



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA**

**Posicionamento 24h em adultos com paralisia cerebral
– o panorama português**

Mestranda: Rafaela Sofia Piedade dos Reis

Orientadora: Professora Doutora Paula Soares

Mestrado em Fisioterapia

Lisboa, 2022

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA**

**Posicionamento 24h em adultos com paralisia cerebral
– o panorama português**

Mestranda: Rafaela Sofia Piedade dos Reis

Orientadora: Professora Doutora Paula Soares

Júri

Presidente do Júri: Professora Doutora Beatriz Fernandes

1º Vogal Arguente: Professora Doutora Maria Augusta Silva

2º Vogal Orientador: Professora Doutora Paula Soares

Mestrado em Fisioterapia

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2022

*Far and away the best prize that life offers is
the chance to work hard at work worth doing.”*

— Theodore Roosevelt

Agradecimentos

Esta dissertação teve altos e baixos, momentos de completo desespero e de muita alegria. Em muitas ocasiões pensei em desistir e voltar atrás no tema, mudar o tipo de estudo ou simplesmente não continuar em frente com o trabalho. Os anos de 2020 e 2021 foram sem dúvida uma viagem numa montanha-russa sem cinto de segurança e não teria sido possível entregar este trabalho sem ajuda de muitas pessoas.

Aos meus pais, Cândido e Fernanda Reis. Sem eles e o seu apoio incondicional, especialmente nos momentos em que tive mais incertezas quanto ao futuro, nunca teria entregado esta tese. Obrigada pelo amor e carinho;

Ao meu companheiro, Diogo Santos, que me motiva a seguir em frente independentemente do que aconteça, que me dá confiança e força e que é o meu braço direito na vida. Obrigada pelo amor e compreensão;

À minha família, porque não podia pedir melhor prenda na vida. Do mais pequenino ao maior, são todos fantásticos. Obrigada pelo suporte;

Aos meus amigos, todos os momentos nestes últimos meses tornaram-se ainda mais especiais. Vocês são todos espetaculares;

À Professora Doutora Paula Soares, pela sua orientação, disponibilidade e apoio;

Aos colegas de Curso de Mestrado em Fisioterapia pela troca de experiências e conhecimentos;

À Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, bem como a todos os docentes que me acompanharam no meu percurso académico tanto na licenciatura como no mestrado, obrigada pela vossa dedicação aos alunos;

A todos os fisioterapeutas e instituições que se disponibilizaram e quiseram fazer parte deste estudo, um obrigado não basta. Sem vocês não teria sido possível.

Muito obrigada a todos,
Rafaela Reis.

1. Introdução.....	5
2. Metodologia.....	7
2.1 Pressupostos	9
2.2 Pertinência do Estudo	9
2.3 Unidade de Análise	9
2.4 Questões de Investigação	10
2.5 Objetivos	11
2.6 Instrumento de Recolha de Dados	11
2.7 Pré-teste	13
2.8 Ética e Consentimento Informado	13
2.9 Procedimentos	14
3. Tratamento de dados	17
4. Artigo Original	21
Resumo.....	21
Abstract.....	22
Introdução	22
Metodologia	24
Instrumento de Recolha de Dados	27
Ética e Consentimento Informado	28
Resultados e Discussão.....	29
Referências Bibliográficas	34
Apêndices	37
Apêndice I	37
Apêndice II.....	39
6. Conclusão	43
7. Bibliografia	46

1. Introdução

Segundo Farley et al. (2003), citado por Crawford & Stinson (2015), o posicionamento de 24h pode ser definido como a utilização de técnicas que minimizem o efeito das deformidades corporais, melhorando e/ou mantendo a funcionalidade e conforto dos indivíduos. O conceito teve a sua origem no Reino Unido, a partir de trabalhos desenvolvidos pela fisioterapeuta Noreen Hare (Kittelson-Aldred & Hoffman, 2017) como forma de prevenir alterações músculo-esqueléticas, minimizar deformidades e ainda melhorar a função em indivíduos com paralisia cerebral, tendo por objetivo obter ganhos ao nível da sua condição de saúde e promover a sua qualidade de vida¹.

