimos três meses e os restantes cinco itens nos últimos seis meses. Para além disso, os quinze itens estão divididos em três subescalas: tarefas domésticas; tempos livres/trabalho e atividades externas (fora de casa). Cada item é avaliado através de uma escala ordinal de zero a três, sendo que a escala contém seis chaves diferentes para as legendas das respostas do paciente. A pontuação de cada subescala é obtida pelo somatório das pontuações das suas respostas (Martins et al., 2003).

3.6.3. Amostra

A tabela 3 tem uma breve caracterização da amostra de PCA que participaram no estudo relativamente às seguintes características: género; idade; estado civil; situação familiar; escolaridade; ocupação profissional; tipo de afasia; tempo de evolução; quadro motor associado; problemas de visão; problemas de audição; acompanhamento em terapia da fala e resultados da CES-D.

Desta forma pode-se caracterizar a amostra: o género mais comum foi o masculino (5) havendo também elementos do género feminino (2); a média de idades é de 58.6; o estado civil em maior número foi o casado (85.7%), havendo apenas um solteiro (14.3%); a maioria dos pacientes vive com o seu cônjuge (85.7%), havendo apenas um paciente que vive com a mãe (14.3%); há pacientes com a 4ª classe (28.6%), pacientes com o 9º ano (28.6%), pacientes com o 12º ano (28.6%) e um paciente com o ensino superior (14.3%); na ocupação profissional verifica-se uma maior percentagem para os que estão reformados (71.4%), havendo um paciente que se encontra no ativo (14.3%) e um paciente que ainda está de baixa médica (14.3%); o tipo de afasia também é diversificado havendo afasia de Broca (57.1%), afasia anómica (14.3%), afasia de condução (14.3%) e afasia transcortical motora (14.3%); o tempo de evolução tem uma média de 4.57 anos; no quadro motor associado verifica-se pacientes com hemiparésia direita (42.9%) e pacientes sem perturbação (57.1%); os problemas de visão existem em alguns pacientes (42.9%) enquanto outros não apresentam estes problemas (57.1%); nenhum paciente apresenta problemas de audição; o acompanhamento em terapia da fala existe na maioria dos pacientes (57.1%), contudo existem pacientes que já não são acompanhados; a média dos resultados da CES-D é de 12.57.

Características	N=7	
Gênero	Masculino	5 (71.4%)
	Feminino	2 (28.6%)
Idade (anos)	Média	58.6
	Desvio-Padrão	12.29
	Min.-Máx.	46-75
Estado civil	Casado	6 (85.7%)
	Solteiro	1 (14.3%)
Situação familiar	Viver com o cônjuge	6 (85.7%)
	Viver com a mãe	1 (14.3%)
Escolaridade	4ª classe	2 (28.6%)
	9º ano	2 (28.6%)
	12º ano	2 (28.6%)
	Ensino Superior	1 (14.3%)
Ocupação profissional	Reformado	5 (71.4%)
	Profissionalmente ativo	1 (14.3%)
	Baixa médica	1 (14.3%)
Tipo de afasia	Afasia de Broca	4 (57.1%)
	Afasia Anômica	1 (14.3%)
	Afasia de Condução	1 (14.3%)
	Afasia Transcortical Motora	1 (14.3%)
Tempo de evolução (anos)	Média	4.57
	Desvio-Padrão	3.55
	Min.-Máx.	1-10
Quadro motor associado	Com hemiparésia direita	3 (42.9%)
	Sem perturbação	4 (57.1%)
Problemas de visão	Sim	3 (42.9%)
	Não	4 (57.1%)
Problemas de audição	Sim	0
	Não	7 (100%)
Acompanhamento em Terapia da Fala	Sim	4 (57.1%)
	Não	3 (42.9%)
CES-D	Média	12.57
	Desvio-Padrão	3.77
	Min.-Máx.	8-20

Tabela 3- Caracterização da amostra de PCA.

Capítulo 4. Resultados

Neste capítulo são expostos os resultados referentes às quatro fases definidas anteriormente para a execução do estudo. Desta forma, na fase 1 constam as respostas das várias instituições contactadas para efetuar a recolha de dados. Na fase 2 a descrição da estrutura do manual de aplicação do TAPP. Quanto à fase 3 enunciam-se os resultados referentes à validade de conteúdo do TAPP e na fase 4 os resultados relativos à validade concorrente.

4.1. Fase 1

Os pedidos de autorização para a recolha de dados foram enviados às dez instituições referidas no capítulo da metodologia, mas apenas três autorizaram a recolha de dados (ver Anexo 13), sendo as seguintes: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Hospital da Misericórdia da Mealhada; o Hospital Dr. Francisco Zagalo em Ovar.

4.2. Fase 2

A primeira versão do TAPP era apenas constituída por uma folha de registo com os vários itens que o constituem. Para completar esta versão foi criado um manual de aplicação para o TAPP, constituído por uma pequena introdução sobre a temática em que o instrumento em causa está inserido, descrição do instrumento, as motivações para a sua criação e os seus objetivos. Referiram-se todas as informações necessárias sobre o seu modo de aplicação e anexou-se o material criado. O manual em questão foi construído com base no manual de provas de avaliação de linguagem complexa (Santos, Neto, Loff, Velez, & Leal, 2013). Tal como restante material criado para o TAPP, o manual foi avaliado pelo painel de peritos, no questionário 3.

4.3. Fase 3

Na validade de conteúdo os resultados apresentados incidem sobre as sugestões e cotações do painel de peritos feitos na resposta ao questionário 2 e ao questionário 3. Desta forma, obtiveram-se dados qualitativos e dados quantitativos.

4.3.1. Dados qualitativos

No questionário 2, relativo à avaliação dos itens do TAPP, o painel de peritos referiu alguns itens que necessitavam de reformulações, enunciando as suas sugestões. Nesse sentido houve itens em que as sugestões foram mínimas, levando a pequenas alterações as quais estão descritas nas tabelas 4a e 4b.

Alterações	Item original	Item modificado
Retirar palavras	<ul style="list-style-type: none">• “Ir almoçar/jantar com os amigos/familiares (em casa) ”;• “Ir levar/buscar o filho/neto à escola”;	<ul style="list-style-type: none">• “Almoçar/jantar com os amigos/familiares (em casa) ”;• “Levar/buscar o filho/neto à escola”;

Tabela 4a-Pequenas sugestões do painel de peritos para os itens do TAPP.

Alterações	Item original	Item modificado
Retirar palavras	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir levar/buscar o neto/filho a outro lugar”; • “Ir viajar (carro/autocarro/avião)”; • “Ir viajar em excursões”; • “Ir visitar alguém (em casa, lar...)”; • “Ir passar fora o fim-de-semana”; • “Ir caminhar/passear a pé”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Levar/buscar o filho/neto a outro lugar”; • “Viajar (carro; autocarro; avião)”; • “Viajar em excursões”; • “Visitar alguém (em casa, lar...)”; • “Passar fora o fim-de-semana”; • “Caminhar/passear a pé”.
Substituir palavras	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir à cabeleireira/barbeiro”; • “Ir às compras às lojas”; • “Ir passear ao jardim”; • “Anotar recados”; • “Lidar/passar cheques”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir ao cabeleireiro/barbeiro”; • “Ir às compras nas lojas”; • “Ir passear no jardim”; • “Escrever recados”; • “Utilizar/passar cheques”.
Retirar e substituir palavras	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir passear ao largo da aldeia/vila...”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Passear no largo da aldeia/vila...”.
Acrescentar palavras	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir à farmácia aos medicamentos”; • “Fazer a vida doméstica”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ir à farmácia comprar os medicamentos”; • “Fazer atividades de vida doméstica”.

Tabela 4b- Pequenas sugestões do painel de peritos para os itens do TAPP.

Contudo, noutros casos as sugestões foram mais pormenorizadas, levando a reformulações, junções e eliminações de itens, as quais estão descritas nas tabelas 5a e 5b.

Item original	Alterações	Item modificado
“Ir a reuniões”	<ul style="list-style-type: none"> • Item pouco claro, não sabendo se trata de reuniões sociais ou profissionais; • Especificar algumas (reuniões pais, condomínio, associações). 	“Ir a reuniões (reuniões de pais, reuniões de trabalho)”.
“Ir à caça/pesca/outros hobbies”	<ul style="list-style-type: none"> • “Outros <i>hobbies</i>” torna o item muito abrangente e também pouco claro; • Especificar com alguns exemplos. 	“Realizar <i>hobbies</i> (ir à caça, ir à pesca)”.
“Ir ao banco/outras instituições públicas”	<ul style="list-style-type: none"> • O banco pode ser incluído nas “outras instituições públicas” e este termo poder ser muito abrangente. 	“Ir a instituições públicas (banco; finanças; segurança social)”.

Tabela 5a- Reformulações dos itens do TAPP pelas sugestões do painel de peritos.

Item original	Alterações	Item modificado
“Ir almoçar/jantar com os amigos/familiares (restaurante)”	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar o “restaurante” para “fora de casa”, uma vez que pode ir almoçar/jantar a casa de alguém. 	“Almoçar/jantar com os amigos/familiares (fora de casa) ”.
“Ir a um jogo (futebol, rugby, ...)”	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o exemplo “rugby” e mencionar um desporto mais português. 	“Ir a um jogo (futebol; ténis; basquetebol) ”.
“Participar ativamente na missa”	<ul style="list-style-type: none"> • Poderiam não saber o que significa participar ativamente; • Dar exemplos. 	“Participar ativamente na missa (fazer uma leitura; cantar) ”.
“Ir ao quintal/agricultura”	<ul style="list-style-type: none"> • Item pouco claro ao que se refere, se simplesmente ir ao quintal ou tratar do quintal/horta. 	“Ir ao quintal/Fazer agricultura”.
“Ler boletins informativos”	<ul style="list-style-type: none"> • Item repetido com o “ler panfletos”. 	Eliminou-se este item.
“Preencher formulários”	<ul style="list-style-type: none"> • Definir ou exemplificar formulários. 	“Preencher formulários (ex: formulário de abertura de conta)”.
“Falar ao telefone/telemóvel”	<ul style="list-style-type: none"> • Item repetido com o “Atender o telemóvel/telefone”. 	Eliminou-se este item
“Dar aulas” e “Dar formação”	<ul style="list-style-type: none"> • Já que os itens “Ter aulas” e “Fazer formação” estão juntos, estes também deveriam estar. 	“Dar aulas/Dar formação”.
“Jardinar”	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma expressão mais comum como “Tratar do jardim” ou “Fazer jardinagem”. 	“Tratar do jardim”.
“Falar com pessoas em lojas”	<ul style="list-style-type: none"> • Item pouco claro/preciso, se se refere a empregados de lojas ou pessoas em geral. 	“Falar com os empregados das lojas”.

Tabela 5b- Reformulações dos itens do TAPP pelas sugestões do painel de peritos.

Relativamente ao questionário 3, sobre o TAPP na sua globalidade incluindo o material criado para este (imagens fotográficas; EVA; componente motivos; manual de aplicação), os peritos também fizeram sugestões, que estão descritas nas tabelas 6a, 6b e 7.

	Sugestões	Itens
Fotografias	Pouco claras, com pouca qualidade e em alguns casos o contraste figura-fundo não era o mais adequado.	“Ir a reuniões”; “Jantar com amigos/familiares (fora de casa) ”; “Fazer voluntariado”; “Confessar-se ao padre”; “Ir à praça”; “Ir medir a tensão”; “Escrever lista de compras”; “Falar com os amigos”; “Contar histórias”; “Falar com estranhos “ e “Tomar conta de familiares”.

Tabela 6a- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3-fotografias.

	Sugestões	Itens
Fotografias	Pouco representativas do item em questão.	“Ir a instituições públicas”; “Participar ativamente na missa”; “Ter relações sexuais”; “Fazer voluntariado”; “Dar catequese”; e “Ir trabalhar”.

Tabela 6b- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3-fotografias.

Motivos	Sugestões
Motivos Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Dificil de compreender “Interações sociais difíceis”.
Motivos Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Acrescentar “Diminuição da capacidade de iniciativa” e “Apatia”, ligada às alterações de humor; • Dificil de compreender “Comunicação sem suporte”; • Modificar “Dificuldades na visão” para “Dificuldades em ver”
Motivos do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Acrescentar “Excesso de informação escrita” para a informação que não está adaptada às para as PCA; • Dificil de compreender “Falta de acessibilidade física”; • Faltam algumas opções.

Tabela 7- Sugestões do painel de peritos ao questionário 3-componente motivos.

As sugestões do painel de peritos obtidas no questionário 3, acima mencionadas, deveriam ter sido incorporadas no TAPP. Contudo, devido a um incumprimento da data limite definida para a entrega do questionário 3, por parte dos peritos, foi impossível aplicar estas sugestões. Desta forma, aplicou-se o TAPP com as alterações dos itens sugeridas no questionário 2 e usou-se o material como foi desenvolvido.

4.3.2. Dados quantitativos

No que concerne aos dados quantitativos, estes foram obtidos através das cotações atribuídas pelo painel de peritos nos questionários 2 e 3. Como já foi referido anteriormente, o questionário 2 é relativo à avaliação dos itens do TAPP e o questionário 3 é relativo ao material criado para o TAPP. As cotações foram analisadas segundo o método gráfico de Bland-Altman (Hirakata & Camey, 2009), tendo-se ainda calculado o ICC e o IVC para as mesmas cotações.

No que concerne ao método Bland-Altman são apresentados cinco gráficos relativamente aos quatro critérios, relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade e um sobre o questionário 3. Também são apresentados cinco valores referentes ao ICC e seis valores para o IVC, quatro referentes aos critérios, um valor referente ao instrumento TAPP na sua globalidade e um referente ao questionário 3.

Critério Relevância

Com base na observação da figura 1 verifica-se que todos os valores estão contidos nos limites esperados de concordância, isto é, não existem itens que tenham um nível de discordância muito superior aos restantes. Contudo, conseguem distinguir-se dois grupos de pontos com significados diferentes em termos da concordância dos peritos. Existe um grupo de pontos, circundado a preto, em que se verifica uma maior concordância relativamente à relevância dos itens do TAPP. Tal é comprovado pelo facto de que apresentam valores baixos de DP, que variam de 0 a 0.7, estão localizados mais perto da média do DP (0.3) e possuem médias mais altas, que variam de 3.6 a 4.

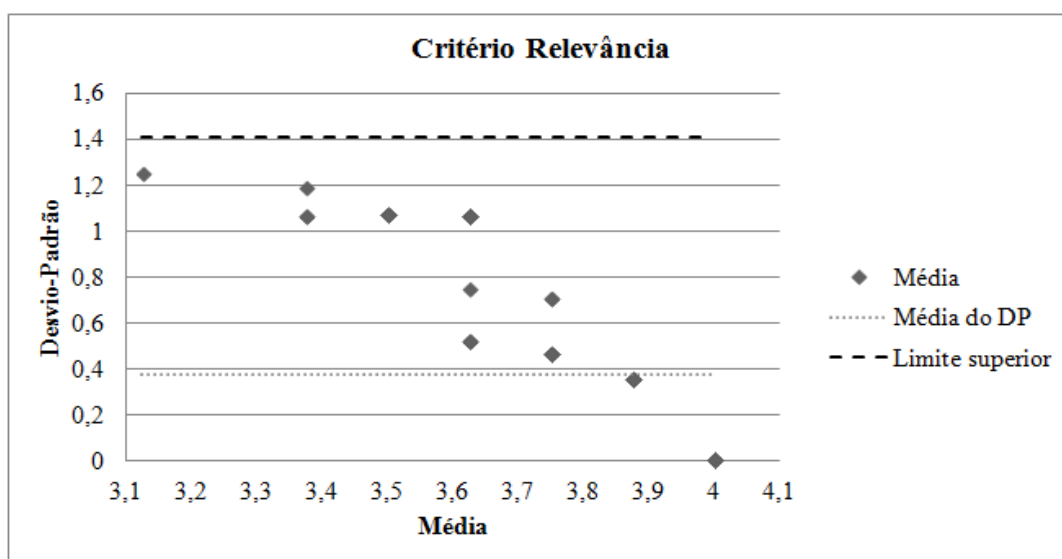


Figura 1- Gráfico de método Bland-Altman para o critério relevância.

