



SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO SETÚBAL

ANA CATARINA
MARTINHO REIS

**PERSPETIVA DA DÍADE
FISIOTERAPEUTA - UTENTE COM
AVC SUBAGUDO ACERCA DO
TEMPO PROLONGADO EM
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
NA PREPARAÇÃO DA ALTA
HOSPITALAR**

Relatório de Dissertação do Mestrado em Prática
Avançada de Fisioterapia em Neurologia

ORIENTADOR

Professora Doutora Madalena Gomes da Silva

Professora Teresa Dias

Dezembro de 2024



PRR
Plano de Recuperação
e Resiliência



REPÚBLICA
PORTUGUESA



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

ANA CATARINA
MARTINHO REIS

**PERSPETIVA DA DÍADE
FISIOTERAPEUTA - UTENTE COM
AVC SUBAGUDO ACERCA DO
TEMPO PROLONGADO EM
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
NA PREPARAÇÃO DA ALTA
HOSPITALAR**

JÚRI

Presidente: Professora Doutora Carla Pereira,
Instituto Politécnico de Setúbal

Arguente: Professora Doutora Alda Pereira,
Universidade de Coimbra

Orientador: Professora Doutora Madalena Gomes da
Silva, Instituto Politécnico de Setúbal

Coorientador: Professora Teresa Dias, Instituto
Politécnico de Setúbal

Dezembro de 2024

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia em Neurologia, realizado sob orientação científica de Professora Doutora Madalena Gomes da Silva e coorientação de Professora Teresa Dias.

Declaro que este Relatório de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas foram devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Ana Catarina Martinho Reis

Setúbal,dede

Declaro que este Relatório de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

A orientadora,

Professora Doutora Madalena Gomes da Silva

Setúbal,dede

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Madalena Gomes da Silva e Professora Teresa Dias pela orientação, pela dedicação ao nosso estudo, partilha de conhecimento, paciência, aconselhamento e empatia. Gostaria também de agradecer à instituição pela qualidade de ensino, atualização de práticas, oportunidade de frequentar o curso de Mestrado e pelo conhecimento adquirido ao longo dos últimos 2 anos.

Agradecer também ao meu colega de projeto Miguel Almeida pelo companheirismo, partilha e discussão de questões, temas e angústias.

Agradecer aos profissionais do CHLO com quem tive contacto no âmbito do desenvolvimento o nosso estudo pela sua disponibilidade, empatia e rápida resposta aos pedidos.

Agradecer aos participantes que de forma generosa aceitaram participar no nosso estudo e disponibilizaram parte do seu tempo para contribuir para o mesmo.

Agradecer aos amigos que me desafiaram a entrar nesta aventura: RS e VHA. Estes amigos estiveram presentes desde a revisão da oferta formativa até à discussão de ínfimos pormenores em momentos de insegurança. Foram estes os amigos que me mantiveram forte e me inspiraram a superar cada obstáculo ao longo de todo o processo.

Por fim, agradecer à minha família por serem os pilares durante todo o processo, pela força sólida, pela presença, pelo apoio nos momentos bons e menos bons. Obrigada por dizerem vezes sem conta que só eu era capaz de fazer tantas mudanças na minha vida e ainda inscrever-me num mestrado. Por acreditarem sempre em mim.

RESUMO

Perspetiva da díade fisioterapeuta-utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Ana Reis¹, Teresa Dias¹, Madalena Gomes da Silva¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

INTRODUÇÃO: Após acidente vascular cerebral, muitos utentes apresentam comportamento sedentário por longos períodos de tempo cujos riscos estão identificados. Contudo é pouco clara a forma como é trabalhada a preparação da alta hospitalar sobre este tema em particular. O objetivo do estudo é compreender a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta, quanto à diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário, em utentes adultos e idosos com acidente vascular cerebral subagudo.

MÉTODO: Foi realizado um estudo qualitativo de análise temática, com recolha de dados através de entrevistas individuais semi-estruturadas, audiogravadas, às díades utente- fisioterapeuta (14 participantes: 7 utentes e 7 fisioterapeutas). Utilizou-se a análise temática indutiva na qual os dados foram transcritos, analisados, codificados e categorizados antes de serem consolidados em temas e subtemas.

RESULTADOS: Resultaram 4 temas: “Diferentes entendimentos da expressão tempo prolongado em comportamento sedentário”, “Estratégias de intervenção para diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”, “Fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar” e “Fatores que dificultam a implementação de estratégias de intervenção para redução do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”.

CONCLUSÃO: As perceções da díade quanto à prática atual no contexto de internamento hospitalar em utentes com acidente vascular cerebral subagudo evidenciam os desafios e as oportunidades na redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, como a necessidade de clarificar e uniformizar os

entendimentos dos fisioterapeutas. Os fatores apontados como favorecedores e dificultadores poderão indicar informações úteis à implementação de estratégias que melhorem a intervenção na quebra do tempo prolongado em comportamento sedentário. O estudo enaltece a necessidade de tornar este tópico prioritário na preparação da alta hospitalar e de investigação futura que permita compreender os benefícios de saúde associados a estas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento sedentário, AVC, fisioterapia, alta hospitalar.

ABSTRACT

Perspective of the physiotherapist-patient dyad with subacute stroke regarding prolonged time in sedentary behavior in preparation for hospital discharge

Ana Reis¹, Teresa Dias¹, Madalena Gomes da Silva¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

INTRODUCTION: After a stroke, many patients exhibit sedentary behavior for long periods of time, with well-identified risks. However, it is unclear how discharge preparation is addressed regarding this specific issue. The objective of the study is to understand the perspective of the physiotherapist-patient dyad regarding the intervention used in discharge preparation, particularly in reducing prolonged sedentary behavior in adult and elderly patients with subacute stroke.

METHODS: A qualitative study with thematic analysis was conducted, with data collected through semi-structured individual interviews, audio-recorded, with patient-physiotherapist dyads (14 participants: 7 patients and 7 physiotherapists). Inductive thematic analysis was used, in which the data were transcribed, analysed, coded, and categorized before being consolidated into themes and subthemes.

RESULTS: Four themes emerged: 'Different understandings of the expression prolonged sedentary behavior,' 'Intervention strategies to reduce prolonged sedentary behavior during discharge preparation,' 'Factors that facilitate the implementation of intervention strategies to reduce prolonged sedentary behavior during discharge preparation,' and 'Factors that hinder the implementation of intervention strategies to reduce prolonged sedentary behavior during discharge preparation'.

CONCLUSION: The perceptions of the dyad regarding current practice in the context of hospital admission for patients with subacute stroke highlight the challenges and opportunities in reducing prolonged sedentary behavior. These include the need to clarify and standardize physiotherapists' understanding. Factors identified as facilitators and barriers may provide useful insights for implementing strategies to improve interventions aimed at breaking prolonged sedentary behavior.

The study emphasizes the need to prioritize this topic in discharge preparation and future research to better understand the health benefits associated with these interventions.

KEYWORDS: Sedentary behavior, stroke, physiotherapy, hospital discharge.

Índice

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	XII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MÉTODO	6
2.1 Desenho de estudo	6
2.2 Participantes	7
2.3 Recolha de dados	9
2.4 Análise de dados.....	10
2.5 Características do investigador e reflexibilidade	11
3. RESULTADOS	12
3.1 Caracterização da amostra.....	12
3.2 Tema 1: Diferentes entendimentos da expressão de TPCS	15
3.2.1 Subtema: Estar sentado.....	16
3.2.2 Subtema: Não praticar AF e/ou EF	17
3.3 Tema 2: Estratégias de intervenção para diminuição do TPCS na preparação da alta hospitalar	17
3.3.1 Subtema: Dialogar sobre movimento.....	17
3.3.2 Subtema: Treinar o movimento.....	19
3.4 Tema 3: Fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar.....	20
3.4.1 Subtema: Ter o hábito anterior de praticar AF	21
3.4.2 Subtema: Envolver a equipa multidisciplinar.....	22
3.4.3 Subtema: Participação ativa do cuidador.....	23
3.5 Tema 4: Fatores que dificultam a implementação da estratégia de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar.....	24
3.5.1 Subtema: Apresentar sequelas físicas e cognitivas severas.....	24
3.5.2 Subtema: Ter medo de queda	25
3.5.3 Subtema: Vulnerabilidade emocional.....	26
3.5.4 Subtema: Dispor de pouco tempo para a intervenção da fisioterapia	26
3.5.4 Subtema: Desconhecer o momento da alta	27
4. DISCUSSÃO.....	28
5. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39

ANEXOS.....	52
Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Ética.....	53
Anexo 2 – Mini Mental State Examination	54
Anexo 3 – Pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do MMSE	56
Anexo 4 – Medida de independência funcional	57
APÊNDICES.....	58
Apêndice 1 – Verificação dos padrões de reporte de investigação qualitativa – <i>Standard for Reporting Qualitative Research (SRQR)</i>	59
Apêndice 2 – Folha informativa para os utentes.....	60
Apêndice 3 – Folha informativa para os fisioterapeutas	64
Apêndice 4 – Consentimento informado para os utentes	68
Apêndice 5 – Consentimento informado para os fisioterapeutas	72
Apêndice 6 - Tabela de Critérios de elegibilidade dos utentes e fisioterapeutas.....	76
Apêndice 7 – Questionário de caracterização dos utentes	77
Apêndice 8 – Questionário de caracterização dos fisioterapeutas.....	79
Apêndice 9 – Guião de entrevista semi-estruturada para utentes.....	81
Apêndice 10 – Guião de entrevista semi-estruturada para fisioterapeutas	84

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral

DALYs – Disability-adjusted life years

ESAP – European Stroke Action Plan

ESO – European Stroke Organization

SAFE – Stroke Alliance for Europe

TPCS – Tempo prolongado em comportamento sedentário

CS – Comportamento Sedentário

AF – Atividade física

EF – Exercício físico

MMSE – Mini Mental State Examination

MIF – Medida de Independência Funcional

ULSLO – Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das doenças mais incapacitantes no mundo, com um impacto importante no indivíduo, contexto familiar, economia e sociedade (Wafa et al., 2020). Na última década, tem-se verificado a continuação do aumento dos anos de vida ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years* – DALYs) em 2.7% e em 2021 foi das principais causas de mais DALYs (Ferrari et al., 2024).

Na Europa existiam em 2017 perto de 10 milhões de pessoas sobreviventes de AVC, e estima-se um aumento de 27% na prevalência e 3% na incidência até 2047 (Wafa et al., 2020). Os custos associados ao AVC foram estimados em 45 mil milhões de euros, incluindo custos diretos e indiretos de prestação de cuidados e perda de produtividade (Wafa et al., 2020).

O relatório “*The Burden of Stroke in Europe*” refere que, em Portugal, se estima que anualmente a incidência seja superior a 15 mil pessoas, a prevalência supere os 76 mil, e a mortalidade exceda 15 mil habitantes por AVC (Wafa et al., 2020).

O AVC está associado a um quadro clínico complexo com impacto físico, cognitivo e psicológico, e com implicações a longo prazo tanto para o indivíduo como para os seus cuidadores formais e informais (Garnett et al., 2022). O processo de reabilitação dos sobreviventes de AVC requer abordagens multidisciplinares coordenadas. Atualmente, em Portugal, os modelos de cuidados em reabilitação são muitas vezes díspares e ineficientes, além de o seu custo-efetividade não ser determinado (Barbosa et al., 2024).

Apesar da personalização do planeamento da alta estar associado a melhores resultados a longo prazo Rodgers & Price (2017), Andrew et al. (2018) e a Stroke Foundation (2019) sugerem que, nos seus estudos, 30% das pessoas não tiveram acesso a este tipo de intervenção. No entanto, diretrizes internacionais recomendam a identificação de forma colaborativa das necessidades dos sobreviventes de AVC e dos seus cuidadores em relação a competências e conteúdos informativos (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016), sendo inclusivamente identificado como objetivo no *European Stroke Action Plan* (ESAP),

iniciativa conjunta da *European Stroke Organization* (ESO) e *Stroke Alliance for Europe* (SAFE) (Norrving et al., 2018). Contudo, em estudos anteriores, tem-se identificado que a informação veiculada a esta população é genérica e parece ser insuficiente na preparação de sobreviventes de AVC e dos seus cuidadores para o momento da alta hospitalar (Lindblom et al., 2020). Os desafios de lidar com uma patologia crónica e o pouco conhecimento em relação à mesma associam-se, também, a dependência dos profissionais de saúde (Obembe et al., 2019). Estratégias que envolvem a promoção de literacia em saúde têm vindo a ser identificadas como ferramentas úteis e eficazes neste âmbito (Wieczorek et al., 2023).

A literacia em saúde é um conceito multidimensional caracterizado pelas competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (Sørensen et al., 2012). Recomenda-se que os sobreviventes de AVC e os seus cuidadores tenham acesso a informação relativamente aos fatores de risco pessoais para a recidiva de evento cardiovascular (Powers et al., 2019). Contudo, identificou-se que 59% dos sobreviventes de AVC tem literacia em saúde inadequada (Cook & Pompon, 2023). Concorrem como fatores de risco para a recidiva de AVC aspetos como a não prática de atividade física (AF) e o tempo prolongado em comportamento sedentário (TPCS) (Saunders et al., 2021).

O comportamento sedentário (CS) é definido como qualquer comportamento de vigília caracterizado por baixo dispêndio energético - 1.5 equivalentes metabólicos de tarefa - na posição de sentado, reclinado ou deitado (Tremblay et al., 2017). A AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultem em gasto energético acima da taxa metabólica basal. Pode ser categorizada em ligeira, moderada ou vigorosa (Carpersen et al., 1985). Um indivíduo poderá ser, simultaneamente, fisicamente ativo e apresentar TPCS, se cumprir as recomendações de gasto energético associado a AF e despende uma percentagem significativa do dia sentado, reclinado ou deitado. Ou, pelo contrário, ser fisicamente inativo e apresentar um baixo TPCS (King et al., 2019; Morton et al., 2019).

O TPCS parece estar associado a maior risco de mortalidade e incidência de doenças cardiovasculares em adultos (HR=1.150 [95% IC 1.107 - 1.195]) (Biswas et al., 2015). As associações negativas de saúde também foram destacadas em relação à incapacidade, incluindo a redução da função física, o aumento dos sintomas de depressão (Devereux & Berns, 2023) e a fragilidade (Fitzsimons et al., 2022). Segundo Ezeugwu et al. (2017), os sobreviventes de AVC apresentam elevados períodos em CS, sendo que mesmo os indivíduos fisicamente independentes passam cerca de 75% do período de vigília em CS no mês seguinte à alta hospitalar. Além da grande maioria dos sobreviventes de AVC apresentarem um perfil de elevado tempo em CS, apresentam também níveis baixos de AF, independentemente do nível de capacidade física (Tieges et al., 2015). Diversos estudos observacionais mediram objetivamente o comportamento sedentário em sobreviventes de AVC que residem no domicílio, e constaram que tipicamente estão sentados mais de 10 horas por dia, tanto em fase imediatamente após alta hospitalar (Kerr et al., 2016) como crônica (English et al., 2016; Paul et al., 2016; Tieges et al., 2015). A forma como o tempo sedentário é acumulado ao longo do dia parece também ser importante, com associação de períodos prologados sentados e/ou ininterruptos a um aumento do síndrome metabólico (van der Berg et al., 2016). Recomenda-se que as intervenções que visam a diminuição do TPCS considerem tanto o tempo sedentário total como o padrão de acumulação ao longo do dia (Morton et al., 2019). As recomendações atuais de AF e exercício físico (EF) da *American Heart Association/American Stroke Association* para sobreviventes de AVC incluem a recomendação de redução do CS para prevenção secundária de recidiva (Young et al., 2016).

Demonstrou-se que a quebra do TPCS com períodos curtos e frequentes de AF de intensidade ligeira diminui a pressão arterial sistólica em sobreviventes com AVC, potencialmente reduzindo o risco de recidiva (English et al., 2018). Por outro lado, Gardner et al. (2016) sublinham que as intervenções que visam diminuir o TPCS, quando comparadas com intervenções centradas no aumento da AF, possam ser mais eficazes na prevenção secundária, por ser um objetivo mais acessível e provavelmente mais adequado para pessoas com AVC.

Ezeugwu e colaboradores (2017) identificaram a preparação da alta hospitalar como um momento importante para a intervenção clínica em sobreviventes de AVC, de forma a garantir que ganhos obtidos durante o período de reabilitação não sejam comprometidos pelo TPCS em sobreviventes de AVC no domicílio. É recomendado então que os sobreviventes de AVC e os seus cuidadores sejam envolvidos de forma ativa no planeamento da alta hospitalar, e que sejam identificadas as necessidades de ambos de forma a personalizar a preparação da alta hospitalar (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; Rodgers & Price, 2017).

