



Marca INPI: Nº668549

ISSN: 2975-8181



Número: 2

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

DOI: <https://doi.org/10.25766/yy5d-kv71>

Data de publicação: Jun 2026



Contributo para a tradução e validação da Catherine Bergego Scale (CBS)

Patrícia Santos

Instituto Politécnico de Beja, Portugal

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3569-2495>

✉ patricia.santos@ipbeja.pt

Catarina Antão

Miúdos &Etc., Portugal

✉ catarinaantao@gmail.com

Ana Margarida Carvalho

Lar D. José do Patrocínio Dias, Portugal

✉ carvalhoantunesmargarida@gmail.com

Rosa Pinto

Hospital do Espírito Santo, Portugal

✉ rosapinto9@gmail.com

Susana Guerreiro

Santa Casa de Misericórdia de Odemira, Portugal

✉ susanaguerreiro.to@gmail.com

Ana Paula Martins

Instituto Politécnico de Beja, Portugal

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1394-4038>

✉ anapmartins@ipbeja.pt

Resumo: A Catherine Bergego Scale (CBS) é uma escala cujo objetivo passa por identificar a presença de síndrome de Negligência Unilateral (NU) em clientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), através da observação direta do desempenho nas atividades de vida diária (AVDs). A identificação de NU, o mais precocemente possível é um fator determinante para o processo de reabilitação. Para tal, é fundamental a existência de instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a população portuguesa, que identifiquem eficazmente a NU nos seus vários graus e subtipos.

Este estudo tem como objetivo dar um contributo para a tradução e validação da CBS e averiguar a sensibilidade da escala para avaliar precocemente os clientes com NU. Este é um estudo transversal, descritivo-correlacional de metodologia mista. Segue assim as fases de tradução para um novo idioma, síntese das versões traduzidas, avaliação da síntese pelos peritos, aplicação pelo público-alvo e tradução reversa.

Os resultados demonstram que a tradução da CBS, apresenta uma boa concordância inter-juizes, que o questionário relativo à perceção do desempenho do cliente pelo terapeuta e o questionário relativo à autoavaliação do desempenho do cliente apresentam uma boa consistência interna, bem como uma correlação muito forte entre si.

Palavras-chave: Negligência Unilateral; Acidente Vascular Cerebral; Catherine Bergego Scale; Avaliação; Terapia Ocupacional.

Abstract: The Catherine Bergego Scale (CBS) is a scale whose objective is to identify the presence of unilateral neglect (UN) in clients with stroke, through direct observation of performance in activities of daily living (ADLs). The identification of unilateral neglect, as early as possible, is a determining factor for the rehabilitation process. To this end, it is essential to have translated and validated assessment tools for the Portuguese population that effectively identify unilateral neglect in its various degrees and subtypes.

This study aims to contribute to the translation and validation of the CBS and to investigate the sensitivity of the scale for early assessment of clients with NU. This is a cross-sectional, descriptive-correlational study with a mixed methodology. This follows the phases of translation into a new language, synthesis of the translated versions, evaluation of the synthesis by experts, application by the target audience and reverse translation.

The results show that the CBS translation shows good inter-judge agreement, that the questionnaire related to the therapist's perception of the client's performance and the questionnaire related to the self-assessment of the client's performance present good internal consistency, as well as a very strong correlation. strong with each other.

Keywords: Unilateral Neglect; Stroke; Catherine Bergego Scale; Assessment, Occupational Therapy.

1. Introdução

A Negligência Unilateral (NU) é definida como uma incapacidade em atender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no espaço contralesional [1] tendo por base a falha dos mecanismos de orientação da atenção [2]. Outros autores também a definem como uma lacuna na consciência perceptiva para estímulos localizados no lado contralesional do espaço e desvio oculo-cefálico para o lado ipsilesional [3]. Apesar de se poder manifestar contralateralmente ou ipsilateralmente, ao hemisfério da lesão, a primeira condição associada a lesão do hemisfério direito está documentada como a mais frequente e severa [4].