Quanto ao grupo de pontos circundado a cinzento, verifica-se uma maior discordância relativamente à relevância dos itens do TAPP, uma vez que tem valores de DP mais altos que variam de 1 a 1.3, encontram-se mais distantes da média do DP e possuem médias mais baixas, que variam de 3.1 a 3.6. Os itens em questão são vinte e nove dos cento e dez itens totais, sendo os seguintes: “Ir ao cinema/teatro”; “Ir a um concerto”; “Ir a museus/galerias arte/exposições”; “Ir passar fora o fim-de-semana”; “Confessar-se ao padre”; “Ir comprar um presente”; “Ler panfletos”; “Ler catálogos”; “Ler mapas e direções”; “Ler horários de comboios/autocarros”; “Ver filmes de vídeo ou DVD”; “Escrever no diário”; “Escrever poemas”; “Escrever postais”; “Preencher formulários”; “Fazer palavras cruzadas/sudoku/sopa de letras”; “Pintar”; “Tocar um instrumento musical”; “Cantar”; “Ter aulas/fazer formação”; “Falar com os animais”; “Falar com as plantas”; “Contar anedotas”; “Dar aulas”; “Dar formação”; “Dar catequese”; “Participar em atividades políticas”; “Fazer voluntariado” e “Encomendar algo (telefone; net....)”.

Desta forma conclui-se que, apesar dos valores se encontrarem dentro dos limites de concordância, o grupo circundado a cinzento apresenta alguma discordância quando comparado com o grupo circundado a preto. Ainda pela observação do gráfico podemos ver que numa maneira geral os valores do DP são um pouco elevados, o que traduz algum nível

de discordância. Este facto reflete-se no valor do ICC=0.153 que traduz uma baixa concordância. O *p-value* foi de 0.071 não sendo estatisticamente significativo ($p>0.05$). No que respeita aos valores do IVC foram os seguintes: oitenta e um itens com o valor de 1.00; vinte e sete itens com o valor de 0.875; um item com um valor de 0.75 e um item com um valor de 0.625.

Critério Clareza

Analisando a figura 2 verifica-se que nem todos os valores estão contidos nos limites esperados de concordância para o critério clareza. Desta forma consegue-se diferenciar um conjunto de pontos que estão localizados acima do limite superior, circundados a cinzento, que apresentam valores do DP elevados, que variam de 0.7 a 1, encontrando-se muito distantes da média do DP (0.16) e com médias que variam de 3.4 a 3.7. Conclui-se assim que este grupo de pontos contém itens cujo nível de discordância se destaca relativamente aos restantes itens, quanto à sua clareza no painel de peritos. Os itens em questão foram seis dos cento e dez itens totais, sendo os seguintes: “Ir à fisioterapia/outros tratamentos...”; “Ir ao banco/outras instituições públicas”; “Ir à farmácia aos medicamentos”; “Dar de comer aos animais”; “Usar o computador: email/net/jogos” e “Escrever no diário”.

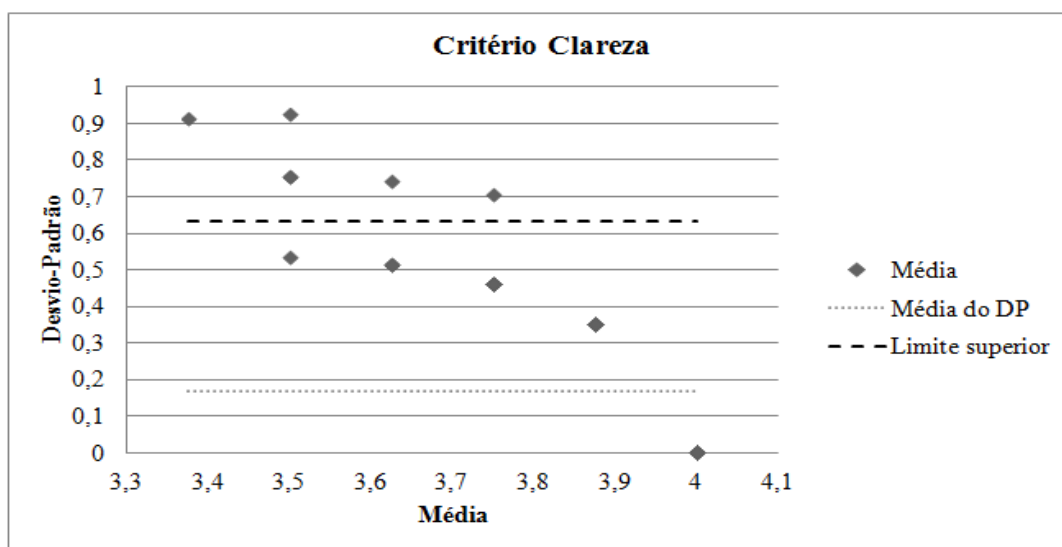


Figura 2- Gráfico de método Bland-Altman para o critério clareza.

Repare-se que, relativamente à figura 1, os valores dos DP apresentados (no geral) não são superiores, antes pelo contrário, o que traduz uma maior concordância global no critério clareza, relativamente ao critério relevância. A razão pela qual existe um conjunto de pontos fora dos limites prende-se com o facto de existir um número muito elevado de itens com concordância total (DP=0) concentrados no ponto de abcissa 4. Este grupo de pontos provoca uma forte diminuição da média do conjunto o que faz diminuir o limite superior proporcionalmente. Existe também um grupo de pontos que se encontra dentro dos limites esperados, apresentando contudo alguma variabilidade nas médias, com variação de 3.5 a 4. Alguns pontos apresentam um DP que não está muito próximo do eixo horizontal, como se

gostaria, sendo trinta e quatro itens dos cento e dez itens totais. Os itens em questão foram os seguintes: “Ir a reuniões”; “Ir à manicura/pedicura/depilação”; “Ir a um bar/discoteca/casino”; “Ir ao clube/associação da terra”; “Ir à caça/pesca/outros hobbies”; “Ir à feira”; “Ir às compras às lojas”; “Ir ao Centro Comercial”; “Ir a um jogo (futebol, rugby)”; “Ir levar/buscar o filho/neto à escola”; “Ir levar/buscar o neto/filho a outro lugar”; “Ir passear ao jardim”; “Ir passar fora o fim-de-semana”; “Participar ativamente na missa”; “Ir ao médico”; “Ir ao quintal/agricultura”; “Fazer a vida doméstica”; “Ler catálogos”; “Ler boletins informativos”; “Ler instruções/etiquetas”; “Ler horários de comboios/autocarros”; “Lidar com dinheiro”; “Lidar/passar cheques”; “Ver televisão”; “Jogar outros jogos tradicionais (malha)”; “Tocar um instrumento musical”; “Cantar”; “Ter relações sexuais”; “Ter aulas/fazer formação”; “Falar com pessoas em lojas”; “Dar orientações à empregada”; “Dar catequese”; “Participar em atividades políticas”; “Encomendar algo (telefone; net)”.

Tal como já foi dito, existem itens que apresentam um DP ideal, zero, assim como a média mais alta, quatro, sendo estes um total de setenta itens dos cento e dez itens totais. Pode afirmar-se que nestes itens o painel de peritos apresentou concordância perfeita quanto à sua clareza. O valor do ICC foi de 0.460 apresentando um *p-value* de 0.000 o que é estatisticamente significativo ($p < 0.05$). Quanto aos valores do IVC foram os seguintes: cento e quatro itens com o valor 1.00; quatro itens com o valor 0.875; dois itens com valor 0.75.

Critério Simplicidade

Na figura 3 pode observar-se que existe um conjunto de pontos, circundados a cinzento, que se encontra acima do limite esperado para os valores de concordância para o critério simplicidade. O grupo de pontos em questão apresenta valores de DP altos, que variam de 0.7 a 0.9, estando longe da média do DP (0.15), assim como médias mais baixas, 3.5. Pode afirmar-se que este grupo de pontos originou discordância no painel de peritos quanto à sua simplicidade. Os itens em questão foram dois dos cento e dez itens totais, sendo os seguintes: “Ir à caça/pesca/outros hobbies” e “Usar o computador: email/net/jogos”.

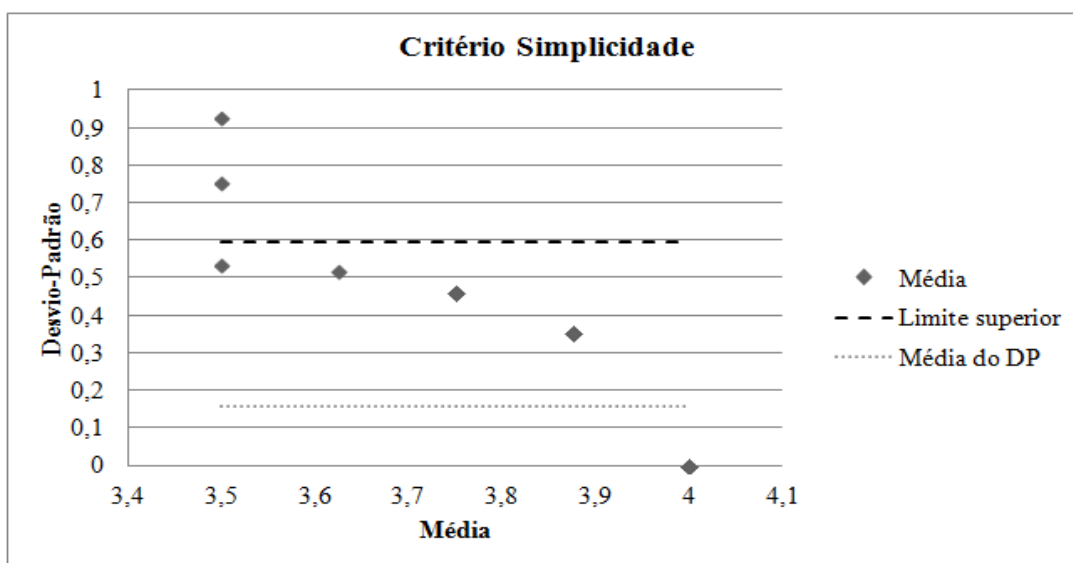


Figura 3- Gráfico de método Bland-Altman para o critério simplicidade.

Por outro lado, existe um grupo de pontos que se encontra dentro dos limites estabelecidos para a ocorrência de concordância entre o painel de peritos. Existe porém alguma variabilidade na média, entre 3.5 a 4, assim como nos valores do DP que variam entre 0 a 0.5. Contudo existem itens que obtiveram um DP ideal (zero) e a média mais alta (quatro), sendo estes sessenta e oito itens dos cento e dez itens totais. Quanto ao valor do ICC este foi de 0.351, sendo o *p-value* igual a 0.000 o que é estatisticamente significativo ($p < 0.05$). Os valores do IVC foram os seguintes: cento e oito itens com valor 1.00; um item com valor 0.875; um item com valor 0.75.

Critério Ambiguidade

A análise da figura 4 revela que existe um grupo de pontos, circundado a cinzento, que está fora dos limites esperados para a concordância quanto ao critério ambiguidade. Neste critério ocorre uma situação semelhante à do critério clareza. O grupo de pontos em questão apresenta valores de DP altos, estando muito longe da média do DP (0.15) e tendo médias que variam de 3.5 a 3.7. Concluindo-se assim que o painel de peritos apresenta alguma discordância no que concerne à ambiguidade destes itens, relativamente aos restantes. Os itens em questão são cinco dos cento e dez itens totais, sendo os seguintes: “Ir à fisioterapia/outras tratamentos...”; “Ir ao banco/outras instituições públicas”; “Dar de comer aos animais”; “Usar o computador: email/net/jogos” e “Falar ao telefone/telemóvel”.

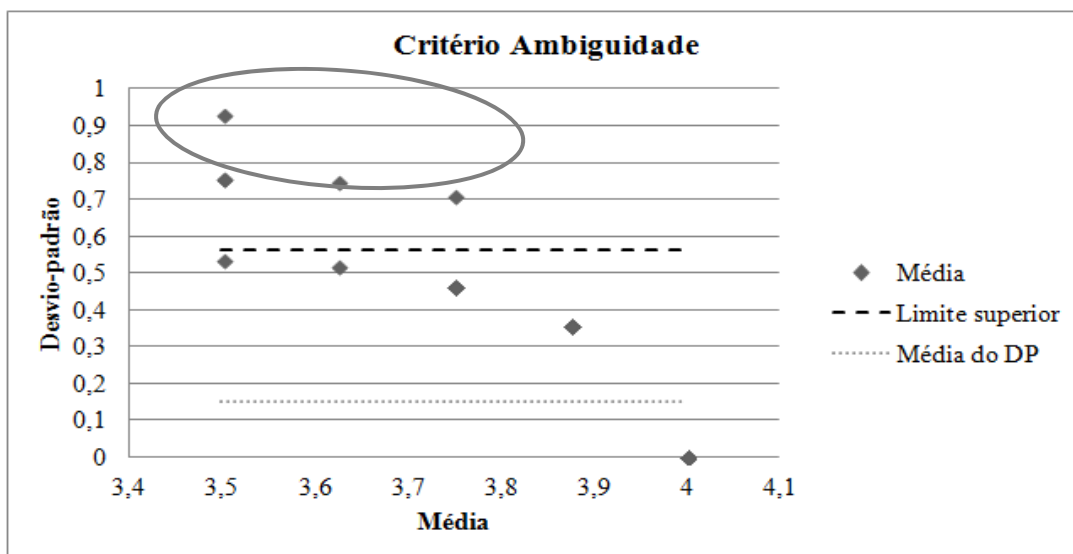


Figura 4- Gráfico de método Bland-Altman para o critério ambiguidade.

Relativamente ao grupo de pontos que se localiza dentro dos limites esperados verifica-se que existe variabilidade nas médias, com valores entre 3.5 a 4, assim como se verifica o mesmo nos valores do DP, que variam de 0 a 0.5. Novamente, existe um conjunto de pontos que apresentam um DP ideal (zero) e a média máxima (quatro), os quais são setenta e quatro itens dos cento e dez itens totais. O valor do ICC foi de 0.421 com um *p-value* igual a 0.000 o que é estatisticamente significativo ($p < 0.05$). Quanto aos valores do IVC são os seguintes: cento e cinco itens com o valor 1.00; quatro itens com o valor 0.875; um item com o valor 0.75. Foi ainda calculado o IVC total do TAPP, considerando as avaliações do painel de peritos a totalidade dos itens, o qual é 0.986.

Questionário 3

Analisando a figura 5 conclui-se que todos os pontos estão dentro dos limites esperados de concordância. Conseguir-se identificar a concentração de um grupo de pontos perto da média do DP (1.19), pontos estes que apresentam DP baixos, que variam de 0.6 a 1.4, e médias elevadas, entre 7 e 9. Porém o valor do limite superior é elevado (4.5) o que tende a acontecer quando existe discordância. Tal pode ser comprovado por quatro pontos que se encontram um pouco distantes do grupo de pontos central.

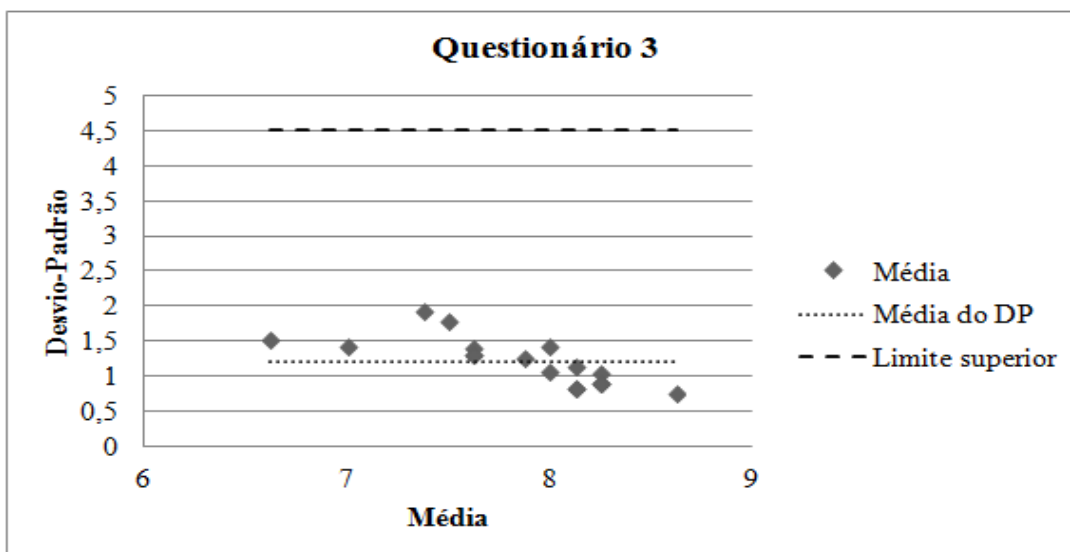


Figura 5- Gráfico de método Bland-Altman para o questionário 3.