Segundo diferentes autores, o principal objetivo desta técnica é corrigir, manter ou compensar uma postura corporal desadequada, recorrendo a equipamentos de apoio e ao ensino de posicionamentos adaptados, de forma a facilitar o alinhamento, conforto, função e participação do utente durante o período de 24 horas. Na impossibilidade de, com base na literatura, definir com exatidão os diferentes objetivos deste tipo de cuidados, podemos constatar que todos os autores consultados demonstram a sua importância na prevenção de deformidades. (Sato, 2020)

Estas são essencialmente provocadas por posicionamentos incorretos relativamente à simetria e posturas mantidas por longos períodos, potenciando o compromisso dos diferentes sistemas, com maior impacto no cardiovascular, respiratório (Porter & Michael & Kirkwood, 2007) e na comodidade geral (Sato, 2020). Podemos ainda referir, segundo Holmes e Parker, a minimização da capacidade para explorar o mundo através dos diferentes sentidos e a pré-disposição para a participação em tarefas ocupacionais (Holmes & Brock & Morgan, 2018), condicionando de forma significativa a qualidade de vida e a independência destes utentes. (Porter & Michael & Kirkwood, 2007)

Diferentes autores referem que a população com Paralisia Cerebral (PC) é particularmente suscetível ao aparecimento de deformidades e Abreu (2014), citando Allam & Schwabe (2013), refere que a prevalência de escolioses nesta população tem uma prevalência entre 5% a 85% dependendo do subtipo de PC. De acordo com o mesmo autor, citando Tsirikos & Spielmann (2007) e Koop (2009), esta patologia está associada à dificuldade em manter o alinhamento sentado, à formação de úlceras de pressão, a patologia gastrointestinal, à disfunção cardiorrespiratória e ainda ao aparecimento de dor.

¹ Segundo o Modelo de Qualidade de Vida da Cernina (2012), citando Minayo, Hartz & Buss (2005), O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Por outro lado, Gough (2009) refere que os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento de deformidades na PC não são claros e, embora pareçam ser influenciados pela função motora grossa, há variação individual. Hill e Goldsmith (2010) sugerem que os padrões de deformidades observáveis podem ter origem na posição de deitado e, segundo Goldsmith, calcula-se que os adultos passem aproximadamente um terço do seu tempo em posição deitada sendo a proporção acrescida na infância, tal situação conduz, com a progressão da idade, à aquisição de padrões de deformação corporal adotados no leito (Goldsmith, 2000).

Para este autor, os tratamentos e a prevenção de deformidades devem ser passíveis da intervenção da fisioterapia. Enquanto profissional de saúde, o fisioterapeuta deverá ser capaz de proporcionar melhores condições e cuidados de saúde para que as crianças, os jovens e os adultos com PC tenham um ganho efetivo da qualidade de vida, de funcionalidade, da participação nas suas atividades básicas da vida diária e do bem-estar. (APTA, 2014) Enquanto *experts* em movimento, estes profissionais dispõem dos *skills* necessários para potencializar o movimento funcional, dentro da esfera da promoção, prevenção, manutenção, intervenção/tratamento e reabilitação (WCPT, 2011), devendo intervir integrados em equipas multidisciplinares (Decreto-lei n.º 93/2009).

O ganho ao nível dos cuidados de saúde terá igualmente de contemplar a alteração e adaptação dos locais onde os indivíduos permanecem por longos períodos. Ao longo das últimas décadas, a oferta de equipamentos de apoio e de adaptações ergonómicas tem sofrido grande evolução, sendo a qualidade dos materiais, a sua arquitetura e tecnologia disponível cada vez melhor. (Katsioloudis & Jones, 2013)

Em Portugal a entidade pública responsável pela aquisição e distribuição dos equipamentos de apoio é o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), entidade gestora, através do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). O SAPA é então a entidade responsável pela gestão e atribuição dos produtos de equipamento de posicionamento aos indivíduos com Paralisia Cerebral que deles necessitem. Este é definido pelo Instituto Nacional para a Reabilitação (2020) como “*um sistema que contribui para a realização de uma política global, integrada e transversal de resposta às pessoas com deficiência ou com incapacidade temporária, de forma a compensar e atenuar as limitações de atividade e restrições de participação decorrentes da deficiência ou incapacidade temporária*”.