Relativamente a dados estatísticos epidemiológicos, estima-se que existam cerca de 3 a 5 milhões de pacientes com NU após ocorrência de AVC [5], nomeadamente com lesões associadas ao hemisfério direito [6], na região posterior do lobo parietal [7, 8, 9]. Contudo, a taxa de prevalência de NU em sujeitos com AVC, pode variar entre 13% a 82% após lesão hemisférica direita e entre 15% a 65%, após lesão no hemisfério esquerdo [10]. Estes valores discrepantes podem ser explicados pela natureza dos métodos de avaliação, tempo decorrido entre o AVC e avaliação neuropsicológica, critérios de seleção dos doentes e a própria extensão da lesão cerebral [11].

A deteção precoce da NU é assim fundamental, por forma de minimizar o impacto negativo que a mesma tem na funcionalidade dos sujeitos [3], bem como no seu desempenho nas AVDs [12]. Outro dos problemas associados à NU são as baixas taxas de adesão que os sujeitos apresentam a programas de reabilitação [13,14].

Para a deteção da NU as provas de papel e lápis, como são o exemplo dos testes de cancelamento e cópia de desenho, continuam a ser as mais utilizadas, em detrimento de outras metodologias que envolvem uma avaliação ecológica da NU. Apesar de serem provas bastante comuns na avaliação da NU os critérios de análise das provas de papel e lápis não estão bem definidos, sendo maioritariamente utilizados como um classificador binário da presença ou não de NU, além de serem provas que avaliam somente a NU visuoespacial no espaço de alcance peripessoal [15].

Desta forma, apenas as metodologias de avaliação como CBS, permitem perceber o real impacto que a NU tem no desempenho das AVDs [16], sem condicionar a realização das atividades através da aplicação de estímulos, como é o caso dos estímulos das tarefas de papel e lápis.

Para além disso, a CBS é a única escala que avalia o desempenho do sujeito no espaço pessoal (espaço do próprio corpo ou superfície corporal), peripessoal (espaço ao alcance do membro superior) e extrapessoal (para além do alcance do membro superior), bem como nos domínios preceptivo, representacional e motor [17]. Esta é assim uma escala que abrange toda a heterogeneidade que caracteriza a NU.

A CBS [18] consiste numa escala que pretende avaliar a presença de NU, bem como a sua severidade em sujeitos com diagnóstico de AVC. Esta escala é composta por três questionários, com dez questões cada: um questionário dirigido para o terapeuta (o terapeuta realiza o seu preenchido através da observação direta do desempenho do cliente nas 10 tarefas solicitadas), questionário do cliente (preenchido pelo cliente baseando-se na percepção do seu desempenho nas 10 tarefas solicitadas) e o questionário do cuidador (preenchido com base na percepção que o cuidador tem acerca do desempenho do cliente nas 10 tarefas referidas).

Cada questão é pontuada de zero a três, onde 0 corresponde a ausência de NU para a tarefa, 1 corresponde a NU discreta, 2 corresponde a NU moderada e 3 corresponde a NU grave. Caso o cliente não tenha um nível de autonomia que lhe permita realizar a tarefa, a questão é cotada como “não válida”. A cotação da CBS para a NU vai de 0 a 30 pontos, sendo que 0 corresponde a ausência de NU e 30 a NU severa.

Contudo, através da diferença entre a pontuação obtida pelo questionário do preenchido pelo terapeuta e do questionário preenchido pelo cliente, é possível avaliar também a consciência que o paciente tem das suas dificuldades, ou seja, o nível de anosognosia. No caso de anosognosia, uma pontuação de zero corresponde a uma ausência de anosognosia e uma pontuação perto de 30 corresponde a um anosognosia severa [18].