Os pontos em questão apresentam valores de DP mais elevados, que variam de 1.5 a 2, sendo que o valor das médias está dentro dos valores referidos para o grupo. As perguntas que originaram esta discordância foram:” Os motivos apresentados para a componente “porquê?” são os mais adequados”; “O formato “aphasia friendly” definido para a apresentação do instrumento à pessoa com afasia é adequado”; “As fotografias, usadas para auxiliar os itens, são claras” e “As fotografias apresentadas são pertinentes”.

No que respeita ao ICC, o seu valor foi de 0.383 com um *p-value* de 0.022 sendo este estatisticamente significativo ($p < 0.05$). Relativamente aos valores do IVC, são os seguintes: duas perguntas com valor 0.777; sete perguntas com valor 0.666; quatro perguntas com valor 0.555; duas perguntas com valor 0.444; duas perguntas com valor 0.333; uma pergunta com valor 0.222.

4.4. Fase 4

Para calcular a validade concorrente, ou seja, medir o grau de correlação entre duas medidas do mesmo conceito, neste caso entre o TAPP e a FAI utilizou-se o coeficiente de Spearman, pois estes instrumentos de avaliação possuem variáveis ordinais, sendo este o coeficiente mais adequado. A FAI foi aplicada aos pacientes pela autora do estudo e os dados do TAPP foram obtidos no estudo de Viana (2014).

Para efetuar o tratamento estatístico dos dados do TAPP foi necessário atribuir valores a cada uma das opções de resposta, ou seja, transformar as respostas em ranks (diário=1; semanal=2; quinzenal=3; mensal=4; raramente=5; nunca=6; deixou de fazer=7). Após isto fez-se a diferença entre os valores pré e pós-AVC, e no fim calculou-se a média.

Na tabela 8 estão referidos os valores das médias para cada paciente, em cada um dos instrumentos aplicados. Relativamente às médias da FAI estas foram valores positivos variando entre 0.47 e 1.93. No caso das médias do TAPP foram obtidos valores negativos, variando entre -1.07 e -0.14. Tal deveu-se ao cálculo das diferenças, sendo que o valor zero

e os valores positivos são considerados bons, porque significam que não houve alterações nos níveis de atividades e participação.

Pacientes	Média na FAI	Média no TAPP
Paciente 1	1.93	-0.38
Paciente 2	0.87	-0.14
Paciente 3	0.87	-0.45
Paciente 4	0.47	-0.97
Paciente 5	0.67	-1.07
Paciente 6	1.6	-0.59
Paciente 7	1.47	-0.49

Tabela 8- Médias obtidas na FAI e no TAPP.

Desta forma, para calcular o coeficiente de Spearman utilizaram-se as médias das pontuações obtidas na FAI e no TAPP, apresentadas na tabela 8. O valor do coeficiente de Spearman foi de 0.505, para um *p-value* de 0.248 que não é estatisticamente significativo ($p > 0.05$).

Capítulo 5. Discussão

Neste capítulo faz-se uma análise crítica do trabalho desenvolvido tendo por base os resultados obtidos. Desta forma, tem-se em conta os valores de referência do ICC e do IVC comparando-os com os valores obtidos. Para além disto, tem-se em conta as características que deve ter o gráfico resultante do método Bland-Altman comparando-o com os gráficos obtidos.

5.1. Fase 1

Para efetuar a recolha dos dados foram contactadas dez instituições mas apenas em três foi possível efetuar a recolha. Constatou-se que o processo de autorização por parte das instituições foi muito moroso e pautado por burocracia. Para as dez instituições foi enviada a mesma informação, sendo que para algumas foi exigida informação extra. Assim sendo, esta disparidade de procedimentos e a falta de um procedimento transversal às várias instituições prejudica a recolha de dados.

Para além do acima referido, em determinadas instituições os estudos têm que ser aprovados pelas comissões de ética, as quais por vezes só se reúnem de mês a mês. Os motivos expostos evidenciam o quão difícil é chegar até aos pacientes em tempo útil e de forma a cumprir os prazos estabelecidos para a recolha de dados. Conclui-se assim que o pouco tempo para efetuar o estudo, aliado a esta burocracia prejudicou a obtenção de um número mais satisfatório para a amostra.

5.2. Fase 2

O manual de aplicação criado para o TAPP foi avaliado no questionário 3, juntamente com o restante material criado. Desta forma, as opiniões dos peritos acerca deste serão exploradas no ponto seguinte que trata da discussão dos resultados da fase 3, a validade de conteúdo do TAPP.

5.3. Fase 3

A validade de conteúdo, como já referido anteriormente, tem como objetivo avaliar em que grau cada elemento que constitui o instrumento de medida é relevante e representativo do constructo (Haynes, Richard, & Kubany, 1995). A avaliação por peritos pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos (Tilden, Nelson, & May, 1990), o que aconteceu no estudo, tendo-se obtido dados qualitativos através das sugestões dos peritos e dados quantitativos na cotação das perguntas dos questionários 2 e 3.

5.3.1. Dados Qualitativos

A avaliação da validade de conteúdo passa normalmente por duas fases (Lynn, 1986), contudo neste estudo foi apenas abordada a segunda fase, o julgamento-quantificação. A fase em questão baseia-se na avaliação do instrumento por um painel de peritos que são especialistas na área. O painel de peritos escolhidos para este estudo teve em conta as

características específicas definidas na literatura por Davis (1992) e por Grant & Davis (1997).

Os peritos que fizeram parte do painel emitiram a sua opinião crítica relativamente aos itens do TAPP, segundo quatro critérios (relevância; simplicidade; ambiguidade; clareza), bem como sobre o novo material. Referiram quais os itens que deveriam ser mantidos, eliminados ou revistos, tal como é proposto por Lynn (1986) e Davis (1992), pretendendo-se averiguar se estes eram adequados ou não.

Na análise das sugestões do painel procedeu-se da seguinte forma, quando houve concordância entre todos os peritos manteve-se o item inalterado. Nos casos de discordância fez-se uma revisão dos itens, tendo em conta as sugestões dos peritos e ponderando a sua inclusão. No que respeita ao questionário 2 procedeu-se a reformulações, com alteração, supressão e junção de palavras. O número total dos itens do TAPP inicialmente era cento e dez e após esta avaliação passou para cento e sete.

Relativamente ao questionário 3, os peritos fizeram sugestões ao nível das fotografias e da componente dos motivos. À partida estas sugestões e opiniões deveriam ser aplicadas ao TAPP e ao seu material, para posteriormente se aplicar aos pacientes. Contudo, devido a um atraso no cumprimento das datas limites estabelecidas para responder ao questionário 3, por parte dos peritos, tal não foi possível. Dessa forma, as reformulações nos itens do TAPP foram feitas e o restante material foi aplicado como foi desenvolvido inicialmente. Considerou-se que seria importante questionar as PCA e reformular apenas no final, em conjunto com as opiniões dos peritos. Contudo, também não possível fazer este levantamento junto das PCA de uma forma formal, com recurso a uma escala para poder ser tratado estatisticamente. Porém, conseguiu-se fazer algumas inferências de forma informal, com recurso à observação do paciente aquando da aplicação do TAPP.

No que diz respeito às fotografias, os peritos referiram aquelas que necessitavam de ser modificadas, devido ao facto de não serem muito claras e/ou serem pouco representativas dos itens. Apesar de se considerar que existem efetivamente fotografias que necessitam de ser alteradas, é de realçar que existem itens do TAPP que são extremamente complexos de representar através de fotografia. Uma das inferências que a autora do estudo retirou foi que nos itens que enumeram várias atividades seria benéfico fazer corresponder uma fotografia para cada item, por exemplo no caso de o “ir ao cinema/teatro”, na fotografia poderia ter uma foto do teatro e outra do cinema. Desta forma, seria mais fácil perceber se as PCA fazem todas aquelas atividades ou se existe alguma que não faz, pois verificou-se em algumas situações que as PCA ficavam focadas na atividade representada pela imagem e não consideravam as outras.

Apesar de o TAPP não ter sido aplicado com as todas as sugestões dos peritos, as fotografias constam como uma das características do formato “aphasia friendly” (L. Worrall et al., 2005). Assim sendo, foram utilizadas com as PCA pois são uma mais-valia na sua compreensão. As fotografias são uma representação de situações da vida real, com as quais as pessoas se identificam e facilita o processo de avaliação. Foi ainda uma forma de perceber qual a reação das PCA ao uso de fotografias, sendo esta positiva uma vez que as fotografias

ajudam a focar a atenção do paciente e tal foi verificado pela observação do paciente ao longo da aplicação do instrumento.

A componente dos motivos também sofreu comentários por parte dos peritos que referem a necessidade de simplificar determinados aspetos e acrescentar outros motivos que não estavam contemplados. Contudo, a presença de uma lista de motivos pode ser uma mais-valia para as PCA sendo mais fácil para estas indicar os motivos. Tal foi possível de observar em situações em que o paciente não conseguiu expressar oralmente a sua ideia e recorreu à lista de motivos apontando qual a opção que contemplava o que pretendia dizer.

Quanto ao manual de aplicação este não teve sugestões por parte dos peritos para efetuar alguma alteração, concluindo-se assim que os peritos consideraram o manual claro, funcional e com uma estrutura adequada. Tal é atestado pelas médias das cotações atribuídas pelos peritos às três afirmações que constavam no questionário 3 e que avaliam estas características. A média obtida em duas afirmações foi de 8.125 e 8.250 noutra afirmação, sendo que a cotação variava de um a nove.

5.3.2. Dados Quantitativos

Segundo Polit (2006) e Martuza (2010) os estudos têm apresentado métodos diferentes para quantificar o grau de concordância, entre os peritos, durante o processo de avaliação da validade de conteúdo. Neste estudo utilizaram-se três métodos: o método de Bland-Altman modificado; o cálculo do ICC; o cálculo do IVC.

5.3.2.1. Método Bland-Altman

Nos gráficos obtidos representou-se a média e o DP, o qual é uma medida de dispersão que permite saber qual a variação em relação à média. Um DP alto indica que os dados têm uma grande dispersão em torno da média, enquanto um DP baixo indica que os dados tendem a estar próximos da média, com pouca dispersão (Callegari-Jacques, 2007). Definiram-se ainda limites os quais formam um intervalo onde devem estar situados, aproximadamente, 95% dos valores. É através destes limites que se avalia a concordância ou a discordância do painel de peritos.

Os gráficos obtidos foram analisados segundo a observação da relação entre os valores do DP, a sua média e a localização destes valores dentro ou fora dos limites calculados. Se a maioria dos valores se encontra dentro dos limites esperados de concordância e o limite superior é reduzido, considera-se que existe uma boa concordância entre os avaliadores. É de salientar que elevados níveis de concordância nestes gráficos traduzem-se por baixos valores do DP, ou seja, pontos que estejam próximos do eixo horizontal. À medida que a discordância aumenta, os valores do DP, bem como o limite superior tendem a aumentar. Os valores que estão fora dos limites são os que merecem maior atenção em termos de análise (Bland & Altman, 1986).

Os itens do TAPP foram alvo de revisão, tendo em conta as sugestões propostas pelo painel de peritos, referidas anteriormente, e a análise dos gráficos. Nesse sentido, os itens que se encontravam fora do limite superior de concordância foram alvo de revisão, assim como os itens que se encontravam dentro dos limites mas apresentavam médias baixas e

valores do DP altos. No que concerne aos itens que estavam dentro dos limites esperados de concordância e apresentavam médias altas e valores do DP baixos, não se realizou nenhuma alteração.

Nos quatro gráficos obtidos para o questionário 2, cada um referente a um dos critérios, relevância, clareza, ambiguidade e simplicidade obtiveram-se resultados satisfatórios. No critério relevância os itens localizaram-se dentro dos limites esperados da concordância, podendo-se distinguir um grupo mais concordante e um grupo com alguma discordância, em concreto vinte e nove itens com médias mais baixas e valores do DP altos. Quanto ao critério clareza, simplicidade e ambiguidade verificou-se a existência de itens fora dos limites esperados de concordância, contudo foram apenas seis itens, dois itens e cinco itens respetivamente. O gráfico obtido para o questionário 3 apresenta os valores dentro dos limites esperados de concordância. Contudo existe um grupo de pontos com valores mais discordantes, mais concretamente quatro pontos. Sendo no total dezoito perguntas, estes quatro valores podem ter alguma influência.

De uma maneira geral, espera-se que 5% dos valores possam estar fora dos limites de concordância (Bland & Altman, 1986), desta forma os resultados dos três critérios são aceitáveis e traduzem a inexistência de discordância elevada por parte do painel de peritos, duns itens relativamente aos restantes. O facto de apenas o critério relevância ter todos os valores dentro do intervalo definido, acontece fundamentalmente porque a discrepância entre itens é mais homogénea. Apesar de, para este critério todos os pontos estarem dentro dos limites esperados, o gráfico é o que apresenta valores mais elevados de DP, na globalidade, e por conseguinte revela uma maior discordância global, relativamente aos restantes critérios

5.3.2.2. Intraclass Correlation Coefficient

Os valores do ICC, uma medida de concordância global, devem ser agrupados nas seguintes categorias (Fleiss, 1981): 0-0.25=nenhuma ou pequena correlação; 0.25-0.50=correlação regular; 0.50-0.75=correlação moderada a boa;> 0.75=correlação muito boa a excelente.

Quanto aos valores obtidos para os critérios em análise, conclui-se que no caso dos critérios clareza, simplicidade e ambiguidade foi obtida uma correlação regular, sendo os valores 0.460; 0.351 e 0.421 respetivamente. No que respeita ao valor obtido no critério relevância este foi baixo, 0.153, correspondendo a uma correlação pequena ou quase nula e na verdade o respetivo *p-value* não foi estatisticamente significativo. Tal pode ser justificado pelo facto de este critério, apesar de os valores estarem localizados nos limites de concordância pelo método Bland-Altman, ter um grupo de valores onde se observa alguma discordância quanto às médias e aos valores do DP. Os itens em questão são vinte e nove, o que é um número considerável num total de cento e dez itens, e portanto pode originar este valor do ICC. Portanto, estes itens merecem uma revisão por parte da autora do estudo para que possam ser melhorados. No questionário 3, o valor do ICC foi de 0.383 que é considerado como uma correlação regular.

Os valores obtidos para o ICC estão longe de serem ideais, contudo tem que se ter em conta o tamanho do instrumento e o facto de termos sete peritos a avaliar esses mesmos itens.

O fator individualidade e o fator crença de cada perito, não podem ser controlados e tem interferência direta sobre o nível de concordância.

5.3.2.3. Índice de Validade de Conteúdo

Segundo Lynn (1986) e Polit & Beck (2010), na validação de conteúdo de cada item, com um painel de peritos constituído por seis ou mais peritos recomenda-se um IVC não inferior a 0.78. No que concerne ao cálculo do IVC do instrumento na sua totalidade, Polit & Beck (2010) sugerem que este seja efetuado somando o IVC de cada item individual e dividindo o total obtido pelo número de itens do instrumento, devendo a proporção final ser de 0.90 ou mais.

Nos valores obtidos para os critérios verificou-se sempre um maior número de itens para o melhor IVC (1.00), o critério relevância teve oitenta e um itens; o critério clareza teve cento e quatro itens; o critério simplicidade teve cento e oito itens e o critério ambiguidade teve cento e cinco itens, num total de cento e dez itens. Verificaram-se apenas alguns itens (num total de seis itens) com um valor abaixo do que é recomendado, o critério relevância teve um item com 0.75 e um item com 0.625; o critério clareza teve dois itens com 0.75; o critério simplicidade teve um item com 0.75 e o critério ambiguidade teve um item com 0.75.