Segundo o INR (2020), o SAPA abrange “*todas as pessoas com deficiência ou incapacidade temporária que necessitam de produtos de apoio ou que apresentem*

dificuldades específicas, suscetíveis, em conjugação com os fatores do meio que lhe possam limitar ou dificultar a atividade e a participação, em condições de igualdade e inclusão, tendo em consideração o contexto de vida da pessoa”. Em termos organizacionais o SAPA é constituído pelas entidades gestora, financiadora e prescritora.

O montante destinado a este financiamento é fixado anualmente, por despacho conjunto dos ministérios envolvidos (segurança social, saúde e educação) e ainda pelo Ministério das Finanças (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2020). Segundo o Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril o financiamento dos produtos de apoio é exclusivamente reservado a pessoas com deficiência e/ou incapacidade, sendo considerada pessoa com deficiência e/ou incapacidade *“aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo (...) em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”* (Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, artigo 2º, n.º 1, Instituto do Emprego e Formação Profissionais, 2021)

Quando o processo de aquisição dos equipamentos de apoio se inicia, deve ser respeitado um conjunto de procedimentos que têm início com a avaliação e preenchimento da ficha de prescrição de produtos de apoio no Centro de Saúde do utente ou, num centro prescritor especializado, o qual dispõe da documentação necessária para o procedimento. São posteriormente apresentados pelo menos três orçamentos de distintos fornecedores, exclusivamente para o (s) código (s)do (s) produto (s) prescrito (s), tendo estes data posterior à da prescrição, fazendo então as comissões, a verificação necessária das condições de concessão e priorização, analisando ainda o cumprimento de todos os critérios de atribuição. (Instituto da Segurança Social, 2014). À pergunta nº1655/XIII/4ª de 20 de março de 2019, colocada na Assembleia da República pelo grupo parlamentar do Partido Comunista Português, sob o tema “Atrasos na atribuição de produtos de apoio”, o gabinete da ministra da saúde responde com o Ofício nº2125 de 2 de Maio de 2019 que *“é inexequível apurar o tempo efetivo de latência entre o registo inicial do pedido e o momento de entrega ao utente”*. (República Portuguesa – Gabinete da Ministra da saúde, Ofício nº2125 de 2 de Maio de 2019)

Após 5 anos esse mesmo equipamento pode ser novamente financiado, excepcionando-se os pedidos que sejam acompanhados de comprovativos de perda, dano irreparável ou de atestado da alteração das condições de saúde da/o requerente que o justifiquem (Instituto da Segurança Social, 2014). Torna-se então determinante uma meticulosa avaliação, uma prescrição fundamentada, pertinente e de acordo com as

necessidades reais dos utentes de forma a agilizar e acelerar o processo, de desbloqueamento dos orçamentos, permitindo satisfazer os cuidados de saúde dos utentes de forma mais célere. O contexto de avaliação é, frequentemente, o local onde os utentes permanecem mais tempo, tendo preferencialmente o acompanhamento do fisioterapeuta que mais segue o caso.

Em Portugal a resposta social, em termos institucionais, disponibilizada para os indivíduos com PC quanto atingem os 16 anos, são os Centros de Atividades Ocupacionais para a Inclusão (CACI). Quando aí inseridos esses podem permanecer a maior parte das horas do seu dia em contexto terapêutico, social e ocupacional nas instituições de acolhimento. De acordo com o Instituto da Segurança Social (2014) o programa de atividades ocupacionais é destinado a *“pessoas com deficiências e incapacidades com significativas limitações da atividade e restrições na participação, decorrentes de alterações nas estruturas e funções (pessoas com deficiências graves), cuja integração socioprofissional no mercado regular de emprego ou em centro de emprego protegido se encontra condicionada (...)”*. Os CACI são, segundo o Instituto da Segurança Social (2020) *“uma resposta social destinada a promover atividades para jovens e adultos, a partir dos 16 anos, com deficiência grave”*.

O desenvolvimento desta dissertação, em língua portuguesa e para a comunidade científica é dirigida essencialmente aos Fisioterapeutas Portugueses, tendo por base a uma profunda análise do atual estado de arte, alicerçada na mais atual literatura e evidência científica sobre o posicionamento 24h, recorrendo a palavras-chave como *“Cerebral Palsy”, “24h Positioning” “Portugal Care”, “Deformities” e “Prevention”*, tal como os seus correspondentes em língua portuguesa, tendo como objetivo a maior abrangência de pesquisa, essencialmente focalizada em revistas científicas, teses de mestrado, doutoramento, orientações de entidades governamentais e legislação na área.