Um estudo qualitativo revela que os sobreviventes de AVC sentem necessidade de receber informação em múltiplos momentos, de forma que seja possível adquirir com mais facilidade conhecimento associado aos conteúdos abordados (Eames et al., 2010). As dificuldades de retenção de informação podem estar associadas, entre outras, aos efeitos do AVC, sensação de “assoberbamento”, mas também ambiente físico pouco facilitador no contexto da reabilitação, foco da pessoa nas tarefas de reabilitação, assim como alterações de memória (Reed et al., 2010; Shipley et al., 2020). Os participantes pareceram ter maiores níveis de satisfação com profissionais de saúde que foram proativos no início das intervenções centradas em educação, e descreveram que as suas próprias limitações na aquisição de conhecimento estiveram associadas a não saber o que perguntar, esquecimento em questionar, perceção que não precisavam de informações ou presunção que as informações seriam fornecidas noutro momento (Abrahamson & Wilson, 2019; Danzl et al., 2016; Eames et al., 2010). A falta de conhecimento e as limitações de tempo por parte da equipa de profissionais de saúde foram as barreiras mais identificadas para aumentar a efetividade das estratégias de educação dos sobreviventes de AVC (Harrison et al., 2017; Temehy et al., 2022).

Desta forma, é recomendado que sejam integradas estratégias de educação personalizadas para sobreviventes de AVC e os seus cuidadores acerca da sua saúde no geral, e em particular das consequências do TPCS (Fitzsimons et al., 2022). Alsop et al. (2023) descrevem que, segundo a perspetiva de profissionais de saúde no geral sobre CS em indivíduos internados em contexto hospitalar, este não é um tópico prioritário. Especificamente e de forma antagónica, os fisioterapeutas,

em particular, valorizam significativamente esta dimensão, compreendem os benefícios, valorizam intervenções que visam a diminuição do CS e consideram que o internamento é uma oportunidade para se iniciar a intervenção nesse sentido (Alsop et al., 2023). No entanto, referem a existência de barreiras, tais como o hospital ser percecionado como um local de descanso, ausência de recursos suficientes para o tornar uma prioridade, e o desencorajamento de movimento por receio de quedas (Alsop et al., 2023).

Têm sido estudadas as perspetivas dos profissionais de saúde e sobreviventes de AVC sobre o TPCS durante a preparação da alta hospitalar. Todavia, existem limitações em estudos anteriores acerca da perspetiva dos profissionais relativamente às estratégias de intervenção (Eames et al., 2010), sobre a compreensão do impacto de fatores internos e externos na intervenção (Danzl et al., 2016) e o modo como essa intervenção é aplicada (Temehy et al., 2022).

Os estudos existentes que abordam as perspetivas dos profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, focam-se nos desafios associados à promoção da mobilidade e nas estratégias e intervenções em contexto hospitalar. Relativamente aos desafios na promoção da mobilidade, os profissionais de saúde reconhecem a importância de reduzir o CS devido ao impacto que a ausência de movimento pode ter na recuperação funcional (Saunders et al., 2021). No entanto, identificam desafios, tais como a severidade das sequelas do AVC, considerações com a segurança e a necessidade de equilibrar o movimento com o risco de complicações (Pollock et al., 2014; Saunders et al., 2021). Relativamente às estratégias e intervenções, alguns estudos destacam que os profissionais de saúde implementam programas e estratégias para aumentar a AF, mas é identificada a necessidade da criação de diretrizes específicas e adequadas para a quebra do TPCS para sobreviventes de AVC (Pollock et al., 2014).

Os estudos que exploram a perspetiva dos sobreviventes de AVC identificam três principais barreiras para reduzir o TPCS: medo e ansiedade, falta de informação, e necessidade de apoio personalizado (Wray et al., 2022). Os sobreviventes temem quedas e o agravamento da condição, assim como a falta de

informação clara sobre os benefícios do movimento, o que pode contribuir para a imobilidade (Crocker et al., 2021). Além disso, expressam, por exemplo, a necessidade de apoio individualizado, com orientações específicas sobre como e quando mudar de posição de forma segura (Crocker et al., 2021).

Têm vindo a ser exploradas as perspetivas do fisioterapeuta e dos utentes em relação à preparação da alta e o CS, mas não quanto à duração do TPCS, o seu entendimento e a forma como é intervencionado durante as sessões de fisioterapia. Por outro lado, esta exploração tem ocorrido de forma individual e sem foco na relação e na perspetiva da díade fisioterapeuta-utente. Desta forma, justifica-se a realização do presente estudo, que tem como objetivo explorar e compreender a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta direcionada à diminuição do TPCS em utentes adultos e idosos na fase subaguda de AVC.

2. MÉTODO

2.1 Desenho de estudo

Adotou-se um desenho de estudo qualitativo de análise temática que seguiu o paradigma construtivista (Creswell & Creswell, 2018). Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, construídas a partir de um estudo anterior (Ezeugwu et al., 2017) para recolher dados para posterior análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2006). Foram seguidos os padrões de reporte de investigação qualitativa – *Standard for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (Apêndice 1) e *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) na redação deste estudo (O'Brien et al., 2014)

As entrevistas foram conduzidas dois a três dias antes da alta hospitalar do utente e tiveram lugar nos serviços de internamento de medicina interna e neurologia do Hospital de S. Francisco Xavier e Hospital Egas Moniz da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO). Realizou-se, no mesmo dia, primeiro a entrevista ao utente e depois ao fisioterapeuta. Desta forma, o processo de preparação da alta já teria sido implementado e preveniram-se possíveis mudanças na intervenção realizada pelo fisioterapeuta associadas ao momento de entrevista. Optou-se por este período de entrevista possibilitando a que, na eventualidade de

ainda não ter sido realizada preparação para a alta, o fisioterapeuta dispusesse ainda de tempo útil com o utente para introduzir estratégias nesse sentido (Solbakken et al., 2022).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSLO (número de registo no RNEC: 2017070050; código de aprovação 2399) (Anexo 1).

Foi distribuída uma folha informativa (Apêndice 2 e 3) a cada participante, onde se encontrava detalhado e explicado o objetivo do estudo e os respetivos procedimentos. O investigador principal respondeu às questões colocadas pelos potenciais participantes a fim de os esclarecer quanto a quaisquer dúvidas. Os participantes que concordaram em participar no estudo preencheram a declaração de consentimento informado escrito (Apêndice 4 e 5). Garantiu-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados ao longo de toda a investigação. Foi atribuído um código a cada participante que foi utilizado nas transcrições e todos os dados que poderiam levar à sua identificação foram mantidos confidenciais.

Previamente à recolha de dados, realizou-se um treino de competências do entrevistador - o investigador principal - com o objetivo de desenvolver técnicas de comunicação durante a entrevista, testar as questões do guião semiestruturado e posterior análise. Para tal, foram realizadas entrevistas a um utente com diagnóstico de AVC e a um fisioterapeuta, tendo sido depois transcritas e codificadas. Com base neste treino de competências e na reflexão a ele subjacente realizado pelo investigador principal e equipa de orientação, efetuaram-se alterações no guião da entrevista semiestruturada, nomeadamente ao nível da ordem das perguntas, da forma como as questões foram colocadas, de melhoria da sequência e ligação entre questões do guião e refletiu-se acerca da importância de permitir ao participante responder de forma livre. As entrevistas realizadas no âmbito de treino de competências não foram incluídas na análise dos resultados. A transcrição foi realizada utilizando a aplicação *Happyscribe*, tendo sido confirmada a sua validade pelo investigador principal.

2.2 Participantes

Os participantes foram recrutados em diáde nos serviços de internamento de medicina interna e neurologia da ULSLO, através de método de amostra não

probabilístico por conveniência intencional. A díade foi constituída pelo utente com AVC subagudo e o fisioterapeuta que o acompanhou durante o internamento. Para o recrutamento, contactou-se pessoalmente a fisioterapeuta coordenadora e convocou-se uma reunião com os fisioterapeutas que exerciam prática clínica nos serviços de interesse. Foi explicado o objetivo do estudo e apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Foi pedido a cada fisioterapeuta que identificasse um utente que cumprisse os critérios de elegibilidade, de forma a ser convidado a participar no estudo.

Os participantes foram recrutados segundo o cumprimento dos seguintes critérios de elegibilidade (Apêndice 6):

- Utente – critérios de inclusão: idade igual ou superior 18 anos (Kristensson & Björkdahl, 2020); saber ler e escrever em português; internado na ULSLO; diagnóstico de AVC há mais de 7 dias e menos de 6 meses (Bernhardt et al., 2017).
- Utente – critérios de exclusão: alterações cognitivas: *Mini Mental State Examination* (MMSE – Anexo 2) valor de corte de acordo a idade e anos de escolaridade (18 a 25 anos: 30 pontos; 25 a 49 anos: 28 pontos; 65 ou mais anos: 26 pontos) que se encontram discriminados em anexo (Anexo 3) (Freitas et al., 2015; Last et al., 2022; Morris et al., 2012; Santana et al., 2016); alterações severas da linguagem e compreensão (avaliação médica) (Last et al., 2022); instabilidade médica: doença neoplásica/ imunológica, cardíaca significativa/instável, musculoesquelética, neuromuscular ou psiquiátrica que limite a capacidade de interromper o comportamento sedentário (Corey et al., 2023; Gibbs et al., 2016; Reynolds et al., 2021).
- Fisioterapeuta – critérios de inclusão: exercer prática clínica num dos hospitais da ULSLO; exercer prática clínica no serviço de neurologia ou serviços de medicina interna em pelo menos 3 dias da semana; exercer prática clínica com utentes com diagnóstico de AVC em estadio subagudo.
- Fisioterapeuta – critérios de exclusão: exercer prática clínica com doentes neurológicos em contexto subagudo há menos de 2 anos (Hayward et al., 2013).

O MMSE (Anexo 2) avalia o nível de incapacidade cognitiva (Folstein et al., 1975). O teste é constituído por 30 questões (0 pontos quando o indivíduo não responde/responde incorretamente ou 1 ponto quando o indivíduo responde corretamente) e está organizada em 6 domínios (Santana et al., 2016). A cotação é realizada através da atribuição de 1 ponto por cada resposta correta, com pontuação máxima de 30 pontos, sendo que pontuações elevadas indicam melhores níveis de desempenho (Santana et al., 2016). Os pontos de corte do instrumento são definidos de acordo com a idade e anos de escolaridade (Anexo 3) (Freitas et al., 2015; Santana et al., 2016). Para a população portuguesa apresenta sensibilidade e especificidade excelente (superior a 90%), consistência interna adequada (0.81) e validade convergente de correlações altas (Guerreiro et al., 1994; Marques & Espirito-Santo, 2021; Santana et al., 2016).

À data da recolha de dados, sete fisioterapeutas cumpriam os critérios de elegibilidade, que aceitaram participar no estudo e, portanto, recrutou-se a totalidade da população.

2.3 Recolha de dados

Foi entregue um questionário de caracterização para utentes (Apêndice 7) e fisioterapeutas (Apêndice 8) de autopreenchimento. Foram elaborados guiões de entrevistas equiparáveis e adaptados às especificidades dos utentes (Apêndice 9) e fisioterapeutas (Apêndice 10), de modo a garantir a exploração da experiência dos participantes.

Aplicou-se a Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo 4) que é um teste que avalia a independência funcional, independentemente das sequelas físicas, comunicativas, funcionais, emocionais e outras. É constituído por 18 tarefas divididas em duas subescalas (motora e cognitiva/social). Cada item pode ser classificado de 1 (dependência total) a 7 (independência completa) (Laíns et al., 1993). A cotação final pode variar de 18 a 126, sendo que maiores pontuações indicam melhores níveis de independência. Este teste encontra-se validado para a população portuguesa, mas não se conhece a sua fiabilidade (Laíns et al., 1993). Contudo, foram testadas as propriedades psicométricas a nível internacional (Dodds et al., 1993). Apresenta elevada consistência interna (Alfa de Cronbach =

0.93), bom poder de resposta e boa validade de construto, avaliada através do teste de hipóteses, que demonstrou ser um instrumento de medida capaz de discriminar utentes com base na idade, comorbilidades e capacidade funcional (Dodds et al., 1993). Ao melhor do nosso conhecimento, não foi testada a sua fiabilidade para a versão português europeu.

Os guiões de entrevista incluíram questões introdutórias diferenciadas (por exemplo: “Como tem sido a sua experiência no hospital?” e “Como tem sido a sua experiência enquanto fisioterapeuta no hospital?”).

Depois, exploraram-se questões semelhantes relacionadas com a familiarização do conceito de TPCS e as estratégias de desenvolvimento durante a intervenção (por exemplo: “O que sabe sobre TPCS?” e “Que estratégia foi necessário adaptar para este utente?”).

Por fim, exploraram-se questões relacionadas com a preparação da alta hospitalar (por exemplo: “Como foi a sua experiência relativamente à preparação da alta hospitalar quanto à diminuição do TPCS?”, “Considera-se capaz de quebrar o TPCS?” e “Tendo em conta a preparação da alta, considera que o utente será capaz de quebrar o TPCS?”).

As entrevistas ocorreram entre o mês de novembro e o mês de dezembro de 2023. As entrevistas ocorreram nas instalações da ULSLO, foram conduzidas em português e realizadas separadamente para permitir a livre exploração das ideias. Primeiro, entrevistou-se o utente e depois o fisioterapeuta. As entrevistas foram conduzidas com apenas a presença do investigador principal num espaço isolado e fechado, como uma sala à parte ou um quarto. Nenhuma entrevista foi interrompida e não se repetiram entrevistas.

2.4 Análise de dados

Foi utilizada a análise temática reflexiva, construída indutivamente a partir de detalhes de temas gerais, fazendo o investigador interpretações do significado dos dados (Creswell & Creswell, 2018).

A transcrição literal das entrevistas ocorreu nos dias seguintes à entrevista. As transcrições foram devolvidas tanto aos utentes antes da alta hospitalar, como

aos fisioterapeutas, para solicitação de comentários, correções e verificação do conteúdo. Não foi requerida qualquer alteração.

O método de análise temática reflexiva permitiu a flexibilidade de selecionar uma abordagem inicial linha a linha na identificação de temas gerais, mantendo as contribuições individuais de participantes de diferentes grupos (Braun & Clarke, 2006). Primeiro, ocorreu a familiarização do investigador com as entrevistas. Depois, cada transcrição foi codificada linha a linha, primeiro ao grupo dos fisioterapeutas e depois ao grupo dos utentes, separadamente. Após isso, realizou-se o processo de análise comparativa, no qual se aglomeraram códigos de significado semelhante dos dois grupos e entre grupos, e efetuou-se o processo indutivo de identificação dos subtemas e temas. Desta forma, garantiu-se a análise de dados em diáde. De seguida, definiu-se e nomeou-se os temas e subtemas.

Com o objetivo de aumentar a credibilidade dos achados, o investigador independente familiarizou-se com as transcrições e codificou linha a linha de forma independente. Desta forma, aplicou-se a triangulação de dados. O investigador independente é do sexo masculino, licenciado em fisioterapia, estudante de mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia e não exerce prática clínica em contexto hospitalar, mas em contexto de clínica privada.

De forma a assegurar a validade interna, utilizou-se a estratégia da triangulação dos dados que testa a validade da convergência de informação de diferentes fontes (Carter et al., 2014; Creswell & Creswell, 2018). Envolveu a participação de três investigadores independentes, além do investigador principal, desenvolvidas em reuniões periódicas, que contribuíram com múltiplas observações e conclusões. Por outro lado, também se recorreu à verificação dos membros, sendo que esta consiste na devolução das transcrições aos participantes para verificação de conteúdo (Birt et al., 2016; Creswell & Creswell, 2018).

2.5 Características do investigador e reflexibilidade

A investigadora principal é do género feminino, cidadã portuguesa e estudante de mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, licenciada em Fisioterapia e a exercer prática clínica na ULSLO. Ao longo do processo, a lógica e prática da reflexibilidade foram apoiadas na questão de

investigação para evitar o desvio da atenção dos fenómenos em estudo. Considerou-se necessário alcançar o ponto de vista dos participantes que viveram o fenómeno e simultaneamente manter a autoconsciência contínua da posição da perspectiva do investigador (Berger, 2015; Calm et al., 2013). Não existiu contacto prévio entre o investigador e os participantes utentes, mas existiu contacto prévio entre o investigador principal e os participantes fisioterapeutas. A investigadora principal apresentou-se aos fisioterapeutas e utentes como fisioterapeuta e estudante de mestrado. Os motivos para a realização do estudo foram explicados, assim como os seus objetivos e procedimentos antes dos participantes consentirem a sua participação. A reflexibilidade foi importante tanto para o investigador como para os participantes, uma vez que lhes foi dado tempo para refletir sobre a sua experiência (Calm et al., 2013).

