



**Materiais educacionais acessíveis – tradução para linguagem  
fácil e validação de folheto informativo de apoio à Reabilitação  
Respiratória**

**Andreia Fernandes Familiar Martins**

**Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

**Orientada por: Professora Eugénia Mendes (ESSa/IPB) e Professora Cláudia Martins  
(ESE/IPB)**

**Bragança, outubro de 2022**



**Materiais educacionais acessíveis – tradução para linguagem  
fácil e validação de folheto informativo de apoio à Reabilitação  
Respiratória**

**Andreia Fernandes Familiar Martins**

**Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

**Orientada por: Professora Eugénia Mendes (ESSa/IPB) e Professora Cláudia Martins  
(ESE/IPB)**

**Bragança, outubro de 2022**

## RESUMO

**Introdução/problemática:** Em Portugal a literacia em saúde é particularmente baixa em faixas específicas da população nomeadamente nas pessoas com baixa escolaridade e, dentro destas, nas pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva. A esta população, com evidentes dificuldades em aceder e compreender informações complexas, juntam-se as pessoas cuja língua materna não é o português como é o caso da população migrante. Torna-se, portanto, imperioso que toda a informação lhes seja fornecida de forma acessível. Os Enfermeiros de Reabilitação no âmbito do exercício na comunidade confrontam-se, muitas vezes, com esta realidade. Os materiais educacionais acessíveis são fundamentais para garantir a eficácia da componente educacional dos programas de reabilitação e pode assegurar a sua realização autónoma no domicílio.

**Objetivos:** Traduzir para linguagem fácil um folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória. Validar essa tradução em três grupos específicos.

**Metodologia:** Utilizou-se uma metodologia de tradução e validação por rondas com recurso a um painel de consultores, selecionado por conveniência, que incluiu pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva, pessoas cuja língua materna não é o português e pessoas com baixa escolaridade. Foi, ainda, usado o software de Análise de Legibilidade Textual disponível online.

**Resultados:** O painel de consultores foi constituído por 27 pessoas com média de idade de 35,6 anos. Relativamente à escolaridade, as pessoas cuja língua materna não é o português frequentavam o 1º ano do ensino superior, as pessoas com baixa escolaridade frequentam o 2º ciclo no ensino profissional e as pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva variam entre 1º ciclo (2), 2º ciclo (2) e ensino secundário (1). Nas sucessivas rondas verificou-se a necessidade de introduzir a explicação de palavras complexas que não podem ser substituídas nem retiradas como por exemplo termos técnicos, de reduzir frases longas, usar palavras mais simples e de usar um registo de língua informal para o leitor. Foram ainda substituídos os desenhos

dos exercícios por fotografias da sequência dos movimentos. Da versão original para a final a análise da legibilidade textual baixou de nível 14 – Média legibilidade, Dificuldade média, para nível 9 – Alta legibilidade, Texto simples.

**Conclusões:** Envolver as pessoas nos processos de criação de materiais educacionais acessíveis é reconhecido como boas práticas na promoção da Literacia em Saúde. Esta estratégia permitiu identificar as reais dificuldades e necessidades das pessoas a que a informação se destina. A componente educacional dos programas de enfermagem de reabilitação deve incluir toda a informação necessária de forma acessível tendo em consideração a população-alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

**Palavras-chave:** literacia em saúde; linguagem fácil; materiais educacionais acessíveis

## ABSTRACT

**Introduction /Rationale:** In Portugal, health literacy is somewhat low in the general population, and especially so in groups that have low literacy and, among these, in people with intellectual and cognitive impairments. This subgroup shows clear difficulties in accessing and understanding complex information, as well as people whose mother tongue is not Portuguese, as the case of migrants. It is then of the utmost importance that all information is given to them in accessible formats. Rehabilitation nurses often come across this reality when working within the community. The production of accessible educational materials is essential for guaranteeing the effectiveness of the pedagogy underlying rehabilitation programmes and for ensuring that patients repeat them autonomously at home.

**Aims:** Translating into easy language an information brochure to support Respiratory Rehabilitation. Validating this translation with 3 different groups.

**Methodology:** A methodology of translation was conducted, as well as validation in rounds that resorted to a group of consultants. This group was chosen for convenience and included people with intellectual and cognitive impairments, people speaking Portuguese as a foreign language and people with low literacy. The online software for the analysis of text readability was also used.

**Results:** The group of consultants comprehended 27 people with an average age of 35.6 years. In terms of their schooling, people whose language is not Portuguese were attending the 1<sup>st</sup> year in higher education, people with low literacy attended the 2<sup>nd</sup> cycle of professional education and people with intellectual and cognitive impairments varied between the 1<sup>st</sup> cycle of Basic Education (2), the 2<sup>nd</sup> cycle of Basic Education (2) and secondary school (1). In the successive rounds, it was necessary to introduce the explanation of complex words that could not be neither replaced nor removed, such as technical terms, to reduce long sentences, use simpler words and use a direct language register. The drawings of the exercises were also replaced by photos illustrating the sequence of movements. Between the original version and the final one, the analysis of

text readability dropped from level 14 – Medium readability, medium difficulty, to level 9 – High readability, simple text.

**Conclusions:** Involving people in the process of creating accessible educational materials is regarded as a good practice in the promotion of Health Literacy. This strategy allowed to identify the real difficulties and needs of the people to whom information is directed. The educational component of pulmonary rehabilitation programmes ought to include all necessary information in accessible formats considering the target groups of pulmonary rehabilitation.

**Keywords:** health literacy; easy language; accessible educational materials.

**AGRADECIMENTOS**

À Professora Eugénia e à Professora Cláudia pelo apoio, compreensão e incentivo, sem elas não teria conseguido.

À minha família e amigos por estarem sempre lá.

Ao meu pai, por acreditar sempre em mim.

Ao meu marido, pela ajuda e por não me deixar desistir.

Aos meus filhos, por serem a minha maior motivação.

À minha mãe, pelo exemplo de força e resiliência, sempre.

Obrigada!

**ÍNDICE**

INTRODUÇÃO.....	10
1 – Enquadramento Teórico .....	12
1.1 – Literacia em Saúde.....	12
1.2– Produção de materiais acessíveis .....	15
1.3 – Enfermagem de Reabilitação .....	21
2 – METODOLOGIA .....	24
2.1 – Justificação da problemática .....	24
2.2 – Objetivos.....	24
2.3 – Métodos.....	25
2.4 – Participantes .....	26
2.5 – Procedimento .....	28
2.6 – Considerações éticas.....	29
3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	30
CONCLUSÃO.....	34
ANEXOS.....	40
ANEXO I – Autorizações para colheita de dados .....	41
ANEXO II – consentimento informado e questionário sociodemográfico .....	44
ANEXO III – Grelhas Check list .....	47
ANEXO IV– FOLHETO ORIGINAL .....	50
ANEXO V– FOLHETO TRADUZIDO – Versão 1 .....	53
ANEXO VI– FOLHETO TRADUZIDO – Versão 2 .....	57
ANEXO VII– FOLHETO TRADUZIDO – Versão 3 .....	61
ANEXO VIII– FOLHETO TRADUZIDO – Versão final .....	68

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Atores de uma abordagem integrada em Literacia em Saúde .....	13
Figura 2 - <i>Continuum</i> de níveis linguísticos.....	17
Figura 3 - 10 passos para escrever em linguagem simples .....	19
Figura 4 - Análise da legibilidade do panfleto original à esquerda e do panfleto final à direita .....	32
Figura 5 - Resumo descritivo do panfleto original à esquerda e do panfleto final à direita.....	33

### ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Linguagem fácil vs linguagem simples.....	17
Tabela 2 - Dados sociodemográficos .....	27
Tabela 3 - Descrição das sessões .....	29

## INTRODUÇÃO

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2019), a Literacia em Saúde apresenta-se como uma prioridade de saúde pública e, simultaneamente, como um desafio para toda a sociedade no que toca à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo, permitindo melhores escolhas de saúde no dia-a-dia. Refere ainda que tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais e os seus determinantes, esta literacia implica também o desenvolvimento de uma relação clínica e de comunicação onde os fatores do contexto e da linguagem verbal e não verbal utilizados – especialmente pelos profissionais de saúde – promovem melhores resultados em saúde.

No Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde da DGS (2019) estão descritos métodos e meios promotores da literacia em saúde, entre os quais que se deve usar linguagem simples e formatos legíveis de forma a fornecer informação de saúde de forma clara e concisa.