Para operacionalizar o estudo iniciou-se o processo de investigação pela formulação do problema de investigação e formulação da questão de investigação. Esta caracteriza-se como *“ (...) um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica.”* (Fortin, 2003) Para tal recorreu-se à estratégia PICO. De acordo com Santos et al. (2007) a estratégia PICO pode ser utilizada na construção de questões de natureza variada, defendendo a sua utilização na pesquisa de evidências. É definida pelo acrónimo: *Population*- que população?; *Intervention* – que intervenção?; *Comparison* – com que vai comparar a intervenção?; *Outcome* – Que desfecho pretende? O resultado esperado.

(Donato & Donato, 2019)

Santos et al. (2007) salientam o seguinte quadro:

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Utente ou Problema	Pode ser apenas um utente, um grupo de utentes com determinada condição ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstico, prognóstico, administrativo ou relacionado com questões económicas.
C	Controlo ou Comparação	Definido como a intervenção normal, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Resultado	Resultado esperado.

Tabela 1- Escala PICO (Sousa (2012) citando Sacker et al (2007))

Para a elaboração desta questão focou-se população de fisioterapeutas que intervêm em território nacional relativamente à sua intervenção no âmbito do posicionamento 24h, sem a comparar com nenhum outro tratamento e com a expectativa de obter conhecimento sobre a sua prática.

Estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da questão de investigação (Santos et al., 2007): **“Qual o conhecimento e a prática dos fisioterapeutas que trabalham em território nacional sobre o posicionamento 24h?”**. Esta questão que norteou toda a investigação e procurou, de uma forma geral, averiguar qual o nível de conhecimento e utilização do posicionamento de 24h por parte dos fisioterapeutas que desempenham as suas funções em contexto de prestação de cuidados a utentes com paralisia cerebral, a sua aplicação prática e a sua relação com os cuidados posturais.

Assim, o **objetivo geral** foi averiguar o nível de conhecimento e utilização prática por parte dos fisioterapeutas da técnica de posicionamento 24h. E consubstanciando estas preocupações formularam-se três **objetivos específicos**, relacionados com a utilização dos equipamentos e a sua prescrição, sendo estes:

- I. Averiguar se, para os fisioterapeutas portugueses, a prescrição de materiais de

apoio que visem os cuidados posturais são essências na prevenção de deformidades;

- II. Apurar se os fisioterapeutas portugueses realizam avaliações e/ou prescrições de materiais de apoio;
- III. Investigar que instrumentos de avaliação são utilizados.

Para dar resposta as estas questões propôs-se a recolha de dados através de um questionário *online*, descrito no capítulo 2.6 e aplicado a fisioterapeutas que desempenham a sua atividade em contexto de Centro de Atividades Ocupacionais para a Inclusão (CACI) a nível nacional e que trabalhem diretamente com pacientes com paralisia cerebral. Este tem por objetivo averiguar o conhecimento e a prática do posicionamento 24h, inquirir sobre a frequência com que os fisioterapeutas avaliam, prescrevem ou sugerem equipamentos de apoio para o leito, para além de inquirirem ainda acerca dos instrumentos que utilizam para avaliar o posicionamento de adultos com paralisia cerebral na cadeira-de-rodas, no leito ou em outro local onde o paciente passe o maior número de horas do dia e como priorizam estas prescrições.

O culminar destas inquietações resultou na elaboração do artigo científico apresentado no capítulo 2 onde se explora a vertente quantitativa e qualitativa da pesquisa. Os dados recolhidos, em cumprimento com a política de proteção de dados pessoais, foram analisados através da utilização de estatística descritiva, recorrendo ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*. Os resultados e as considerações finais visam dar resposta às questões e aos objetivos traçados

Conclui-se privilegiando um olhar crítico e de reflexão sobre os dados obtidos, que nos conduz ao trabalho dos fisioterapeutas nesta área e a perceção da relevância da sua intervenção, visando sensibilizar os decisores para a importância dos cuidados posturais, uniformização e validação de procedimentos avaliativos. No seu epílogo, reflete-se sobre o caminho a percorrer para alcançar mais e melhores cuidados de saúde em Portugal, na expectativa de abrir portas a mais investigação nesta área de intervenção.