Relativamente às propriedades psicométricas da CBS, estudos anteriores¹⁸, revelam que a CBS teve uma boa concordância inter-juízes, uma vez que os valores Índice de *kappa de Cohen* foram superiores a 0,4, bem como uma boa consistência interna uma vez que os valores de *Ró de Spearman* entre a pontuação de cada questão e a pontuação total foram positivos [19].

Assim, considerou-se pertinente proceder à tradução e adaptação cultural da CBS, para a população portuguesa, uma vez que esta escala é a mais utilizada pelos terapeutas ocupacionais na deteção da NU na sua prática clínica [6].

Para tal, foi delineado um processo com várias fases, nas quais se incluem: a tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, a síntese das versões traduzidas, a avaliação da síntese por grupo de peritos, a avaliação do instrumento pelo público-alvo, a retroversão para o idioma de origem e por fim o estudo-piloto [20].

Desenvolveu-se assim um estudo com a finalidade de traduzir, validar e adaptar culturalmente a CBS. Apresentando como principais objetivos: (1) verificar a existência de consistência inter-juízes no que se refere às traduções realizadas; (2) Verificar a consistência interna dos itens da escala perante o população-alvo; (3) Identificar a sensibilidade da CBS para detetar a heminegligência, segundo a percepção do terapeuta e do cliente.

2. Material e Métodos

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se por seguir uma metodologia transversal, uma vez que se pretendeu verificar a presença de NU em sujeitos com diagnóstico de AVC num determinado momento. Tem uma base descritivo-correlacional, visto que na análise da dados foi utilizada estatística descritiva para analisar as variáveis e estabelecidas correlações, ou seja, exploradas as relações entre as variáveis de forma a verificar medidas de força e de direção das relações entre as mesmas.

No decorrer do estudo procedeu-se a uma metodologia de análise mista, ou seja, qualitativa e quantitativa. Qualitativa, no que respeita à tradução e adaptação da CBS, uma vez que se processou à análise de conteúdo das respostas dos peritos e quantitativa na medida em que se procedeu à análise de concordância inter-juízes (comparação através da realização e análise do Índice de *Kappa de Fleiss*) e a análise da escala (a correlação entre os itens da escala e a análise de consistência interna) [21]. Para o tratamento de dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, na versão 24.0 para *Windows*.

2.2 Caracterização da amostra da população-alvo

Tendo em conta que este estudo consiste na tradução e adaptação cultural de uma escala de avaliação, a CBS, o devido processo acolhe cinco diferentes fases com a participação de diversos intervenientes. No que

concerne às diferentes fases deste estudo, a amostra, ou seja, uma porção da população ou um grupo de pessoas com objetivo de representar a população, foi recolhida através da metodologia não probabilística por conveniência [21].

Sendo que na primeira fase, tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, foram selecionados dois tradutores, fluentes em francês (idioma original) e português (idioma pretendido). Na segunda fase, síntese das versões traduzidas, foi solicitada a participação de dois peritos da área da neurologia adultos, para realizarem a avaliação da tradução, ou seja, duas terapeutas ocupacionais. Na terceira fase, avaliação da síntese por um grupo de peritos, foi solicitada a participação de outro grupo de peritos, ou seja, três terapeutas também com uma vasta experiência na área da neurologia adultos.

Relativamente à quarta fase, para a avaliação pelo público-alvo/pré-teste, esta fase contou com 4 terapeutas ocupacionais, que realizaram a aplicação da CBS a 8 sujeitos com diagnóstico de AVC que cumpriam os seguintes critérios de inclusão (diagnóstico de AVC comprovado por Tomografia Axial Computorizada ou Ressonância Magnética, adultos (idades ≥ 20 anos), nacionalidade portuguesa e que ainda não tenham iniciado o seu processo de reabilitação) e exclusão (diagnósticos prévios de outros episódios AVC, hemianopsia e afasia). Para esta fase foi solicitada a colaboração dos terapeutas ocupacionais de duas instituições hospitalares do centro e do sul de Portugal, durante o período de um mês.