A Literacia em Saúde é determinada por vários fatores, entre os quais as características da pessoa e ainda fatores sociais e culturais e está ligada à capacidade da pessoa para gerir a sua doença nomeadamente na adesão e manutenção de planos de reabilitação. Em Portugal, sabemos que a literacia em saúde é baixa na população geral e particularmente baixa em faixas específicas da população nomeadamente nas pessoas com baixa escolaridade e, dentro destas, nas pessoas com deficiência cognitiva. A esta população, com evidentes dificuldades em aceder e compreender informações complexas, juntam-se as pessoas cuja língua materna não é o português como é o caso da população migrante. Torna-se, portanto, imperioso que toda a informação lhes seja fornecida de forma acessível.

Os Enfermeiros de Reabilitação no âmbito do exercício na comunidade confrontam-se, muitas vezes, com esta realidade. A produção de materiais educacionais acessíveis é fundamental para garantir a efetividade da componente educacional dos programas de reabilitação e pode garantir a sua realização autónoma no domicílio.

Neste trabalho projeto foi escolhido um folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória (RR) com o objetivo de o traduzir para linguagem fácil e de seguida validar essa tradução em três grupos específicos: pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva; pessoas cuja língua materna não é o português e pessoas com baixa escolaridade.

# 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 – Literacia em Saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Literacia em Saúde “é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2019).

A Saúde é um recurso para as pessoas e para a sociedade e é uma responsabilidade partilhada entre todos, pelo que é de extrema importância unir esforços e potenciar, em todas as oportunidades, a promoção da literacia em saúde, de forma a capacitar e ativar a população contribuindo para a saúde, para o bem-estar e para a redução de desigualdades em saúde (DGS, 2019).

Numa análise comparativa dos níveis de literacia em saúde na Europa (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016), no que concerne à literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença, os valores revelam que 42,8% dos inquiridos têm limitações na sua literacia em saúde relacionada com a prevenção da doença. Portugal, reunindo valores que posicionam o país abaixo dos apresentados para o conjunto dos países participantes no estudo europeu, apresenta um valor de aproximadamente 49% dos inquiridos com níveis de literacia “inadequado” ou “problemático”, apresentando os restantes valores “suficientes” (42,4%) e “excelentes” (8,6%) em termos de literacia em saúde. Estes valores reforçam a necessidade de apoiar e promover o aumento dos níveis de literacia em saúde da população portuguesa, sendo esta uma oportunidade estratégica de ganhos em saúde, numa verdadeira abordagem de *health in all policies*. (Arriaga, 2019)

O aumento da literacia em saúde deve, pois, constituir-se como um desafio e uma prioridade na sociedade atual, sendo, para tal, necessária uma abordagem integrada, envolvendo vários atores, como se pode ver na Figura 1.



Figura 1 - Atores de uma abordagem integrada em Literacia em Saúde

Fonte: DGS, 2019

Importa apresentar um conjunto de medidas e procedimentos, a adequar por parte dos profissionais, que se pode constituir como boa prática na sua intervenção.

Importará então segundo Arriaga (2019):

- Simplificar a comunicação e confirmar a compreensão, por forma a mitigar o risco de falhas de comunicação;
- Adequar as medidas que permitam tornar a navegabilidade no Sistema Nacional de Saúde clara e de fácil compreensão;
- Apoiar os esforços das pessoas na adoção de um estilo de vida saudável.

A promoção da literacia em saúde apresenta-se como uma estratégia eficaz que aborda simultaneamente a saúde e a educação. (Kickbusch, 2008)

De acordo com o “Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde”, as seguintes são algumas das recomendações para a promoção da literacia em saúde em Portugal:

- Diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e sociais, facilitando a possibilidade de os cidadãos o compreenderem e de a ele terem acesso;
- Diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, reconhecendo a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em Literacia em Saúde que atravessam a sociedade portuguesa;

- Apoiar iniciativas que melhorem a Literacia em Saúde, em particular dirigidas aos grupos mais vulneráveis na sociedade portuguesa. Essas iniciativas devem, concretamente, ser incluídas nos currículos escolares, nos seus vários níveis;

- Criar e estabelecer um sistema de monitorização e acompanhamento da Literacia em Saúde a nível nacional (que acompanhe esforços semelhantes noutros países, nomeadamente a nível europeu).

A Literacia em saúde, pela sua complexidade, é determinada por uma diversidade de fatores, entre os quais se salientam as características da pessoa e a influência do sistema de saúde em que está inserido.

São vários os obstáculos à apreensão e à utilização de conhecimento em saúde, tanto na promoção e na ativação como na sua utilização. Destacam-se os seguintes: falta de interesse ou motivação, dificuldades cognitivas e de acesso à informação, culturais, biológicos, psicológicos, informações contraditórias, falta de empatia entre os interlocutores e não domínio do código usado na mensagem (Wilkinson & Marmot, 2003).

A melhoria da comunicação com a pessoa irá contribuir para melhorar a adesão e, por conseguinte, a obtenção de mudanças comportamentais desejadas. Através de um processo de comunicação “feito à medida”, promove-se a capacitação da pessoa com vista a uma tomada de decisões ajustadas à sua saúde, à saúde dos seus dependentes e até, à saúde pública (DGS, 2019).

É cada vez mais importante que sejam disponibilizadas ferramentas que facilitem a interpretação da informação que é disponibilizada. Neste sentido a DGS emanou recomendações que são consideradas como boas práticas na promoção da Literacia em saúde. Entre elas salientam-se:

1 – Utilizar boas práticas de Literacia em Saúde em toda a comunicação verbal, escrita e visual:

- Usar linguagem simples e formatos legíveis para fornecer informação de saúde de forma clara e concisa.

- Adotar uma terminologia consistente e padronizar os materiais produzidos.

- Envolver os cidadãos na validação de materiais de forma a determinar se as mensagens são claras para os próprios.

2 – Tornar a informação em saúde relevante e acessível:

- Utilizar diferentes meios para distribuir materiais: verificar quais os materiais disponíveis, as potenciais falhas na informação, a complexidade dos recursos e as alterações que devem ser feitas para os diferentes meios.

- Disseminar os materiais produzidos fora do contexto da saúde: ainda que este seja privilegiado, não deve ser o único utilizado. Os profissionais de saúde devem apoiar os cidadãos na utilização dos recursos e materiais disponíveis.

- Garantir que os materiais sejam acessíveis a toda a população (e.g., infoexcluídos).

3 – Investir em diferentes recursos:

- Disseminar materiais para toda a população (incluindo comunidade rural e pessoas com baixo nível económico).

- Promover a interação com a comunidade como ferramenta facilitadora para aumentar a Literacia em Saúde.

4 – Aumentar e melhorar os recursos centrados na pessoa:

- Aumentar a consciência e o acesso a recursos.

- Divulgar os espaços privilegiados com a “melhor” informação em saúde: pessoalmente nos serviços de saúde, por telefone através do SNS24, ou *online* (e.g. Biblioteca de Literacia em Saúde do SNS).

5 – Participação das pessoas:

- Incluir as pessoas/utilizadores no desenvolvimento de formulários e outros materiais, por forma a melhor responder a necessidades específicas do público-alvo, particularmente em grupos com baixos níveis de literacia (DGS, 2019).

## 1.2– Produção de materiais acessíveis

Todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva têm direito a receber informação de qualidade. O artigo 9.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência afirma que estas pessoas têm direito a receber informação acessível.

A DGS (2019) enumera as seguintes orientações para as boas práticas na escrita e formatação de documentos em formato acessível:

- Reduzir o uso de jargões e acrónimos;
- Utilizar linguagem acessível;
- Dar preferência a frases e parágrafos curtos;
- Destacar títulos e listas com marcadores;
- Margem direita do texto irregular, sem justificar;
- Utilizar espaçamento adequado, evitando texto corrido e extenso;
- Utilizar recursos visuais para explicar e apoiar as principais mensagens;
- Limitar o conteúdo privilegiado às informações mais relevantes;
- Escrita de leitura acessível para toda a população.

Escrever em linguagem simples ou linguagem fácil torna as informações mais acessíveis para todos.

Apesar de, em Portugal, não haver uma tradição consolidada de utilização de linguagem simples e/ou fácil, algumas instituições de apoio social na área da deficiência como a FENACERCI têm vindo a produzir documentos em linguagem fácil desde o início do século XXI.