2. Metodologia

De acordo com Santos et al. (2019), citando Sousa & Baptista (2011), o conhecimento científico é o único que gera ciência, apresentando como características fundamentais a racionalidade e objetividade, basear-se em factos, ser analítico, exato, claro, comunicável, verificável, dependente de investigação metódica, explicativo, preditivo, aberto, útil e procura e aplica leis. Por conseguinte, pode ser definido como o conhecimento racional, sistemático, exato e verificável da realidade, recorrendo a procedimentos e regras baseados num método de investigação científica.

Seaman (1987) refere que a investigação é um processo sistemático que assenta na recolha de dados observáveis e verificáveis, tendo em vista descrever ou explicar os fenómenos. Já Kerlinger (1973) define a investigação como um método empírico, sistemático e controlado de verificação de hipóteses. Fortin (2013), citando Burns & Grove, refere que a investigação científica pode ser definida como um processo sistemático de validação de conhecimentos já estudados e de produção de novos que sejam passíveis de ser aplicados na prática. Todos os autores partilham da opinião que a investigação é fundamental para a aquisição de conhecimentos (Sousa, 2012).

Assente num tipo de estudo de carácter descritiva-correlacional, a presente investigação propõe uma estrutura fundamentada em duas partes, o enquadramento teórico e a vertente empírica. De acordo com GIL (1999), a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever características de determinada população ou fenómeno, possibilitando o estabelecimento de relações entre variáveis e que envolve o uso de técnicas padronizadas de recolha de dados, inquéritos e observação sistemática. Ao pretender-se estabelecer relação entre variáveis assume também um carácter descritivo correlacional, onde, segundo Fortin (2003) *“o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno”*.

A vertente empírica traduz a aplicação da pesquisa no terreno, seguindo uma metodologia específica onde foi realizada uma investigação do tipo mista. Segundo Fortin (2013) a metodologia corresponde *“à secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação”* (p.40) e a fase metodológica *“é caracterizada essencialmente pelo conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação”* (p.372). Fortin (2003) diz-nos que *“é o plano lógico criado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação colocadas”* (p.132).

Fortin (2013) define ainda o desenho de investigação como sendo *“um conjunto de*

diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido. O investigador determina assim, a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Permite ainda, isolar as variáveis importantes das outras variáveis e medi-las com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados” (p.132). Cabe ao investigador definir os métodos que serão utilizados de forma a obter respostas válidas às questões de investigação. (Fortin, 2003)

Irá ser descrita a abordagem metodológica como o tipo de estudo e a população, as condições e os métodos em que foram recolhidos os dados, a escolha técnica de análise dos dados e as considerações pelos aspetos éticos com o objetivo de *“precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à investigação”*. (Fortin, 2003, p.131)

Segundo Benbasat, Goldstein e Mead (1987), um estudo de caso caracteriza-se por ser um fenómeno examinado no seu contexto natural, com dados recolhidos em múltiplas fontes, com uma análise de um ou poucos elementos, sem a utilização de grupo de controlo ou manipulação por parte do investigador, onde a questão de investigação é do tipo “porquê?” ou “como?” com foco em eventos contemporâneos. Considera-se este estudo de caso do tipo descritivo, segundo Yin (1993), quanto ao seu objetivo de investigação uma vez que visa descrever os fenómenos dentro de seu contexto.

Perante a questão orientadora **“Qual o conhecimento e a prática dos fisioterapeutas que trabalham em território nacional sobre o posicionamento 24h?”**, irá ser aplicado um método indutivo para a realização da análise, utilizando uma análise estatística descritiva bivariada para procurar correlacionar os dados recolhidos.

Santos et al. (2019), citando Freixo (2011), refere que uma das características fundamentais do método científico é a sua replicabilidade, podendo esta conseguir-se através do desenvolvimento de diferentes estratégias. Para este *“o processo indutivo corresponde a uma operação mental que tem como ponto de partida a observação de factos particulares para, através da sua associação, estabelecer generalizações que permitam formular uma lei ou teoria”*.