Para a quinta e última fase, a tradução reversa, foi solicitada a colaboração de outros dois tradutores (não os mesmos que colaboraram na primeira fase) fluentes em português e francês.

2.3 Descrição dos métodos, instrumentos e técnicas de coleta de dados

Sendo este estudo um contributo para a tradução e adaptação cultural de uma escala de avaliação, a CBS [18] foi assim utilizada como principal instrumento a escala original.

Esta escala avalia a presença e o grau de severidade de NU, em sujeitos com diagnóstico de AVC. Consiste em três questionários preenchidos por terapeutas, clientes e cuidadores. Cada questionário é composto por dez questões que visam avaliar o desempenho dos clientes nas AVDs e incluem questões associadas às atividades do banho, higiene e cuidados pessoal, alimentação, mobilidade e vestir. O cliente pode preencher o seu questionário, caso seja capaz, ou responder às questões lidas pelo terapeuta. Cada questão é pontuada de zero a três, onde 0 corresponde a ausência de NU para a tarefa, 1 corresponde a NU discreta, 2 corresponde a NU moderada e 3 corresponde a NU grave. Caso o cliente não tenha um nível de autonomia que lhe permita realizar a tarefa, a questão é cotada como “não válida”. A cotação da CBS para a NU vai de 0 a 30, sendo que 0 corresponde a ausência de NU e 30 a NU severa. Contudo, através da diferença entre a pontuação obtida pelo questionário do preenchido pelo terapeuta e do questionário preenchido pelo cliente, é possível avaliar também a consciência que o paciente tem das suas dificuldades, ou seja, o nível de anosognosia [18].

Além destes instrumentos, no decorrer das diversas fases de tradução e adaptação cultural desta escala foram desenvolvidos outros documentos. Assim, na primeira fase, após a tradução realizada pelos dois tradutores, foi elaborada uma grelha para a análise comparativa de ambas as traduções, por cada item de cada um dos questionários da escala.

Na segunda fase, foi elaborado um documento síntese da escala, em que para cada item em particular, são colocadas as duas traduções e a versão original, para que os peritos possam avaliar a equivalência entre as versões traduzidas e o instrumento original. Nesta síntese foi atribuída a cada tradução dos itens, uma escala de “sim/não” (“sim” caso concordassem com a tradução, ou “não” caso a apreciação fosse negativa) e colocado espaço para as sugestões e considerações.

Na terceira fase, foi construído um documento único com a tradução da escala, de acordo com a análise da fase anterior, de forma a permitir nova apreciação de um outro grupo de três peritos. Após a concordância dos peritos relativamente à tradução efetuada, o documento seguirá para avaliação do público-alvo, ou seja, na quarta fase.

Por fim, na quinta fase, tradução reversa, também foi criado um novo documento com uma coluna correspondente aos itens da escala e outra para a retro tradução a realizar pelos dois outros tradutores. No final, ambas as retro traduções foram comparadas e realizada a síntese das mesmas numa única versão.

2.4 Descrição sucinta dos procedimentos desenvolvidos durante a investigação.

A investigação deve sempre respeitar os direitos dos participantes, independentemente dos aspetos sob estudo. Com base nos procedimentos éticos, foram considerados os direitos de autor, dado que foi solicitado ao mesmo a autorização para a tradução e utilização dos questionários da CBS [21].

Para a realização deste estudo, as investigadoras basearam-se no artigo “Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações” [20] e seguiram as etapas do processo de tradução e adaptação de instrumentos propostos por esses autores.

Numa primeira fase, onde se procede à tradução do instrumento para um novo idioma, é sugerida a presença de, pelo menos, dois tradutores bilíngues para a realização deste processo, minimizando o risco de vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica e prática. Para tal, a escala e o artigo original foram enviadas a dois tradutores fluentes em francês (idioma original) e português (idioma pretendido), que não tinham qualquer relação entre eles e sem conhecimento prévio do instrumento. O objetivo foi criar duas traduções independentes e obter a tradução do instrumento do idioma original para o pretendido. Este passo é um processo complexo e que exige alguns cuidados como o evitar uma tradução literal sob pena de resultar em frases de difícil compreensão [20].