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Foram incluídos 14 participantes (n=14) no estudo. Destes, 7 eram utentes com AVC e 7 eram fisioterapeutas (Tabela 1). As entrevistas foram audiogravadas (duração das entrevistas dos utentes: mínimo – 20 minutos; máximo – 25 minutos, duração das entrevistas dos fisioterapeutas: mínimo – 20 minutos; máximo – 50 minutos, totalizando um total de 6 horas de dados gravados).

A caracterização sociodemográfica dos utentes sugere que a maioria tinha idades entre 61 e 90 anos (87%) e 13% tinha mais que 90 anos. A maior parte destes eram do sexo feminino (71%) e 29% eram do sexo masculino. A generalidade tinha escolaridade completa correspondente ao primeiro ciclo do ensino básico (44%). No que diz respeito à caracterização clínica dos utentes, todos apresentaram mais do que uma comorbilidade. A mais frequente foi a hipertensão arterial (71%), seguida da dislipidémia (57%) e da diabetes mellitus (14%). Nenhum dos participantes tinha história de AVC prévio e todos sofreram um AVC isquémico. No que refere à funcionalidade, a maioria dos utentes tinha independência completa (71%) e 29% tinha dependência ligeira. A média aritmética da pontuação na MIF foi de 108 pontos (dp = 29.14; min-max: 63 – 126) numa escala de sentido positivo cuja pontuação pode variar entre 18 e 126 pontos.

A maioria dos fisioterapeutas (72%) tinha idade entre 41 e 50 anos e os restantes tinham idades entre 21 e 40 anos (28%). A maior parte destes era do sexo feminino (86%) e 14% do sexo masculino. Quanto à caracterização profissional, a generalidade dos fisioterapeutas tinha mais de 20 anos de experiência (57%). A maioria tinha formação básica e avançada no conceito de Bobath (43%) e 43% não tinha formação especializada em neurologia e/ou comportamento sedentário.

Tabela 1 – Tabela de características sociodemográficas, clínicas e profissionais

Amostra	Variável de caracterização	Categoria	N (%)
Utente com AVC (7)	Idade (anos)	61 a 70	2 (29%)
		71 a 80	2 (29%)
		81 a 90	2 (29%)
		Mais de 90	1 (13%)
	Sexo	Feminino	5 (71%)
		Masculino	2 (29%)
	Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	1 (14%)
		1º ciclo do ensino básico	3 (44%)
		2º ciclo do ensino básico	1 (14%)
		Mestrado	1 (14%)
		Doutoramento	1 (14%)
	Tipo de AVC	Isquémico	7 (100%)
		Hemorrágico	0 (0%)
	História prévia de AVC	Não	7 (100%)
		Sim	0 (0%)
	Comorbilidades	Hipertensão arterial	5 (71%)
		Dislipidemia	4 (57%)
		Diabetes mellitus	4 (57%)
		Obesidade	1 (14%)
	MIF (m; dp; min – max)		108; ±29.14; 63 – 126
		Independência total	5 (71%)
		Dependência moderada	2 (29%)
Fisioterapeuta (7)	Idade (anos)	21 a 30	1 (14%)
		31 a 40	1 (14%)
		41 a 50	5 (72%)
	Sexo	Feminino	6 (86%)
		Masculino	1 (14%)
	Anos de prática como fisioterapeuta (anos)	2 a 5	1 (14%)
		10 a 20	2 (29%)
		Mais de 20	4 (57%)
	Formação especializada em neurologia e/ou comportamento sedentário	Não	3 (43%)
		Formação Básica e Avançada no conceito de Bobath	3 (43%)
		Mestrado	1 (14%)

MIF – Medida de Independência Funcional; m – média; dp – desvio padrão; min – mínimo; max – máximo.

Relativamente à caracterização das sessões de fisioterapia, 57% dos utentes iniciaram o acompanhamento da fisioterapia entre 1 e 3 dias após a

admissão hospitalar e 43% dos utentes entre 3 e 7 dias após a admissão. Quanto ao número de sessões semanais realizadas, 71% dos utentes realizaram 5 sessões por semana e 29% realizaram 3 sessões por semana. Para 57% dos utentes cada sessão de fisioterapia realizada teve duração entre 15 e 30 minutos e para 43% dos utentes a duração foi inferior a 15 minutos. A primeira sessão de fisioterapia de preparação da alta hospitalar ocorreu desde a primeira sessão para 71% dos utentes e para 29% dos utentes após a definição do dia da alta hospitalar.

Da análise temática reflexiva realizada surgiram quatro temas, e respetivos subtemas. Sendo estes (Tabela 2): i) diferentes entendimentos da expressão de TPCS, ii) estratégias de intervenção para diminuir o TPCS na preparação da alta hospitalar, iii) fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar, e iv) fatores que dificultam a implementação das estratégias da intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar.

Tabela 2 – Temas e subtemas

Tema	Subtema
1. Diferentes entendimentos da expressão de TPCS	1.1 Estar sentado 1.2 Não praticar AF e/ou EF
2. Estratégias de intervenção para diminuição do TPCS na preparação da alta hospitalar	2.1 Dialogar sobre movimento 2.2 Treinar o movimento
3. Fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar	3.1 Ter o hábito anterior de praticar AF 3.2 Envolver a equipa multidisciplinar 3.3 Participação ativa dos cuidadores
4. Fatores que dificultam a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar	4.1 Apresentar sequelas físicas e cognitivas severas 4.2 Ter medo de queda 4.3 Vulnerabilidade emocional 4.4 Dispor de pouco tempo para a intervenção da fisioterapia 4.5 Desconhecer o momento da alta

No tema “diferentes entendimentos da expressão de TPCS” surgem dois subtemas relativamente à compreensão da expressão, nomeadamente “estar sentado” e “não praticar AF e/ou EF”.

No tema “estratégias de intervenção para diminuir o TPCS na preparação da alta hospitalar” emergem duas estratégias identificadas pelos fisioterapeutas e pelos utentes utilizadas e desenvolvidas durante as sessões de fisioterapia: “dialogar sobre movimento” e “treinar o movimento”.

No tema “fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar” surgem três subtemas que parecem contribuir de forma positiva para a intervenção, sendo estes “ter o hábito anterior de praticar AF”, “envolver a equipa multidisciplinar” e a “participação ativa dos cuidadores”.

No tema “fatores que dificultam a implementação da estratégia de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar” emergem cinco subtemas que parecem dificultar a implementação da intervenção, especificamente “apresentar sequelas físicas e cognitivas”, “ter medo da queda”, “ser emocionalmente frágil”, “dispor de pouco tempo para a intervenção da fisioterapia” e “desconhecer o momento da alta”.

3.2 Tema 1: Diferentes entendimentos da expressão de TPCS

O entendimento da expressão de “TPCS” não foi consensual entre os participantes, isto é, foram atribuídos significados diferentes à expressão. No decorrer das entrevistas, o significado atribuído à expressão de TPCS manifestado pelos participantes variou entre o entendimento de estar sentado e o de não realizar AF e/ou EF. Nenhum utente, independentemente do fisioterapeuta que o acompanhou, demonstrou um entendimento próximo da definição de CS proposta pela literatura, designadamente como o comportamento de vigília caracterizado por gasto energético $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos de tarefa (METs), na postura sentada, reclinada ou deitada (Tsao et al., 2022). Entre os fisioterapeutas, apenas um destes demonstrou aproximar o seu entendimento da expressão acima referida.

Eu diria que para mim passa pelo tempo que, neste caso os doentes ou falando no geral, que as pessoas passam em posições de pouco gasto energético, diria, sentadas, deitadas, acho que é isso. Principalmente a diminuição do gasto energético (FT01).

É consensual entre os participantes a não referência ao fator tempo do comportamento, independentemente do entendimento que têm sobre a expressão.

3.2.1 Subtema: Estar sentado

O entendimento da expressão foi associado a estar sentado quer por utentes, quer por fisioterapeutas. No entendimento da expressão não é traduzida qualquer referência ao tempo de permanência neste comportamento na posição de sentado. O significado atribuído à expressão prendeu-se com o CS e não com o tempo passado em CS, isto é, não foi associada à expressão a noção de tempo em CS ou tempo de cada período/intervalo de permanência nesse comportamento.

Para mim, uma pessoa com comportamento sedentário é uma pessoa que se mexe pouco, que na sua profissão está muito tempo sentada ou muito tempo na mesma postura, que em casa também está muito no sofá a ver televisão (FT07).

É uma pessoa não se mexer, estar alapada em casa e sentar-se num sofá a ver televisão e não se mexer (U03).

Embora tenham sido questionados sobre TPCS, as respostas dizem respeito a CS. Apenas um fisioterapeuta faz menção à interrupção do CS. Contudo, este participante não fez referência à duração e frequência da interrupção de forma específica.

Pelo menos peçam ajuda de alguém só para os acompanhar e que pelo menos interrompam, que façam essa atividade sozinhos e autonomamente (FT01).

Por outro lado, a expressão pareceu tomar diferentes significados no decorrer de uma mesma entrevista. Em várias entrevistas, verificou-se a contradição de significados da expressão, uma vez que o conhecimento da expressão foi associado tanto à posição de estar imóvel sentado, como à ausência de prática de AF e EF.

É não se mexer. Não fazer nada (...) estar na secretária sem se mexer. O comportamento sedentário é não praticar desporto, o movimento (U02).

É uma pessoa que o seu hábito de vida diária não é muito dado ao exercício. É uma pessoa que passa muito tempo sentada que não tem hábitos de fazer aquelas pausas ativas, mesmo que esteja em casa muito tempo (FT05).

3.2.2 Subtema: Não praticar AF e/ou EF

Para os utentes e os fisioterapeutas, alguém que não pratique AF, assume um CS, embora nenhuma relevância é atribuída aos riscos associados à duração ininterrupta deste comportamento. Nenhum participante associou a expressão ao conceito de inatividade física, aliando apenas à não prática de AF, uma vez que não foi feita referência ao incumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde para AF.

Acho que é alguém que não faz uma vida de... Não é só de desporto, de atividade física, é alguém que não faz atividade física (...). O que eu penso de uma forma geral, é especificamente não fazer atividade física (FT03).

O comportamento sedentário para mim é, estamos a falar em termos do doente, é não fazer exercício físico (FT02).

Associo pessoas sedentárias a pessoas que não fazem exercício, que não se mexem (U02).

3.3 Tema 2: Estratégias de intervenção para diminuição do TPCS na preparação da alta hospitalar

Tendo em conta os entendimentos da expressão descritos anteriormente, as estratégias desenvolvidas em seguida não dizem, por isso, respeito diretamente a estratégias que visem reduzir o TPCS, visto que a maioria dos participantes não conhece a expressão nem os riscos associados à manutenção do comportamento por longos períodos de tempo e, portanto, não a aplicam ou recomendam estratégias nesse sentido. Assim, as estratégias descritas dizem respeito àquelas utilizadas como forma de o reduzir tendo em consideração o seu entendimento atual. Existem duas estratégias que parecem ser mais utilizadas: a primeira, relacionada com o diálogo acerca da necessidade de manter o movimento; e a segunda, relacionada com as estratégias que visam a prática do movimento.

3.3.1 Subtema: Dialogar sobre movimento

A estratégia preferencial utilizada pelos fisioterapeutas baseou-se na transmissão de informação oral. Os fisioterapeutas conversaram com os utentes de

forma pouco estruturada sobre o tópico, com o objetivo de incentivar o movimento e aumentar o conhecimento em relação aos benefícios do mesmo.

Sinto que a preparação da alta é feita na comunicação direta com a pessoa, diariamente (FT04).

Todas as estratégias que nós utilizarmos contra este comportamento sedentário têm de ser acompanhadas de explicação, têm de ser bem explicadas ao doente, o porquê e como fazer, porque é que estamos a ir por este caminho e como fazer as coisas (FT05).

Ele falou comigo, em voz alta (...). E disse-me para fazer sempre movimentos. Para eu não ficar parada (U04).

Apesar de a transmissão oral de informação ter sido a estratégia preferencial, os fisioterapeutas referiram que a informação escrita também se trata de uma estratégia relevante. Contudo, apenas utilizam a via oral devido à necessidade de gerir prioridades. Estes referem que no decorrer do seu trabalho diário, não existe tempo disponível para se dedicarem ao desenvolvimento destas ferramentas. O apoio dos estudantes parece ser útil no desenvolvimento de panfletos.

Quando eu tenho o apoio de alguns alunos estagiários, elaboramos alguns folhetos que sejam adaptados ao grau de literacia do doente, portanto, (...) que seja adaptado àquele doente. (...) Porque eu sem um estagiário, não tenho tempo para estar a fazer esse folheto (FT05).

Preparei um documento com a ajuda de uma estagiária com toda a informação para a pessoa (utente) e a forma como foi, foi claramente agradecida, foram mais seguros do que iam procurar (FT04).

Por outro lado, os fisioterapeutas procuraram desenvolver o conceito de CS através de linguagem simplificada e adaptada aos utentes.

Acho que foi simplificar e não propriamente ir pelas definições grandes e fazê-la perceber que ela já tinha uma vida ativa, que já não tinha grandes períodos passados em comportamento sedentário e mantê-lo (FT01).

Eu não me lembro que ele falou, não (...). Mas o mais importante foi andar, pegar nas coisas com firmeza e não ficar parada (U04).

Os fisioterapeutas referiram que durante a intervenção procuraram sensibilizar os utentes para as consequências e fatores de risco associados ao CS. Contudo, a maioria dos utentes apenas fez referência à não utilização da cama durante o dia como forma de evitar o acamamento referente ao retorno a casa e não durante o período de hospitalização.

Falo-lhe nas consequências que o comportamento sedentário pode ter (FT05).

E falámos sobre também os próprios fatores, os riscos que estavam também presentes (...). Propor que as pessoas dentro da sua própria atividade conheçam aquilo que não é viável para deixarem de ser sedentários (FT04).

Agora quando for para casa, não me acomodo à cama (...). Estou alerta para não me deixar arrastar pelo sedentarismo (U01).

Eu sinto-me bem a mexer-me a arranjar ocupação para não estar sempre sentada. Agora, é mau para o organismo porque o meu médico sempre me disse que tenho de caminhar (U03).

3.3.2 Subtema: Treinar o movimento

O conhecimento dos fisioterapeutas sobre a expressão de TPCS, predominantemente associado à ausência de AF e/ou EF e à posição de sentado, pareceu influenciar as estratégias que foram implementadas. Neste caso, os fisioterapeutas optaram por promover o movimento.

Os fisioterapeutas utilizaram o treino de competências motoras para treinar capacidades físicas que permitissem que os utentes substituíssem o tempo sentados por tempo em movimento. Ademais, o treino também permitiu que os utentes olhassem para as atividades do dia a dia como oportunidades para aplicar essas competências.

Eu uso muito o estímulo da casa de banho porque sinto que às vezes os doentes habituaram-se a usar a fralda para urinar ou para evacuar e quando eles começam a ter a capacidade de assumir a posição de pé, caminhar, ir

até à casa de banho. Que usem esses momentos para se levantarem e irem por eles, que vão ser vários momentos no dia (...). Deixo um número muito reduzido de exercícios, mas que sei que eles compreendem, que percebem, que conseguem fazer sozinhos para fazerem mesmo que seja no leito ou na cadeira (FT01).

Até o movimento chegar a ser amplo, ele tem de treinar várias vezes o movimento numa amplitude muito mais diminuta. E, portanto, para haver repetição de movimento, não pode haver sedentarismo (FT05).

Agora quando for para casa, não me acomodo à cama. Eu ando, eu até faço caminhadas com o meu filho ali no bairro (U01).

Os fisioterapeutas procuraram utilizar atividades da vida diária como meio de estímulo ao movimento, tais como as idas à casa de banho ou as tarefas de vestir. Os utentes perceberam estas recomendações de forma positiva, uma vez que compreenderam como poderão transferir esta informação para a sua realidade. Alguns fisioterapeutas referiram incentivar a automobilização em utentes que não conseguem assumir a posição de pé autonomamente. Desta forma, foi introduzida uma alternativa ao CS do utente na posição de deitado ou sentado, quando este não é capaz de alternar a posição ou realizar marcha autónoma.

Ela disse-me que quando eu fosse para casa, (...) que não me acomodasse à cama. (U01).

Se eu acredito que eles têm a capacidade de ir à casa de banho de forma autónoma, eu peço que façam essa atividade sozinhos e autonomamente. Deixo um número muito reduzido de exercícios, mas que sei que eles compreendem, que conseguem fazer sozinhos para fazerem mesmo que seja no leito ou na cadeira (FT01).

Mesmo quando o doente está num cadeirão, ou mesmo quando vai para a cama, eu tento incentivar essa mobilização ativa (FT05).

3.4 Tema 3: Fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar

Os utentes e fisioterapeutas indicaram fatores que entenderam influenciar positivamente a implementação de estratégias para a quebra do TPCS durante a preparação da alta hospitalar.