O mesmo autor descreve o primeiro passo como a realização do maior número possível de observações, devendo estas ser desprovidas de considerações pessoais e de ideias pré-concebidas de modo a descrever a realidade. Seguidamente, os dados observados devem ser codificados e classificados, identificando-se os valores ou características que estão consistentemente associados ao fenómeno examinado. Na terceira fase deve-se procurar inferir enunciados gerais a partir das observações iniciais, culminando na quarta fase, onde

as hipóteses formuladas na fase anterior, deverão ser sujeitas a uma verificação mais rigorosa. Santos et al. (2019). De acordo com Azevedo e Seriacopi (2007), o método indutivo é uma forma de argumentação utilizada a fim de se chegar a uma conclusão geral sobre a população, após análise de uma amostra.

Para análise dos dados recolhidos de forma a caracterizar a amostra em estudo e a analisar o conteúdo, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

2.1 Pressupostos

O processo de investigação traz múltiplos pressupostos subentendidos tomados como pontos de partida e que tendem a permanecer inquestionados (Borba et al, 2008). Este trabalho assenta essencialmente em quatro grandes pressupostos, que serão os alicerces para o ponto de partida do estudo.

- Os fisioterapeutas realizam avaliações de materiais de apoio;
- O fisioterapeuta é um especialista em movimento e possui os conhecimentos técnicos para realizar uma análise postural extensa e precisa;
- São prescritos materiais de apoio diurno e noturno;
- A maioria dos adultos com paralisia cerebral possui algum tipo de material de apoio.

2.2 Pertinência do Estudo

O desenvolvimento desta dissertação em língua portuguesa e para a comunidade da fisioterapia em Portugal, traz uma mais-valia uma vez que é uma exposição sobre o que é referenciado pela literatura e a evidência científica até à data sobre esta temática e visa perceber qual a realidade dos fisioterapeutas e o seu papel na prevenção de deformidades. Numa época onde a diversidade de materiais de apoio disponíveis é muito vasta, uma das questões que se impõe é se estarão os fisioterapeutas cientes da importância dos posicionamentos e que os materiais que prescrevem podem ter impacto não só no conforto, mas também no ganho ao nível das deformidades trazendo maior funcionalidade. Uma correta avaliação, uma prescrição pertinente e ponderada poderão aliviar os encargos com esses produtos de apoio no orçamento do Instituto da Segurança Social, no desbloqueio dos prazos de entrega dos materiais e ainda no ganho de qualidade de vida aos utentes.

2.3 Unidade de Análise

Fortin (2003) define população como sendo, o “conjunto de todos os sujeitos ou

outros elementos de grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. De acordo com POLIT e HUNGLER (1995), população é todo o agregado de casos que atendem a um conjunto de critérios estabelecidos pelo investigador, de forma a decidir se uma pessoa é ou não classificada como membro da população. Para Fortin (2013) a amostra é uma porção representativa da população total sobre a qual é exercido o estudo, de modo que os resultados possam generalizáveis à população. Adverte ainda que a amostra deve conter elementos em que é possível observar não só as variáveis em estudo mas também outros fatores que com elas se possam relacionar.

Na presente investigação, a população é o agregado de todos os fisioterapeutas que exercem as suas funções em território nacional e que trabalhem em contexto de CACI em contato direto com pacientes com paralisia cerebral.

Como amostra teremos os fisioterapeutas que desempenham as suas funções nas unidades selecionadas para a investigação, no período de tempo em que for efetuada a recolha de dados. Convém referir que *“a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada (...)”* (Fortin, 2003, p.202).

A seleção dos indivíduos foi efetuada, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão específicos. Como critérios de inclusão temos todos os fisioterapeutas que trabalhem em Centro de Atividades Ocupacionais para a Inclusão em Portugal (continente e ilhas); E que trabalhem com utentes adultos com diagnóstico de paralisia cerebral. Como critério de exclusão temos os fisioterapeutas que, trabalhando em Centro de Atividades Ocupacionais para a Inclusão em Portugal, não trabalhem com utentes com diagnóstico de paralisia cerebral.

2.4 Questões de Investigação

Neste tipo de estudos formulam-se questões de investigação, sendo estas definidas como *“enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem a ou as variáveis de estudo”* (Fortin, 2003, p.40).

Justificar uma questão de investigação é, pois, explicar porque é para nós é importante essa questão e porque a queremos estudar, uma vez que *“as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação”* (Fortin, 2003, p. 101).