Assume-se que linguagem simples é um estilo direto de escrever que é fácil e rápido de entender cujo objetivo é garantir que o público pode entender a informação a primeira vez que leem ou ouvem. Assume um nível de alfabetização razoável, em torno do 7.º ao 9.º ano.

Por outro lado, a linguagem fácil é uma alternativa de comunicação. Tem um formato distinto que é simples de ler, para pessoas que têm dificuldades de leitura e compreensão do português. Pode abranger as pessoas com:

- baixa alfabetização
- deficiência e incapacidade intelectual
- Português como segundo Língua.

Hansen-Schirra & Maaß (2020) consideram a linguagem simples e a linguagem fácil como 2 níveis linguísticos distintos situados num *continuum*, como pode ser visto na Figura 2.

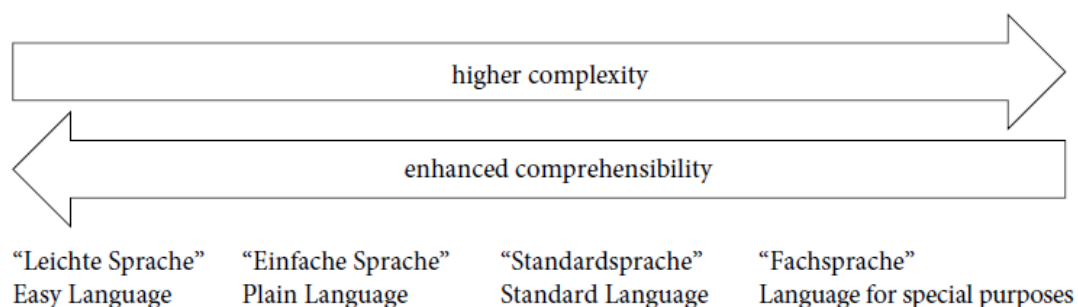


Figura 2 - *Continuum* de níveis linguísticos

Fonte: Hansen-Schirra & Maaß, 2020

Assim, comprova-se que a linguagem fácil será um dos extremos deste *continuum*, caracterizado pela maior compreensibilidade e menor complexidade, e as línguas para fins específicos, como a linguagem com termos técnicos que se usa nas ciências da saúde, o outro extremo, com uma maior complexidade e menor compreensibilidade.

Um outro documento relevante para a clarificação de conceitos, é a publicação do *Centre for Inclusive Design* da Austrália, onde se sistematizam as características dos dois níveis de língua. Atente-se na tabela seguinte:

Tabela 1 - Linguagem fácil vs linguagem simples

<b>Características</b>	<b>Linguagem fácil</b>	<b>Linguagem Simples</b>
<i>Frases curtas</i>	Sim Tão curtas quanto possível: máximo 15 palavras 1 conceito por frase	Sim 15 a 20 palavras por frase
<i>Secções de informação claras</i>	Sim	Sim
<i>Linguagem simples e comum sem gíria</i>	Sim Explica palavras difíceis	Sim
<i>Marcas e numerações</i>	Sim	Sim
<i>Voz ativa</i>	Sim	Sim
<i>Pontuação mínima</i>	Sim	Sim
<i>Tamanho da fonte (mínimo)</i>	14	12

<b>Características</b>	<b>Linguagem fácil</b>	<b>Linguagem Simples</b>
<i>Acrónimos e abreviaturas</i>	Evitar se possível e definir se tiver de ser usado	Aceitável incluir se for definido ou se for de uso comum.
<i>Títulos claros</i>	Sim	Sim
<i>Abundância de espaços brancos</i>	Sim	Sim
<i>Texto alinhado à esquerda</i>	Sim	Sim
<i>Imagens/Ícones</i>	À esquerda do texto para refletir e apoiar os pontos principais. Deve ser claro e compreensível. Fotos são preferíveis.	A incluir
<i>Nível de leitura</i>	Tão baixo quanto possível.	12 a 14 anos
<i>Número de páginas</i>	Tão curto quanto possível. Não mais do que 20 páginas.	Não definido, mas quanto mais curto melhor.

Fonte: traduzido de Centre for Inclusive Design, 2020, p. 14

Não obstante esta aparente estabilidade terminológica em inglês, a terminologia em português varia entre linguagem simples, clara e acessível, entre outras designações. A título de exemplo, os 10 passos para escrever de forma simples da Íris – Laboratório de Inovação e Dados do Governo do Estado do Ceará (cf. Figura 3) mostra de facto que há uma fusão das particularidades de ambos os níveis.



Figura 3 - 10 passos para escrever em linguagem simples

A “Inclusion Europe” desenvolveu um conjunto de regras que servem para ajudar as pessoas a fazer informação fácil de ler e perceber. Algumas destas são:

- Não use palavras técnicas ou difíceis. Se precisar de usar palavras difíceis, explique-as. Se possível, explique as palavras quando as está a usar;
- Use sempre a mesma palavra para descrever a mesma coisa em todo o documento;
- Evite usar iniciais, ou abreviaturas. Se precisar de usar iniciais, explique-as;
- Faça as frases curtas;
- Escreva como se estivesse a falar diretamente com as pessoas. Use palavras como “tu” ou “você”;
- Ordene a informação para que seja fácil perceber o texto;
- Pode (e é aconselhável) repetir a informação importante;
- Use um formato que seja fácil de ler e de fotocopiar. Por exemplo, um A4 ou um A5;

- Não use um desenho ou um formato que torne difícil a leitura e a compreensão;
- Nunca use um fundo que torne difícil a leitura do texto;
- Use uma fonte que seja fácil de ler. A fonte é o tipo de letra. Não use fontes com serifa;

- Use sempre fontes de tamanho grande (pelo menos do tamanho da Arial 14);
- Não escreva todas as palavras em maiúsculas. As minúsculas são mais fáceis de ler;

- Tente usar só um tipo de letra no seu texto;

- Não use notas de rodapé;

- Use pontuação simples;

- Comece sempre uma frase nova numa linha nova;

- Use títulos simples e que sejam fáceis de perceber;

- Dê aos leitores só a informação que precisam para perceber o que está a dizer.

Dê aos leitores apenas a informação que é importante;

- Alinhe o seu texto à esquerda da página. Nunca justifique o texto. O texto justificado tem espaços muito grandes entre palavras e pode ser difícil de ler;

- Muitas pessoas têm dificuldade em ler texto. Para as ajudar a perceber o texto use imagens que expliquem o que está escrito. Estas podem ser: fotografias, desenhos ou símbolos. Se usar fotografias evite as que são muito confusas;

Um outro aspeto fundamental é a validação com os públicos-alvo. Testar a tradução com os utilizadores é a melhor maneira de verificar se o conteúdo é fácil de ler e entender.

Apenas um validador escolhido de entre o público-alvo poderá dar feedback fidedigno. Assim, esta participação dos públicos-alvo na construção dos materiais obedece ao mote dos movimentos de direitos da deficiência: “Nada sobre mim, sem mim” (usado pela primeira vez em 1993 por Michael Masutha e William Rowland do Disabled People South Africa – Charlton, 1998, p. 3).

### 1.3 – Enfermagem de Reabilitação

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 392/2019). A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e as ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades instaladas.

O Regulamento n.º 392/2019 define como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de (EEER) as que a seguir se elencam:

- Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No âmbito das suas competências, nomeadamente da segunda, o EEER contribui para a capacitação da pessoa com deficiência intelectual/cognitiva na construção do seu próprio projeto de saúde. A pessoa com deficiência intelectual/cognitiva tem, como todas as outras pessoas, o direito, consagrado na Convenção Sobre Os Direitos Das Pessoas Com Deficiência, a receber toda a informação que lhe permita, autonomamente, ser agente da sua própria recuperação e reabilitação (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009).

A taxa de analfabetismo e baixa escolaridade é elevada não só na população com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva, mas também nas pessoas com deficiência e incapacidade a outros níveis. Em 2007, 3,2 % da população em geral não

sabia ler/escrever, e na população com deficiência ou incapacidade a taxa de analfabetismo era de 20,9 %. (Sousa, Casanova & Pedroso, 2008). Sabemos que a maioria das pessoas com deficiência e incapacidade não atingem níveis de escolaridade elevados o que faz com que, também nesta população, existam dificuldades acrescidas na leitura e interpretação de textos mais complexos. O EEER tem aqui um papel primordial na garantia da acessibilidade da informação por forma a promover a saúde e a autonomia.

A Enfermagem de Reabilitação contempla, entre outras áreas de intervenção especializada, a Reabilitação Respiratória.