Contudo, na generalidade os valores do IVC foram muito satisfatórios havendo um grande número de itens com um valor de IVC máximo. No caso dos itens com valores abaixo do esperado, estes não foram em número significativo, sendo seis itens num total de cento e dez itens. Tal pode ser comprovado pelo valor do IVC total do TAPP que deu 0.986. Porém, os seis itens que tiveram um valor abaixo devem ser revistos, efetuando alterações se necessário para que numa nova validação do conteúdo tenham valores satisfatórios.

Relativamente ao questionário 3, os valores dos IVC foram muito dispersos e na sua maioria não muito bons, variando de 0.222 a 0.777. Isto pode ser explicado pelo facto de o questionário englobar perguntas que abrangem diversos materiais criados para o TAPP e os reformulados com o formato “aphasia friendly”, o que de certa forma cria alguma variabilidade nas respostas. Esta foi a primeira avaliação dos materiais em questão por um painel de peritos, desta forma deve-se aplicar as suas sugestões e proceder a uma nova avaliação. Melhores resultados serão obtidos numa segunda avaliação.

5.4. Fase 4

Para efetuar a validade concorrente recorreu-se a outro instrumento que mede o mesmo constructo que o TAPP, a FAI, sendo esta aplicada aos mesmos pacientes. Após isto, calcularam-se as médias para cada paciente, tendo em conta cada um dos instrumentos. Através das médias calculou-se o coeficiente de Spearman que deu um valor de 0.505, sendo que o *p-value* não foi estatisticamente significativo (*p-value*=0.248).

O coeficiente de Spearman varia entre -1 e 1, sendo que -1 indica uma correlação perfeita negativa, e 1 indica uma correlação perfeita positiva, sendo que 0 indica ausência de correlação (Callegari-Jacques, 2007). Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário.

Com base no exposto pode concluir-se que o valor obtido para o coeficiente é um valor baixo, que deixa transparecer pouca correlação entre os instrumentos aplicados. Contudo, devem ser realçados alguns aspetos que podem estar a condicionar este valor, tais como o facto de terem sido recolhidos poucos dados, uma vez que a amostra de pacientes é apenas de sete PCA. Poucos dados não permitem retirar grandes conclusões, levando de certa forma à existência de pouca correlação. Para além disto, apesar de o TAPP e a FAI na sua essência medirem o mesmo constructo são instrumentos muito diferentes na sua constituição. A FAI possui apenas quinze itens que são pontuados com uma escala ordinal, de 0 a 3, sendo que no final obtêm-se uma cotação final. Avalia o paciente apenas numa fase temporal, pós-AVC, três e seis meses depois. Já o TAPP é um instrumento muito maior, com cento e dez itens, com um nível de pormenor e especificidade superior ao da FAI. Neste não há cotação, não se obtendo uma pontuação final e avalia a pessoa pré-AVC e pós-AVC.

No caso da FAI quanto maior for a pontuação, mais atividades faz a pessoa. Os valores das médias obtidas neste instrumento foram positivos. No caso do TAPP ao analisar os valores das médias obtidas é possível verificar que todos os valores foram negativos, o que indica que o AVC e a afasia provocam alterações nestes níveis. Como tal é difícil comparar os resultados de instrumentos que avaliam o mesmo constructo mas com características diferentes. Dessa forma não foi possível chegar a conclusões contundentes acerca da validade concorrente do TAPP.

Capítulo 6. Conclusões

6.1. Conclusões

Com o desenvolvimento deste estudo, tendo por base as fases definidas *a priori*, pode-se assim responder às questões de investigação formuladas no início deste trabalho. Conclui-se que o TAPP apresenta validade de conteúdo, sendo tal comprovado pelo cálculo do método de Bland-Altman modificado, os valores do ICC e os valores do IVC obtidos. Foram efetuadas as alterações sugeridas pelo painel de peritos relativamente aos itens do TAPP. Porém falta efetuar as alterações sugeridas no material em formato “*aphasia friendly*”, criado para acompanhar o TAPP.

Quanto à validade concorrente nada pode ser concluído, uma vez que se constatou que a FAI e o TAPP apesar de medirem o mesmo conceito, apresentam estruturas e formas de cotação muito diferentes. Desta forma, o coeficiente de Spearman obtido não foi significativo e como tal não é possível aferir nada a este nível.

6.2. Limitações do Estudo

No decorrer do estudo foram identificadas algumas limitações que tiveram interferência direta na sua realização. Constatou-se que os critérios definidos para a inclusão dos pacientes na amostra foram muito rigorosos. A única etiologia que podia ser incluída no estudo, que consequentemente originava afasia, era o AVC, mas nem todos os pacientes que tiveram um AVC apresentam afasia. A juntar a isto teve-se o facto de que nem todas as PCA podiam ser incluídas na amostra, sendo que se procurava pacientes que apresentassem compreensão mantida. O facto de haver critérios de inclusão muito específicos teve repercussões no tamanho da amostra, que desta forma foi reduzida.

Para além disto, verificou-se que o processo de obtenção de autorizações para efetuar a recolha de dados foi muito morosa e pautada pela burocracia, tendo também impacto direto no tamanho da amostra. Tal é comprovado pelas poucas instituições em que foi possível recolher os dados, apenas três das dez contactadas. Num estudo com estas características, onde é necessário recorrer a instituições para obter pacientes e é necessário todas estas autorizações, o tempo que sobra para o início do trabalho prático é muito pouco. Tal condicionou todo o desenvolvimento do estudo, pois é necessário fazer muito em pouco tempo.

A juntar ao referido anteriormente, o TAPP é um instrumento grande, necessitando de 60 min para a sua aplicação na totalidade. A maior parte das sessões nas instituições duram apenas 30 min e para além disto tem que se ter em conta a disponibilidade do paciente. Dois pacientes foram excluídos da amostra devido a esse motivo. Todos estes fatores estão fora do controlo da autora do estudo, mas tendo repercussões imediatas no seu trabalho.

6.3. Sugestões Futuras

No que concerne a sugestões para a realização de futuros trabalhos, no mesmo âmbito do estudo em questão identificaram-se os seguintes aspetos:

- Aplicar as sugestões do painel de peritos acerca das fotografias e da componente de motivos, que não foi possível aplicar neste estudo;
- Efetuar novamente a validade de conteúdo do TAPP, sendo que nesta versão estariam todas as modificações sugeridas pelos peritos na primeira validação de conteúdo;
- Aplicar o TAPP a uma amostra maior, para que assim os resultados obtidos possam ter uma maior sustentação e fundamentação;
- Obter autorizações de mais instituições para a recolha de dados, para assim ter-se uma área mais abrangente e chegar até mais pacientes;
- Alargar o tempo de elaboração do estudo, o que irá possibilitar também obter uma maior amostra;
- Escolher outro instrumento para efetuar a validade concorrente, que tenha uma estrutura e cotação similar à do TAPP.

Bibliografia

- Adamson, J., Beswick, A., & Ebrahim, S. (2004). Is stroke the most common cause of disability? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 13(4), 171–177.
- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285–292.
- Aphasia Institute. (2010). About aphasia. *Aphasia Institute*. Retrieved from <http://www.aphasia.ca>
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Florida International University.
- ASHA. (2001). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*. American Speech-Language-Hearing Association. Rockville.
- ASHA. (2014). Clinical Topics- Aphasia. *American Speech-Language-Hearing Association*. Retrieved from <http://www.asha.org>
- Association, W. M. (2013). *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos* (pp. 1–4). Fortaleza.
- Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23(4), 527–531.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a Clinical Perspective*. Oxford: Oxford University.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, (1), 307–310.
- Breakwell, G., Smith, J., Wright, D. (2012). *Research Methods in Psychology (4^a ed.)* London: Sage.
- Callegari-Jacques, S. (2007). *Bioestatística. Princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed.
- Cancela, D. M. G. (2008). *O acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação*. Porto.
- Carleto, N. G. (2011). *Qualidade de vida dos pacientes afásicos e seus familiares*. M.Sc. Thesis, University of São Paulo, Brazil.
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Ph. D. Thesis, Universidade de Lisboa.

- Chong, J. Y., & Sacco, R. L. (2005). Epidemiology of stroke in young adults: race/ethnic differences. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 20(2), 77–83.
- Code, C. (2003). The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(3), 379–390.
- Coelho, C. A., Liles, B. Z., Duffy, R. J., & Clarkson, J. V. (1992). Conversational patterns of aphasic, closed-head-injured, and normal speakers. *Clinical Aphasiology Conference*, 21, 183–192.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC - resultados de ua intervenção social*. M.Sc. Thesis, University of Porto, Portugal.
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210–1225.
- Dalemans, R., De Witte, L., Beurskens, A., Van Den Heuvel, W., & Wade, D. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1678–1685.
- Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542–555.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. J. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–550.
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Wade, D. T., & Van den Heuvel, W. J. a. (2008). A description of social participation in working age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071–1091.
- Damásio, A. R. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Ph. D. Thesis, Universidade de Lisboa.
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–340.
- Davidson, B., & Worrall, L. (2000). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (pp. 19–34). New York: Thieme.
- Davis, L. (1992). Instrument Review: Getting the Most From a Panel of Experts. *Applied Nursing Research*, (5), 194–197.

- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde (DGS) Ministério da Saúde.
- Dickey, L., Kagan, A., Lindsay, M. P., Fang, J., Rowland, A., & Black, S. (2010). Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(2), 196–202.
- Doyle, P. J. (2002). Measuring health outcomes in stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (83), 39–43.
- Edwards, D. F., Hahn, M., Baum, C., & Dromerick, A. W. (2006). The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 15(4), 151–157.
- Elman, R. J. (2005). *Social and life participation approaches to aphasia intervention* (3rd ed., pp. 39–51). New York: Thieme.
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Ph. D. Thesis. Universidade de Lisboa, Portugal.
- Garcia, L. J. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need*. New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339–348.
- Grant, J., & Davis, L. (1997). Focus on Quantitative Methods Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Res Nurs Health*, (20), 269–274.
- Grant, J., Kinney, M., & Guzzetta, C. (1990). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), 65–74.
- Griffin, M. (2013). What is the Intra-Class Correlation Coefficient? *Australian Development Agency for Statistics and Information Systems*. Retrieved from <http://www.adasis-oz.com/tips/2013/8/28/what-is-the-intra-class-correlation-coefficient>
- Haynes, S., Richard, D., & Kubany, E. (1995). Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess*, 7(3), 238–247.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211–218.
- Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), 17–36.

- Hilari, K., Wiggins, R., Roy, P., Byng, S., & Smith, S. (2003). Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 365–381.
- Hirakata, V., & Camey, S. (2009). Bland-Altman analysis of agreement between methods. *HCPA*, *29*(3), 261–268.
- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, *22*(10), 1092–1120.
- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2004). Review. *Aphasiology*, *18*(11), 1015–1037.
- Jesus, L., Marques, A., Roberto, M., Rosa, M., & Patrício, B. (2014). *Frenchay Activities Index (FAI) - Versão Portuguesa*. Available from *Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA)*. <http://acsa.web.ua.pt>
- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, *47*(2), 144–155.
- Kauhanen M L, Korpelainen J T, Hiltunen P, Maatta R, Mononen H, Brusin E, Sotaniemi K A, M. V. V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis*, *10*, 455–461.
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. a. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *12*(3), 119–126.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2000). *Foundations of Behavioral Research* (4th ed., pp. 666–671). Northridge, California: Earl McPeck.
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO-model of chronic diseases. *Aphasiology*, *9*, 239–255.
- Leal, A. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. M. Sc. Thesis University of Aveiro, Portugal.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, *367*(9524), 1747–1757.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, *(35)*, 382–385.
- Lyon J, S. B. (2001). *Treating life consequences of aphasia's chronicity* (4th ed., pp. 297–315). Baltimore: Williams and Wilkins.

- Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., ... Blanc, M. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11(7), 693–708.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. San Diego: Plural Publishing Group.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de adaptação e validação do frenchay activities index numa amostra de doentes com baixa escolaridade afetados por acidente vascular cerebral. *Arquivos de Medicina*, 17, 88–91.
- Martuza, V. R. (1977). *Applying norm-referenced and criterion-referenced measurement in education*. Boston: Allyn & Bacon.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia : Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Ph. D. Thesis, University of Aveiro, Portugal.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2010). *The development of a tool to gather information regarding the activities and participation of persons with aphasia in Portugal*. In Proceedings of the 28th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP 2010), Athens, Greece, pp. 64-67.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2013). *Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia*. Aveiro.
- Mazaux, J.-M., Lagadec, T., de Sèze, M. P., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E., ... Darrigrand, B. (2013). Communication activity in stroke patients with aphasia. *Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(4), 341–346.
- Murray, L., & Coppens, P. (2013). *Formal and informal assessment of aphasia* (pp. 66–91). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- National Aphasia Association. (2011). What is aphasia? Retrieved from <http://www.aphasia.org>
- Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117–129.
- Oliveira, L. M. (2008). Afasia e o modelo interacional de comunicação. *Revista Gatilho*, 7(4), 16–25.
- Parr S, Byng S, G. S. (1997). *Talking about aphasia: living with loss of language after stroke*. Open University Press.
- Parr S, Byng S, Gilpin S, I. C. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham: Open University Press.

- Parr, S. (2001). Psychosocial aspects of aphasia: Whose perspective? *Folia Phoniatrica et Logopedica*, 53, 266–268.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123.
- Polit, D., & Beck, C. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, (29), 489–497.
- Porta, M., Greenland, S., & Last, L. (2008). *A dictionary of Epidemiology* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Rautakoski, P. (2014). Communication style before and after aphasia: A study among Finnish population. *Aphasiology*, 28(3), 359–376.
- Raymundo, V. P. (2009). Construção e validação de instrumentos : um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*, 44(3), 86–93.
- Robey, R., & Schultz, M. (1998). A model for conducting clinical outcome research: An adaptation of the standard protocol for use in aphasiology. *Aphasiology*, (12), 787–810.
- Rose, T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). “aphasia friendly” written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347.
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 11–23.
- Ross, K. B., & Wertz, R. T. (2002). Relationships between language-based disability and quality of life in chronically aphasic adults. *Aphasiology*, 16(8), 791–800.
- Ross, K., & Wertz, R. (2005). Advancing appraisal: Aphasia and the WHO. *Aphasiology*, 19(9), 860–900.
- Sá, M. J. (2009). AVC – primeira causa de morte em portugal. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 6, 12–19. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- Santos, M., Neto, B., Loff, S., Velez, C., & Leal, G. (2013). *Provas de avaliação de linguagem complexa- PLINC* (1ª edição., pp. 1–32). Lisboa: Oficina Didáctica.
- Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L., & Elman, R. J. (2002). What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16(8), 837–848.

- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2001). Intervention outcomes: a clinical application of qualitative methods. *Top Lang Disord*, (22), 21–36.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia. *Semin Speech Lang.*, (28), 244–253.
- Simmons-Mackie, N., Threats, T. T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1–27.
- SPAVC. (2009). Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Retrieved from <http://www.spavc.org/engine.php?cat=290>
- Spreen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.
- Tilden, V., Nelson, C., & May, B. (1990). Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nursing Research*, 39(3), 172–175.
- Van de Ven, L., Post, M., De Witte, L., & Van den Heuvel, W. (2005). It takes two to tango: the integration of people with disabilities into society. *Disability & Society*, 20(3), 311–329.
- Viana, I. (2014). *Fiabilidade do The Activities and Participation Profile*. M.Sc. Thesis, University of Aveiro, Portugal.
- Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–450.
- Wells, A. (1999). Family support systems: their role in aphasia. *Aphasiology*, 13(12), 911–914.
- Whiteneck, G. (2003). *Conceptual and definitional issues in postacute care outcomes assessment*. Paper presented at the Outcomes Research in Post-Acute Care: The Intersection of Science, Policy and Practice Conference. Washington.
- WHO. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *World Health Organization*. Geneva.
- WHO. (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- Wilcock, A. A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Occup Sci*, 1, 17–24.
- Worrall, L. (1999). *FCTP - Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow.
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention*. New York: Delmar.

- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology*, *19*(10-11), 923–929.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology*, *19*(10-11), 923–929.
- 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.
- Yaghmaie, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, *3*, 25–27.
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, *52*, 412-418.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, *13*(3), 219–224.

Anexos

Anexo 1-Pedido de Autorização para a Recolha de Dados (exemplo)



Exmo. Senhor

Dr. Aloíseo João

Diretor Clínico do Hospital da Misericórdia da Mealhada

Assunto: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados para investigação.