3.4.1 Subtema: Ter o hábito anterior de praticar AF

Os fisioterapeutas e os utentes valorizaram o estilo de vida anterior dos utentes como ferramenta para gerir a situação atual. Estes consideraram que níveis elevados anteriores de AF são favorecedores da implementação da intervenção, uma vez que os utentes já estão familiarizados com o movimento.

Portanto, eu acho que ela vai manter o nível de atividade física que tinha, pouco diminuído, mas porque já estava habituada e já era essa a rotina dela (FT01).

Eu acho que é uma doente que vai ser colaborante nesse sentido porque ela é energética, era uma pessoa que tinha uma vida muito ativa antes. Está cheia de vontade de voltar a poder fazer as suas excursões. Acredito que seja uma pessoa que vá tentar quebrar o comportamento sedentário (FT05).

Felizmente, sou muito ativa (...). Comigo não há "mas" é toca a andar. Agora vamos a ver se essa prática continua. Se eu tenho coragem para ser a pessoa que era... (U01).

Tanto os fisioterapeutas, como os utentes já tinham tido contacto com o conceito de CS anteriormente, quer através da sua formação académica, consulta com o médico de família ou através de programas televisivos. Apesar de por vezes o seu entendimento não se aproximar da definição da literatura, este contacto prévio pareceu facilitar a intervenção.

Sim, o que a fisioterapeuta me disse, não foi nada de novo para mim (U01).

Aprendi na televisão. Dizem muita vez para as pessoas se mexerem (U03).

Na faculdade onde eu estudei é um tema que é abordado durante bastante tempo, mais no sentido da promoção da AF, o que implica que saibamos o que é que é o oposto. Portanto, diria que principalmente no contexto mesmo da licenciatura de base e depois por ter alguma formação na parte das condições cardiorrespiratórias (FT01).

3.4.2 Subtema: Envolver a equipa multidisciplinar

O envolvimento da equipa multidisciplinar pareceu ser um fator positivo identificado apenas pelos fisioterapeutas. Os fisioterapeutas consideraram que a equipa multidisciplinar poderá ter um papel significativo na quebra do TPCS, uma vez que o utente tem contacto com diversos profissionais diariamente e a harmonização do discurso pode favorecer a mudança de comportamento.

O tempo do fisioterapeuta em contexto de enfermaria é limitado e o enfermeiro é o profissional de contacto direto com o utente. Os fisioterapeutas referiram que este profissional de saúde poderá ter um papel importante na continuação das estratégias de quebra do TPCS durante o dia, conforme orientação do fisioterapeuta.

Se o doente percebeu que a equipa estava atenta e conseguiu reproduzir alguma coisa nesse sentido (...). Fiquei maravilhado porque a equipa de facto funcionou (...). Tivemos a certeza de que a cadeia de comunicação aconteceu (FT04).

Tentar também dizer a essas pessoas que acompanham o doente ao longo do dia aqui no hospital, tentar também lhe explicar o benefício (FT05).

Há doentes que realmente, eu deixo informação às equipas de auxiliares e de enfermagem, que são doentes que merecem mexer-se autonomamente e peço só que eles tenham alguma atenção. (...) Mas mais no sentido de permitirem que os doentes quebrem esse comportamento (FT01).

Os fisioterapeutas consideraram que a preparação conjunta e articulada da alta entre profissionais de saúde poderá permitir que tanto o utente como os seus cuidadores se sintam mais apoiados, seguros e confiantes no processo de transição de cuidados. Neste sentido, três fisioterapeutas realçam a importância da preparação de um documento de nota de alta para o qual contribuem as várias pessoas que compõem a equipa multidisciplinar, as diferentes valências e um campo específico para a nota de alta em fisioterapia através do qual os fisioterapeutas podem contribuir de forma ativa para a alta do utente.

Temos de prepará-la com muito mais antecipação. Temos de ter um documento muito mais preparado na forma como se gera para que tenha a informação básica sobre o que nós, a enfermagem, a nutricionista, a psicóloga, se fosse o caso, idealmente, poderiam ter, como é que a pessoa leva isto para casa e pode, segundo as suas competências e as suas limitações, pode estimular o doente a fazer (FT04).

3.4.3 Subtema: Participação ativa do cuidador

O envolvimento dos cuidadores na intervenção surgiu como um meio facilitador identificado pelos fisioterapeutas. Estes percecionaram a presença do cuidador como um fator essencial durante o processo de preparação da alta hospitalar, uma vez que são o apoio exterior e são estes que irão receber o utente. Além disso, consideraram necessário capacitar o cuidador para que este também esteja alerta para o CS e seja um fator que contribua e estimule a quebra do mesmo.

Às vezes pode-se simplificar um pouco mais e tornar mais sereno esse ambiente para que também as próprias consigam antecipar e conhecer outras coisas que não conhecem, seja auxílio, seja competências que passam a ter e nós podemos auxiliar em relação a isso (...) Dar fontes de informação, seja ela técnica ou informativa, que eles possam aceder antecipadamente (FT04).

Faz sentido associar as famílias a este esforço conjunto, porque muitas vezes os doentes vão estar dependentes destes familiares quando têm alta (FT01).

Os utentes percecionaram o envolvimento dos cuidadores como positivo, uma vez que pareceram desresponsabilizar-se da tarefa e assumir um papel passivo durante o processo. Por outro lado, também viram os cuidadores como um apoio e uma figura de conforto.

Porque se a pessoa não quiser, se não tiver companhia que puxe por ele...ou a pessoa já tem em si a vontade de fazer mais e melhor, progredir e gostar de ver os resultados, ou então é difícil (U02).

Todos eles me visitam. São um bom apoio. Ajudam-me. Dão-me força. Dizem-me que vou melhorar. Quando estou preguiçosa, puxam por mim. São bons filhos. Os médicos não falam nada comigo, é tudo com minhas filhas. Eu só sei que aqui estou e quero ir para casa (U05).

3.5 Tema 4: Fatores que dificultam a implementação da estratégia de intervenção para redução do TPCS na preparação da alta hospitalar

Os participantes indicaram fatores que entenderam influenciar negativamente a implementação de estratégias para a quebra do TPCS durante a preparação da alta hospitalar.

3.5.1 Subtema: Apresentar sequelas físicas e cognitivas severas

Os fisioterapeutas indicaram que as alterações no indivíduo após o AVC parecem ser um dos fatores que dificultam a implementação de estratégias por diversos motivos. Os fisioterapeutas indicaram que as capacidades físicas do utente, dependendo da severidade da lesão, poderão comprometer e até impossibilitar que o utente altere a posição, consiga assumir a posição de pé ou se mobilize em segurança de forma autónoma. Por outro lado, também as alterações cognitivas decorrentes do evento foram indicadas como limitativas da implementação das estratégias, uma vez que a compreensão, integração e reprodução da intervenção pareceu comprometida. Desta forma, os fisioterapeutas referiram que apesar de ser um tema relevante para todos os utentes, apenas alguns poderão efetivamente interromper o TPCS.

Acho que as alterações cognitivas, a par com a severidade da lesão são importantes e são barreiras ao meu trabalho. (...) Eu acho que pode ser uma barreira a esse ensino (...) Infelizmente, há aquele típico doente que, por alterações cognitivas e comportamentais, não nos permitem fazer essa recomendação (FT05).

Eu sinto que em doentes com déficits cognitivos e motores mais acentuados é mais complicado fazer chegar esta mensagem. Acho que às vezes é preciso ir a coisas muito práticas para eles acederem a este tratamento e à educação, é arranjar atividades funcionais e que eles conheçam (FT01).

Alguns utentes referiram sentir que a severidade da lesão e as alterações cognitivas ligeiras decorrentes do evento foram desencorajadoras do movimento e da quebra de TPCS.

Mas o que sinto é que às vezes estou mais lenta (U03).

A pessoa já não é a mesma de antes (U04).

Ela fala muita coisa, mas eu não tenho paciência. O braço está morto, não mexe. (...) Tenho de passar o tempo sentado ou deitado, porque as pernas não chegam lá. Eu não consigo. Esta perna firma, esta não pode. Não tenho força. Estava a dizer que podia fazer coisas sentado, mas eu não posso. (U07).

3.5.2 Subtema: Ter medo de queda

Os fisioterapeutas e os utentes identificaram o medo de cair como um fator dificultador da implementação das estratégias de intervenção. Os fisioterapeutas mostraram-se conscientes das alterações físicas decorrentes do evento cerebrovascular e do estado funcional atual do utente que acompanharam. Por isso, mostraram-se receosos em relação à possibilidade da ocorrência de uma queda nos momentos em que o profissional de saúde não está presente.

Às vezes há a questão do medo, tanto deles se mexerem por medo de caírem ou de estarem a fazer pior, como às vezes das equipas de enfermagem (FT01).

Claro que no internamento eu tenho sempre muito receio de mandar um doente andar no corredor, porque também tenho receio das quedas e porque o doente nem sempre está sobre a vigilância total (FT05).

Já os utentes, pareceram sentir-se inseguros e mal-adaptados à sua condição atual. Os utentes referiram não sentir medo de queda antes do evento, mas após o mesmo passaram a percecioná-lo como resultado da alteração da autoconfiança e capacidades físicas. Em consequência, referiram ver a marcha como uma atividade de risco.

Olhe, se me aventuro a andar e dá-me aquela zoeira e aquele cansaço? Vou parar direitinha ao chão (...) Pronto, não me sinto segura. (...) Tenho medo de cair (U03).

Moro num primeiro andar e tenho um corrimão. Agora se calhar vamos ter de pensar em aí noutra opção, não é? Até eu me habituar para não cair (U05).

3.5.3 Subtema: Vulnerabilidade emocional

Os fisioterapeutas e os utentes percecionaram a fragilidade emocional como um desafio à intervenção. Os fisioterapeutas indicaram que o evento, as consequências dele resultantes, o confronto com a nova realidade e a gestão das expectativas em relação ao futuro são aspetos que destabilizam emocionalmente o utente e influenciam negativamente a intervenção. Já os utentes relevaram ter vontade de regressar a casa, mas receiam não ser os mesmos que anteriormente.

Quando a "cortina cai", a partir daí percebemos de facto se a conjugação passa a ser positiva no sentido em que a pessoa se motiva um pouco mais para conseguir alterar aquilo que estava mal antes ou então se não é suficiente e a pessoa acaba por entrar numa espiral de descontrolo que depois tem de ser muito bem monitorizada para... Passa além do físico, afinal. Sinto que o nível de trabalho para atingir o objetivo depois torna-se mais difícil de controlar emocionalmente do que fisicamente (FT04).

Há utentes que com déficits ligeiros conseguem comprometer-se mais facilmente porque não sentem essa desfiguração tão presente. Quando essa desfiguração está presente, faz muita diferença (FT04).

A cabeça está apta a que eu seja a pessoa que era. (...) Agora vamos a ver se essa prática continua. Se eu tenho coragem para ser a pessoa que era... (...). Aí é que eu tenho medo de me agarrar a essa inaptidão e então afogar-me mais ainda (...) Agora resta saber se eu vou ter forças para continuar essa tarefa que eu digo sinceramente que me vai desgastar muito, porque se eu não for a pessoa que era... (U01).

3.5.4 Subtema: Dispor de pouco tempo para a intervenção da fisioterapia

A escassez de tempo foi apontada pelos fisioterapeutas como um tópico que influenciou a implementação da intervenção. Os fisioterapeutas indicaram que dispõem de tempo limitado em contexto de enfermaria. Referiram que o tempo de intervenção com cada utente é escasso, uma vez que existe a necessidade de gerir prioridades dado o elevado volume de trabalho. Desta forma, temas como o TPCS e preparação da alta hospitalar não foram prioritários. Por outro lado, os utentes perceberam que a intervenção de fisioterapia é mais curta do que o que gostariam.

O facto de eu ter um tempo muito limitado para tratar os doentes não é só por pegar nele, fazer mais exercícios, fazer mais treino de marcha. É isto, perceber que as recomendações que eu dei, por exemplo, de manhã, que ele compreendeu e que vai ser capaz de manter pela repetição. Portanto, o facto de eu ter 10-20 minutos para um doente é a principal barreira (FT01).

O tempo é precioso e é um fator mais do que limitativo. (...). Seria muito mais interessante sentir que, mesmo que eu não pudesse oferecer um tempo genuíno seguido de trabalho intenso ao doente, como é preconizado na evidência, mas sentir, por exemplo, que eu estou de manhã a tratar durante 20 minutos, sendo mais preciso e prático. Mas sentir que à tarde posso voltar para mais 20 minutos. E essa realidade não acontece. Tenho a certeza de que o doente fica sem a realização intensiva do ponto de vista do toque, motor e global (FT04).

Eu acho que não teve muito tempo. Mas o mais importante foi andar, pegar as coisas com firmeza, não ficar parada. (...) Porque o tempo é pouco. Ele fazia comigo e fazia com outros pacientes. Não ficava muito tempo comigo. Acho que era só 10 minutos para cada paciente. Se ficasse mais tempo, ele teria feito mais coisas comigo (U04).

3.5.4 Subtema: Desconhecer o momento da alta

A incerteza em relação ao momento da alta foi um fator apenas identificado pelos fisioterapeutas. Os fisioterapeutas consideraram que a imprevisibilidade da transferência de utentes entre hospitais e da alta hospitalar dificultou a implementação das estratégias de intervenção, uma vez que limitou o

encadeamento do processo de preparação da alta, quer do ponto de vista da preparação do utente, dos seus cuidadores e dos possíveis apoios. Assim sendo, os fisioterapeutas procuraram colmatar este ponto através da intervenção o mais precocemente possível e defenderam o processo de preparação da alta com acompanhamento da equipa de fisioterapia para que este seja desenvolvido atempadamente.

Não sabemos como é o seu encaminhamento depois de saírem do hospital, portanto, para a área de residência (...). Vão para casa a esperar para fazer fisioterapia numa clínica, por um internamento na unidade de média duração, estão à espera de ir para um lar, não sabendo que apoio é que eles vão ter a seguir (FT01).

Nessa antecipação que agora tem sido mais difícil, porque sabemos que os doentes não ficam muito tempo na unidade e não ficam muito tempo neste hospital. Ficamos também com a vontade de falar com os profissionais que os recebem lá, nos sítios onde vão estar. (...). Devia estar até já mais ou menos delineado, preparado, em que a nossa descrição pudesse ser uma coisa mais prática e simples de fazer, já estivesse mais ou menos preconizada. (...) Podemos preparar um documento com toda a informação para cada pessoa (FT04).

4. DISCUSSÃO

Este estudo objetivou explorar a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta hospitalar, quanto à diminuição do TPCS, em utentes adultos e idosos com AVC subagudo. Para tal, foi necessária uma reflexão e compreensão profunda sobre a díade, o seu conhecimento e perceções sobre o tópico de interesse, as suas necessidades, assim como o contexto de internamento estudado.

Através deste estudo compreendemos que as díades fisioterapeuta – utente neste estudo não percecionam o termo TPCS de acordo com o estabelecido na literatura, e que o associam a outros conceitos, como similar a ausência de prática de AF e/ou EF; e à posição de sentado. Os diferentes entendimentos da expressão de TPCS assumiram-se como relevantes, pois permitiram enquadrar o significado

atribuído aos temas seguintes. Apenas um participante (fisioterapeuta) descreveu a sua percepção de CS alinhada com a definição aceite, atualmente. Este entendimento pode dever-se a vários fatores: por um lado, a maioria dos fisioterapeutas concluíram a sua formação básica há mais de 20 anos, e o aumento do interesse no tópico de CS e TPCS é relativamente recente. Apesar de alguns fisioterapeutas terem formação especializada em intervenção em fisioterapia neurológica e alguns terem formação académica terminada recentemente, apenas um apresentou ter conhecimento aproximado em relação ao tópico de interesse, e nenhum acerca das suas recomendações. Os dados apresentados podem refletir a limitação da integração deste tema nos eventos formativos académicos e não-académicos no contexto da abordagem em fisioterapia para pessoas com AVC.

O entendimento dos utentes foi consonante, independentemente do fisioterapeuta que o acompanhou. À semelhança dos fisioterapeutas, o entendimento do conceito baseou-se, como referido anteriormente, na não prática de AF e/ou EF, e na posição de sentado. Não pareceu existir uma associação clara entre fisioterapeutas que identificaram de forma mais correta conhecimentos associados a CS e o entendimento mais esclarecido dos utentes. Nenhum utente se focou no tempo em CS quando descreveram a sua percepção de TPCS. Na realidade, num estudo anterior com utentes com AVC, apenas metade dos participantes tinha tido contacto com o termo CS e destes, apenas 2 conheciam riscos de saúde associados a TPCS (Ezeugwu et al., 2017). Conhecer os riscos e os benefícios associados ao comportamento é um ponto de partida para a promoção de saúde (Wieczorek et al., 2023). A limitação de conhecimento em utentes com AVC relativamente ao significado da expressão TPCS pode afetar a sua motivação para a alteração comportamental (Alsop et al., 2023; Michie et al., 2011).