A Reabilitação Respiratória (RR) contribui para prevenir e tratar vários aspetos das desordens respiratórias, tais como, obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia e melhorar a *performance* de exercícios (Libano et al., 2009).

Cada programa deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta múltiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sócio-familiar e profissional), com o local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, causado por alterações nas vias aéreas e nos alvéolos após exposição significativa a partículas e gases nocivos. Apresenta elevado impacto na mortalidade e morbilidade (DGS, 2013), com consequências socioeconómicas importantes, sendo por isso considerado um problema *major* de saúde pública. Estabelecer um programa de RR ajuda a minimizar as limitações e alterações decorrentes do processo fisiopatológico da doença e a melhorar a qualidade de vida.

O treino de exercício é descrito na literatura como uma estratégia de tratamento da pessoa com DPOC desde o início da década de 60, com comprovada eficácia, segundo Pamplona e Morais (2007) desde os anos 90, na melhoria da capacidade para o exercício e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Comprovada, também, é a eficácia dos programas de RR realizados no domicílio e em contexto de intervenção comunitária, sendo considerados equivalentes em eficácia na promoção da capacidade funcional para o exercício e da qualidade de vida (Uzzaman et al., 2022).

A baixa adesão aos programas de reabilitação está associada ao conhecimento inadequado do paciente relacionado com a baixa literacia em saúde em pessoas com DPOC e com a falta de experiência com reabilitação respiratória e com o equipamento de exercício utilizado e/ou outros recursos (McNamara, Dale, & McKeough, 2019; Omachi, Sarkar, Yelin, Blanc, & Katz, 2012).

Os efeitos benéficos da RR estão bem documentados e a literatura confirma que estes efeitos perduram nos pacientes cerca de 12 meses após o término de programas de curta duração (8 a 12 semanas). No entanto, estes efeitos podem ser prolongados entre 3 a 5 anos com a implementação de programas de longa duração e manutenção no domicílio (Blervaque et al., 2021).

## 2 – METODOLOGIA

Procederemos à descrição das etapas metodológicas do presente estudo evidenciando o percurso realizado para a consecução dos objetivos definidos.

### 2.1 – Justificação da problemática

Como enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções na comunidade, senti necessidade de produzir materiais informativos acessíveis a todos. Especificamente na área da RR após a nossa intervenção é entregue um folheto com os exercícios a executar no domicílio e daí a importância de termos a certeza que todos leem e entendem o que está escrito. Segundo orientação da DGS (2019), devemos utilizar boas práticas de Literacia em saúde em toda a comunicação verbal, escrita e visual, usando linguagem simples e formatos legíveis de forma a fornecer informação de saúde de forma clara e concisa.

Assim, este trabalho de projeto enquadra-se na lógica do *design for all* alargando o público-alvo a todas as pessoas.

### 2.2 – Objetivos

Relativamente à problemática entendeu-se adequado definir os seguintes objetivos:

- Traduzir para linguagem fácil um folheto informativo de apoio à reabilitação respiratória;
- Validar essa tradução em três grupos específicos: pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva; pessoas cuja língua materna não é o português e pessoas com baixa escolaridade.

## 2.3 – Métodos

Para atingir os objetivos propostos foram definidas várias fases onde se utilizaram diferentes estratégias e métodos.

Numa primeira fase procedeu-se à tradução para linguagem fácil do folheto informativo, cumprindo as normas europeias do “Inclusion Europe”. Esta tradução teve o apoio de um perito da área da tradução e outro na área da deficiência.

O folheto traduzido para linguagem fácil foi posteriormente submetido a um painel de consultores/validadores constituído por pessoas da população-alvo.

Nesta fase utilizou-se o método de painel Delphi com a realização de 4 rondas. Esta técnica consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos sobre um determinado assunto, de forma a colaborar na construção de consensos de opiniões, favorecendo a discussão dos aspetos mais relevantes (Scarparo et al., 2012). Em cada uma das rondas foi avaliado se o texto era fácil de ler e se o conteúdo era facilmente compreendido. Para o efeito foram construídas uma lista de verificação e uma grelha de observação (Anexo III). Após cada ronda foram integradas as alterações sugeridas pelo grupo de consultores.

Foi, ainda, avaliada a legibilidade utilizando o software de Análise de Legibilidade Textual (disponível online), como complemento à análise e interpretação feita pelos consultores.

Os Índices de legibilidade, de leitura, de apreensibilidade ou ainda de facilidade de leitura são métricas desenvolvidas para avaliar o grau de dificuldade de leitura de um texto. Essas métricas geralmente baseiam-se em duas variáveis:

- Comprimento das frases: quanto mais longa uma frase, mais difícil se torna o entendimento do texto;
- Complexidade das palavras: quanto maior a percentagem de palavras difíceis no texto, mais difícil se torna o entendimento do texto.

O calculador de leitura analisa o texto com base nos seguintes índices:

- Teste de facilidade de leitura de Flesch (Flesch reading ease);

- Índice Gulpease (Índice Gulpease);
- Nível de escolaridade de Flesch-Kincaid (Flesch-Kincaid grade level);
- Índice de nebulosidade de Gunning (Gunning fog index);
- Índice de leitura automatizada (Automated Readability Index - ARI);
- Índice de Coleman-Liau (Coleman-Liau index).

## 2.4 – Participantes

A literatura diz que se devem envolver os cidadãos em processos de cocriação na conceção e validação dos materiais, de forma a verificar se a informação é passível de ser compreendida (DGS, 2019).

É também a melhor forma de obter uma informação fidedigna e imparcial (Centre for Inclusive Design, 2020). Incluir as pessoas/utilizadores permite ir ao encontro das suas necessidades específicas quer em termos de conteúdo, quer em termos de forma.

Assim, para o presente estudo considerou-se constituir um grupo de 27 consultores integrando os três grupos específicos da população-alvo: pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva; pessoas cuja língua materna não é o português e pessoas com baixa escolaridade. Este grupo foi constituído por conveniência e integrou pessoas das seguintes instituições: Academia dos Santos Mártires – utentes com deficiência cognitiva/intelectual; Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança – turma do curso Relações Lusófonas e Língua Portuguesa (Licenciatura) – Portuguese as a Foreign Language e Associação Em Diálogo - alunos do curso de “Operador de jardinagem”.

O grupo de consultores foi constituído por 5 pessoas com deficiência cognitiva com média de idade de 35,2 anos, 11 pessoas cuja língua materna não é o português com média de idade de 22,4 anos e 11 pessoas com baixa escolaridade com média de idade de 49,3 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos

	<b>Pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva</b>	<b>Pessoas cuja língua materna não é o português</b>	<b>Pessoas com baixa escolaridade</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	5	11	11	27
<b>Idade:</b>				
Máximo	49	30	68	68
Mínimo	18	19	28	18
Média	35,20	22,36	49,27	35,61
<b>Género:</b>				
Feminino	3	4	7	14
Masculino	2	6	3	11
Não quer responder		1	1	2
<b>Escolaridade:</b>				
1.º ciclo	2		11	13
2.º ciclo	2			2
Ensino Secundário	1	11		12
<b>Estado civil:</b>				
Solteiro(a)	5	11	3	19
Casado(a)/U. facto			4	4
Divorciado(a)			2	2
Viúvo(a)			2	2
<b>Nacionalidade:</b>				
Portuguesa	5		10	15
Timorense		7		7
Congolesa		2		2
Síria		2		2
Francesa			1	1
<b>Língua materna:</b>				
Português	5		11	16
Tétum		7		7
Francês		2		2
Árabe		2		2

Na tabela 2 pode verificar-se que o grupo era maioritariamente do género feminino (14) e com estado civil solteiro (19).

Para a escolaridade considerou-se o nível de ensino concluído distribuindo-se os consultores da seguinte forma: 13 com o 1.º ciclo, 2 com o 2.º ciclo e 12 com o ensino secundário.

Relativamente à nacionalidade, 15 são portugueses, 7 timorenses, 2 congoleses, 2 sírios e 2 franceses.

Apesar da língua portuguesa ser uma das línguas oficiais de Timor-Leste, todos os participantes que indicaram essa nacionalidade responderam que a sua língua materna era o tétum. Assim, relativamente à língua materna, 16 indicaram o português, 7 o tétum, 2 o francês e 2 o árabe.

## 2.5 – Procedimento

Para o desenvolvimento dos trabalhos foram feitos os pedidos de autorização às instituições em questão, uma vez que as rondas de validação ocorreram no contexto destas. Este facto permitiu uma maior colaboração no processo, uma vez que as sessões foram feitas num contexto que lhes era familiar.