Eu, Marta Seara, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, e eu, Inês Viana, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a realizar as nossas dissertações sobre o tema – Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia” – “The Activities and Participation Profile – TAPP”, para a população portuguesa. Neste contexto, vimos respeitosamente solicitar autorização para a recolha de dados na vossa instituição, durante o período de março até julho de 2014.

Queremos assegurar que esta investigação não tem qualquer custo, quer para o utente, quer para a sua instituição. Assim como, não tem qualquer risco de participação para o utente, uma vez que não serão efetuados estudos invasivos.

Garantimos desde já confidencialidade relativamente a quaisquer dados pessoais dos vossos colaboradores. Os resultados obtidos neste estudo serão colocados à vossa disposição. Informamos que a Professora Doutora Maria Assunção Matos e o Professor Doutor Luís Jesus são responsáveis pela orientação e coorientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através dos seguintes contactos: maria.matos@ua.pt e imtj@ua.pt. Queríamos ainda informar, que nos encontramos totalmente disponíveis para esclarecimentos adicionais, através dos seguintes contactos: martaseara@ua.pt ou 969982765; inesviana@ua.pt ou 918796763.

Juntamente com este pedido de autorização para a recolha de dados, segue um resumo do estudo a desenvolver, dois consentimentos informados (uma versão standard e uma versão adaptada para pessoas com afasia) e uma cópia do TAPP, instrumento de avaliação a aplicar.

Gratas pela disponibilidade e atenção, com os melhores cumprimentos,

Aveiro, 13 de Fevereiro de 2014

(Inês Viana)

62
(Marta Seara)

Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia”– “The Activities and Participation Profile – TAPP”

O estudo que se pretende realizar tem como objetivo principal a validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia”– “The Activities and Participation Profile – TAPP”. A população-alvo deste estudo deve apresentar as seguintes características: pessoas de ambos os géneros; pessoas de qualquer idade; nativas do Português Europeu; que estejam a residir nas suas casas e/ou em casas de familiares, sendo utentes em regime de ambulatório; sem problemas de audição ou com conhecimento da influência da perturbação da audição na comunicação; com diagnóstico de afasia de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa; nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada; não ser analfabeto; com diagnóstico de afasia há pelo menos 3 meses e sem depressão.

O instrumento em causa é constituído por vários itens relacionados com as várias atividades da vida diária do utente, tendo em conta a componente Atividade e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (WHO, 2001). Nesse sentido, questiona-se o utente sobre a frequência da realização de determinada atividade, antes e após a ocorrência do AVC, sobre os motivos que levaram à sua cessação e se gostaria de retomá-la ou não. Será necessário realizar duas aplicações do instrumento em questão, em dois momentos diferentes, com uma duração de cerca de 45 minutos cada.

A importância deste estudo prende-se com o facto de não existirem instrumentos de avaliação nesta área validados para a população portuguesa. Este instrumento fornece ao terapeuta da fala informações sobre os níveis de atividade e participação na vida diária da pessoa com afasia. Nesse sentido, permite ao terapeuta planear uma intervenção mais individualizada e focada nas necessidades mais prementes do utente.

Anexo 3- Consentimento Informado (formato usual)

FOLHETO INFORMATIVO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia”– “The Activities and Participation Profile – TAPP”

Equipa de Investigação: Inês Viana^a; Marta Seara^a; Assunção Matos^b; Luís Jesus^c

^a Alunas do Mestrado de Ciências da Fala e Audição da Universidade de Aveiro;

^b Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA); Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC);

^c Instituto de Engenharia Eletrónica e Informática de Aveiro (IEETA) e Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

I. INTRODUÇÃO

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação, levado a cabo no âmbito da realização de duas dissertações do Mestrado de Ciências da Fala e Audição da Universidade de Aveiro. Este é um formulário de consentimento, o qual fornece as principais informações sobre o estudo em causa. Pedimos-lhe então, que leia com atenção a informação que se segue. Caso ache que algo está incorreto ou pouco claro, pode solicitar mais informações, questionando a equipa de investigação. Se concordar em fazer parte deste estudo ser-lhe-á pedido que assine este formulário de consentimento, sendo este processo conhecido por consentimento informado. A decisão em fazer parte do estudo é sua, sendo livre de optar por participar ou de se recusar a fazê-lo.

II. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo a validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia”– “The Activities and Participation Profile – TAPP”. O instrumento de avaliação, em questão, permite explorar o impacto que o AVC e, mais especificamente, a afasia podem ter tido na vida diária da pessoa com afasia. Desta forma, permite ao terapeuta da fala recolher um maior número de informações sobre o utente em terapia, o seu quotidiano, as atividades que desenvolve e o seu grau de participação na vida diária. Tudo isto vai permitir ao terapeuta da fala, em colaboração com o seu utente, conceber um plano de intervenção mais adequado às suas necessidades, aumentando assim a eficácia da intervenção terapêutica. Através da realização deste estudo, espera-se que seja possível disponibilizar esta ferramenta de avaliação para todos os terapeutas da fala portugueses, que intervêm diretamente com esta alteração comunicativa.

O estudo será realizado na instituição onde tem as sessões de Terapia da Fala. Será necessário realizar duas aplicações do instrumento em questão, em dois momentos diferentes, com uma duração de cerca de 45 minutos cada. Para a aplicação do TAPP procuramos pessoas que possuam as seguintes características: pessoas de ambos os géneros; pessoas de qualquer idade; nativas do Português Europeu; que estejam a residir nas suas casas e/ou em casas de familiares, sendo utentes em regime de ambulatório; sem problemas de audição ou com conhecimento da influência da perturbação da audição na comunicação; com diagnóstico de afasia de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa; nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada; não ser analfabeto; com diagnóstico de afasia há pelo menos 3 meses e sem depressão.

III. PROCEDIMENTOS

No caso de pretender fazer parte deste estudo, iremos recolher alguns dados pessoais de natureza demográfica (género, idade, escolaridade, profissão, naturalidade e agregado familiar), assim como alguns dados sobre a sua situação clínica. De seguida ser-lhe-á solicitado que colabore num questionário, no qual estão descritas diversas atividades que poderá levar a cabo na sua vida diária. Desta forma, vamos perguntar-lhe com que frequência realizava determinada atividade antes e após o AVC. Se porventura deixou de realizar essa atividade, gostaríamos de saber o motivo da sua cessação e se retomá-la seria importante ou não para si.

IV. POSSÍVEIS RISCOS

Neste estudo não estão previstos quaisquer riscos de participação, uma vez que não serão efetuados procedimentos invasivos, que possam por em risco a sua integridade física e psicológica, assim como o seu bem-estar.

V. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS

De imediato, não existe benefício para os participantes deste estudo, quer a nível financeiro, quer de qualquer outra natureza. No entanto, espera-se que este estudo permita apetrechar os terapeutas da fala com um instrumento que permita avaliar os níveis de atividades e participação da pessoa com afasia com quem intervêm, permitindo contribuir para o aumento da eficácia da intervenção terapêutica, com conseqüente melhoria da qualidade de vida dos seus utentes.

VI. ALTERNATIVAS

Existe outro instrumento que tem o mesmo propósito que o TAPP, denominado Franchay Activities Index (FAI), existindo uma versão adaptada para o Português Europeu. Assim sendo, este também

será aplicado ao utente de forma a comparar os resultados obtidos pelos dois instrumentos e assim concluir se são concordantes ou discordantes.

VII. CUSTOS

Não lhe serão atribuídas quaisquer despesas por participar no estudo, ou seja, a sua participação é de carácter voluntário e sem custos associados. Assim como não será responsável por nenhuma das despesas decorrentes da análise, testes e avaliações exigidas por este estudo.

VIII. COMPENSAÇÃO

Não está disponível qualquer pagamento para os participantes deste estudo.

IX. DIREITO A DESISTIR DO ESTUDO

A participação neste estudo é voluntária, e assim poderá decidir não começar ou cessar a sua participação, a qualquer momento. Ser-lhe-ão comunicadas quaisquer novas informações sobre o estudo que possam modificar a sua vontade de participar. No caso de decidir cessar a sua participação, deverá notificar as investigadoras.

X. CONFIDENCIALIDADE DOS RESULTADOS E DA INVESTIGAÇÃO

Este estudo é confidencial e anónimo. Todas as informações recolhidas e dados obtidos serão apenas usados para o presente estudo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e
Edimburgo 2000)

Título do estudo: Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia”– “The Activities and Participation Profile – TAPP”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do utente ou familiar do utente)
_____, compreendi a explicação que me foi prestada respeitante a este estudo, cujo objetivo é validar um instrumento de avaliação sobre os níveis de atividades e participação da pessoa com afasia, a realizar no hospital que frequento para

a realização das sessões de terapia, em colaboração com a Universidade de Aveiro. Asseguro, de que fui informado acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.

Tomei conhecimento de que para a minha participação serão recolhidos dados sobre mim, sobre a minha doença/situação e sobre as atividades da minha vida diária. Estes dados serão recolhidos de forma completamente anónima e sem fazerem referência à minha identificação pessoal. Na eventualidade da apresentação e da publicação dos resultados do estudo, será garantida a confidencialidade da minha identidade. Poderão ter acesso direto aos testes aplicados para verificação dos procedimentos do registo e/ou dados, monitores, auditores, membros da Comissão ética e Autoridades Regulamentares, na extensão permitida pelas leis e regulamentos aplicáveis.

Não obterei qualquer remuneração financeira ao participar neste estudo e tenho conhecimento que não existe para os investigadores e colaboradores qualquer benefício financeiro na realização do mesmo.

Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que a minha participação é voluntária e tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Assim, declaro a minha vontade em participar voluntariamente neste estudo.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura do utente ou familiar:

Os Investigadores responsáveis:

Nome: Marta Raquel Martins Seara e Inês Fidalgo Viana

Assinaturas:

Consentimento Informado – Pessoas com afasia

Nós somos **ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO.**

Estamos a realizar uma **TESE DE MESTRADO.**

Para isso, vai realizar-se um **ESTUDO.**

Pretende-se **COM ESTE ESTUDO:**

VALIDAR um **INSTRUMENTO** de **AVALIAÇÃO**

que permita ao **TERAPEUTA DA FALA,**

na sua **INTERVENÇÃO,**

COMPREENDER quais as **CONSEQUÊNCIAS** do **AVC** e da

AFASIA, na **VIDA DIÁRIA** de quem os apresenta.

Pretende-se assim, contribuir para o **AUMENTO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA,** com a conseqüente **MELHORIA** da **QUALIDADE DE VIDA** das **PESSOAS COM AFASIA.**

Será necessário **APLICAR** o instrumento em **VÁRIOS MOMENTOS DIFERENTES,** durante aproximadamente **45 MINUTOS,** cada.

O estudo é unicamente para **FINS CIÊNTÍFICOS,** **NÃO TENDO** como objetivo **DIAGNOSTICAR,** **NEM INTERVIR** na sua condição de paciente.

NÃO INTERFERE com o **TRABALHO** desenvolvido pela sua
TERAPEUTA DA FALA.
ASSIM...

Precisamos de recolher alguns dados **SOBRE SI** e a sua
DOENÇA/SITUAÇÃO.

Vamos fazer-lhe **PERGUNTAS** sobre a **FREQUÊNCIA** com que
REALIZA as **ATIVIDADES** da sua **VIDA DIÁRIA.**

Tendo em conta **DOIS MOMENTOS** diferentes, **ANTES E**
DEPOIS DO AVC.

NÃO há **PERIGO** para si.

NÃO TEM que **PAGAR NADA!**

NÃO RECEBE DINHEIRO por fazer este trabalho!

NÃO GANHAMOS DINHEIRO com este trabalho!

PODE ACEITAR OU NÃO colaborar connosco!

ESTE ESTUDO É CONFIDENCIAL E ANÓNIMO!

Pode **DESISTIR** quando **QUISER!**

O estudo foi-me explicado. **COMPREENDI TUDO** o que me foi dito e foram respondidas **TODAS AS QUESTÕES** que coloquei.

Estou **DE ACORDO** em participar no estudo.

Participante (nome completo)

Assinatura

___/___/___

Data

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Certifico que o estudo de investigação foi por mim explicado ao indivíduo acima mencionado, incluindo os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e os benefícios latentes relacionados com a participação neste estudo de investigação e que as questões colocadas foram respondidas satisfatoriamente.

Investigador (nome completo)

Assinatura

___/___/___

Data

Anexo 5- Resposta da Comissão de Ética da UICISA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer Nº P206-04/2014

Título do Projeto: Validação do instrumento de avaliação The Activities and Participation Profile - (TAPP)

Identificação do Proponente

Nome(s): Maria Assunção Matos e Luís Jesus, Inês Viana e Marta Seara

Filiação Institucional: Universidade de Aveiro

Investigador Responsável/Orientador: Maria Assunção Matos

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivo validar o instrumento de avaliação designado por The Activities and Participation Profile - (TAPP) (Perfil de Atividades e Participação da Pessoa com Afasia"), por aplicação a pessoas com este diagnóstico que se enquadrem nos critérios de inclusão definidos para o estudo. Com o instrumento proposto os autores pretendem avaliar os níveis de atividade e de participação da pessoa com afasia na sua vida diária e verificar de que modo o AVC e a afasia afectam o seu dia-a-dia.

Trata-se de um estudo psicométrico em que se pretende realizar a validação do instrumento de medida. Para tal vão ser avaliadas as características psicométricas, a validade e a fiabilidade do instrumento de medida.

A população objecto do estudo será constituída por 20 pessoas diagnosticadas com Afasia. Os critérios de inclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. É apresentado o documento para informação aos participantes assim como da sua aceitação em participar no estudo.

O estudo decorrerá no Hospital da Misericórdia da Mealhada, cuja autorização para realização é apresentada.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: O Presidente da Comissão de Ética: [Assinatura]



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UICISA



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM
DE COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

ESTRUTURA DE APOIO À RECURSOS HUMANOS

Anexo 6- Manual de aplicação

1. Introdução

A causa mais frequente dos problemas neurológicos em adultos é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ardila, 2006b). O AVC é uma patologia caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por, pelo menos, vinte e quatro horas, refletindo o envolvimento do sistema nervoso central como resultado de uma alteração na circulação sanguínea cerebral (Cancela, 2008). Costa (2003) afirma que o AVC desencadeia um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens que provocam efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes, assim como na dos seus prestadores informais de cuidados.

O AVC acarreta muitas incapacidades permanentes devido aos efeitos isolados ou combinados, da hemiparésia (50%) que pode afetar o caminhar (30%) e o uso das extremidades superiores para as atividades da vida diária (26%), da depressão (35%) e da afasia (19%) (Kelly-Hayes et al., 2003).

A afasia, sendo uma consequência da ocorrência de um AVC, consiste na perda ou diminuição da função da linguagem que tem como causa uma lesão a nível cerebral (Benson & Ardila, 1996). A afasia tem também um grande impacto na capacidade de comunicação (Carleto, 2011). A gravidade desta dificuldade irá depender do local e da extensão da lesão, podendo estar alterada a capacidade de produzir fala e/ou a capacidade de compreender a mesma (Oliveira, 2008).

As mudanças profundas e inesperadas que estão associadas à afasia iniciam uma série de reações que têm impacto no indivíduo, nomeadamente reações à doença, à incapacidade, à ideia de si próprio e à capacidade de lidar com o ser socialmente diferente. Para além disto, também toda a família é afetada e não somente as pessoas com afasia (PCA) (Zemva, 1999). Nesse sentido, as consequências que advêm desta condição, como a depressão, a dependência de outros para a realização de atividades de vida diária, alterações de humor e dificuldades ou término de interações sociais, tanto com os amigos como com os familiares, produzem um maior efeito negativo na qualidade de vida das PCA (Carleto, 2011).

De acordo com a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (2004), a *Incapacidade* é caracterizada “como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive.” Quanto ao conceito de *Atividade*, este é descrito como a “execução de uma tarefa ou ação por parte de um indivíduo”. Relativamente à *Participação*, esta é descrita como “o envolvimento de um indivíduo numa determinada situação da vida real” (WHO, 2001, p. 212-213).

De igual modo, segundo a CIF, as *Estruturas do Corpo* são definidas como “partes anatómicas do corpo, como por exemplo órgãos, membros e os seus componentes”. As *Funções do Corpo*

definem-se como “funções fisiológicas dos vários sistemas, incluindo funções psicológicas” (WHO, 2001, p. 212-213).