Relativamente à segunda fase, síntese das versões traduzidas, foi elaborado um documento síntese da escala, em que para cada item em particular, são colocadas as duas traduções e a versão original, para que os peritos, as duas Terapeutas Ocupacionais com vasta experiência na área de neurologia em adultos, possam avaliar a equivalência entre as versões traduzidas e o instrumento original. Nesta síntese foi atribuída a cada tradução dos itens, uma escala de “sim/não” (“sim” caso concordassem com a tradução, ou “não” caso a apreciação fosse negativa) e colocado espaço para as sugestões e considerações. Esta fase tem como objetivo sintetizar as versões de um instrumento, ou seja, comparar as diferentes traduções e avaliar as suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com o objetivo de se chegar a uma versão única [20].

Após a elaboração de um documento único com a versão síntese da tradução do instrumento, procedeu-se à terceira fase, ou seja, a avaliação da síntese da tradução por três peritos, neste caso por outras três Terapeutas Ocupacionais com experiência na área de neurologia em adultos. Nesta fase, pretende-se que os peritos avaliem aspetos ainda não contemplados, tais como a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento e a abrangência e adequação das expressões contidas nos itens [20], de forma que seja obtida a primeira versão do instrumento. Nesta fase, para analisar o nível de concordância inter-juizes, ou seja, a concordância dos resultados registados por dois ou mais observadores independentes, que utilizaram os mesmos instrumentos de medida [21], aplicou-se o coeficiente *Kappa de Fleiss* (k). Este coeficiente permite avaliar a concordância existente entre um número fixo de avaliadores que atribuí determinadas pontuações categóricas a um determinado número de itens [23], caso este coeficiente seja $k \geq 0.7$ pode-se concluir que existe concordância adequada entre os avaliadores [22]. Contudo, não se verificou a existência de um bom nível de concordância entre os três peritos, segundo o índice de *Kappa de Fleiss* (k), deste forma, procedeu-se a alterações em alguns dos itens de acordo com as orientações dos peritos. Seguidamente, a síntese da tradução foi novamente remetida aos peritos obtendo um valor de $K=0,98$. Desta forma obteve-se um coeficiente de *Kappa de Fleiss* correspondente a um resultado que equivalia a concordância entre os peritos relativamente à síntese da tradução do instrumento.

Seguidamente procedeu-se à quarta fase, ou seja, avaliação pelo público-alvo, objetivo desta fase passa por verificar se os itens estão compreensíveis para a população a que se destinam. Nesta fase, o instrumento medida apresenta uma área reservada a sugestões. Como já foi mencionado anteriormente, a CBS foi aplicada por 4 Terapeutas Ocupacionais a 8 cliente com AVC de dois hospitais situados no centro e no sul do país. Nesta amostra não foi possível aplicar o questionário relativo aos cuidadores, devido às restrições resultantes da situação pandémica de *Coronavirus Disease* (Covid-19), que não permitia que os cuidadores entrassem em contacto com os clientes internados em contexto hospitalar, não possibilitando que os cuidadores pudessem ter a real noção do desempenho ocupacional dos sujeitos de forma a preencherem o questionário.

Visto que o público alvo considerou adequada a versão apresentada da CBS, procedeu-se à quinta fase, deste processo, ou seja, a tradução reversa. A retroversão foi realizada por dois tradutores, diferentes da primeira tradução e fluentes em francês e em português. Seguidamente foi elaborada a versão síntese da mesma e enviada ao autor da escala, que deu parecer positivo. Para a validação de um instrumento, existe ainda uma

sexta etapa, ou seja, o estudo-piloto, que no ano em que o estudo decorreu, 2020, não foi possível de ser desenvolvida devido às restrições que a situação pandémica impôs.