Nas sessões com as pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva contou-se, ainda, com a presença de uma técnica que funcionou como facilitadora.

Num primeiro contacto foram recolhidos os dados sociodemográficos e assinado o consentimento informado. Em cada ronda foi realizada uma sessão com o grupo de consultores, com posterior análise e integração de contributos.

As sessões desenvolveram-se conforme o descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição das sessões

<b>Momentos</b>	<b>O que foi solicitado</b>	<b>Investigadora</b>
1.º Leitura Individual	- Sublinhar palavras difíceis ou que não compreenderam ou que suscitavam dúvidas	- Compila informação
2.º Leitura pela investigadora frase a frase em voz alta para validar conteúdo	- Partilhar as dúvidas - Confirmar a compreensão da informação - Sugestões	- Questiona se há dúvidas - Explica - Preenche a checklist - Anota sugestões
3.º Demonstração	- Ler a descrição dos exercícios - Observar as imagens - Executar os exercícios	- Preenche a grelha de observação

## 2.6 – Considerações éticas

Os aspetos éticos foram salvaguardados conforme Declaração de Helsínquia, sendo que todos os dados colhidos durante este estudo foram tratados de forma confidencial. Toda a informação recolhida foi codificada, sendo a original conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Como tal, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

O consentimento informado foi disponibilizado em linguagem fácil e foi assinado voluntariamente por todos os participantes.

### 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como foi referido, foram realizadas 4 rondas com os validadores dos 3 grupos da população-alvo. Já em 2002 Mayer, afirmou que, para obter os melhores resultados, os participantes devem representar o público para o qual os materiais são destinados.

Durante as rondas, perguntamos aos participantes repetidamente como entendiam a informação e pedimos para verbalizar as suas questões sobre o folheto, se havia palavras/frases ambíguas ou pouco claras e ainda pedimos aos validadores que sugerissem alterações.

Esta preocupação encontra-se refletida na prática dos profissionais de saúde

Para pacientes de todos os níveis de alfabetização, o desafio enfrentado pelos profissionais de saúde é fornecer informações de saúde por escrito que sejam precisas, relevantes, atrativas e adequadas ao leitor (Feleta L. et al, 2010).

Na primeira ronda foi percebida a dificuldade na compreensão de expressões como “Doença pulmonar obstrutiva crónica” e de algumas palavras como “cansaço” e “ansiedade”. Percebeu-se que a maioria dos validadores na execução dos exercícios se guiaram mais pela imagem e não leram ou não compreenderam o texto porque não executavam o movimento permanecendo na posição estática que se observava nas imagens.

Na segunda ronda após se ter simplificado o texto, incorporando as sugestões recolhidas na primeira ronda, e explicado algumas palavras no próprio texto foi manifestado pelos validadores a necessidade de se explicar o significado de outras palavras como “enfermeiro de reabilitação” e foi sugerido que fosse colocada essa explicação no próprio texto. Foi, ainda, sugerida a utilização de um registo de língua direta para o leitor.

Em relação à dificuldade na interpretação das imagens com os exercícios os validadores sugeriram colocar fotografias reais na exemplificação dos exercícios, que vai ao encontro de McNamara *et al.* (2019) que recomendam o uso de imagens (quadros fotográficos) que retratem o exercício, o equipamento usado e que demonstrem o modo

como devem ser executados. Optou-se por colocar duas fotografias que ilustrassem a posição inicial e final de cada um dos exercícios.

Após a terceira ronda aperfeiçoaram-se expressões como “número de repetições” para “número de vezes que é para fazer” e finalmente “quantas vezes precisamos de repetir os exercícios”. Houve necessidade de melhorar as fotos pois estavam escuras. Foi sugerido pelos validadores que deviam ser colocadas todas as fotos da sequência do movimento em cada exercício. Introduziu-se, ainda, uma alteração à formatação colocando o texto dos exercícios à direita, separado pelas fases de execução e associado à fotografia correspondente que se colocou à esquerda.

Após todas as alterações sugeridas até então, na última ronda confirmou-se que o folheto estava fácil de ler, compreender e executar.

Como refere Feleta L. *et al.* (2010): para capacitar os pacientes, minimizar a confusão e melhorar a adesão aos tratamentos recomendados, os prestadores de cuidados de saúde devem fornecer informações aos pacientes num nível que eles possam entender e usar para se tornarem mais informados sobre seus cuidados. Pesquisas mostram que pacientes informados são mais propensos a envolver-se ativamente nos seus cuidados.

Ao longo das rondas foi possível consensualizar, junto de um grupo de validadores/peritos, o que tínhamos encontrado na revisão da literatura, como referem Spichiger *et al.* (2022) que linguagem fácil pode ter outras aplicações no envolvimento do paciente e do público. As suas qualidades únicas permitem o desenvolvimento de medidas de resultado centradas no paciente inclusivas e acessíveis ou panfletos de autogestão. O uso atento da comunicação em linguagem fácil também pode promover um maior envolvimento com leigos não treinados ou pessoas com antecedentes migratórios em pesquisas clínicas e assistenciais.

Como referido anteriormente, como complemento à análise e interpretação feita pelos consultores foi ainda avaliada a legibilidade utilizando o software de Análise de Legibilidade Textual (disponível online). Deste software conseguiu perceber-se que no folheto original (ANEXO IV) a Legibilidade era média, de nível 14 enquanto no folheto traduzido e validado final (ANEXO VIII) havia uma Alta Legibilidade, de nível 9, (Figura 4).



Figura 4 - Análise da legibilidade do panfleto original à esquerda e do panfleto final à direita

Fonte: captura de ecrã de análise online

Os índices de legibilidade usam basicamente duas escalas:

- 0 a 100: Teste de facilidade de leitura de Flesch e Índice Gulpease.
- 0 a 20: Nível de instrução de Flesch-Kincaid, Índice de Nebulosidade de Gunning, Índice de Leiturabilidade Automatizado, Índice de Coleman-Liau, entre outros.

Nos índices baseados na escala 0-100, 100 significa um texto muito simples, ao passo que zero indica um texto de compreensão extremamente difícil. Apesar de a maioria dos textos ficar com índices no intervalo [0, 100], em alguns poucos casos o índice pode ser negativo bem como pode ultrapassar os 100 pontos.

Na escala 0-20, por outro lado, o nível de legibilidade decresce com o aumento na escala. Nessa escala, o nível obtido representa o total de anos de estudo que uma pessoa deve ter para poder compreender bem o texto. Assim, um texto com nível de legibilidade 6 é bem simples, já que é adequado para crianças na faixa dos 12 anos (sexto ano do ensino básico). Em contrapartida, textos com nível de legibilidade 17 são considerados de difícil leitura, pois são textos voltados para licenciados ou estudantes em pós-graduação.

De referir que, como se pode observar na Figura 5, em termos de percentagem de palavras complexas não houve uma descida acentuada porque se optou por manter algumas palavras complexas, fundamentais para a informação a ser transmitida, explicando-as.

Resumo descritivo		Resumo descritivo	
Letras	666	Letras	856
Sílabas	300	Sílabas	377
Palavras	116	Palavras	168
Sentenças	7	Sentenças	18
Letras/palavra	5.7	Letras/palavra	5.1
Sílabas/palavra	2.6	Sílabas/palavra	2.2
Palavras/sentença	16.6	Palavras/sentença	9.3
Palavras complexas	24 (20.7%)	Palavras complexas	32 (19.0%)

Figura 5 - Resumo descritivo do panfleto original à esquerda e do panfleto final à direita

Fonte: captura de ecrã de análise online

O folheto informativo traduzido para linguagem fácil e validado para estes grupos permitirá uma melhor compreensão dos exercícios a realizar no domicílio garantindo uma maior adesão aos programas de reabilitação com impacto na qualidade de vida. Sendo que a capacitação da pessoa para a autonomia e para o autocuidado é uma competência específica dos Enfermeiros de Reabilitação, a utilização de materiais educacionais acessíveis é uma mais-valia para a sua prática clínica.

## CONCLUSÃO

Como refere Mayer *et al.*, (2002) desenvolver, produzir e distribuir materiais educativos para pacientes com baixa alfabetização requer um investimento de tempo e energia. Este investimento compensa quando se reflete em ganhos em saúde e qualidade de vida.