De acordo com estes conceitos, a afasia tem sido tradicionalmente definida em termos da deficiência das estruturas e funções do corpo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Darley definiu a afasia como uma deficiência multimodal da capacidade de interpretação e formulação dos símbolos da linguagem devido a um dano cerebral. Desta forma, o processamento da linguagem ou funções cognitivas associadas têm sido centrais para definir a afasia. Os aspetos da linguagem que estão alterados relativamente ao domínio das funções do corpo podem incluir dificuldades de nomeação, produção alterada, sintaxe complexa ou dificuldade em ler ou escrever palavras isoladas (Darley, 1982 citado por Simmons-Mackie & Damico, 2001).

Uma vez que a comunicação é necessária para a maior parte das atividades diárias da pessoa, o impacto da afasia nas funções do dia-a-dia pode ser bastante significativo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Investigadores têm descrito a existência de limitações na atividade das pessoas que apresentam afasia (Davidson et al., 2008). Similarmente, a participação nas situações da vida e os papéis sociais desempenhados são também afetados pela afasia, originando isolamento social, a perda do emprego e a redução de atividades de lazer (Davidson & Worrall, 2000 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Parr, Byng, Gilpin, 1997 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Assim sendo, a afasia resulta em tensões sociais e psicológicas, as quais afetam as relações e a participação em diferentes domínios da vida social (Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007; Le Dorze & Brassard, 1995 citado em Dalemans, De Witte, Wade, & Van Den Heuvel, 2010). Podemos assim afirmar que as PCA apresentam deficiências de linguagem, limitações nas atividades de comunicação, restrições de comunicação e restrições na participação (Worrall, Papathanasiou & Sherratt, 2013)

De acordo com Murray & Coppens (2013), a avaliação das PCA deverá incluir medidas que avaliem cada componente considerado na CIF. Deste modo, são necessários instrumentos de avaliação mais abrangentes que os tradicionais. Estes avaliam essencialmente componentes da linguagem que estão afetadas na afasia, tais como a nomeação, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita, ou seja, centram-se nas perturbações das funções e estruturas corporais (deficiências) (Murray & Coppens, 2013). No entanto, não incluem aspetos como a atividade e a participação das PCA. No que concerne à avaliação dos seus níveis de atividade e participação, esta implica a observação dos indivíduos em situações da vida diária ou entrevistas com as PCA ou familiares e/ou cuidadores. Avaliar os níveis de atividade deve também envolver várias medidas de discurso usadas para quantificar e descrever componentes da comunicação diária como a produção de atos de fala, narrativas, piadas ou histórias. No caso da avaliação da participação esta requer a avaliação do

cumprimento dos seus hábitos de vida ou dos papéis de vida considerados por si relevantes (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A descoberta de que as PCA aparentam ter metas de intervenção, ou seja, que os seus objetivos estão distribuídos ao longo de todo o espectro da CIF confirma que os componentes da mesma são importantes para si. A avaliação qualitativa (por ex.: observação, entrevistas, diários informativos) tem sido usada para obter informação acerca dos níveis de participação das PCA, incluindo com quem estas interagem, o que fazem e onde vão (Simmons-Mackie & Damico, 2001). Esta informação ajuda a determinar a disparidade que existe entre os níveis desejados de participação, as mudanças na participação devido à afasia e as metas para uma intervenção focada na participação (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A preponderância dos objetivos para a atividade e participação reflete a importância das atividades de vida diária e reforça a prioridade que as PCA atribuem a estas atividades (Worrall et al., 2011).

2. The Activities and Participation Profile – TAPP

2.1. Descrição

O TAPP destina-se a avaliar os níveis de atividade e participação das PCA, antes e após a ocorrência do AVC e da afasia. É constituído por cento e sete itens que abrangem atividades comunicativas dependentes de capacidades linguísticas e atividades funcionais que fazem parte do dia-a-dia da pessoa, tendo por base a componente de *Atividades e Participação* da CIF (DGS, 2004). Este instrumento tem como população alvo as PCA por etiologia de AVC, numa faixa etária não delimitada. A sua aplicação é individual e estima-se que o tempo de aplicação seja de aproximadamente 60 minutos.

2.2. Criação

O TAPP foi desenvolvido na Universidade de Aveiro (Matos et al., 2013; Matos, 2012). Foi registado e publicado inicialmente em inglês (Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2010), sendo designado como *The Activities/Participation Profile* (TAPP), motivo pelo qual será referido dessa forma.

2.3. Motivações/Objetivos

Os motivos que levaram a autora a criar este instrumento tiveram por base duas questões essenciais. A primeira questão passou pela criação de um instrumento de recolha de dados que

permitisse caracterizar o perfil de atividades e participação das PCA, antes e após o AVC. A segunda questão foi de encontro à tentativa de otimizar a compreensão do profissional de saúde, neste caso dos Terapeutas da Fala (TF), sobre quais as reais consequências do AVC e da afasia na vida diária destas pessoas.

Relativamente aos objetivos definidos com a criação deste instrumento, estes passam por colmatar as dificuldades existentes no processo de avaliação das PCA de maior gravidade, assim como, permitir às PCA uma colaboração mais ativa e igualitária, uma vez que são elementos fundamentais e essenciais em torno dos quais se desenrola todo este processo.

3. Construção dos itens do The Activities and Participation Profile

O TAPP é constituído por:

- Um caderno de suporte que contém cento e sete itens, considerados representativos dos níveis de atividade e participação dos portugueses, escritos em formato “*aphasia friendly*”. Cada item é acompanhado por uma fotografia que o procura ilustrar;
- Uma folha de registo onde o TF anota as respostas das PCA.

Foram ainda acrescentadas três folhas:

- Folha 1 – opções de resposta relativamente à frequência da realização da atividade.
- Folha 2 – motivos pelos quais as PCA poderão ter deixado de realizar determinada atividade.
- Folha 3 – escala analógica com cinco níveis (um a cinco), a fim de facilitar a resposta às perguntas “Gostaria de retomar a atividade” e “Gostaria de fazer”.

No processo de construção do TAPP, a definição dos itens a incluir neste instrumento teve por base várias fontes de informação, nomeadamente:

- ✓ Outros instrumentos de avaliação previamente publicados (Spreeen & Risser, 2003 citado em Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013; Worrall, 1999 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);
- ✓ Investigação publicada em artigos e/ou livros acerca do impacto da afasia nos níveis de atividade e participação (Garcia, 2008 citado em Matos et al., 2013; Martin, Thompson, & Worrall, 2008 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);

- ✓ Opiniões de um grupo de dez Terapeutas da Fala que constituíram o painel de peritos escolhido para a tese de doutoramento da terapeuta da fala Maria Matos. A criação deste painel tinha como principal objetivo questionar os TF acerca das consequências do AVC e da afasia na vida diária dos seus utentes com afasia (Matos, 2012).
- ✓ A experiência clínica e o conhecimento pessoal e profissional da autora do instrumento;
- ✓ A componente *Atividades e Participação* constituinte da CIF (DGS, 2004) que abrange todos os domínios relacionados com os aspetos de funcionalidade numa perspetiva individual e social.

Os itens considerados na construção do TAPP tiveram então por base oito áreas da vida que estão contempladas na componente *Atividades e Participação* da CIF:

Área	Exemplos
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	Ler e escrever;
Comunicação	Falar, escrever mensagens, conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação;
Mobilidade	Andar, deslocar-se, utilização de transportes e conduzir;
Auto cuidados	Cuidar da própria saúde;
Vida doméstica	Aquisição de bens e serviços, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros;
Interações e relacionamentos interpessoais	Relacionamentos íntimos;
Áreas principais da vida	Educação, trabalho remunerado e não remunerado e transações económicas básicas;
Vida comunitária, social e cívica	Recreação e lazer, religião e espiritualidade e vida política e cidadania.

O TAPP foi construído num formato “aphasia friendly” (Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2011; Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2012) a fim de facilitar o acesso das PCA ao seu

conteúdo. Este formato considera quatro características principais: texto simplificado, tanto a nível lexical como a nível de sintaxe; fonte de tamanho grande; texto com grandes espaços brancos e ilustrações que sejam relevantes (Worrall et al., 2005).

No que concerne ao texto simplificado sugere-se o uso da opção negrito para as palavras-chave, linguagem simples e focada no assunto em questão, frases simples e imagens utilizadas com moderação. Quanto à fonte de tamanho grande deve usar-se preferencialmente a de tamanho vinte e quatro contribui assim para uma maior facilidade na compreensão do texto escrito (Rose et al., 2011). No que diz respeito ao espaçamento entre linhas, existe uma preferência quanto ao espaçamento de 1.5 mm em detrimento de outros espaçamentos apresentados (Rose et al., 2012). Por fim, na inclusão de imagens deve optar-se por imagens fotográficas que facilitem a compreensão do texto que acompanham (Rose et al., 2011).

A primeira versão do TAPP era apenas constituída por uma folha de registo com os vários itens. De forma a ter em conta os aspetos referidos anteriormente, esta versão sofreu modificações para que estivesse de acordo com o formato “aphasia friendly”. Nesse sentido, para cada um dos itens que constituem o TAPP foi escrita uma frase com este formato e uma imagem representativas do item em questão. Para além disto, foi criada uma escala visual analógica relativamente à frequência de realização da atividade. Esta escala apresenta cinco níveis (um a cinco), sendo o nível um referente a uma frequência baixa de realização e, aumentando progressivamente, o nível cinco referente a uma frequência mais elevada. Para ajudar as PCA a responderem à pergunta “porque deixou de fazer a atividade?” foi criada uma folha com os diversos motivos que as PCA podem apresentar. Assim sendo, existe uma primeira folha com a pergunta e as categorias major dos motivos: pessoais, sociais e do ambiente. Para cada uma destas categorias são apresentados motivos mais específicos. Por exemplo, se as PCA responderem à questão dizendo que deixou de realizar a atividade por motivos pessoais, ser-lhe-á apresentada uma folha com vários motivos pessoais descritos, tais como a afasia, o medo, as experiências negativas, a novidade, entre outras.

Desta forma, as PCA têm um acesso facilitado ao conteúdo de documentos escritos o que permite uma maior compreensão do que é pedido, a possibilidade de responder adequadamente e, logo, um melhor desempenho ao nível da comunicação.

4. Instruções para a aplicação do The Activities and Participation Profile

Para proceder à aplicação do TAPP devem ter-se em conta as seguintes orientações:

1. Deve ler cada um dos itens em voz alta, sendo que as PCA podem ler simultaneamente para facilitar a compreensão do mesmo;

2. Deve mostrar, simultaneamente à leitura, o item correspondente no caderno de suporte com as imagens e frases individuais;
3. Caso o utente não compreenda o que lhe foi dito da primeira vez, deverá repetir a leitura do item mais lentamente, exemplificando sempre que possível;
4. Deve questionar, então, o utente relativamente à realização de cada item, antes e após a ocorrência do AVC, assim como a frequência com que este era realizado. Por exemplo: “Costumava ir a festas antes de ter o AVC? Com que frequência? E depois do AVC? Com que frequência?”;
5. As opções de resposta quanto à frequência de realização da atividade, que deve apresentar ao utente, são: diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, raramente e nunca. Para tal deverá utilizar a Folha 1 onde estão escritas as várias opções de resposta.
6. No caso de o utente não realizar a atividade antes da ocorrência do AVC, deve questionar-se se este gostaria ou não de fazer atualmente a atividade em questão;
7. No caso de haver a cessação de uma atividade, ou a redução da sua frequência de realização, após a ocorrência do AVC, deve perguntar-se ao utente o motivo porque tal aconteceu e se o utente gostaria ou não de retomar a atividade em questão. Para auxiliar o utente neste processo deve usar a Folha 2 onde estão referidos vários motivos para a cessação ou redução da frequência de realização da atividade em questão.
8. Deve usar a Folha 3 (escala analógica com números de um a cinco) para responder às perguntas “gostaria de retomar a atividade” e “gostaria de fazer”.
9. As respostas do utente podem ser dadas de forma verbal oral ou então apontando para o caderno de suporte, onde estão escritas as várias opções de resposta.
10. Quanto aos itens em que é possível especificar a resposta do utente, deve ser-lhe perguntado qual a opção mais apropriada ao seu estilo de vida ou qual a opção que o utente desempenha com mais frequência ou gosta mais. A resposta deve ser sublinhada na folha de registo. Esta situação pode acontecer nos itens: “Ir a um bar/discoteca/casino”, “Realizar *hobbies*”, “Ir ao

cinema/teatro”, “Levar/buscar o filho/neto (...)”, “Tocar um instrumento musical” ou “Encomendar algo”.

11. Não há limite de tempo de administração do instrumento;

5. Referências Bibliográficas

- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285–292.
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Florida International University.
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a Clinical Perspective*. Oxford: Oxford University.
- Brown, J. E. & A. M. Hasselkusa (2008). "Professional associations' role in advancing the ICF in speech-language pathology " *International Journal of Speech-Language Pathology* 10(1&2): 78-82.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615.
- Cancela, D. M. G. (2008). *O acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação*. Porto.
- Carleto, N. G. (2011). *Qualidade de vida dos pacientes afásicos e seus familiares*. M.Sc. Thesis, University of São Paulo, Brazil.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC - resultados de ua intervenção social*. M.Sc. Thesis, University of Porto, Portugal.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. J. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–50.
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–40.
- Davidson, B., & Worrall, L. (2000). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (pp. 19–34). New York: Thieme.
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde (DGS) Ministério da Saúde.
- Garcia, L. J. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need*. New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins.

- Grant, J., & Davis, L. (1997). Focus on Quantitative Methods Selection and Use of Content Experts for Instrument Development, 269–274.
- Grant, J., Kinney, M., & Guzzetta, C. (1990). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), 65–74.
- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618–643.
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D’Agostino, R. B., & Wolf, P. a. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 12(3), 119–26.
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO-model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239–255.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. San Diego: Plural Publishing Group.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Atividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Ph. D. Thesis, University of Aveiro, Portugal.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2010). *The development of a tool to gather information regarding the activities and participation of persons with aphasia in Portugal*. In Proceedings of the 28th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP 2010), Athens, Greece, pp. 64-67.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2013). *Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia*. Aveiro.
- Oliveira, L. M. (2008). Afasia e o modelo interacional de comunicação. *Revista Gatilho*, 7(4), 16–25.
- Parr S, Byng S, Gilpin S, I. C. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham: Open University Press.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123.
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). “aphasia friendly” written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347.
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 11–23.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2001). Intervention outcomes: a clinical application of qualitative methods. *Top Lang Disord*, (22), 21–36.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia, 1(212), 244–253.
- Spreen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.
- Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50.

- WHO. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. *World Health Organization, 18*(4), 237.
- WHO. (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- Worrall, L. (1999). *FCTP - Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow.
- Worrall, L., Davidson, B. (2013). "Living with Aphasia: A Client-Centered Approach" in Papathanasiou, I, Coppens, P., Potagas, C. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention*. New York: Delmar.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology, 19*(10-11), 923–929.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology, 21*(1), 124–136.
- 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, (October), 37–41.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology, 13*(3), 219–224.