Neste estudo são então colocadas diferentes questões (perguntas operacionais de

investigação), que colocam em evidência a problemática central deste trabalho:

Questão 1 – Os fisioterapeutas portugueses tem conhecimento de técnicas de posicionamento 24h?

Questão 2 – Será que para os fisioterapeutas portugueses é imprescindível a utilização de equipamentos de apoio 24h na prevenção de deformidades de utentes com paralisia cerebral?

2.5 Objetivos

Os objetivos podem ser considerados metas exequíveis, que pretendemos atingir ao longo da pesquisa, levando em conta o contexto de inserção em que esta se desenvolve. A sua formulação permite uma orientação e uma delimitação da ação, para que venham a ser atingidos o mais fielmente possível.

Neste estudo foram definidos dois tipos de objetivos, um geral e 3 específicos. Como objetivo geral, o presente estudo propõe-se averiguar qual é a utilização prática, pelos fisioterapeutas portugueses, do posicionamento 24h.

Em concreto, os objetivos específicos deste trabalho, consubstanciando preocupações relacionadas com a utilização dos equipamentos e a sua prescrição, visam:

- Averiguar se, para os fisioterapeutas portugueses a prescrição de materiais de apoio que visem os cuidados posturais são essências na prevenção de deformidades;
- Apurar se os fisioterapeutas portugueses realizam avaliações e/ou prescrições de materiais de apoio;
- Investigar que instrumentos de avaliação são utilizados.

De forma a responder a estas questões propôs-se a recolha de dados através de um questionário com respostas fechadas e uma aberta, uma vez que a proposta é a compreensão do conhecimento sobre a temática e a sua aplicação.

2.6 Instrumento de Recolha de Dados

Sousa (2012), citando Fortin (2009), define a colheita de dados como um método de recolha de informação junto dos participantes com instrumentos escolhidos previamente. Os instrumentos de recolha de dados são uma base fundamental para o rigor da recolha de informação junto das unidades de análise selecionadas para a investigação, tendo em conta o propósito da investigação foi selecionada a aplicação de um questionário. Ghiglione e

Matalon (1995, p. 8) definem inquérito como sendo *”uma interrogação particular acerca de uma situação, englobando indivíduos com o objetivo de generalizar”*.

A fonte de informação foi obtida em campo de forma remota através do envio de um *link* com hiperligação para um questionário (**3. Artigo Original - Apêndice I**). Os questionários foram distribuídos aos fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades selecionadas traduzindo estes a vertente quantitativa e qualitativa da pesquisa. Dadas as restrições impostas pelo contexto pandémico vivenciado à época e de forma a maximizar a recolha de dados, optou-se pela aplicação de um questionário *online* na plataforma *Survio* elaborado pela investigadora.. Esta plataforma foi escolhida, sendo seguida pela solicitação da aprovação junto do Encarregado da Proteção de Dados da ESTeSL, que não levantou qualquer impedimento à utilização da mesma.

O questionário é constituído, na sua parte inicial, por um conjunto de 4 questões, que irão permitir fazer a caracterização sociodemográfica da população:

- Sexo (resposta dicotómica);
- Idade (resposta aberta);
- Habilitações Literárias (escolha múltipla);
- Anos de prática profissional (resposta aberta).

O instrumento é composto por 11 respostas estruturadas em três formatos: resposta dicotómica (5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 5.3.3; 5.3.5; 5.4.1; 5.4.2; 5.4.3); escolha múltipla (5.3.2); seriação (5.3.4); tipo *Likert* (5.3.1) e 3 respostas abertas associadas às questões 5.2.2 e 5.3.4.

Estas constituem 3 dimensões sendo eles a dimensão da formação, do desempenho e da autonomia. As questões pertencentes a primeira dimensão teve como objetivo averiguar a extensão do conhecimento académico no âmbito do posicionamento e da sua formação específica na área. As pertencentes à segunda dimensão tiveram como objetivo perceber como é autoavaliada a sua prestação nos cuidados posturais e de que modo procedem aos mesmos. Por último, as questões pertencentes à terceira dimensão visaram compreender a autonomia na prescrição de materiais de apoio. Com tudo isto pretendeu-se dar resposta às questões de investigação e atingir os objetivos geral e específicos do estudo.