A díade reportou que as principais estratégias utilizadas para diminuir o TPCS se prenderam com o diálogo sobre o movimento e o treino do movimento. Referiu-se também que a sessão tipo de fisioterapia foi constituída tanto por momentos de transmissão de informação, que incorpora o tema da importância de quebrar a posição de sentado e/ou deitado, como por momentos de atividade para praticar movimento ao longo do dia, sem fazer referência à sua periodicidade. Estes

achados estão de acordo com um estudo qualitativo que incluiu 13 indivíduos com AVC e 12 cuidadores e reportou que a comunicação verbal foi percebida como a preferencial para os profissionais de saúde, mas ainda assim foi frequentemente percebida pelos sobreviventes de AVC e seus cuidadores como uma sobrecarga (Danzl et al., 2016). Alguns cuidadores perceberam o processo como sobrecarregado devido ao volume de informação transmitida verbalmente num curto período (Danzl et al., 2016). À semelhança dos resultados deste estudo, também os utentes da díade fizeram referência ao volume de informação que recebem dos múltiplos profissionais de saúde com quem contactam diariamente como fator limitante.

A díade fisioterapeuta-utente evidenciou que o contexto de internamento poderia ser uma oportunidade para iniciar a mudança comportamental e promover o conhecimento do TPCS. Contudo, esta mostrou ser desenvolvida apenas através da comunicação verbal. Um estudo meta-etnográfico anterior releva que a informação deve ser adaptada às necessidades dos utentes e seus cuidadores. Por outro lado, também se discute na literatura a necessidade de diferentes tipos de fontes de transmissão de informação como a escrita (panfletos e brochuras), a verbal (discussões de grupo) e a visual através de vídeos e tecnologia (Temehy et al., 2022). De acordo com a análise deste estudo, parece-nos que a transmissão verbal utilizada pelos fisioterapeutas possa não ser suficiente nem eficaz no seu objetivo. Os fisioterapeutas referem não utilizar estratégias escritas por falta de tempo para esse fim. Tal poderá acontecer devido ao tempo de sessão com cada utente no contexto estudado, que se constatou ser na sua maioria (57%) entre 15 e 30 minutos, e os restantes (43%) inferior a 15 minutos.

Os fisioterapeutas referiram que o desenvolvimento do tema TPCS, de acordo com o seu entendimento, foi influenciado pelos constrangimentos do contexto hospitalar e gestão de prioridades. Esta informação é contrastante com estudos anteriores, nos quais os profissionais de saúde reportam que a principal limitação para o desenvolvimento do tema seria o conhecimento sobre TPCS, e por isso se abstinham de promover iniciativas com objetivo de alteração do comportamento (Alsop et al., 2023; Pedersen et al., 2020). Esta contradição pode dever-se às limitações externalizadas que os fisioterapeutas manifestaram ao longo

das entrevistas. Os fisioterapeutas pareceram associar de forma mais assertiva motivos externos para justificar a sua prática diária de forma oposta aos estudos citados anteriormente, onde os participantes mostraram internalizar os motivos para não abordar a mudança de comportamento. Em reflexão, o facto de a investigadora principal ser colega pode ser uma limitação, dado que os participantes podem não estar disponíveis para reconhecer uma vulnerabilidade. Por outro lado, este tema não é abordado na formação inicial e, portanto, o seu desenvolvimento está dependente de investimento específico.

O conhecimento dos fisioterapeutas em relação aos conceitos, a sua autorreflexão, a par com a ausência de recomendações claras para a quebra do TPCS em contexto de internamento (Alarslan et al., 2024) podem tornar desafiante o desenvolvimento de intervenções e estratégias educativas formais relativamente à utilização de intervenções centradas na limitação do TPCS. Contudo, um painel de Delphi recente recomenda a redução do CS em utentes adultos idosos hospitalizados (Baldwin et al., 2020) como estratégia relevante. Esta abordagem é fomentada também pela *National Clinical Guideline for Stroke* (2023), que sugere a minimização do tempo passado sentado por longos períodos, no que diz respeito à gestão da condição a longo termo e à prevenção secundária do AVC (National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland, 2023).

Para a díade, a prática habitual de atividade física seria um aspeto facilitador para a quebra do TPCS, uma vez que os utentes já estariam não só fisicamente mais preparados, mas também mais familiarizados com o movimento. No entanto, este aspeto não está de acordo com um estudo anterior, que explorou a perspetiva da díade profissional de saúde – utente (De Klein et al., 2021). Neste, os utentes adultos internados consideraram-se fisicamente inativos durante o seu internamento quando comparado com o estado pré-internamento (De Klein et al., 2021). Contudo, consideraram que o seu nível de atividade anterior à admissão não influenciou o seu nível de atividade atual (De Klein et al., 2021). No mesmo estudo, os profissionais de saúde, referiram que, na sua opinião, o nível anterior de atividade física não influencia o nível de atividade durante o internamento, uma vez que os utentes aumentarão sempre os seus níveis de inatividade durante o internamento. No entanto, os profissionais de saúde consideraram a funcionalidade

prévia dos utentes como um fator relevante, uma vez que os utentes capazes de realizar marcha autonomamente passavam mais tempo fora da cama que os funcionalmente dependentes e que o nível de funcionalidade física influenciou as atitudes dos utentes em relação à AF (De Klein et al., 2021).

A díade reconheceu que a equipa multidisciplinar tem um papel facilitador na quebra do TPCS. Apesar de durante a sessão de fisioterapia se quebrar, de forma regular, o TPCS, existem outras oportunidades durante o período diurno em que é potencialmente possível realizar esta ação em segurança, através de intervenções concertadas por diferentes profissionais de saúde. Esta consideração está de acordo com um estudo anterior que defendeu que a quebra do TPCS pode não estar dependente do trabalho desenvolvido durante a sessão de fisioterapia; e podem ser identificadas momentos-chave como as transferências, a mobilidade na cama, caminhar e tomar banho como atividades recorrentes potencialmente benéficas e como oportunidades para interromper o TPCS (Alsop et al., 2023).

Para a díade, a participação dos cuidadores pareceu também ser um aspeto facilitador durante o processo de preparação da alta hospitalar. Os fisioterapeutas reconheceram que a participação dos cuidadores durante o processo de preparação da alta hospitalar seria essencial. Desta forma, os cuidadores poderiam ser capacitados para estar alerta quanto ao TPCS, e capacitados com estratégias que contribuíssem para a quebra desse comportamento. Esta descoberta está de acordo com o estudo de Jones et al. 2023, onde é referido que uma das formas de garantir a transição de cuidados e reduzir o potencial malefício para o utente é garantir a participação dos cuidadores durante a preparação da alta. A participação da família nos cuidados de reabilitação parece estar associada a melhores resultados de saúde nesta população, além de contribuir para uma maior qualidade, segurança e eficiência de cuidados de saúde (Alarlan et al., 2024; Carman et al., 2013). À semelhança do reportado pela díade, no estudo de Sadler et al. (2017) o recrutamento de cuidadores pareceu ser uma estratégia utilizada pelos fisioterapeutas para encorajar a adesão dos participantes com AVC a programas de exercício. A realidade portuguesa parece estar alinhada com os dados deste estudo. Mendes Pereira et al. (2023) identificaram limitações na abordagem a

cuidadores de pessoas com AVC, e reforçam a eficácia da comunicação entre os profissionais e os cuidadores tem potencial para ser otimizada.

Os utentes pareceram perceber a participação dos cuidadores como positiva, uma vez que permitia a desresponsabilização da tarefa, assumindo uma posição passiva durante o processo de preparação da alta hospitalar. Este ponto de vista pode refletir o nível de fragilidade auto-percebido e compromisso da auto-eficácia. Este achado também está de acordo com o estudo de Sadler et al. (2017), em que os utentes com AVC referiram dependência prática e emocional em relação aos seus cuidadores. Do ponto de vista cultural, em estudos portugueses anteriores, é valorizado cuidar dos familiares e assumir como gratificante e estava relacionado com princípios inerentes à família portuguesa (Antunes & Marques, 2017; Capelo et al., 2022).

A díade foi consonante no aspeto em que as sequelas físicas e cognitivas severas poderiam dificultar a implementação da estratégia de quebra do TPCS durante a preparação da alta hospitalar. Os fisioterapeutas referiram que a incapacidade física severa pode limitar atividades como a alteração da posição do utente e impossibilitar a quebra do TPCS. Por outro lado, as alterações cognitivas severas podiam limitar a implementação da estratégia, uma vez que a compreensão, integração e reprodução da intervenção poderia estar comprometida. Este achado está de acordo com um estudo anterior no qual os fisioterapeutas identificaram as capacidades físicas e cognitivas como fatores dificultadores, e identificaram fatores pessoais, como por exemplo a fadiga, a falta de motivação, confiança e capacidade em assumir responsabilidades (Sadler et al., 2017). Contudo, os utentes que participaram no presente estudo não apresentavam alterações físicas ou cognitivas severas, potencialmente não representando a população abordada. Assim, o desenvolvimento deste tópico pareceu ser importante para a díade, mas aparentou não estar relacionado com o par da díade.

A percepção da díade em relação ao termo TPCS e a associação à ausência de prática de AF e/ou EF restringe a quebra deste comportamento apenas aos utentes que sejam capazes de assumir a posição de pé ou realizar marcha. Contudo, é possível quebrar o TPCS mesmo que o utente apresente incapacidade

de assumir a posição de pé ou realizar marcha. Um fisioterapeuta referiu esta estratégia através da realização de movimentos/exercícios na posição de sentado e/ou deitado. Esta argumentação foi defendida num estudo anterior, em que pessoas com mobilidade reduzida, por exemplo, dependentes de cadeiras de rodas, que se mantêm sentadas ou deitadas durante todo o dia podem também fazer movimento e atividade de dispêndio energético superior a 1.5METs, quebrando o TPCS (Carty et al., 2021).

O estado emocional dos utentes foi um dos aspetos que pareceu dificultar a intervenção da preparação da alta hospitalar. Os fisioterapeutas identificam o estado emocional do utente como comprometendo a sua adesão ao tratamento de fisioterapia. Os utentes refletiram que, ao depararem-se com o seu estado atual, se sentiam desencorajados para o movimento. Este aspeto pode dever-se, de acordo com o veiculado pela díade e na reflexão própria, à desfiguração corporal e consequente confronto com a nova realidade, perspetivas para o futuro e medo de queda. Este aspeto encontra-se de acordo com alguns estudos anteriores, nos quais é referido que após AVC poderão surgir efeitos psicológicos como a depressão e ansiedade, entre outras condições emocionais e comportamentais (Devereux & Berns, 2023; Robinson & Jorge, 2016).

Os fisioterapeutas da díade referiram que as capacidades físicas e o nível funcional do utente os deixavam receosos em relação à possibilidade de queda nos momentos em que o utente estivesse desacompanhado. Os utentes reportaram ver a marcha como uma atividade de risco, uma vez que se sentiram inseguros. Apesar disso, 5 dos 7 utentes apresentam independência total na MIF. Além disso, a duração das sessões de fisioterapia, na sua maioria (57%) entre 15 e 30 minutos, e os restantes (43%) inferior a 15 minutos diários, poderá influenciar aspetos associados não só à otimização da função física, mas também da autonomia real e auto-percecionada, assim como à auto-eficácia. Por outro lado, a gestão de intervenções não apenas focadas na intervenção da fisioterapia como único momento de interrupção do TPCS, mas na integração das equipas multidisciplinares com o mesmo fim poderão contribuir para a otimização desta dimensão, aspeto que parece não ser utilizado de forma limitada no contexto em estudo. Estudos anteriores nos quais foi descrito que o medo de queda pareceu

desencorajar a quebra da posição mantida e o movimento estão alinhados com a informação obtida neste estudo (Moore et al., 2014; Wray et al., 2022). Também alguns artigos anteriores relevaram que o medo de queda dos utentes pode aumentar a sua vulnerabilidade através da diminuição da mobilidade e equilíbrio, o que pode resultar em, de facto, quedas ou quedas mais frequentes (Melendo-Azuela et al., 2022). O medo de queda tem um impacto na confiança no utente em realizar atividades da vida diária, limita a funcionalidade e aumenta a dependência social de terceiros (Chen et al., 2023). Por outro lado, pode também ser mal-adaptado, estimular um ciclo de descondicionamento e tornar o individuo ainda mais suscetível à queda (Landers et al., 2016). Em utentes idosos com AVC, ocorre a alteração do equilíbrio e dos sistemas sensoriais que podem contribuir para o aumento do risco de queda (Chen et al., 2023). Assim, o medo de cair pode limitar a intervenção em fisioterapia, reduzir a mobilidade e independência (Chen et al., 2023; Landers et al., 2016; Melendo-Azuela et al., 2022).

Existiu uma tendência por parte da díade em priorizar a redução do risco de queda em detrimento da promoção da quebra do TPCS. A quebra do TPCS foi percecionada como associada ao aumento do risco de queda e inadequada para os utentes internados e idosos, resultando em evitamento. Consequentemente, reforça-se a abordagem de redução de riscos e privilegia-se a prevenção de quedas através de sobretudo manutenção de CS (Pavon et al., 2021; Wray et al., 2022). Contudo, o movimento durante o internamento está associado à redução de risco de quedas, melhoria da função e diminuição do tempo de internamento (Carty et al., 2021). A prioridade para a segurança e a redução do risco devem ser reconhecidas ao conceber intervenções para este contexto.

O reduzido tempo de intervenção em fisioterapia foi repetidamente referido durante as entrevistas à díade e foi indicado como um fator limitativo da implementação da intervenção. A díade perceciona o tempo de intervenção como insuficiente, e reflete a consequência da obrigatoriedade de gestão de prioridades diariamente com o objetivo de atingir um número estipulado de sessões de fisioterapia por dia. Por outro lado, a falta de tempo também foi percecionada pela díade, em particular na associação à priorização de aspetos mais urgentes do que o TPCS, embora não tenham sido identificados quais pelos fisioterapeutas. De

facto, o tempo disponível para a intervenção parece ser repetidamente classificado como insuficiente, e identificado como um desafio em contextos de excesso de trabalho (Alsop et al., 2023; Bor et al., 2022; Hills et al., 2022; Klooster et al., 2022; Moore et al., 2014; Pedersen et al., 2020; Wray et al., 2022). Em estudos anteriores, os profissionais de saúde sentiram que o TPCS seria reduzido se existissem recursos humanos para promover esse comportamento (Frederiksen et al., 2023; Moore et al., 2014). Além disso, os utentes que necessitavam de mais assistência foram percecionados pelas equipas como aumento da carga de trabalho num ambiente já com recursos limitados, levando os profissionais de saúde a estarem menos disponíveis para promover a quebra do TPCS e intervenções centradas em movimento (Alsop et al., 2023; Hills et al., 2022).

Além disto, a falta de tempo referida pareceu refletir-se no tratamento de fisioterapia do ponto de vista da reabilitação do utente. A maioria dos fisioterapeutas (57%) reportaram que a sessão tinha a duração entre 15 e 30 minutos, enquanto os restantes (43%) reportaram que a sessão tinha duração inferior a 15 minutos. Os períodos de intervenção decorridos não vão de encontro às recomendações de reabilitação para utentes com AVC, que prevê em casos subagudos um treino intensivo que contemple 3 dimensões: frequência, intensidade e duração (Winstein et al., 2016). A *American Heart Association* (2016) recomenda a intervenção de terapias de reabilitação (fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional) com uma frequência de, pelo menos, 5 vezes por semana e não menos que 3 horas diárias (Winstein et al., 2016). Neste período, o utente encontra-se no intervalo crítico relativamente à otimização dos mecanismos de neuroplasticidade, parecendo ser fulcral maximizar esse tempo através de intervenções em fisioterapia (Bernhardt et al., 2017).

Os fisioterapeutas referiram que o desconhecimento do dia da alta hospitalar e a imprevisibilidade da transferência entre hospitais dificultou a intervenção da fisioterapia, uma vez que limita a preparação da alta hospitalar. Este aspeto foi também relatado num estudo anterior, no qual os fisioterapeutas consideraram desafiante intervir com utentes em contexto de internamento, uma vez que o hospital se encontrava sob pressão para dar altas hospitalares tão breve quanto possível (Sadler et al., 2017). Por outro lado, Jones et al. (2023), referiram que a

determinação formal do período em que se inicia a preparação da alta pode torná-la mais eficaz. Dada a imprevisibilidade do momento da alta, a preparação da alta hospitalar ocorre maioritariamente desde a primeira sessão de fisioterapia. Os fisioterapeutas procuraram transmitir informação diária que consideraram prioritária. Este achado não se encontra de acordo com as recomendações internacionais. A *American Heart Association* recomenda: (1) – recomendação classe I, nível de evidência B –, que todos os indivíduos recebam uma avaliação formal das suas atividades da vida diária, competências de comunicação e mobilidade funcional antes da alta hospitalar e que os resultados sejam incorporados na transição de cuidados e no processo de planeamento da alta; (2) recomendação classe I, nível de evidência A –, que todos os indivíduos com AVC devem receber formação em atividades da vida diária adaptada às necessidades individuais e ao eventual contexto de alta (Winstein et al., 2016). Esta disparidade pode dever-se à rede de comunicação inadequada entre a equipa multidisciplinar ou circunstâncias organizacionais hospitalares, como a gestão de vagas e espaços.