Os enfermeiros são essenciais para a prestação eficaz da educação do paciente. Ajudar os pacientes a compreender informações de saúde complexas reduz o risco de resultados negativos e é uma abordagem ideal para o cuidado centrado no paciente (Foster, *et al.*, 2016).

Os Enfermeiros de Reabilitação no âmbito do exercício na comunidade têm um papel primordial na garantia da acessibilidade da informação por forma a promover a saúde e a autonomia. A produção de materiais educacionais acessíveis é fundamental para garantir a efetividade da componente educacional dos programas de reabilitação e pode garantir a sua realização autónoma no domicílio.

No âmbito do seu mandato social, os Enfermeiros de Reabilitação têm uma responsabilidade acrescida no que diz respeito à garantia da autonomia e do acesso à informação das pessoas com necessidades especiais. Criando soluções inclusivas, estas podem ser aplicadas a pessoas com necessidades diversas.

Procurou-se com este projeto traduzir para linguagem fácil um folheto informativo de apoio à reabilitação respiratória e validar essa tradução com três grupos específicos: pessoas com deficiência e incapacidade intelectual/cognitiva; pessoas cuja língua materna não é o português e pessoas com baixa escolaridade.

Considera-se que os objetivos foram conseguidos, apesar de ter sido necessário realizar 4 rondas com os consultores para validar a tradução, pois as versões apresentadas, apesar da simplificação realizada, continuavam a apresentar obstáculos para a compreensão. De salientar que a colaboração dos validadores foi essencial em todo o processo.

A versão final do panfleto será disponibilizada aos utentes da unidade em que a versão original está em uso sempre que forem identificadas dificuldades na leitura e/ou compreensão do texto. A avaliação dos resultados, adesão e manutenção em programa de reabilitação, obtidos após a utilização deste panfleto será o próximo passo para a demonstração da sua mais-valia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para as Necessidades Especiais e a Educação Inclusiva. (2015). *Linhas de Orientação para Informação Acessível. TIC para a Acessibilidade à Informação na Aprendizagem (ICT4IAL)*. Disponível em <https://www.ict4ial.eu/download-guidelines>
- Arriaga, M.T.. (2019). *Capacitação dos Profissionais de Saúde para uma melhor Literacia em Saúde do Cidadão*. In C. Lopes & C. V. Almeida (Ed.), *Literacia em Saúde na Prática*. Lisboa: Edições ISPA.
- Blervaque, L., Préfaut, C., Forthin, H., Maffre, F., Bourrelier, M., Héraud, N., Gouzi, F. (2021). *Efficacy of a long-term pulmonary rehabilitation maintenance program for COPD patients in a real-life setting: a 5-year cohort study*. *Respiratory Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12931-021-01674-3>
- Centre for Inclusive Design, (2020). *Easy English versus Plain English Guide*. Disponível em: [https://centreforinclusivedesign.org.au/wp-content/uploads/2020/04/Easy-English-vs-Plain-English\\_accessible.pdf](https://centreforinclusivedesign.org.au/wp-content/uploads/2020/04/Easy-English-vs-Plain-English_accessible.pdf)
- Charlton, J. (1998). *Nothing about us without us – Disability oppression and empowerment*. Berkeley/ Los Angeles/ Londres: University of California Press.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Disponível em: <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Feleta L. et al. (2010). *The Influence of Easy-to-Read Pamphlets About Self-Care Management of Radiation Side Effects on Patients' Knowledge*. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781. Digital Object Identifier: 10.1188/10.ONF.
- Foster, J., Idossa, L., Mau, L., Murphy, E.. (2016). *Applying Health Literacy Principles: Strategies and Tools to Develop Easy-to-Read Patient Education Resources*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(4)
- Hansen-Schirra, S., & Maaß, C. (Eds.). (2020). *Easy Language Research : Text and User Perspectives*. Frank & Timme. <https://doi.org/10.26530/20.500.12657/42088>
- Inclusion Europe. (sd). *Informação para todos – Regras Europeias para fazer informação fácil de ler e de perceber*. ISBN 2-87460-115-2
- Inclusion Europe. (sd). *Não escreva para nós sem nós – Envolver as pessoas com deficiência intelectual na produção de textos de leitura fácil*. ISBN 2-87460-117-9
- Íris – Laboratório de Inovação e Dados. (2022). *Publicações – Nossas Publicações*. Disponível em: <https://irislab.ce.gov.br/publicacoes/>
- Kickbusch, I. (2008). *Healthy societies: Addressing 21st century health challenges*. Adelaide: Adelaide Thinkers in Residence. Disponível em: <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2008/05/apo-nid962-1212151.pdf>
- Marco P. M. de Souza, Gleice C. de L. Moreno, Nelson Hein, Adriana Kroenke, *ALT – Análise de Legibilidade Textual*. Acesso em 07/10/2022 [Online]. Disponível em: <https://legibilidade.com/>
- Mayer, G., Rushton, N.. (2002). *Writing easy-to-read teaching aids*. *Nursing*, 32(3):48-9
- McNamara, R. J., Dale, M., & McKeough, Z. J. (2019). *Innovative strategies to improve the reach and engagement in pulmonary rehabilitation*. *Journal of Thoracic Disease*, 11(Suppl 17), S2192. <https://doi.org/10.21037/JTD.2019.10.29>
- Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D., & Katz, P. P. (2012). *Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *J Gen Intern Med*, 28(1), 74–81.

<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2177-3>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Disponível em: <https://repositorioenfneab.com/2018/09/28/guia-orientador-de-boa-pratica-reabilitacao-respiratoria/>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 85. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17071/regulamento-n%C2%BA-392-2019\\_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17071/regulamento-n%C2%BA-392-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eer.pdf)

Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho. Diário da República, 1.ª série — N.º 146. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2009/07/14600/0490604929.pdf>

Rooney, M. K., Santiago, G., Perni, S., Horowitz, D. P., McCall, A. R., Einstein, A. J., Golden, D. W. (2021). *Readability of Patient Education Materials from High-Impact Medical Journals: A 20-Year Analysis*. *Journal of Patient Experience*, 8. [https://doi.org/10.1177/2374373521998847/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177\\_2374373521998847-FIG2.JPEG](https://doi.org/10.1177/2374373521998847/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_2374373521998847-FIG2.JPEG)

Scarparo, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflections on the use of Delphi Modificado technique in research in nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 242-251.

Sousa, J., Casanova, J & Pedroso, P. (2008). *Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal*. Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

Spichiger, F., Keller Senn, A., Volken, T., Larkin, P., Koppitz, A.. (2022). *Integrated Palliative Outcome Scale for People with Dementia: easy language adaption and translation*. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, Feb 15;6(1):14 <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00420-7>

Uzzaman, M. N., Agarwal, D., Chan, S. C., Patrick Engkasan, J., Habib, G. M. M., Hanafi, N. S., Rabinovich, R. A. (2022). Effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation: systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Review : An Official Journal of the European Respiratory Society*, 31(165). <https://doi.org/10.1183/16000617.0076-2022>

Wilkinson, R. G. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)

## ANEXOS

## ANEXO I – AUTORIZAÇÕES PARA COLHEITA DE DADOS

Exma. Sr.<sup>a</sup> Diretora da Escola Superior de Saúde de  
Bragança Prof.<sup>a</sup> Adília Fernandes

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Andreia Fernandes Familiar Martins, aluna nº14593 do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, vem por este meio requerer a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> a oficialização do pedido de recolha de dados junto das seguintes instituições e grupos:

- 1 - Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança - turmas do curso Relações Lusófonas e Língua Portuguesa (Licenciatura) - Portuguese as a Foreign Language
- 2 - Academia dos Santos Mártires – utentes com deficiência cognitiva/intelectual
- 3 – ASCUDT - utentes com deficiência cognitiva/intelectual

A recolha de dados terá dois momentos após a assinatura do consentimento informado: aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica, testagem e validação da tradução para linguagem fácil de folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória.

Esta recolha de dados está inserida no trabalho de projeto do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação com o título “Materiais educacionais acessíveis - tradução para linguagem fácil e validação de folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória” sob a orientação da Professora Eugénia Mendes (ESSa/IPB) e da Professora Cláudia Martins (ESE/IPB).

Com os melhores cumprimentos

Amares, 13 de junho de 2022

*Andreia Fernandes Familiar Martins*

Exma. Sr.<sup>a</sup> Diretora da Escola Superior  
de Saúde de Bragança Prof.<sup>a</sup> Adília Fernandes

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Andreia Fernandes Familiar Martins, aluna n.º 14593 do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, vem por este meio requerer a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> a oficialização do pedido de recolha de dados junto da seguinte instituição:

- Associação Em Diálogo - alunos do curso de “Operador de jardinagem”

A recolha de dados terá dois momentos após assinatura do consentimento informado: aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica, testagem e validação da tradução para linguagem fácil de folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória.