Todo este processo teve em conta os princípios baseados no respeito pela dignidade humana, os procedimentos éticos a ter em consideração ao longo da investigação foram os seguintes: (1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, visto que tanto os tradutores, os terapeutas constituídos como peritos, bem como os clientes com AVC participaram de livre e espontânea vontade, sendo informados acerca de todos os procedimentos do estudo; (2) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, uma vez que a confidencialidade e o anonimato dos participantes no estudo foram mantidos, não sendo identificado qualquer dado que permita reconhecer uma pessoa que fez parte da amostra; (3) a redução dos inconvenientes, de modo a que os participantes não ficassem prejudicados com a sua participação no estudo; e (4) a otimização das vantagens, na medida em que as vantagens da realização do estudo superaram os riscos que poderão advir do mesmo. No que toca aos procedimentos éticos, foi solicitada autorização formal às instituições para a recolha de dados, sendo a investigação submetida e aprovada pela Comissão de Ética das mesmas, e assegurados e respeitados todos aspetos éticos relativos à recolha de dados. Foi também solicitada autorização aos sujeitos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Informado. Através do Termo de Consentimento Informado os sujeitos eram informados acerca do âmbito e objetivo do estudo, do tipo de tarefas presentes na prova e a sua duração, que a sua participação é de carácter voluntário e poderão desistir a qualquer momento do processo de investigação, que o recusar inicial ou durante o processo de investigação não implica qualquer tipo de penalização, que os dados obtidos serão tratados de forma anónima, que não há qualquer tipo de referência à identidade dos sujeitos participantes, que os dados serão analisados estatisticamente sem objetivo de diagnóstico e serão divulgados apenas na comunidade académica e científica e que os dados ficaram à guarda dos investigadores.

3. Análise e Discussão de Resultados

No que concerne aos resultados deste estudo, verifica-se que relativamente ao primeiro objetivo, ou seja, concordância inter-juízes, o mesmo apenas foi conseguido após uma segunda fase de avaliação da síntese de tradução pelos três peritos.

A concordância inter-juízes é verificada através do índice Kappa de Fleiss, pois este índice permite avaliar a concordância existente entre um número fixo de avaliadores que atribui determinadas pontuações categóricas a um determinado número de itens e pode ser calculado para qualquer número de casos, categorias e número de avaliadores [23]. Esta concordância inter-juízes apenas é verificada para valores $K > 0.70$ [22].

Numa primeira apreciação, após a aplicação do índice de Kappa de Fleiss (k), verificou-se a existência de concordância ($k \geq 0,7$) apenas nas instruções da escala para o terapeuta ($k=1$), nas instruções para o cliente ($k=0,71$), no questionário do cliente ($k=1$) e no questionário do cuidador ($k=1$), não se verificando mesmo no questionário do terapeuta ($k=0,31$).

De forma que a síntese da tradução fosse novamente submetida à avaliação, procedeu-se às alterações (expressões e palavras) propostas pelos peritos na primeira avaliação. Após uma segunda apreciação do questionário do terapeuta já com as devidas alterações, foi novamente calculado o nível de concordância inter-juízes através do índice de *Kappa de Fleiss*, relevando assim um bom nível de concordância inter-juízes, ou seja, um valor $K=0,98$ para o questionário do terapeuta.

Relativamente ao segundo objetivo, para verificar a consistência interna dos itens da escala perante o população-alvo, foram aplicados dois testes: teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e aplicado o *Alfa de Cronbach* (α). Contudo, devido a amostra ter uma dimensão reduzida não foi possível obter qualquer resultado com o teste KMO.

Através do Alfa de Cronbach (α), pretendeu-se determinar a consistência interna do questionário medindo assim a correlação média entre respostas num questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos participantes (terapeutas e clientes). Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador [21]. Assim, através deste cálculo verificou-se uma forte consistência interna tanto para o questionário do terapeuta ($\alpha=0.992$), como para o questionário do cliente ($\alpha=0.990$), uma vez que os valores obtidos estão próximos do valor máximo $\alpha=1$ [21].