As limitações deste estudo estão principalmente associadas ao número de participantes, e com potenciais viés associados a ser desenvolvido no contexto profissional e com colegas do investigador principal. De facto, a homogeneidade da população, nomeadamente o nível elevado de funcionalidade dos utentes, assim como o contexto profissional pode limitar a reflexão inerente às díades estudadas. No entanto, apresenta também vários pontos fortes. É, ao melhor do nosso conhecimento, o primeiro estudo realizado em contexto nacional que aborda a díade fisioterapeuta-utente relativamente ao contexto de intervenções que visem a interrupção do TPCS. Também, pretendeu analisar as perceções de fisioterapeutas e utentes sobre uma dimensão que parece estar associada a resultados significativos em saúde, e cujo interesse pela comunidade científica se tem refletido no aumento do número de publicações neste âmbito.

5. CONCLUSÃO

A díade fisioterapeuta-utente, no enquadramento deste estudo, entende o TPCS como a não prática de AF e/ou EF e a posição de sentado, e não reconhece

o fator temporal do comportamento, de forma díspar com o estabelecido sobre este contexto. Para quebrar o CS, a díade utiliza estratégias que visam a promoção e veiculação de informação para o movimento. As díades referiram a necessidade de desenvolver a quebra do CS em maior profundidade durante a preparação da alta hospitalar. No entanto, reconhecem aspetos que o facilitam e outros que o dificultam. Os primeiros, especificamente, como o hábito anterior de prática de atividade física, o envolvimento da equipa multidisciplinar e a participação ativa dos cuidadores. O segundo relacionado com as sequelas físicas e cognitivas severas, o medo de queda, a vulnerabilidade emocional, o reduzido tempo de intervenção e a incerteza quanto ao momento da alta. Parece também importante incentivar estratégias que promovam o conhecimento sobre AF e CS especificamente nesta população.

Sugere-se que seja desenvolvida no futuro mais investigação que permita compreender a perceção de fisioterapeutas e utentes sobre estratégias que objetivem limitar TPCS, assim como compreender os benefícios em saúde associados a estas intervenções; quer associados à prática profissional específica de fisioterapeutas, quer em estratégias concertadas da equipa multidisciplinar, para utentes com AVC.

O estudo não tem financiamento e os investigadores não têm conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS

- Abrahamson, V., & Wilson, P. M. (2019). How unmet are unmet needs post-stroke? A policy analysis of the six-month review. In *BMC Health Services Research* (Vol. 19, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4210-2>
- Alarslan, G., Mennes, R., Kieft, R., & Heinen, M. (2024). Patients involvement in the discharge process from hospital to home: A patient's journey. *Journal of Advanced Nursing*, 80(6), 2462–2474. <https://doi.org/10.1111/jan.15984>
- Alsop, T., Woodforde, J., Rosbergen, I., Mahendran, N., Brauer, S., & Gomersall, S. (2023). Perspectives of health professionals on physical activity and sedentary behaviour in hospitalised adults: A systematic review and thematic synthesis. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/02692155231170451>
- Andrew, N. E., Busingye, D., Lannin, N. A., Kilkenny, M. F., & Cadilhac, D. A. (2018). The Quality of Discharge Care Planning in Acute Stroke Care: Influencing Factors and Association with Postdischarge Outcomes. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(3), 583–590. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.09.043>
- Antunes, P. F., & Marques, P. A. O. (2017). Transition to the family caregiver role in Portugal. *Porto Biomedical Journal*, 2(6), 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.05.002>
- Baldwin, C. E., Phillips, A. C., Edney, S. M., & Lewis, L. K. (2020). Recommendations for older adults' physical activity and sedentary behaviour during hospitalisation for an acute medical illness: An international Delphi study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00970-3>
- Barbosa, P. M., Szrek, H., Ferreira, L. N., Cruz, V. T., & Firmino-Machado, J. (2024). Stroke rehabilitation pathways during the first year: A cost-effectiveness analysis from a cohort of 460 individuals. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 67(4). <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2024.101824>

- Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L., & Langhorne, P. (2017). Early rehabilitation after stroke. In *Current Opinion in Neurology* (Vol. 30, Issue 1, pp. 48–54). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000404>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S., & Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 162(2), 123–132. <https://doi.org/10.7326/M14-1651>
- Bor, P., Van Delft, L., Valkenet, K., & Veenhof, C. (2022). Perceived Factors of Influence on the Implementation of a Multidimensional Project to Improve Patients' Movement Behavior during Hospitalization: A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 102(2). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab260>
- Capelo, M. R. T. F., Silva, R. M. B. L., Quintal, A. J. de O. M., Brasil, C. C. P., Silva, R. M., & Catrib, A. M. F. (2022). Perceptions of informal caregivers about daily experience in caring for the dependent elderly. *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e684>
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223–231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
- Carpersen, C., Pwell, K., & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research Synopsis. *Public Health Rep*, 100, 126–131.

- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Carty, C., van der Ploeg, H. P., Biddle, S. J. H., Bull, F., Willumsen, J., Lee, L., Kamenov, K., & Milton, K. (2021). The first global physical activity and sedentary behavior guidelines for people living with disability. *Journal of Physical Activity and Health*, 18(1), 86–93. <https://doi.org/10.1123/JPAH.2020-0629>
- Chen, Y., Du, H., Song, M., Liu, T., Ge, P., Xu, Y., & Pi, H. (2023). Relationship between fear of falling and fall risk among older patients with stroke: a structural equation modeling. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04298-y>
- Cook, C. V., & Pompon, R. H. (2023). Lessons on Health Literacy and Communication in Post-Stroke Rehabilitation. *Delaware Journal of Public Health*, 9(3). <https://doi.org/10.32481/DJPH.2023.08.010>
- Creswell, J., & Creswell, J. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (Fifth edition). SAGE Publications.
- Crocker, T. F., Brown, L., Lam, N., Wray, F., Knapp, P., & Forster, A. (2021). Information provision for stroke survivors and their carers. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2021, Issue 11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001919.pub4>
- Danzl, M. M., Harrison, A., Hunter, E. G., Kuperstein, J., Sylvia, V., Maddy, K., & Campbell, S. (2016). “A Lot of Things Passed Me by”: Rural Stroke Survivors’ and Caregivers’ Experience of Receiving Education From Health Care Providers. *Journal of Rural Health*, 32(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/jrh.12124>
- De Klein, K., Valkenet, K., & Veenhof, C. (2021). Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(2), 307–314. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1626517>

- Devereux, N., & Berns, A. M. (2023). Evaluation & Treatment of Psychological Effects of Stroke. *Delaware Journal of Public Health*, 9(3). <https://doi.org/10.32481/DJPH.2023.08.011>
- Dodds, T. A., Martin, D. P., Stolov, W. C., & Deyo, R. A. (1993). A Validation of the Functional Independence Measurement and its Performance Among Rehabilitation Inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*, 74, 531–536.
- Eames, S., Hoffmann, T., Worrall, L., & Read, S. (2010). Stroke patients' and carers' perception of barriers to accessing stroke information. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(2), 69–78. <https://doi.org/10.1310/tsr1702-69>
- English, C., Healy, G. N., Coates, A., Lewis, L., Olds, T., & Bernhardt, J. (2016). Sitting and Activity Time in People With Stroke. *Physical Therapy*, 96(2), 193–201. <https://academic.oup.com/ptj/article/96/2/193/2686386>
- English, C., Janssen, H., Crowfoot, G., Bourne, J., Callister, R., Dunn, A., Oldmeadow, C., Ong, L. K., Palazzi, K., Patterson, A., Spratt, N. J., Walker, F. R., Dunstan, D. W., & Bernhardt, J. (2018). Frequent, short bouts of light-intensity exercises while standing decreases systolic blood pressure: Breaking Up Sitting Time after Stroke (BUST-Stroke) trial. *International Journal of Stroke*, 13(9), 932–940. <https://doi.org/10.1177/1747493018798535>
- Ezeugwu, V. E., Garga, N., & Manns, P. J. (2017). Reducing sedentary behaviour after stroke: perspectives of ambulatory individuals with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 39(25), 2551–2558. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1239764>
- Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Aali, A., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbastabar, H., Abd ElHafeez, S., Abdelmasseh, M., Abd-Elsalam, S., Abdollahi, A., Abdullahi, A., Abegaz, K. H., Abeldaño Zuñiga, R. A., Aboagye, R. G., Abolhassani, H., Abreu, L. G., Abualruz, H., Abu-Gharbieh, E., Abu-Rmeileh, N. M., ... Murray, C. J. L. (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease

- Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), 2133–2161.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)
- Fitzsimons, C. F., Nicholson, S. L., Morris, J., Mead, G. E., Chastin, S., & Niven, A. (2022). Stroke survivors' perceptions of their sedentary behaviours three months after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 44(3), 382–394.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1768304>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). "MINI-MENTAL STATE" A PRACTICAL METHOD FOR GRADING THE COGNITIVE STATE OF PATIENTS FOR THE CLINICIAN*. *J. Gsychiaf. Res*, 12, 189–198.
- Frederiksen, K. O., Nørgaard, B., & Bruun, I. H. (2023). How to Improve Hospitalized Older Adults' Activity Level: A Mixed Methods Study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 41(2), 262–279.
<https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2121884>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology:Adult*, 22(4), 311–319.
<https://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>
- Garnett, A., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Strachan, P. H. (2022). Factors impacting the access and use of formal health and social services by caregivers of stroke survivors: an interpretive description study. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07804-x>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1–9.
- Harrison, M., Ryan, T., Gardiner, C., & Jones, A. (2017). Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: A multi-perspective qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 119–125.
<https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1196908>

- Hayward, L. M., Black, L. L., Mostrom, E., Jensen, G. M., Ritzline, P. D., & Perkins, J. (2013). *The First Two Years of Practice: A Longitudinal Perspective on the Learning and Professional Development of Promising Novice Physical Therapists*. <https://academic.oup.com/ptj/article/93/3/369/2735360>
- Hills, D., Ekegren, C., Plummer, V., Freene, N., Kunstler, B., Robinson, T., Healy, E., Vo, J., Gasevic, D., & Crabtree, A. (2022). Nursing perspectives on reducing sedentary behaviour in sub-acute hospital settings: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1348–1361. <https://doi.org/10.1111/jocn.15994>
- Intercollegiate Stroke Working Party. (2016). *National clinical guideline for stroke Prepared* (5th ed.). National Clinical Guideline for Stroke .
- Jones, K. C., Austad, K., Silver, S., Cordova-Ramos, E. G., Fantasia, K. L., Perez, D. C., Kremer, K., Wilson, S., Walkey, A., & Drainoni, M. L. (2023). Patient Perspectives of the Hospital Discharge Process: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 10. <https://doi.org/10.1177/23743735231171564>
- Kerr, A., Rowe, P., Esson, D., & Barber, M. (2016). Changes in the physical activity of acute stroke survivors between inpatient and community living with early supported discharge: an observational cohort study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 102(4), 327–331. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.10.010>
- King, A. C., Whitt-Glover, M. C., Marquez, D. X., Buman, M. P., Napolitano, M. A., Jakicic, J., Fulton, J. E., & Tennant, B. L. (2019). Physical Activity Promotion: Highlights from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Systematic Review. In *Medicine and Science in Sports and Exercise* (Vol. 51, Issue 6, pp. 1340–1353). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001945>
- Klooster, E., Koenders, N., Vermeulen-Holsen, J., Vos, L., van der Wees, P. J., & Hoogeboom, T. J. (2022). Healthcare professionals feel empowered by implementing a hospital-based multifaceted intervention: a qualitative study using inductive thematic analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08310-w>

- Kristensson, L., & Björkdahl, A. (2020). Experience of Information Provision at the Stroke Unit From the Perspective of Relatives to Stroke Survivors. *Rehabilitation Process and Outcome*, 9, 117957272094708. <https://doi.org/10.1177/1179572720947086>
- Laíns, J., Oliveira, R., Caldas, J., Azenha, A., & Keating, J. (1993). Depressão e ansiedade na realização do hemiplégico de causa vascular. *Medicina Física e de Reabilitação*, 1(1), 13–17.
- Landers, M. R., Oscar, S., Sasaoka, J., & Vaughn, K. (2016). Balance Confidence and Fear of Falling Avoidance Behavior Are Most Predictive of Falling in Older Adults: Prospective Analysis. *Physical Therapy*, 96(4), 433–442. <https://academic.oup.com/ptj/article/96/4/433/2686463>
- Last, N., Packham, T. L., Gewurtz, R. E., Letts, L. J., & Harris, J. E. (2022). Exploring patient perspectives of barriers and facilitators to participating in hospital-based stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 44(16), 4201–4210. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1881830>
- Lindblom, S., Flink, M., Sjöstrand, C., Laska, A. C., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2020). Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1885–1892. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>
- Marques, B., & Espirito-Santo, H. (2021). *Propriedades Psicométricas do Mini-Mental State Examination (MMSE) em Pessoas Institucionalizadas com Idade Superior a 60 Anos*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Melendo-Azuela, E. M., González-Vaca, J., & Cirera, E. (2022). Fear of Falling in Older Adults Treated at a Geriatric Day Hospital: Results from a Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148504>
- Mendes Pereira, C., Greenwood, N., & Jones, F. (2023). “A proof of life” through transition from hospital to home after a stroke in a Portuguese setting - a multi-perspective, longitudinal qualitative study. *International Journal of Qualitative*

Studies on Health and Well-Being, 18(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2238986>

- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Moore, J. E., Mascarenhas, A., Marquez, C., Almaawiy, U., Chan, W.-H., Liu, B., Straus, S. E., & MOVE Team, T. O. (2014). Mapping barriers and intervention activities to behaviour change theory for Mobilization of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON), a multi-site implementation intervention in acute care hospitals. *Implementation Science*, 9(160), 1–9. <http://www.implementationscience.com/content/9/1/160>
- Morris, K., Hacker, V., & Lincoln, N. B. (2012). The validity of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in acute stroke. *Disability and Rehabilitation*, 34(3), 189–195. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.591884>
- Morton, S., Fitzsimons, C., Hall, J., Clarke, D., Forster, A., English, C., Chastin, S., Birch, K. M., & Mead, G. (2019). Sedentary behavior after stroke: A new target for therapeutic intervention. *International Journal of Stroke*, 14(1), 9–11. <https://doi.org/10.1177/1747493018784505>
- National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland. (2023). *Chapter 5 Long-term management and secondary prevention*. www.strokeguideline.org
- Norrvig, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Obembe, A. O., Simpson, L. A., Sakakibara, B. M., & Eng, J. J. (2019). Healthcare utilization after stroke in Canada- a population based study. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4020-6>

- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Paul, L., Brewster, S., Wyke, S., Gill, J. M. R., Alexander, G., Dybus, A., & Rafferty, D. (2016). Physical activity profiles and sedentary behaviour in people following stroke: A cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*, 38(4), 362–367. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1041615>
- Pavon, J. M., Fish, L. J., Colón-Emeric, C. S., Hall, K. S., Morey, M. C., Pastva, A. M., & Hastings, S. N. (2021). Towards “mobility is medicine”: Socioecological factors and hospital mobility in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1846–1855. <https://doi.org/10.1111/jgs.17109>
- Pedersen, M. M., Brødsgaard, R., Nilsen, P., & Kirk, J. W. (2020). Is promotion of mobility in older patients hospitalized for medical illness a physician's job?—an interview study with physicians in Denmark. *Geriatrics (Switzerland)*, 5(4), 1–23. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040074>
- Pollock, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., Pomeroy, V. M., & Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2014, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 50, Issue 12, pp.