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzena l	Mensal	Rarament e	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ir a festas (1, 10, 12, 16)										
Ir a reuniões (reuniões de pais, de trabalho) (3)										
Ir à fisioterapia/outros tratamentos (5, 10)										
Ir ao cabeleireiro/barbeiro (5, 10)										
Ir à manicura/pedicura/depilação (5)										
Ir ao café (3, 10, 15)										
Ir a um bar/discoteca/casino (14)										
Ir ao clube/associação da terra (3, 8, 12)										
Realizar <i>hobbies</i> (ir à caça/pesca...) (3, 8, 9)										
Ir a instituições públicas (banco, finanças, segurança social...) (8, 10)										
Ir à praça (5)										
Ir à feira (5)										
Ir às compras nas lojas (1, 3, 4, 10, 15)										
Ir às compras ao supermercado (5, 10)										
Ir ao Centro Comercial (5)										
Almoçar/jantar com amigos/familiares (em casa) (5, 10)										
Almoçar/jantar com os amigos/familiares (fora de casa) (1, 3, 4, 9, 16)										
Ir ao cinema/teatro (1, 3, 4, 8, 10, 12)										
Ir a um concerto (3, 8, 14)										
Ir a museus/galerias arte/exposições (3, 8, 12)										
Ir a um jogo (futebol/ténis/basquetebol...) (1, 3, 4)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê ?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ir trabalhar (1, 4, 8, 9, 10, 15)										
Levar/buscar o filho/neto à escola (3, 10)										
Levar/buscar o filho/neto a outro lugar (3, 10)										
Ir passear no jardim (5)										
Ir passear no largo da aldeia/vila... (5)										
Viajar (carro/autocarro/avião) (3, 4, 8, 9, 10)										
Viajar em excursões (3, 5)										
Visitar alguém (em casa, lar...) (1, 3, 4, 12)										
Ir de férias (10, 15)										
Passar fora o fim-de-semana (12)										
Caminhar/passear a pé (5)										
Ir à praia (5)										
Ir à missa (1, 3, 10)										
Confessar-se ao padre (5)										
Participar ativamente na missa (fazer uma leitura, cantar) (16)										
Rezar (2, 10)										
Ir ao médico (9, 10)										
Marcar uma consulta/exames (15, 16)										
Ir à farmácia comprar medicamentos (1)										
Ir medir a tensão (5)										
Comprar um presente (5)										
Ir ao quintal/Fazer agricultura (1, 10)										
Dar de comer aos animais (12)										

Fazer atividades de vida doméstica (1, 4, 10, 12)										
Tratar das contas da casa (4, 5)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê ?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ler panfletos (2, 16, 17)										
Ler catálogos (2)										
Ler cartas (2, 6, 9, 13, 15, 16)										
Ler revistas (2, 9, 10, 13, 16)										
Ler o jornal (2, 6, 10, 13, 15, 16)										
Ler um livro (2, 6, 9, 10, 13)										
Ler uma história (5)										
Ler mapas e direções (2, 11, 16)										
Ler mensagens no tel. (5)										
Ler extratos bancários (2, 16)										
Ler instruções/etiquetas (2, 11, 16)										
Ler horários de comboios/autocarros (2, 11, 16)										
Conduzir o trator/o carro/ a mota/ a bicicleta... (1, 5)										
Andar em transportes públicos (1, 15)										
Usar o multibanco (16)										
Lidar com dinheiro (7, 13, 15, 16)										
Utilizar/passar cheques (1, 2, 16)										
Usar o computador (email/net/jogos) (6, 10, 15)										
Ver televisão (2, 3, 10, 12, 16)										
Ver filmes de vídeo ou DVD (5, 16)										
Ouvir rádio (2, 6, 10, 16)										
Assinar o nome (13, 15)										
Escrever uma carta (2, 6, 15, 16)										
Escrever no diário (2)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semana 1	Quinzena 1	Mensa 1	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê ?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Escrever poemas (5)										
Escrever postais (2, 9, 16)										
Escrever recados (9, 16)										
Escrever mensagens no telemóvel (2, 6)										
Escrever lista de compras (2, 9, 11, 16, 17)										
Preencher formulários (ex: formulário de abertura de conta) (2, 7, 9, 11, 16)										
Fazer palavras cruzadas/sudoku/sopa de letras (2, 17)										
Jogar as cartas/dados/dominó (3, 12, 16, 17)										
Jogar outros jogos tradicionais (malha, damas) (5, 16)										
Praticar um desporto (3, 8, 9)										
Fazer renda/malha/costura (5, 16)										
Pintar (5)										
Tocar um instrumento musical (5)										
Cantar (5)										
Ter relações sexuais (1, 10)										
Ter aulas/formação (1, 4)										
Falar com a esposa/marido (2, 10)										
Falar com outros familiares (2, 9, 10, 12)										
Falar com os amigos (2, 9, 10, 12, 15)										
Falar com os vizinhos (1, 2, 12)										
Falar com os empregados das lojas (2)										
Falar com estranhos (9, 15)										
Falar em grupo (2, 6)										
Falar ao telefone/telemóvel (2, 11, 17)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semana 1	Quinzena 1	Mensa 1	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê ?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Falar com os animais (2, 17)										
Falar com as plantas (5)										
Contar histórias (3, 9, 16)										
Contar anedotas (3, 9, 16, 17)										
Dar orientações à empregada (5, 16)										
Dar aulas/Dar formação (3)										
Dar catequese										
Participar em atividades políticas (3, 8)										
Tratar do jardim (1, 10, 12, 16)										
Fazer voluntariado (1, 8)										
Tomar conta de crianças (1, 3, 4, 12)										
Tomar conta de familiares (1, 3, 12)										
Encomendar algo (telefone; net...) (5)										
Outras										

Está satisfeito com as atividades que realiza atualmente? Classifique de 1 a 5: _____

Nome: _____

Data: _____

Grelha preenchida por: _____

1. Brown, M., Dijkers, M.P.J.M., Gordon, W.A., Ashman, T., Charatz, H., & Cheng Z. (2004). Participation Objective, Participation Subjective: A measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil*, 19, 459-481.
2. Cruice, M. (2001). Communicative Activities Checklist., Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
3. Cruice, M. (2001). Social Activities Checklist., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada
4. Dijkers, M. (2000). The Community Integration Questionnaire. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. <http://www.tbims.org/combi/ciq> (accessed June 12, 2009).
5. Experiência da Autora
6. Fougereyrollas, P., Noreau, L., Dion, S.A., Lepage, C., Sévigny, M., & St. Michel, G (1997). Life Habits (LIFE –H). International Network of the Disability Creation Process, Lac St. Charles, Québec., em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
7. Frattali, Thompson, Holland, Wohl, & Ferketic. (1995). Functional Assessment of Communication Skills for Adults., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
8. Garcia, J.L. (2008). Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping individuals get what they need em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
9. Garrett, K.L. & Beukelman, D.R. (1997, revised 2006). Aphasia Needs Assessment., em <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeeds.pdf>
10. GE – Grupo de Experts (Fase 1)
11. Holland, Frattali & Fromm (1998). Communicative Activities in Daily Living – Revised., em Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
12. Instituto Nacional Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e Sócio-Económica recente das pessoas idosas. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. Portugal.
13. Sarno, M. T (1969). Functional Communication Profile., em Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
14. Schow, R.L., & Nerbonne, M.A. (1982). Communication Screening Profile: Use with elderly clients. *Ear and Hearing*, 3, 135-147., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
15. Swinburg, K., Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. Connect Press (The communication Disability Network). London. UK.
16. Worrall, L. (1999). *Functional Communication Therapy Planner*. Winslow Press Ltd. United Kingdom.
17. Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.

6. Anexos

6.1. Folha 1 - Opções de resposta

DIÁRIO

SEMANAL

QUINZENAL

MENSAL

RARAMENTE

NUNCA

PORQUE DEIXOU DE FAZER A ATIVIDADE?

MOTIVOS SOCIAIS

MOTIVOS PESSOAIS

MOTIVOS DO AMBIENTE

MOTIVOS SOCIAIS

ATITUDES DAS PESSOAS

AÇÕES DAS PESSOAS

IGNORÂNCIA SOBRE A
AFASIA

INTERAÇÕES SOCIAIS
DIFÍCEIS

MOTIVOS PESSOAIS

AFASIA

MEDO

EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS

NOVIDADE

ATIVIDADE COMPLEXA

MOTIVOS PESSOAIS

O USO DOS BRAÇOS

O USO DAS PERNAS

COMUNICAÇÃO SEM
SUPORTE

TEMPO REDUZIDO PARA
COMUNICAR

MOTIVOS PESSOAIS

DIFICULDADES EM LER

DIFICULDADES EM
ESCREVER

DIFICULDADES NA VISÃO

MOTIVOS DO AMBIENTE

CARACTERÍSTICAS DOS
OBJETOS

FALTA DE ACESSIBILIDADE
FÍSICA

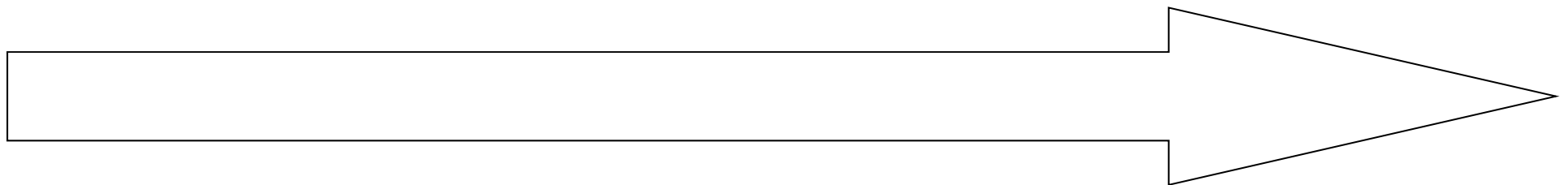
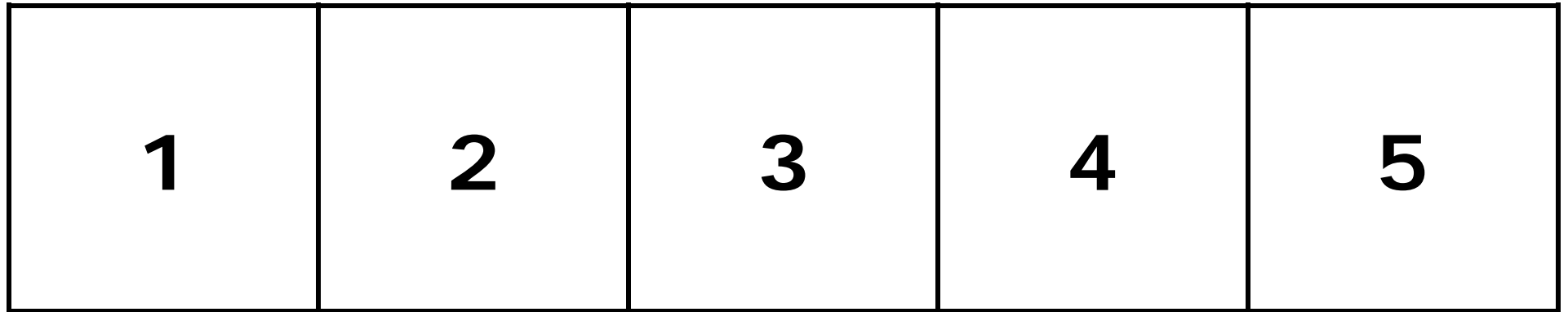
BARULHO

MOTIVOS DO AMBIENTE

USO DE TECNOLOGIA

FALTA DE INFORMAÇÃO
ESCRITA

1.1. Folha 3 – Escala Analógica



Pouco

Muito

Anexo 7- Questionário 1

Questionário 1- Identificação do Perito

O seguinte questionário tem como objetivo a identificação pessoal do perito selecionado para a validação de conteúdo do instrumento de avaliação TAPP. Desta forma, pretende-se obter uma caracterização mais detalhada do perfil profissional de cada um dos peritos escolhidos. Assim sendo, solicita-se que responda às seguintes questões (nas questões com tabelas pode colocar um x na opção que se aplica ao seu caso):

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Género:

Feminino	Masculino
----------	-----------

4. Grau Académico:

Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Outro Qual?
--------------	----------	--------------	-------------

Ano de formação: _____

5. Escola de formação: _____

6. Há quantos anos exerce a profissão de Terapeuta da Fala? _____

7. Anos de experiência na área da intervenção com Pessoas com Afasia: _____

8. Local de trabalho: _____

9. Já recebeu formação específica sobre Afasia? _____

10. Já realizou alguma publicação específica sobre o tema em questão? _____

Anexo 8- Questionário 2 (exemplo)

Instruções para o preenchimento do Questionário 2 – Avaliação dos itens do instrumento TAPP

Para efetuar o preenchimento da grelha, que se encontra na página seguinte, deve ter em atenção as seguintes informações.

A grelha é constituída por 3 colunas principais:

1. **Itens:** nesta coluna estão referidos os vários itens que constituem o instrumento e que vão ser sujeitos a avaliação.
2. **Critérios para avaliar a validade de conteúdo:** esta coluna subdivide-se em 4 colunas denominadas: relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade. Cada uma destas corresponde a um dos critérios usados para avaliar a validade de conteúdo. Desta forma, tendo em conta a escala abaixo descrita, deve colocar em cada coluna, o número que corresponde à sua avaliação.

Relevância: 1= não é relevante
2= item precisa de alguma revisão
3= relevante mas precisa de uma revisão menor
4= muito relevante

Clareza: 1= não é claro
2= item precisa de alguma revisão
3= claro mas precisa de uma revisão menor
4= muito claro

Simplicidade: 1= não é simples
2= item precisa de alguma revisão
3= simples mas precisa de uma revisão menor
4= muito simples

Ambiguidade: 1=ambíguo
2= item precisa de alguma revisão
3= sem ambiguidade mas precisa de uma revisão menor
4= significado é claro

3. **Sugestões:** esta coluna está reservada para que possa sugerir alterações, tais como eliminar o item, fazer alterações na construção frásica do item e acrescentar algo ao item.

1. Itens	2. Critérios da validade de conteúdo				3. Sugestões
	2.1. <u>Relevância</u>	2.2. <u>Clareza</u>	2.3. <u>Simplicidade</u>	2.4. <u>Ambiguidade</u>	
Ir a festas					
Ir a reuniões					
Ir à fisioterapia/outros tratamentos...					
Ir à cabeleireira/barbeiro					
Ir à manicura/pedicura/depilação					
Ir ao café					
Ir a um bar/discoteca/casino					
Ir ao clube/associação da terra					
Ir à caça/pesca/outros hobbies					
Ir ao banco/outras instituições públicas					
Ir à praça					
Ir à feira					
Ir às compras às lojas					
Ir às compras ao supermercado					

Anexo 9- Questionário 3

Questionário 3- Avaliação do instrumento TAPP

O seguinte questionário irá incidir sobre a avaliação do TAPP na sua globalidade como instrumento, sobre o uso do formato “*aphasia friendly*” e sobre o Manual de Instruções. Desta forma, pretende-se identificar a necessidade de possíveis reformulações, para assim se chegar a uma versão final melhorada.

Em cada pergunta existirá uma tabela onde poderá assinalar a sua resposta. Na primeira linha estão descritas as opções de resposta, que vão desde o número 1 até ao número 9, sendo que os extremos desta escala de *Likert* possuem legenda, D- Discordo; NN- Nem concordo Nem discordo; C- Concordo. A segunda linha desta tabela é onde deve assinalar a sua resposta, colocando um “x” no quadrado que representa a mesma. Sempre que selecionar as opções D e NN, escreva quais seriam as suas observações/sugestões, tendo um espaço destinado para tal no fim de cada pergunta.

De forma a esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir no decorrer do seu preenchimento, definimos alguns dos conceitos presentes nas perguntas. Deste modo, pretendemos que tenha toda a informação necessária para responder ao questionário em conformidade.

- ✓ **Claro-** Que se vê bem; Que vê bem; Que deixa ver bem; Que se entende bem.
- ✓ **Funcional-** Que funciona bem ou que é de fácil utilização; Que permite efetuar alguma coisa da melhor maneira.
- ✓ **Pertinente-** Pertencente; Próprio; Apropriado; Concernente.
- ✓ **Adequado-** Que se adequou; Que é bom ou próprio para determinado efeito, lugar ou objetivo (In Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt>).