No que corresponde ao terceiro e último objetivo, ou seja, identificar a sensibilidade da CBS para detetar a NU, segundo a percepção do terapeuta e do cliente, foi utilizada a correlação *R* de *Pearson*, (tabela1), por forma a explorar a relação entre o questionário do terapeuta e o questionário do cliente, ou seja, verificar se quando a pontuação de um questionário detetar NU, o outro também pontua nesse sentido. Desta forma verificou-se uma correlação positiva muito alta entre ambos os questionários ($r=0,94$), o que revela quanto mais o coeficiente se aproxima de um, mais forte é a relação entre as variáveis.

Tabela 1. Estatística descritiva da aplicação da CBS na população-alvo relativos aos questionários do terapeuta e do cliente.

| Instrumento de avaliação | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | <i>R</i> |
|---------------------------|--------|--------|-------|---------------|------------------------|
| Questionário do Terapeuta | ,00 | 2,60 | ,88 | 1,12 | |
| Questionário do Cliente | ,00 | 2,30 | ,57 | 1,06 | (,945 ^{***}) |

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4. Conclusão

A NU é uma síndrome que influencia negativamente o desempenho ocupacional dos indivíduos com diagnóstico de AVC, logo a sua deteção precoce é fundamental, por forma de minimizar o impacto negativo que a mesma tem na funcionalidade dos sujeitos. Para tal, é essencial que existam instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a população portuguesa, que detetem eficazmente esta disfunção.

A CBS é uma dessas escalas, pois é a única escala que avalia o desempenho do sujeito no espaço pessoal (espaço do próprio corpo ou superfície corporal), peripessoal (espaço ao alcance do membro superior) e extrapessoal (para além do alcance do membro superior), bem como nos domínios perceptivo, representacional e motor, abrangendo toda a heterogeneidade que caracteriza a NU. Características essas que reforçam ainda mais a pertinência da tradução e validação desta escala.

Este estudo constituiu-se assim como um contributo para a sua validação, contudo, durante o decorrer do processo de investigação, existiram alguns impedimentos devido à situação pandémica no ano em que investigação decorreu.

Os resultados apontam para boas características psicométricas desta tradução, no que respeita à concordância inter-juízes, entre o nível de consistência interna do questionário do terapeuta e o questionário do cliente, bem como à sensibilidade destes dois questionários em detetarem a NU.

De forma a ultrapassar as limitações desta investigação, sugere-se que seja dada continuação a este estudo de forma que a tradução e adaptação cultural deste instrumento possa ser finalizada e o mesmo fique disponível para todos os profissionais de saúde que pretendam avaliar a presença de NU nos seus clientes com diagnóstico de AVC.

5. Agradecimentos

Ao finalizarmos este trabalho, desejamos expressar os nossos sinceros agradecimentos a algumas pessoas, pelas quais queremos deixar aqui o nosso reconhecimento.

À nossa orientadora, Professora Patrícia Santos bem com à docente da Unidade Curricular de Projetos em Terapia Ocupacional II, Professora Ana Paula Martins, pelo apoio prestado. A todos os peritos, tradutores e Terapeutas Ocupacionais que colaboraram neste projeto de investigação. Aos sujeitos que participaram de forma voluntária neste estudo, que mesmo numa situação de fragilidade disponibilizaram o seu tempo colaborando na recolha de dados, a eles um sincero agradecimento. A Todos, um bem-haja!!