- E344–E418). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Reed, M., Harrington, R., Duggan, Á., & Wood, V. A. (2010). Meeting stroke survivors perceived needs: A qualitative study of a community-based exercise and education scheme. *Clinical Rehabilitation*, 24(1), 16–25.
<https://doi.org/10.1177/0269215509347433>
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221–231.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
- Rodgers, H., & Price, C. (2017). Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. *Clinical Medicine*, 17(2), 173–180.
- Sadler, E., Wolfe, C. D. A., Jones, F., & Mckevitt, C. (2017). Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*, 7, 11631.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Medica Portuguesa*, 29(4), 240–248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Saunders, D. H., Mead, G. E., Fitzsimons, C., Kelly, P., van Wijck, F., Verschuren, O., Backx, K., & English, C. (2021). Interventions for reducing sedentary behaviour in people with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012996.pub2>
- Shipley, J., Luker, J., Thijs, V., & Bernhardt, J. (2020). How can stroke care be improved for younger service users? A qualitative study on the unmet needs of younger adults in inpatient and outpatient stroke care in Australia. *Disability and Rehabilitation*, 42(12), 1697–1704.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534278>

- Solbakken, L. M., Nordhaug, M., & Halvorsen, K. (2022). Patients' experiences of involvement, motivation and coping with physiotherapists during subacute stroke rehabilitation—a qualitative study. *European Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1080/21679169.2022.2032825>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stroke Foundation. (2019). *National Stroke Audit - Acute Services Report*.
- Temehy, B., Rosewilliam, S., Alvey, G., & Soundy, A. (2022). Exploring Stroke Patients' Needs after Discharge from Rehabilitation Centres: Meta-Ethnography. In *Behavioral Sciences* (Vol. 12, Issue 10). MDPI. <https://doi.org/10.3390/bs12100404>
- Tieges, Z., Mead, G., Allerhand, M., Duncan, F., Van Wijck, F., Fitzsimons, C., Greig, C., & Chastin, S. (2015). Sedentary behavior in the first year after stroke: A longitudinal cohort study with objective measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.015>
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., Chinapaw, M. J. M., Aminian, S., Arundell, L., Hinkley, T., Hnatiuk, J., Atkin, A. J., Belanger, K., Chaput, J. P., Gunnell, K., Larouche, R., Manyanga, T., ... Wondergem, R. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Carson, A. P., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Ferguson, J. F., Generoso, G., Ho, J. E., Kalani, R., Khan, S. S., Kissela, B. M., ... Martin, S. S. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report from the American Heart

- Association. In *Circulation* (Vol. 145, Issue 8, pp. E153–E639). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>
- van der Berg, J. D., Stehouwer, C. D. A., Bosma, H., van der Velde, J. H. P. M., Willems, P. J. B., Savelberg, H. H. C. M., Schram, M. T., Sep, S. J. S., van der Kallen, C. J. H., Henry, R. M. A., Dagnelie, P. C., Schaper, N. C., & Koster, A. (2016). Associations of total amount and patterns of sedentary behaviour with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. *Diabetologia*, 59(4), 709–718. <https://doi.org/10.1007/s00125-015-3861-8>
- Wafa, H. A., Wolfe, C. D. A., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke*, 51(8), 2418–2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>
- Wieczorek, M., Meier, C., Kliegel, M., & Maurer, J. (2023). Relationship Between Health Literacy and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Older Adults Living in Switzerland: Does Social Connectedness Matter? *International Journal of Public Health*, 68. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606210>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 47, Issue 6, pp. e98–e169). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Wray, F., Coleman, S., Clarke, D., Hudson, K., Forster, A., & Teale, E. (2022). Risk factors for manifestations of frailty in hospitalized older adults: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1688–1703. <https://doi.org/10.1111/jan.15120>
- Young, D. R., Hivert, M. F., Alhassan, S., Camhi, S. M., Ferguson, J. F., Katzmarzyk, P. T., Lewis, C. E., Owen, N., Perry, C. K., Siddique, J., & Yong, C. M. (2016).

Sedentary behavior and cardiovascular morbidity and mortality: A science advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 134(13), e262–e279. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000440>

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Ética



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Código de Aprovação 2399

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: “**Perspetivas da diáde Fisioterapeuta–Utente com AVC subagudo acerca do comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar**”

Investigadora Principal – Mestranda: **Fisioterapeuta Ana Reis** (Aluna no Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal | Fisioterapeuta no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHLO)

Serviços no CHLO onde decorrerá o estudo: **Serviço de Medicina Interna do CHLO | Serviço de Neurologia do CHLO**

Após reunião de 06 de novembro de 2023 e estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 06 de novembro de 2023:

Presidente: Dra. Paula M. R. Peixe

Dra. Lucília Carvalho, Dra. Aida Ferraria, Enf.ª Clara Carvalho,

Dra. Helena Farinha, Dra. Maria João Pais, Dr. Carlos Neves e Pe. João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 07 de novembro de 2023, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Dra. Paula M. R. Peixe

Paula M. R. Peixe

Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde do CHLO

Comissão de Ética para a Saúde do CHLO – Hospital de Egas Moniz
Morada: Rua da Junqueira, 126 – 1349-019 Lisboa | Telefone: 210432665
Correio eletrónico: anavalho@chlo.min-saude.pt | presidentecetica@chlo.min-saude.pt
Website: <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/macio/orgaos-de-gestao/comissoes>

Anexo 2 – Mini Mental State Examination



Perspetivas da dade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Código de Identificação: _____

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

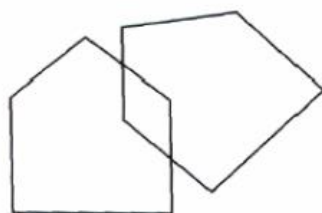
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Anexo 3 – Pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do MMSE

(Santana et al., 2016)

Santana I, et al. MMSE: avaliação de novos dados normativos, Acta Med Port 2016 Apr;29(4):240–248

Anexo 1 - Dados normativos do MMSE para a população portuguesa: Freitas et al, 2015

Idade	Escolaridade (anos)				Qualquer Escolaridade
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	> 12	
(n)	(39)	(89)	(68)	(62)	(258)
25 - 49	28,67 ± 1,33	29,26 ± 0,97	29,71 ± 0,62	29,89 ± 0,37	29,44 ± 0,94
<i>M-1,5DP</i>	27	28	29	29	28
(n)	(108)	(82)	(42)	(41)	(273)
50 - 64	28,00 ± 1,37	29,09 ± 0,92	29,24 ± 1,10	29,54 ± 0,71	28,75 ± 1,28
<i>M-1,5DP</i>	26	28	28	28	27
(n)	(190)	(76)	(28)	(25)	(319)
≥ 65	27,95 ± 1,51	29,13 ± 1,00	29,46 ± 0,79	29,48 ± 0,77	28,48 ± 1,45
<i>M-1,5DP</i>	26	28	28	28	26
(n)	(337)	(247)	(138)	(128)	(850)
Qualquer idade	28,05 ± 1,46	29,16 ± 0,96	29,51 ± 0,85	29,70 ± 0,61	28,86 ± 1,32
<i>M-1,5DP</i>	26	28	28	29	27

Anexo 4 – Medida de independência funcional



Perspetivas da diáde Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Código de Identificação: _____

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Tempo, Segurança) 6 – Independência modificada (Tecnologia Assistiva)		SEM ASSISTÊNCIA		
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito = 75%+) 3 – Assistência Moderada (Sujeito = 50%+) Completa Dependência 2 – Assistência Máxima (Sujeito = 25%+) 1 – Assistência Total (Sujeito = 0%+)		COM ASSISTÊNCIA		
Avaliação	Atividades		1º Av.	2º Av.	3º Av.
	Cuidados pessoais	Data	/ /	/ /	/ /
A.	Alimentação				
B.	Higiene Pessoal: cuidado de apresentação e aparência.				
C.	Banho: limpeza do corpo				
D.	Vestir a metade superior do corpo				
E.	Vestir a metade inferior do corpo				
F.	Uso do vaso sanitário				
	Controle Esfincteriano				
G.	Controle da urina (controle da Bexiga - frequência de incontinência)				
H.	Controle das fezes				
	Mobilidade				
I.	Transferências: Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas				
J.	Transferências: Vaso Sanitário				
K.	Transferências: Banheira ou Chuveiros				
	Locomoção				
L.	Marcha/Cadeira de Rodas	M ☐ CR ☐	M ☐ CR ☐	M ☐ CR ☐	M ☐ CR ☐
M.	Escadas				
	Comunicação				
N.	Compreensão	A ☐ VI ☐	A ☐ VI ☐	A ☐ VI ☐	A ☐ VI ☐
O.	Expressão	VO ☐ NV ☐	VO ☐ NV ☐	VO ☐ NV ☐	VO ☐ NV ☐
	Conhecimento Social				
P.	Interação Social				
Q.	Resolução de Problemas				
R.	Memória				
Total					

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, VO= vocal e NV= não verbal.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Verificação dos padrões de reporte de investigação qualitativa – *Standard for Reporting Qualitative Research (SRQR)*

No.	Topic	Item	Pág
Title and abstract			
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended	VII
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions	VII-VIII
Introduction			
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement	1-6
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions	6
Methods			
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b	6
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability	11-12
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b	6
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b	7-8
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues	7
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b	9-10
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study	9-10
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)	6-7
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts	10-11
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b	10-11
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b	11
Results/findings			
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory	15-28
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings	15-28
Discussion			
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field	28-37
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings	38
Other			
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed	38
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting	38

^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

ACADEMIC MEDICINE

Apêndice 2 – Folha informativa para os utentes



Folha informativa aos Participantes Utentes

Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Gostaria de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo vai ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informações sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessita para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

PARTE 1 – O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual a finalidade deste estudo?

Compreender a perspetiva do fisioterapeuta e do utente acerca da intervenção utilizada para diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário aquando da preparação da alta hospitalar.

Porque fui convidado(a)?

Foi convidado(a) para participar neste estudo por possuir os elementos característicos essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa, nomeadamente o seu internamento e a condição clínica diagnosticada recentemente. A sua participação irá aumentar o conhecimento acerca da perspetiva dos fisioterapeutas e utentes acerca da intervenção em estudo. Estas informações ajudarão, futuramente, a poupar recursos económicos e a melhorar a intervenção na preparação da alta, podendo diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário após alta hospitalar.

Tenho mesmo de participar?

A decisão é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. De seguida iremos solicitar o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Esta decisão não tem qualquer impacto no seu tratamento.

O que acontece, se aceitar participar? O que terei de fazer?

Se aceitar participar, deslocar-nos-emos até si para realizar a avaliação.

A sua avaliação estima-se que dure 1h30 e realiza-se num único momento. Nesse momento de avaliação, ser-lhe-ão perguntadas questões relacionadas com os seus dados sociodemográficos e clínicos. De seguida, segue-se uma entrevista presencial sobre a sua perceção sobre a intervenção da fisioterapia, com a duração média de 30-45 minutos.

O presente estudo terá a duração total de 6 meses.

Quais as possíveis vantagens em participar?

A informação retirada deste estudo permitirá a reflexão sobre a perspetiva dos participantes e poderá contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não se espera qualquer implicação negativa para os participantes neste estudo. Contudo, se por algum motivo se sentir desconfortável com as perguntas colocadas

ou rumo da entrevista, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem necessidade de qualquer justificação.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação seja mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informações sobre este assunto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

PARTE 2 – A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito e estes serão destruídos. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida atual ou no futuro nem nos cuidados de saúde que recebe ou virá a receber no âmbito da sua condição clínica.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com o investigador principal, com a Professora Doutora orientadora do estudo ou Professora orientadora. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá ainda contactar através do email do investigador principal (220537002@estudantes.ips.pt), do email da Professora orientadora (madalena.silva@ess.ips.pt) ou ainda da Professora orientadora (teresa.dias@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Será garantido a todos os participantes a total confidencialidade, privacidade e proteção de todos os dados recolhidos.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

Toda a informação recolhida está guardada de forma segura e estará indisponível para a visualização não autorizada. Os procedimentos seguem a legislação da proteção de dados.

Será utilizado um sistema de codificação pelo investigador principal que não permitirá a sua identificação.

Todos os dados serão guardados num local seguro e protegido apenas ao alcance dos investigadores.

Será entregue a cada participante um consentimento informado e folha informativa sobre o procedimento e caberá a cada participante toda e qualquer decisão sobre a sua participação.

O que acontecerá com os resultados deste estudo?

Todos os resultados serão analisados e interpretados para responder à questão de investigação deste estudo que é compreender as perspetivas do fisioterapeuta e do utente acerca da intervenção utilizada para diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário, aquando da preparação da alta hospitalar.

Contactos para informação adicional

Investigadora Principal: Ana Reis (220537002@estudantes.ips.pt)

Professora Doutora orientadora do estudo: Madalena Gomes da Silva (madalena.silva@ess.ips.pt)

Professora orientadora: Teresa Dias (teresa.dias@ess.ips.pt).

Muito obrigada por ler este documento.

Apêndice 3 – Folha informativa para os fisioterapeutas



Folha informativa aos Participantes Fisioterapeutas

Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Gostaria de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo vai ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informações sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessita para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

PARTE 1 – O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual a finalidade deste estudo?

Compreender a perspetiva do fisioterapeuta e do utente acerca da intervenção utilizada para diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário aquando da preparação da alta hospitalar.

Porque fui convidado(a)?

Foi convidado(a) para participar neste estudo por possuir os elementos característicos essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa, nomeadamente

a sua prática clínica nos serviços de interesse. A sua participação irá aumentar o conhecimento acerca da perspetiva dos fisioterapeutas e utentes acerca da intervenção em estudo. Estas informações ajudarão, futuramente, a poupar recursos económicos e tornar a intervenção mais efetiva na preparação da alta, podendo diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário após alta hospitalar.

Tenho mesmo de participar?

A decisão é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. De seguida iremos solicitar o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Esta decisão não tem qualquer impacto no seu tratamento.

O que acontece, se aceitar participar? O que terei de fazer?

Se aceitar participar, deslocar-nos-emos até si para realizar a avaliação.

A sua avaliação e entrevista estima-se que demore 1h30 e realiza-se num único momento. Nesse momento de avaliação, ser-lhe-ão perguntadas questões relacionadas com os seus dados sociodemográficos e clínicos. De seguida, segue-se uma entrevista presencial sobre a sua perceção sobre a intervenção da fisioterapia.

O presente estudo terá a duração total de 6 meses.

Quais as possíveis vantagens em participar?

A informação retirada deste estudo permitirá a reflexão sobre a perspetiva dos participantes e poderá contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não se espera qualquer implicação negativa para os participantes neste estudo. Contudo, se por algum motivo se sentir desconfortável com as perguntas colocadas ou rumo da entrevista, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem necessidade de qualquer justificação.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação seja mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informações sobre este assunto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

PARTE 2 – A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito e estes serão destruídos. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida atual ou no futuro nem nos cuidados de saúde que recebe ou virá a receber no âmbito da sua condição clínica.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com o investigador principal, com a Professora Doutora orientadora do estudo ou Professora orientadora. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá ainda contactar através do email do investigador principal (220537002@estudantes.ips.pt), do email da Professora orientadora (madalena.silva@ess.ips.pt) ou ainda da Professora orientadora (teresa.dias@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Será garantido a todos os participantes a total confidencialidade, privacidade e proteção de todos os dados recolhidos.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

Toda a informação recolhida está guardada de forma segura e estará indisponível para a visualização não autorizada. Os procedimentos seguem a legislação da proteção de dados.

Será utilizado um sistema de codificação pelo investigador principal que não permitirá a sua identificação.

Todos os dados serão guardados num local seguro e protegido apenas ao alcance dos investigadores.

Será entregue a cada participante um consentimento informado e folha informativa sobre o procedimento e caberá a cada participante toda e qualquer decisão sobre a sua participação.

O que acontecerá com os resultados deste estudo?

Todos os resultados serão analisados e interpretados para responder à questão de investigação deste estudo que é compreender as perspetivas do fisioterapeuta e do utente acerca da intervenção utilizada para diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário, aquando da preparação da alta hospitalar.

Contactos para informação adicional

Investigadora Principal: Ana Reis (220537002@estudantes.ips.pt)

Professora Doutora: Madalena Gomes da Silva (madalena.silva@ess.ips.pt), orientadora

Professora orientadora: Teresa Dias (teresa.dias@ess.ips.pt), coorientadora.

Muito obrigada por ler este documento.

Apêndice 4 – Consentimento informado para os utentes



Consentimento informado para utentes relativo ao estudo “Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

NOME DO ESTUDO – Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar.

TIPO DE ESTUDO – Estudo qualitativo de análise temática.

ENQUADRAMENTO – No âmbito do Mestrado de Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e da Unidade Curricular Projeto de Investigação surge o presente estudo.

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO – O estudo tem como objetivo estudar a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta hospitalar, quanto à diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário, em utentes adultos e idosos com AVC subagudo. Envolve a participação Fisioterapeutas que exerçam prática clínica no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) e respetivos utentes adultos e idosos internados no CHLO com AVC

subagudo. A participação no estudo envolve a caracterização sociodemográfica constituída por um questionário e avaliação funcional através de dois testes, para o qual se estima 15-30 minutos. Também envolve uma entrevista em contexto presencial, sob gravação de áudio, realizadas no mesmo momento que se estima que dure cerca de 30-45 minutos. Posteriormente, será realizado o processo de transcrição na íntegra das entrevistas, o que significa que as gravações áudio serão totalmente digitadas com transcrições precisas. Após este, é realizada a codificação da qual surgirão temas e subtemas. De seguida, ocorre a análise temática. É necessária a consulta do processo clínico para a verificação de alterações da linguagem e compreensão apreciada através da avaliação médica.

CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO – A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Caso revogue o presente consentimento informado, não existem prejuízos para si. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito e estes serão destruídos. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida atual ou no futuro, nem nos cuidados de saúde que recebe ou virá a receber no âmbito da sua condição clínica. A saída do estudo resultará na eliminação permanente dos dados desse participante da análise. Para tal, basta contactar o investigador principal através do email: 220537002@estudantes.ips.pt ou areis@chlo.min-saude.pt. Ou ainda através do contacto telefónico: 210472570.

A informação retirada deste estudo permitirá a reflexão sobre a perspetiva dos participantes e poderá contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Não existem contrapartidas financeiras para o participante do presente estudo. A realização deste estudo não apresenta qualquer encargo financeiro para o CHLO.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO – O investigador principal garantirá que este estudo é conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki (última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013), o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. A realização deste estudo beneficia do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Todos os dados recolhidos serão

apenas utilizados para este estudo e garantimos a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes. Este documento nunca será guardado junto de outros dados recolhidos sobre si para não permitir a sua identificação. Os dados ficam guardados numa base dos dados num computador apenas acessível por uma palavra-chave à qual só o investigador principal tem acesso. Este documento é fotocopiado, o original pertence ao participante e a fotocópia é guardada pelo investigador principal num local seguro protegido por chave no gabinete da Doutora Professora Orientadora Madalena Gomes da Silva, na Escola Superior de Saúde do IPS.

ENCARREGADO DA PROTEÇÃO DE DADOS DO CHLO – Contacto: dpo@chlo.min-saude.pt.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Reis cuja função é recolher os dados, transcrever as entrevistas, codificar e analisar os temas identificados; **Co-Investigadores** (Professoras Orientadoras): Madalena Gomes da Silva e Teresa Dias cuja função é analisar os temas identificados.

CONTACTOS do Investigador Principal – Ana Reis. Para dúvidas e esclarecimentos contactar: areis@chlo.min-saude.pt, 220537002@estudantes.ips.pt ou 210472570. Cédula Profissional Número: 6488

Nome: _____ **| Assinatura:** _____
Nome e assinatura do Investigador responsável pela explicação e obtenção do Consentimento Informado

Data (dia/mês/ano): _____

Participante:

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito

participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: | _____ |

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice 5 – Consentimento informado para os fisioterapeutas



Consentimento informado para fisioterapeutas relativo ao estudo “Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

NOME DO ESTUDO – Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar.

TIPO DE ESTUDO – Estudo qualitativo de análise temática.

ENQUADRAMENTO – No âmbito do Mestrado de Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e da Unidade Curricular Projeto de Investigação surge o presente estudo.

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO – O estudo tem como objetivo estudar a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta hospitalar, quanto à diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário, em utentes adultos e idosos com AVC subagudo. Envolve a participação Fisioterapeutas que exerçam prática clínica no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

(CHLO) e respetivos utentes adultos e idosos internados no CHLO com AVC subagudo. A participação no estudo envolve a caracterização sociodemográfica constituída por um questionário para o qual se estima 5-10 minutos. Também envolve uma entrevista em contexto presencial, sob gravação de áudio, realizadas no mesmo momento que se estima que dure cerca de 30-45 minutos. Posteriormente, será realizado o processo de transcrição na íntegra das entrevistas, o que significa que as gravações áudio serão totalmente digitadas com transcrições precisas. Após este, é realizada a codificação da qual surgirão temas e subtemas. De seguida, ocorre a análise temática. Não é necessária a consulta do processo clínico.

CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO – A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Caso revogue o presente consentimento informado, não existem prejuízos para si. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito e estes serão destruídos. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida atual ou no futuro, nem nos cuidados de saúde que recebe ou virá a receber no âmbito da sua condição clínica. A saída do estudo resultará na eliminação permanente dos dados desse participante da análise. Para tal, basta contactar o investigador principal através do email: 220537002@estudantes.ips.pt ou areis@chlo.min-saude.pt. Ou ainda através do contacto telefónico: 210472570.

A informação retirada deste estudo permitirá a reflexão sobre a perspetiva dos participantes e poderá contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Não existem contrapartidas financeiras para o participante do presente estudo. A realização deste estudo não apresenta qualquer encargo financeiro para o CHLO.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO – O investigador principal garantirá que este estudo é conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki (última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013), o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. A realização deste estudo beneficia do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Todos os dados recolhidos serão

apenas utilizados para este estudo e garantimos a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes. Este documento nunca será guardado junto de outros dados recolhidos sobre si para não permitir a sua identificação. Os dados ficam guardados numa base dos dados num computador apenas acessível por uma palavra-chave à qual só o investigador principal tem acesso. Este documento é fotocopiado, o original pertence ao participante e a fotocópia é guardada pelo investigador principal num local seguro protegido por chave no gabinete da Doutora Professora Orientadora Madalena Gomes da Silva, na Escola Superior de Saúde do IPS.

ENCARREGADO DA PROTEÇÃO DE DADOS DO CHLO – Contacto: dpo@chlo.min-saude.pt.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Reis cuja função é recolher os dados, transcrever as entrevistas, codificar e analisar os temas identificados; **Co-Investigadores** (Professoras Orientadoras): Madalena Gomes da Silva e Teresa Dias cuja função é analisar os temas identificados.

CONTACTOS do Investigador Principal – Ana Reis. Para dúvidas e esclarecimentos contactar: areis@chlo.min-saude.pt, 220537002@estudantes.ips.pt ou 210472570. Cédula Profissional Número: 6488

Nome: _____ **| Assinatura:** _____
Nome e assinatura do Investigador responsável pela explicação e obtenção do Consentimento Informado

Data (dia/mês/ano): _____

Participante:

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando

que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: | _____ |

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice 6 - Tabela de Critérios de elegibilidade dos utentes e fisioterapeutas

Participantes	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Utentes	- Idade igual ou superior a 18 anos - Internado no CHLO - Diagnóstico de AVC há mais de 7 dias e menos de 6 meses - Saber ler e escrever em português	- Alteração cognitiva: <i>Mini Mental State Examination</i> - Alteração severa da linguagem e compreensão (avaliação médica) - Instabilidade clínica que limite a capacidade de interromper o comportamento sedentário
Fisioterapeutas	- Exercer prática clínica num dos hospitais do CHLO; - Exercer prática clínica no serviço de neurologia ou serviços de medicina interna em pelo menos 3 dias na semana; - Exercer prática clínica com utentes com diagnóstico de AVC em estadio subagudo.	- Exercer prática clínica com doentes neurológicos em contexto subagudo há menos de 2 anos

Apêndice 7 – Questionário de caracterização dos utentes



Perspetivas da d'ade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Questionário de Caracterização dos Utentes

Código de Identificação:	
Idade:	☐ 18-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61-70 ☐ 71-80 ☐ 81-90 ☐ > 90
Género:	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro ☐ Prefiro não responder
Habilitações literárias:	☐ Não sei ler nem escrever ☐ 1º ciclo (1ª a 4º ano de escolaridade) ☐ 2º ciclo (5ª a 6º ano de escolaridade) ☐ 3º ciclo (7º a 9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário (10º a 12º ano de escolaridade) ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

	☐ Outro: _____
Comorbilidades:	☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Dislipidémia ☐ Obesidade ☐ Outras Quais: _____
História de AVC prévio:	☐ Sim ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ > 3 ☐ Não
Tipo de AVC:	☐ Isquémico ☐ Hemorrágico ☐ Não sei responder

Apêndice 8 – Questionário de caracterização dos fisioterapeutas



Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Questionário de Caracterização dos Fisioterapeutas

Código de Identificação:	
Idade:	☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61-67 ☐ Prefiro não responder
Género:	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro ☐ Prefiro não responder
Anos de prática como Fisioterapeuta:	☐ 2-5 anos ☐ 5-10 anos ☐ 10-20 anos ☐ > 20 anos
Formação especializada em neurologia e/ou comportamento sedentário:	☐ Formação com mais de 30 horas Qual: _____ ☐ Pós-graduação Qual: _____

	☐ Mestrado Qual: _____ ☐ Doutorado Qual: _____ ☐ Outro(s). Qual(ais): _____
Início de acompanhamento do utente:	☐ 1-3 dias de internamento ☐ 3-7 dias de internamento ☐ 7-10 dias de internamento ☐ > 10 dias de internamento
Número de sessões por semana:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Outro. Qual: _____
Duração da sessão diária:	☐ < 15 minutos ☐ 15- 30 minutos ☐ 30 minutos – 1 hora ☐ > 1 hora
Altura em que inicia a preparação da alta:	☐ primeira sessão de fisioterapia ☐ momento em que se define o dia da alta ☐ dia da alta

Apêndice 9 – Guião de entrevista semi-estruturada para utentes



Perspetivas da díade Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Protocolo de Guião de Entrevista - Utente

1. Informação básica sobre a entrevista:

- a. Data:
- b. Período do dia:
- c. Local:
- d. Código do participante:
- e. Código da gravação de áudio:

2. Introdução:

- a. Instruções acerca da entrevista
- b. Apresentação do entrevistador e do entrevistado

Sou a Fisioterapeuta Ana Reis, trabalho no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e estou alocada ao Hospital de Egas Moniz. O Sr chama-se XXXX, correto? Neste momento, está internado connosco no serviço de XXXX.
- c. Apresentação do objetivo do estudo

O estudo tem como objetivo compreender a perspetiva do fisioterapeuta e do utente acerca intervenção que é feita no sentido de diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário aquando da alta hospitalar.
- d. Apresentação da estrutura da entrevista: como começa e tempo esperado

A entrevista está dividida em 4 momentos. O primeiro mais geral, o segundo mais específico sobre a questão do comportamento sedentário, o terceiro sobre a preparação da alta e o quarto mais reflexivo sobre o que aqui falamos. Espera-se que esta entrevista demore 30-45 minutos.

- e. Tempo para o participante colocar questões antes de começar a entrevista

3. Questão de abertura:

Gostaria de começar por falar um pouco sobre a sua experiência no hospital e em particular sobre a fisioterapia e depois avançar para questões mais direccionadas ao tema do comportamento sedentário.

- a. Questão quebra-gelo: Como tem sido a sua experiência pelo hospital?

*Vamos agora avançar para a exploração do tema **comportamento sedentário**.*

4. Questões de conteúdo:

- a. Pode dizer-me como foi a experiência das sessões de fisioterapia?
- b. Pode dizer-me o que sabe sobre o tempo prolongado em comportamento sedentário?
 - i. Para si, o que é o tempo prolongado em comportamento sedentário?
 - ii. Consegue dar-me exemplos práticos do dia-a-dia?
- c. Pode dizer-me se o tempo prolongado em comportamento sedentário foi um tema abordado durante as sessões?
 - i. Se sim, de que forma?

O que é que lhe disse? Incentivaram-no a passar menos tempo sentado ou deitado?

Como é que isso foi feito?

d. Pode dizer-me como foi a sua experiência relativamente à preparação da alta quanto à diminuição do comportamento sedentário?

i. Considera que foi adaptado às suas necessidades?

Fez-lhe sentido? As estratégias fizeram sentido para o seu dia a dia?

*Agora gostaria de aprofundar mais o tema da **preparação da alta***

e. Tendo em conta a preparação da alta, considera-se capaz de quebrar o comportamento sedentário?

i. Se sim, como?

ii. Onde aprendeu?

iii. Quando aprendeu?

iv. Como aprendeu?

*Agora vamos passar para a última parte desta entrevista em que o convidado a ser **reflexivo** sobre o que aqui falamos.*

5. Instruções de encerramento:

a. Quais são os seus pensamentos acerca dos tópicos desta entrevista?

b. Existe mais alguma coisa que gostaria de partilhar?

Apêndice 10 – Guião de entrevista semi-estruturada para fisioterapeutas



Perspetivas da diáde Fisioterapeuta-Utente com AVC subagudo acerca do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar

Protocolo de Guião de Entrevista - Fisioterapeuta

1. Informação básica sobre a entrevista:

- a. Data:
- b. Período do dia:
- c. Local:
- d. Código do participante:
- e. Código da gravação de áudio:

2. Introdução:

- a. Instruções acerca da entrevista
- b. Apresentação do entrevistador e do entrevistado

Sou a Fisioterapeuta Ana Reis, trabalho no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e estou alocada ao Hospital de Egas Moniz. O Sr chama-se XXXX, correto? Neste momento, está a trabalhar no serviço XXXX.
- c. Apresentação do objetivo do estudo

O estudo tem como objetivo compreender a perspetiva do fisioterapeuta e do utente acerca intervenção que é feita no sentido de diminuir o tempo prolongado em comportamento sedentário aquando da alta hospitalar.
- d. Apresentação da estrutura da entrevista: como começa e tempo esperado.

A entrevista está dividida em 4 momentos. O primeiro mais geral, o segundo mais específico sobre a questão do comportamento sedentário, o terceiro sobre a preparação da alta e o quarto mais reflexivo sobre o que aqui falamos. Espera-se que esta entrevista demore 30-45 minutos.

- e. Tempo para o participante colocar questões antes de começar a entrevista

3. Questão de abertura:

Gostaria de começar por falar um pouco sobre a sua experiência aqui no hospital e depois avançar para questões mais direccionadas ao tema do comportamento sedentário.

- a. Questão quebra-gelo: Como tem sido a sua experiência enquanto fisioterapeuta no hospital?

Como é que funciona a dinâmica de trabalho? Trabalha em internamento e/ou ambulatório? O contexto de intervenção é de 1 para 1? Como é que está organizada a dinâmica?

*Vamos agora avançar para a exploração do tema **comportamento sedentário**.*

4. Questões de conteúdo:

- a. Pode dizer-me o que sabe sobre o tempo prolongado em comportamento sedentário?

Gostaria de saber o que entende por comportamento sedentário?

Gostaria de saber se é um tópico que está presente no seu dia a dia.

- b. De forma geral, pode dizer-me como é a sua experiência das sessões de fisioterapia com a população em fase subaguda?

É uma população com o qual tem contacto? Tipicamente como são estes utentes? Em que medida é que estes utentes são

diferentes da fase aguda ou crónica? Em que medida a severidade influencia as suas sessões de fisioterapia?

- i. Que estratégias utiliza para incentivar a diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário?

Os utentes são recetivos a este tipo de orientações/indicações?

Adapta a sua comunicação para que a mensagem chegue?

- c. Pensando agora no utente escolhido, pode dizer-me como foi a experiência das sessões de fisioterapia?

Especificamente sobre este utente, como foi a fisioterapia?

Como são os déficits do utente? O estado atual do utente e a severidade influenciou a sua intervenção? Foi acessível, queria participar? Estava interessado/recetivo para a fisioterapia?

- d. Pode dizer-me se o tempo prolongado em comportamento sedentário foi um tema abordado durante a sessão com este utente?

- i. Se sim, de que forma?

- ii. Pode dizer-me que estratégias utiliza na intervenção com este utente?

De entre as que usa, como adaptou para este utente?

Utiliza sempre as mesmas?

- iii. Pode dizer-me se adaptou a intervenção para desenvolver o tema?

Considera que os diferentes perfis de utentes requerem intervenções diferentes? Porquê? Pode explorar mais?

Tendo em conta o seu contexto (internamento), considera que existem barreiras ou facilitadores deste trabalho e da abordagem deste tema?

- e. Pode dizer-me como foi a sua experiência relativamente à preparação da alta deste utente quanto à diminuição do comportamento sedentário?

- i. A que estratégias recorreu? Porquê?

Escrita, verbal? Nenhuma? Se não usa, porquê?

Considera que existem consequências do tempo prolongado em CS?

A quebra do CS é da responsabilidade e/ou faz parte das competências do FT?

Considera que o CS é um tema importante para a saúde atual e futura? Sim, de que forma?

*Agora gostaria de aprofundar mais o tema da **preparação da alta**.*

- f. Tendo em conta a preparação da alta, considera que o utente será capaz de quebrar o comportamento sedentário?

- i. Se sim, como?

Considera que é importante introduzir o tema do CS no internamento?

Considera que a capacidade funcional do utente poderá estar relacionada com o sucesso na quebra do CS?

Que estratégias encontrou para utentes mais e menos severos?

Considera que o FT tem um papel importante na redução do tempo em CS?

*Agora vamos passar para a última parte desta entrevista em que o convidado a ser **reflexivo** sobre o que aqui falamos.*

5. Instruções de encerramento:

- a. Quais são os seus pensamentos acerca dos tópicos desta entrevista?

Qual a sua reflexão sobre a sua prática atual?

Em que aspetos poderia melhorar? Pensando no que não pode melhorar, porquê?

Existem limitações na organização da instituição que limitam o seu trabalho?

Pensado que pretendemos alterar comportamentos e melhorar estilos de vida, que fatores considera importantes para que a mudança aconteça?

b. Existe mais alguma coisa que gostaria de partilhar?