Esta recolha de dados está inserida no trabalho de projeto do Mestrado em Enfermagem de reabilitação com o título “Materiais educacionais acessíveis - tradução para linguagem fácil e validação de folheto informativo de apoio à Reabilitação Respiratória” sob orientação da Professora Eugénia Mendes (ESSa/IPB) e da Professora Cláudia Martins (ESE/IPB).

Com os melhores cumprimentos

Amares, 9 de setembro de 2022

Andreia Fernandes Familiar Martins



ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO E  
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INQUÉRITO  
(EM LINGUAGEM SIMPLES)

Precisamos da sua ajuda para este questionário.

Eu, \_\_\_\_\_,

autorizo a recolha de dados sobre mim.

Autorizo o uso dos dados nas atividades  
no trabalho de projeto do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
com o título “Materiais educacionais acessíveis –  
tradução para linguagem fácil e validação de folheto informativo de apoio  
à Reabilitação Respiratória”.

Dou autorização de livre vontade.

Autorizo que as informações  
sejam usadas durante o tempo necessário.

Sei que posso retirar a minha autorização em qualquer altura.

Sei que não vou ser prejudicado.

O meu nome não vai aparecer em nenhum lado.

Concordo com a informação que foi apresentada e explicada.

Fiz todas as perguntas sobre o assunto.

Autorizo a recolha de dados nestas condições.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Questionário Sociodemográfico

Grupo: \_\_\_\_\_

**1- Idade** \_\_\_\_\_

**2- Sexo:**

F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_

**3- Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**4- Naturalidade** \_\_\_\_\_

**5- Estado civil:**

Casado /União de facto \_\_\_\_

Solteiro \_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_

**6- Escolaridade**

1º ciclo (4ª classe) \_\_\_\_

2º ciclo (6º ano) \_\_\_\_

3º ciclo (9º ano) \_\_\_\_

Ensino secundário \_\_\_\_

Curso profissional \_\_\_\_

Ensino superior \_\_\_\_

**7- Língua materna** \_\_\_\_\_

## ANEXO III – GRELHAS CHECK LIST

**Check-list**

Grupo: \_\_\_\_\_

Parte inicial - Reabilitação respiratória

Porquê:	Compreende		Observações
	Sim	Não	
- Reduz o cansaço e falta de ar			
- Melhora a ansiedade causada pela doença			

Porquê:	Compreende		Observações
	Sim	Não	
- Vai conseguir fazer o exercício mais tempo sem se cansar tanto			
- Ajuda na realização das atividades diárias			
- Reduz idas ao hospital			

Check-list Exercícios

---

<u>Exerc.</u>	Executou corretamente	Não executou corretamente	Imagem ajudou	Imagem Complicou	Texto ajudou	Texto complicou
1						
2						
3						
4						
5						

<u>Exerc.</u>	Executou corretamente	Não executou corretamente	Imagem ajudou	Imagem Complicou	Texto ajudou	Texto complicou
6						
7						

Observações:

## ANEXO IV– FOLHETO ORIGINAL

As Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação podem traçar consigo um **plano de reabilitação respiratória**.

**Conheça as vantagens:**

- Redução dos sintomas respiratórios, como fadiga e dispneia;
- Reversão da ansiedade e depressão associadas à doença respiratória;
- Melhoria da tolerância ao exercício, com aumento da resistência ao esforço;
- Melhoria da habilidade para a realização das atividades diárias;
- Redução dos episódios agudos;
- Redução do número de dias de hospitalização;
- Diminuição dos custos diretos e indiretos relacionados com a saúde;
- Melhor integração social e familiar.

Fale com o seu médico de família.

**Planeie com as Enfermeiras as suas sessões de reabilitação respiratória e sinta a diferença!**

**Valorize a sua saúde**



UCC CORAÇÃO DO  
MINHO

PÓVOA DE LANHOSO

Tel: 253639687

- Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Andreia Familiar  
Tlm: 925498728

Matilde Oliveira  
Tlm: 967104319

UNIDADE DE  
CUIDADOS NA  
COMUNIDADE



UCC CORAÇÃO DO  
MINHO

DPOC



RESPIRE MELHOR

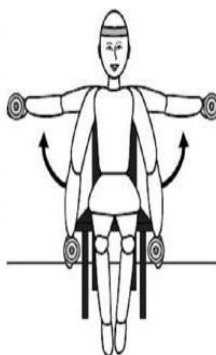
EXERCÍCIOS  
TERAPÊUTICOS

## Exercícios de Fortalecimento Muscular

1. Levante um peso à altura dos ombros expirando. Volte à posição de partida, (braços para baixo) inspirando.



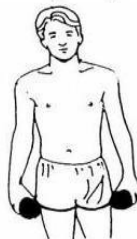
2. Levante um peso à altura dos ombros pelo lado (abrindo os braços) e expirando. Volte à posição de partida, inspirando.



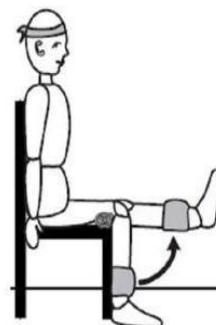
3. Dobre os cotovelos, levando o peso ao ombro, expirando. Volte à posição de partida, inspirando.



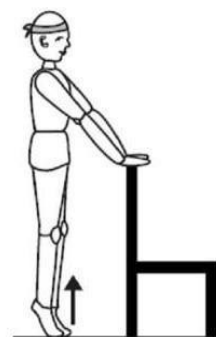
4. Dobre os cotovelos e cruze os braços expirando. Volte à posição de partida Inspirando.



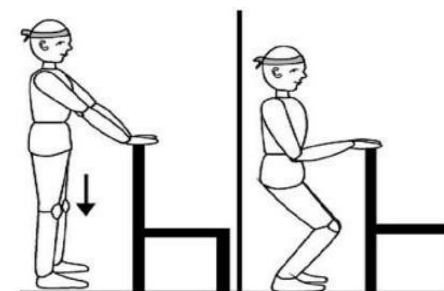
5. Estique um joelho expirando. Volte lentamente a pousar o pé no chão inspirando.



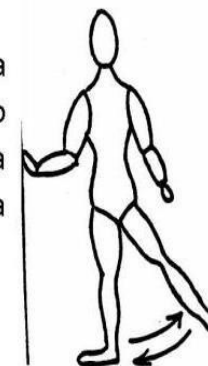
6. Coloque-se em bicos dos pés expirando. Inspirando volte a pousar os calcanhares no chão.



7. De pé, dobre os joelhos expirando. Volte a esticar os joelhos inspirando.



8. De pé, levante a perna para o lado expirando. Volte a pousá-la ao lado da outra inspirando.



Lembre-se:  
deve sempre **expirar** quando  
está a fazer **esforço**.

## ANEXO V– FOLHETO TRADUZIDO – VERSÃO 1

## DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Respire melhor

Exercícios

Porque fazer reabilitação respiratória:

- Reduz o cansaço e falta de ar;
- Melhora a ansiedade causada pela doença;
- Vai conseguir fazer o exercício mais tempo sem se cansar tanto;
- Ajuda na realização das atividades diárias;
- Reduz idas ao hospital;

Como fazer:

Inspirar: encher o peito de ar.

Expirar: deitar o ar fora.

Os Enfermeiros de Reabilitação dizem qual o peso a utilizar nos exercícios.

Também dizem qual o número de repetições.

Isto é diferente para todas as pessoas.

Se tiver dúvidas

fale com o Enfermeiro de Reabilitação.



1 – Sente-se numa cadeira.

Pegue nos pesos.

Levante um peso à altura dos ombros.

Ao mesmo tempo expire.

Baixe os braços enquanto inspira.



2 – Pegue nos pesos.

Abra os braços para o lado enquanto expira.

Inspire ao baixar os braços.



3 – Pegue nos pesos.

Dobre os cotovelos até aos ombros enquanto expira.

Inspire e baixe os braços.



4—Sente-se.

Estique um joelho e expire.

Coloque o pé no chão enquanto inspira.



5— Ponha-se de pé.

Expire enquanto se coloca em bicos de pés.

Pouse os calcanhares no chão e inspire.



6— Coloque-se de pé atrás de uma cadeira.