6. Referências

1. Heilman KM, Valenstein E, Watson RT. Neglect and related disorders. *Semin Neurol*. 2000;20(4):463–70.
2. Danckert J, Ferber S. Revisiting unilateral neglect. *Neuropsychologia*. 2006;44(6):987–1006.
3. Rode G, Pagliari C, Huchon L, Rossetti Y, Pisella L. Semiology of neglect: An update. *Ann Phys Rehabil Med*. 2017 Jun;60(3):177–185.
4. Rusconi ML, Maravita A, Bottini G, Vallar G. Is the intact side really intact? Perseverative responses in patients with unilateral neglect: a productive manifestation. *Neuropsychologia*. 2002;40(6):594–604. d
5. Corbetta M, Kincade MJ, Lewis C, Snyder AZ, Sapir A. Neural basis and recovery of spatial attention deficits in spatial neglect. *Nat Neurosci*. 2005 Nov;8(11):1603–10.
6. Tsukimoto D, Valester G. (A influência da negligência unilateral no desempenho de atividades de vida cotidiana – relato de 3 casos. *Acta Fisiatria*. 2005; 12:108–114.
7. Kerkhoff G. Spatial hemineglect in humans. *Prog Neurobiol*. 2001 Jan;63(1):1–27.
8. Kim M, Na DL, Kim GM, Adair JC, Lee KH, Heilman KM. Ipsilesional neglect: behavioural and anatomical features. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1999; 67:35–8.
9. Plummer P, Morris ME, Dunai J. Assessment of unilateral neglect. *Phys Ther*. 2003 Aug;83(8):732–40. PMID: 12882614.
10. Bowen A, McKenna K, Tallis RC. Reasons for variability in the reported rate of occurrence of unilateral spatial neglect after stroke. *Stroke*. 1999 Jun;30(6):1196–202.
11. Bailey MJ, Riddoch MJ, Crome P. Evaluation of a test battery for hemineglect in elderly stroke patients for use by therapists in clinical practice. *NeuroRehabilitation*. 2000;14(3):139–150.
12. Azouvi P, Bartolomeo P, Beis JM, Perennou D, Pradat-Diehl P, Rousseaux M. A battery of tests for the quantitative assessment of unilateral neglect. *Restor Neurol Neurosci*. 2006;24(4–6):273–85.
13. Swan L. Unilateral Spatial Neglect. *Phys The*. 2001; 81:1572–80.
14. Verdon V, Vuilleumier P. Neuroanatomy of hemispatial neglect and its functional components: a study using voxel-based lesion symptom mapping. *Brain*. 2010;133: 880–94.
15. Rorden C, Karnath HO. A simple measure of neglect severity. *Neuropsychologia*. 2010 Jul;48(9):2758–63.
16. Marques C, Souza J, Gonçalves M, Silva T, Costa R, Modolo G, Corrente J, Bazan R, Luvizutto G. Validation of the Catherine Bergego Scale in patients with unilateral spatial neglect after stroke. *Dement. Dement Neuropsychol*. 2019 March;13(1):82–88
17. Chen P, Hreha K, Fortis P, Goedert KM, Barrett AM. Functional assessment of spatial neglect: a review of the Catherine Bergego scale and an introduction of the Kessler foundation neglect assessment process. *Top Stroke Rehabil*. 2012 Sep–Oct;19(5):423–35.
18. Bergego C, Azouvi P, Samuel C, et al. Validation d'une échelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminegligence dans la vie quotidienne: l'échelle CB. *Ann e'adaptation Med Phys*. 1995; 38:183–9.
19. Pestana G, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2008. 685 p. ISBN: 978–972–618–498–0.
20. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia* [Internet]. 2012;22(53):423–432. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>. Available from: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRxjMqmbZddKpwywVM8mjv/?lang=pt>
21. Fortin MF, Côté J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Lusodidacta*; 2009. 595 p. ISBN: 978–989–8075–18–5.
22. Brennan, RL. & Prediger, DJ. 1981. Coefficient Kappa: Some uses, misuses, and alternatives. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 699 p.
23. Randolph JJ. Free–marginal multirater kappa (multirater kfree): An alternative to Fleiss´fixed–marginal multirater kappa. In: *Proceedings of the Joensuu Learning and Instruction Symposium*. 2005 Presented at: Joensuu Learning and Instruction Symposium; October 14–15, 2005; Joensuu, Finland p. 1–20