- 1- O TAPP, na sua totalidade, possui o conjunto de itens necessários para avaliar o domínio do conteúdo definido *à priori*.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

- 2- O TAPP é útil como instrumento de avaliação, permitindo avaliar as consequências da afasia e do AVC nos níveis de atividade e participação da pessoa.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 3- As opções de resposta fornecidas para cada item são as mais adequadas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 4- A utilização da escala visual analógica para a componente “gostaria de retomar a atividade” é adequada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 5- A utilização da escala visual analógica para a componente “gostaria de fazer” é adequada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 6- Os motivos apresentados para a componente “porquê?” são os mais adequados.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 7- O formato “*aphasia friendly*” definido para a apresentação do instrumento à pessoa com afasia é adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C

Observações/Sugestões:

- 8- O tamanho de letra 14 usado na escrita dos itens é o mais adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9

D				NN				C
Observações/Sugestões:								

9- O tipo de letra, Verdana, usado na escrita dos itens é o mais adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

10- O espaçamento de 1,5 mm utilizado entre as frases é o mais adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

11- O uso de maiúsculas nas palavras-chave dos itens é adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

12- O uso de negrito nas palavras-chave dos itens é adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

13- O uso de fotografias para auxiliar a apresentação dos itens do instrumento à pessoa com afasia é adequado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

14- As fotografias, usadas para auxiliar os itens, são claras.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

15- As fotografias apresentadas são pertinentes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

16- O Manual de Instruções é claro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

17- Manual de Instruções é funcional.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

18- A estrutura do Manual de Instruções é a mais adequada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
D				NN				C
Observações/Sugestões:								

Anexo 10- Ficha de Caracterização do Paciente

Nome:

–

Sexo: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Vive com : _____

Profissão: _____ Reformado? _____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Data de ocorrência do AVC: __/__/__

Problemas de visão? _____

Problemas de audição? _____

Diagnóstico de afasia:

Afasia Anômica _____

Afasia Transcortical Motora _____

Afasia de Wernicke _____

Afasia de Broca _____

Afasia Transcortical Sensorial _____

Afasia Transcortical Mista _____

Afasia de Condução _____

Afasia Global _____

Défices motores: _____

Acompanhamento em Terapia da Fala: _____

Escala de depressão: _____

Anexo 11- CES:D

CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE (CES-D)

(Gonçalves & Fagulha, 2004)

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave: ✘ Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)

 ✘ Ocasionalmente (1 ou 2 dias)

 ✘ Com alguma frequência (3 ou 4 dias)

 ✘ Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	✘	✘	✘	✘
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	✘	✘	✘	✘
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	✘	✘	✘	✘
4. Senti que valia tanto como os outros	✘	✘	✘	✘
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	✘	✘	✘	✘
6. Senti-me deprimido	✘	✘	✘	✘
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	✘	✘	✘	✘
8. Senti-me confiante no futuro	✘	✘	✘	✘
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	✘	✘	✘	✘
10. Senti-me com medo	✘	✘	✘	✘
11. Dormi mal	✘	✘	✘	✘
12. Senti-me feliz	✘	✘	✘	✘
13. Falei menos do que o costume	✘	✘	✘	✘
14. Senti-me sozinho	✘	✘	✘	✘
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	✘	✘	✘	✘
16. Senti prazer ou gosto na vida	✘	✘	✘	✘
17. Tive ataques de choro	✘	✘	✘	✘
18. Senti-me triste	✘	✘	✘	✘
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	✘	✘	✘	✘
20. Senti falta de energia	✘	✘	✘	✘

Anexo 12- FAI

Frenchay Activities Index (FAI) – Versão Portuguesa

Nome: _____ **Data:** _____

Coloque o valor correspondente à resposta no espaço apresentado a seguir a cada item.

Durante os últimos 3 meses, com que frequência realizou as seguintes atividades:

1. Preparar as refeições principais _____ 2. Lavar a loiça após as refeições _____	0 = Nunca 1 = Menos de uma vez por semana 2 = 1-2 vezes por semana 3 = Na maioria dos dias
3. Lavar a roupa _____ 4. Trabalhos domésticos leves _____ 5. Trabalhos domésticos pesados _____ 6. Fazer compras perto de casa _____ 7. Eventos sociais _____ 8. Caminhar no exterior > 15 minutos _____ 9. Dedicar-se ativamente a um passatempo _____ 10. Conduzir um carro/andar de autocarro _____	0 = Nunca 1 = 1- 2 vezes em 3 meses 2 = 3-12 vezes em 3 meses 3 = Pelo menos uma vez por semana

Durante os últimos 6 meses, com que frequência realizou as seguintes atividades:

11. Excursões/passear de carro _____	0 = Nunca 1 = 1-2 vezes em 6 meses 2 = 3-12 vezes em 6 meses 3 = Pelo menos uma vez por semana
12. Jardinagem/cuidar do quintal/horta _____ 13. Reparações/manutenção da casa/carro _____	0 = Nunca 1 = Tarefas leves 2 = Tarefas moderadas 3 = Tarefas pesadas/Sempre que necessário
14. Ler livros _____	0 = Nenhum 1 = 1 em 6 meses 2 = Menos de 1 em 2 semanas 3 = Mais de 1 em 2 semanas
15. Trabalho remunerado _____	0 = Nenhum 1 = Até 10 horas/semana 2 = 10-30 horas/semana 3 = Mais de 30 horas/semana

TOTAL: _____

Instruções para a aplicação do Frenchay Activities Index:

O Objetivo é avaliar atividades que requerem alguma iniciativa por parte do paciente. É importante que se concentre na frequência real da atividade realizada no passado recente, não no seu desempenho no passado distante nem no seu potencial. Uma atividade apenas pode ser quantificada num item.

Informação específica para cada item:

1. Deve fazer parte substancial da organização, preparação e confecção de uma refeição principal. Não apenas refeições ligeiras (como sandes) ou aquecer comida já preparada.
2. Deve fazer tudo ou partilhar em partes iguais, por exemplo, lavar ou secar e arrumar. Não apenas enxaguar um objeto ocasionalmente.
3. Organização da roupa para lavar e secar seja com o uso de máquina de lavar, à mão ou na lavanderia. Partilha a tarefa em partes iguais, por exemplo, colocar/retirar a roupa da máquina, estender e dobrar.
4. Limpar o pó, polir, passar a ferro, arrumar pequenos objetos ou roupas de cama. Tudo o que incluir trabalho mais pesado é considerado no item 5.
5. Todos os trabalhos de casa mais pesados incluindo mudar camas, lavar o chão, janelas, aspirar, mover cadeiras, etc.
6. Ter um papel substancial na organização e compra de mercearia quer seja quantidades pequenas ou grandes. Deve ir até à loja realizar as compras e não apenas empurrar um carrinho de supermercado. Pode incluir levantamento da pensão ou ida aos correios.
7. Participar em encontros de associações, em atividades da igreja, ir ao cinema, ao teatro, tomar uma bebida/ir ao café, jantar fora com amigos, etc. Pode ser transportado para o local, desde que depois de chegar tenha um papel ativo. Inclui receber pessoas em casa, por convite do paciente, por exemplo, visitas de familiares ou amigos cujo propósito da visita não seja prestar cuidados.
8. Caminhar continuamente pelo menos 15 minutos (são permitidas pequenas pausas para recuperar o folego). Cerca de 1500 metros. Pode incluir caminhar enquanto faz compras desde que as caminhadas sejam longas o suficiente.
9. Requer alguma participação ativa e organização mental, por exemplo, plantar/semear ou cuidar de plantas de casa, fazer malha, pintar, jogar, fazer desporto (não apenas ver desporto na televisão). Podem ser atividades mentais como ler revistas temáticas, gerir investimentos na bolsa, ou ver montras.
10. Deve conduzir o carro (não ser apenas o passageiro), ou apanhar o autocarro/camioneta e viajar nele de forma independente.
11. Viagens de autocarro, comboio ou carro em lazer. Não incluir os “eventos sociais” habituais (por exemplo ir às compras ou ir ter com amigos que vivam perto). Deve envolver alguma organização e tomada de decisão por parte do paciente. Exclui viagens organizadas por instituições a não ser que o paciente possa optar por ir ou não. O aspeto principal é que viaje em lazer. Férias nos últimos 6 meses são divididas em dias por mês, por exemplo, 7 dias de férias corresponde a *1 a 2 dias por mês*.
12. Jardinagem/Cuidar do quintal/horta:
 - a. Tarefas leves: arranca ervas daninhas ou varre os carreiros.
 - b. Tarefas moderadas: arranca ervas daninhas, passa o ancinho ou faz a poda, etc., regularmente.
 - c. Tarefas Pesadas/Sempre que necessário: todo o tipo de trabalho necessário, incluindo cavar a terra.
13. Reparações/manutenção da casa/carro:
 - a. Tarefas leves: faz pequenas reparações, substitui lâmpadas ou fichas.
 - b. Tarefas moderadas: faz a limpeza geral anual, pendura um quadro, faz a manutenção simples do carro.
 - c. Tarefas pesadas/Sempre que necessário: Pinta/decora, faz a maior parte das reparações e da manutenção da casa/carro.
14. Leitura completa de livros, não inclui revistas ou jornais. Podem ser áudio-livros.
15. Trabalho para o qual o paciente é pago, não inclui voluntariado. Deve ser calculado o tempo médio de trabalho ao longo de 6 meses. Tomando o período de 6 meses como referência, pode calcular-se o trabalho de 18h/semana durante um mês, o que perfaz 3h/semana. Deve pontuar-se este exemplo como *até 10 horas por semana*.

Anexo 13- Autorizações da Recolha



Exmo. Senhor
Prof. Doutor João Páscoa Pinheiro
Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados para investigação.

Eu, Maria Seara, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, e eu, Inês Viana, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a realizar as nossas dissertações sobre o tema – Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia” – “The Activities and Participation Profile – TAPP”, para a população portuguesa.

Neste contexto, vimos respeitosamente solicitar autorização para a recolha de dados na vossa instituição, durante o período de março até julho de 2014. Esta investigação integra-se no Projeto HUC 22/08, aprovado pela comissão de ética em resposta ao ofício nº 340.

Queremos assegurar que esta investigação não tem qualquer custo, quer para o utente, quer para a sua instituição. Assim como, não tem qualquer risco de participação para o utente, uma vez que não serão efetuados estudos invasivos.

Garantimos desde já confidencialidade relativamente a quaisquer dados pessoais dos vossos colaboradores. Os resultados obtidos neste estudo serão colocados à vossa disposição. Informamos que a Professora Doutora Maria Assunção Matos e o Professor Doutor Luís Jesus, são responsáveis pela orientação e coorientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através dos seguintes contactos: maria.matos@ua.pt e lmj@ua.pt

É pessoal colabora neste projeto sem qualquer prejuizo para o serviço
47703114

Com a devida e respeito pelas normas de ética (C. 6.1.1a (AVC) e na evidência desta para a SUSA/CIVC, em 10/09.

HUC, RPE
ISMR - Direção
Recapto <u>19.02.14</u>
Reg. N.º <u>29</u>
Rubrica

HOSPITAL
 Recebido: 19.02.2014
 Lançado: _____



*É UMA MUITO VALIA PARA
A MATHIA INSTITUIÇÃO.*
[Assinatura]
19/02/2014
[Assinatura]
19/02/2014

Exmo. Senhor
Dr. Aloiseo João
Diretor Clínico do Hospital da Misericórdia da Mealhada

Assunto: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados para investigação.

Eu, Marta Seara, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, e eu, Inês Viana, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a realizar as nossas dissertações sobre o tema – Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia” – “The Activities and Participation Profile – TAPP”, para a população portuguesa.

Neste contexto, vimos respeitosamente solicitar autorização para a recolha de dados na vossa instituição, durante o período de março até julho de 2014.

Queremos assegurar que esta investigação não tem qualquer custo, quer para o utente, quer para a sua instituição. Assim como, não tem qualquer risco de participação para o utente, uma vez que não serão efetuados estudos invasivos.

Garantimos desde já confidencialidade relativamente a quaisquer dados pessoais dos vossos colaboradores. Os resultados obtidos neste estudo serão colocados à vossa disposição. Informamos que a Professora Doutora Maria Assunção Matos e o Professor Doutor Luís Jesus são responsáveis pela orientação e coorientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através dos seguintes contactos: maria.matos@ua.pt e lmjt@ua.pt

Queríamos ainda informar, que nos encontramos totalmente disponíveis para esclarecimentos adicionais, através dos seguintes contactos: martaseara@ua.pt ou 969982765; inesviana@ua.pt ou 918796763.

Anexo 14- Curriculum Vitae



Curriculum Vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL

Marta Raquel Martins Seara



Rua do Vale nº 484, 4770-168 Vila Nova de Famalicão (Portugal)
+351 252912221 **+351 969982765**
martaseara@gmail.com

Sexo Feminino | Data de nascimento 25/07/1991 | Nacionalidade Portuguesa

POSTO DE TRABALHO A QUE SE CANDIDATA

Terapeuta da Fala

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

FEVEREIRO 2013 – JULHO 2013

Estagiária de Terapia da Fala

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra (Portugal)

- Avaliação e intervenção nas áreas de disfagia, afasia e disartria em pacientes adultos, por etiologia de AVC e de doenças degenerativas;
- Trabalho em equipa multidisciplinar, com profissionais de saúde da área da fisioterapia, da terapia ocupacional e da enfermagem de reabilitação.

MAIO 2012 – JULHO 2012

Estagiária de Terapia da Fala

Hospital José Luciano de Castro, Anadia (Portugal)

- Avaliação e intervenção em casos de atraso no desenvolvimento da linguagem, de perturbações articulatórias, de perturbações fonológicas e de perturbações da leitura e escrita em crianças;
- Avaliação e intervenção nas áreas da voz e disartria em pacientes adultos;
- Trabalho em equipa multidisciplinar, com profissionais de saúde da área da fisioterapia e da enfermagem.

MAIO 2011 – JULHO 2011

Estagiária de Terapia da Fala

Agrupamento de Escolas Vila Verde, Vila Verde (Portugal)

- Avaliação e intervenção em casos de perturbações da comunicação, de atraso no desenvolvimento da linguagem, de perturbações articulatórias e de perturbações fonológicas em crianças com multideficiência, integradas em unidades de apoio à multideficiência;
- Trabalho em equipa multidisciplinar, com profissionais de saúde da área da fisioterapia e da terapia ocupacional.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

SETEMBRO 2013 – DEZEMBRO 2014

Mestrado em Ciências da Fala e Audição

Nível 7 GRQ

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro (Portugal)

SETEMBRO 2009 – JULHO 2013

Licenciatura em Terapia da Fala

Nível 6 GRQ

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro (Portugal)

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

LÍNGUA MATERNA Português

OUTRAS LÍNGUAS

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	COMPREENSÃO ORAL	LEITURA	INTERACÇÃO ORAL	PRODUÇÃO ORAL	
Inglês	B1	B1	B2	B1	B2

Níveis A1/A2: Utilizador básico - B1/B2: utilizador independente - C1/C2: utilizador avançado
 Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO Boa capacidade de comunicação e espírito de equipa adquiridas através dos estágios realizados, devido ao contacto direto com os utentes e com os restantes profissionais de saúde.

COMPETÊNCIAS DE ORGANIZAÇÃO Sentido de organização adquirido na elaboração dos vários trabalhos de grupo ao longo da formação académica, assim como através das várias tarefas desempenhadas nos estágios.

COMPETÊNCIAS INFORMÁTICAS Conhecimento do software Office na ótica do utilizador (word, excel);
 Conhecimento básico de aplicações gráficas (PowerPoint);
 Utilização de Internet como ferramenta de comunicação, investigação e pesquisa.

CARTA DE CONDUÇÃO B

INFORMAÇÃO ADICIONAL

- PROJETOS**
- Projeto final de secundário relativo à disciplina de Área de Projeto: "Cuidados Paliativos" (2009).
 - Projeto final de curso: "Proposta de criação de uma equipa multidisciplinar de apoio à disfasia pós-AVC no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra" (2013).

- CONFERÊNCIAS**
- I semana da Saúde na Universidade de Aveiro- Palestra sobre "O profissional de Saúde no Estrangeiro" e sobre "Abordagem ao Programa Auditory Verbal Practice";
 - I Congresso de Estudantes de Terapia da Fala UFP;
 - II Congresso de Estudantes de Terapia da Fala UFP;
 - Palestra intitulada "Sobre Dislexia";
 - III Simpósio de Terapia da Fala- "Terapia da Fala em Expansão: Novos contextos";
 - III Congresso Anual de Saúde da Universidade de Aveiro- "O Desafio da Traumatologia";
 - Integrou a comissão organizadora do IV Congresso Anual de Saúde da Universidade de Aveiro- "Do Gene à Degeneração".

- SEMINÁRIOS**
- Workshop de "Motricidade Orofacial em Terapia da Fala".
 - Workshop de "Dificuldades de Aprendizagem".
 - Workshop de "Motricidade Oro-facial" do III Congresso Anual de Saúde da Universidade de Aveiro.
 - Workshop de "Técnica Vocal- Novas Abordagens" do III Simpósio de Terapia da Fala- "Terapia da Fala em Expansão: Novos contextos".
 - Seminário de PNF sobre o PNF Facial.

ANEXOS

Cópias dos diplomas e certificados.