Apoie as mãos na cadeira.

Dobre os joelhos enquanto expira.

Inspire e estique os joelhos.



7— Coloque-se de pé.

Apoie a mão na parede.

Levante a perna para o lado.

Ao mesmo tempo expire.

Junte as pernas enquanto inspira.

## ANEXO VI– FOLHETO TRADUZIDO – VERSÃO 2

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença em que há obstrução (impedimento) da passagem do ar nos pulmões.

Porque motivo fazer reabilitação respiratória (conjunto de exercícios que combinam movimento e respiração):

- Reduz o cansaço e falta de ar;
- Melhora a ansiedade (sentimento ligado à preocupação, nervosismo e medo) causada pela doença;
- Vai conseguir fazer o exercício mais tempo sem se cansar tanto;
- Ajuda na realização das atividades diárias;
- Reduz idas ao hospital;

Como fazer:

Inspirar: enche o peito de ar.

Expirar: deita o ar fora.

Os Enfermeiros de Reabilitação (os enfermeiros com competência para planear e orientar nos exercícios) dizem qual o peso a utilizar nos exercícios.

Também dizem qual o número de vezes que é para fazer o exercício.

Isto é diferente para todas as pessoas.

Se tiver dúvidas

fale com o Enfermeiro de Reabilitação.



1 – Senta-te numa cadeira.

Pega nos pesos.

Levanta um peso à altura dos ombros.

Ao mesmo tempo expira.

Baixa os braços e ao mesmo tempo inspira.



2 – Pega nos pesos.

Abre os braços para o lado e ao mesmo tempo expira.

Inspira ao baixar os braços.



3 – Pega nos pesos.

Dobra os braços até aos ombros e ao mesmo tempo expira.

Inspira e baixa os braços.



4 – Senta-te.

Estica uma perna e expira.

Coloca o pé no chão e ao mesmo tempo inspira.



5— Põe-te de pé.

Expira enquanto te colocas em ponta dos pés.

Pousa os calcanhares no chão e inspira.



6— Coloca-te de pé atrás de uma cadeira.

Apoia as mãos na cadeira.

Dobra as pernas e ao mesmo tempo expira.

Inspira e estica as pernas.



7— Coloca-te de pé.

Apoia a mão na parede.

Levanta a perna para o lado.

Ao mesmo tempo expira.

Junta as pernas e ao mesmo tempo inspira.

## ANEXO VII– FOLHETO TRADUZIDO – VERSÃO 3

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença em que há obstrução (impedimento) da passagem do ar nos pulmões.

Porque motivo fazer reabilitação respiratória (conjunto de exercícios que combinam movimento e respiração):

- Reduz o cansaço e falta de ar;
- Melhora a ansiedade (sentimento ligado à preocupação, nervosismo e medo) causada pela doença;
- Vai conseguir fazer o exercício mais tempo sem se cansar tanto;
- Ajuda na realização das atividades diárias;
- Reduz idas ao hospital;

Como fazer:

Inspirar: enche o peito de ar.

Expirar: deita o ar fora.

Os Enfermeiros de Reabilitação (os enfermeiros com competência para planear e orientar nos exercícios) dizem qual o peso a utilizar nos exercícios.

Também dizem qual o número de vezes que é para fazer o exercício.

Isto é diferente para todas as pessoas.

Se tiver dúvidas

fale com o Enfermeiro de Reabilitação.

---



1– Senta-te numa cadeira.

Pega nos pesos.

Levanta os pesos à altura dos ombros.

Ao mesmo tempo expira.

Baixa os braços e ao mesmo tempo inspira.



2 – Pega nos pesos.

Abre os braços para o lado e ao mesmo tempo expira.

Inspira ao baixar os braços.



3 – Pega nos pesos.

Dobra os braços até aos ombros e ao mesmo tempo expira.

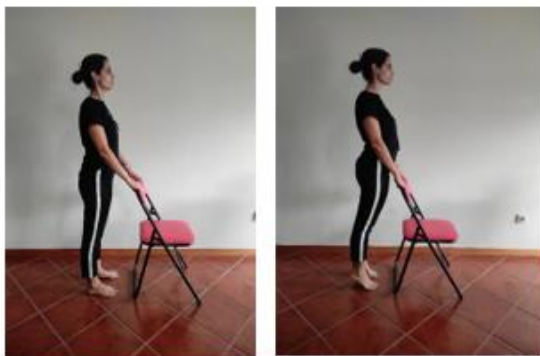
Inspira e baixa os braços.



4- Senta-te.

Estende uma perna e expira.

Coloca o pé no chão e ao mesmo tempo inspira.



5— Põe-te de pé.

Expira enquanto te colocas em ponta dos pés.

Pousa os calcanhares no chão e inspira.

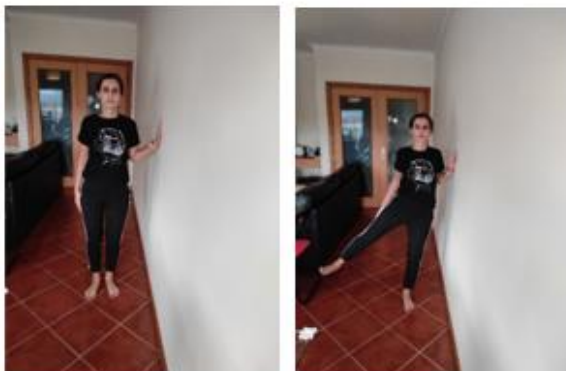


6— Coloca-te de pé atrás de uma cadeira.

Apoia as mãos na cadeira.

Dobra as pernas e ao mesmo tempo expira.

Inspira e estica as pernas.



- 7— Coloca-te de pé.
- Apoia a mão na parede.
- Levanta a perna para o lado.
- Ao mesmo tempo expira.
- Junta as pernas e ao mesmo tempo inspira.

## ANEXO VIII– FOLHETO TRADUZIDO – VERSÃO FINAL

## DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

(DPOC é uma doença em que há dificuldade da passagem do ar nos pulmões.)

Devemos fazer reabilitação respiratória porque:

(Reabilitação respiratória são exercícios que juntam movimento e respiração)

- Vamos sentir menos cansaço e menos falta de ar;

- Vai melhorar a ansiedade causada pela doença;

(Ansiedade é quando estamos preocupados, nervosos ou com medo)

- Vamos conseguir fazer o exercício mais tempo sem nos cansarmos tanto;

- Vai ajudar a realizar das atividades diárias;

- Vai diminuir as idas ao hospital.

Como fazer os exercícios:

É preciso inspirar. Inspirar é encher o peito de ar.

E é preciso expirar. Expirar é deitar o ar fora.

Para fazer estes exercícios é preciso usar pesos.

Os Enfermeiros de Reabilitação dizem qual o peso a utilizar nos exercícios.

(Os enfermeiros de reabilitação são profissionais que sabem planear, explicar e ajudar a fazer os exercícios.)

Os enfermeiros também dizem quantas vezes precisamos de repetir os exercícios.

Se tiver dúvidas fale com o Enfermeiro de Reabilitação.

**Exercício 1**

Senta-te numa cadeira.

Pega nos pesos.



Levanta os pesos à altura dos ombros.

Ao mesmo tempo deita o ar fora.



Baixa os braços e ao mesmo tempo  
enche o peito de ar.

**Exercício 2**

Pega nos pesos.



Abre os braços para o lado  
e ao mesmo tempo deita o ar fora.



Enche o peito de ar ao baixar os braços.

**Exercício 3**

Pega nos pesos.



Dobra os braços até aos ombros  
e ao mesmo tempo deita o ar fora.



Enche o peito de ar e baixa os braços.



#### Exercício 4

Senta-te.



Estende uma perna e deita o ar fora.



Coloca o pé no chão e ao mesmo tempo e enche o peito de ar.

Repete com a outra perna.



### Exercício 5

Põe-te de pé

e coloca as mãos numa cadeira.



Deita o ar fora

enquanto te colocas nas pontas dos pés.



Pousa os pés no chão

e enche o peito de ar.



### Exercício 6

Põe-te de pé atrás de uma cadeira.

Apoia as mãos na cadeira.



Dobra as pernas

e ao mesmo tempo deita o ar fora.



Enche o peito de ar

e estica as pernas.



### Exercício 7

Põe-te de pé.

Apoia a mão na cadeira.



Deita o ar fora enquanto

levantas a perna para o lado.



Junta as pernas e ao mesmo

tempo enche o peito de ar.