O questionário possui ainda uma folha de rosto com a informação detalhada sobre o estudo, instituição de referência e dados da investigadora para possível contacto, no caso de ocorrerem dúvidas sobre o mesmo. No decorrer da análise de dados procedeu-se ao estudo individual de cada questionário, realizando-se posteriormente uma análise cruzada dos resultados obtidos, onde se pretendeu dar resposta às questões de investigação colocadas.

2.7 Pré-teste

Sousa (2012), citando Fortin (1999) define pré-teste como sendo um ensaio de um instrumento de medida antes da sua utilização em maior escala, no decorrer da própria investigação. Ainda o mesmo autor refere que, o pré-teste deve ser aplicado a uma pequena população, com o objetivo de detetar eventuais falhas para que, após a reformulação do questionário, este esteja caracterizado pela sua fidedignidade e validade. Já Polit et al. (2004) define-o como “*um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.*”

O pré-teste realizou-se com a aplicação do questionário a uma amostra de conveniência de um fisioterapeuta que vivencia o contexto do estudo de forma a permitir avaliar a eficácia, imparcialidade do instrumento de recolha de dados e corrigir possíveis imprecisões que pudessem ocorrer quando os mesmos fossem aplicados à população em estudo. Após a verificação da adequação do questionário para a colheita de informação ir de encontro aos objetivos em estudo, foi alterada uma questão (5.3.4) de forma a permitir obter mais informação, não influenciando os dados recolhidos.

2.8 Ética e Consentimento Informado

Fortin (2003) refere que “*os códigos de ética permitiram estabelecer um conjunto de princípios e de direitos a ter em consideração sempre que é realizado um trabalho de investigação que estude seres humanos*” (p. 113).

Segundo Fortin (2003) o código de Ética da Investigação assenta em cinco grandes pilares:

- Direito à Autodeterminação – que suporta o direito do sujeito em decidir se participa ou não numa investigação;
- Direito à Intimidade – que faz menção à liberdade da pessoa, de decidir acerca da extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas;
- Direito ao Anonimato e à Confidencialidade – que contempla a confidencialidade dos dados e a proteção da identidade do sujeito;
- Direito à Proteção contra o desconforto e prejuízo – estando garantidas as regras que asseguram a proteção dos sujeitos de todos os inconvenientes suscetíveis de os prejudicarem;
- Direito ao Tratamento justo e equitativo – que suporta o direito de todos os sujeitos serem informados sobre a natureza, o término e a duração da investigação em que estão a participar.

Tendo estes aspeto por base, garantiu-se que:

- Nenhum benefício de qualquer forma seria recebido de agentes comerciais relacionados direta ou indiretamente com o tema deste artigo;
- Eram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, como previsto na Lei nº 67/98 de 27 de Outubro da A.R. e da deliberação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Este estudo foi subtido a apreciação da Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa que verificou se todos os aspetos éticos seriam cumpridos aprovando a sua aplicação em Outubro de 2020.

Em conformidade com o código de Ética de Investigação (Fortin, 2003), a colheita e registo da informação através da aplicação do questionário *online* apenas é possível após os intervenientes concordarem com o consentimento informado (**Artigo Original - Apêndice II**) que é apresentado a todos da mesma forma. Neste é apresentada uma sintetizada explicação sobre os objetivos do estudo seguida da opção de concordar ou não, seguindo-se a fase de preenchimento. Não houve qualquer tipo de controlo sobre o número que fisioterapeutas que responderam ao questionário, nem foram recolhidas informações que os possam identificar, tendo sempre tidos em conta os princípios éticos inerentes à investigação.

2.9 Procedimentos

Dubé e Paré (2003), dividem as fases do Estudo de Caso em 3 fases: Planeamento, Recolhe de dados e Análise de Dados.

Da parte do planeamento faz parte o desenho de investigação que, segundo Fortin (2003) se caracteriza como *“um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido. O investigador determina assim, a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Permite ainda, isolar as variáveis importantes das outras variáveis e medi-las com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados”* (p.132).

Os principais elementos de um desenho de investigação são: o tipo de estudo, o meio, a população e a amostra e o instrumento de colheita de dados. Na primeira fase, de planeamento, foram definidos estes pontos e foram desenhadas as fases seguintes, tal como ilustrado na figura 4.

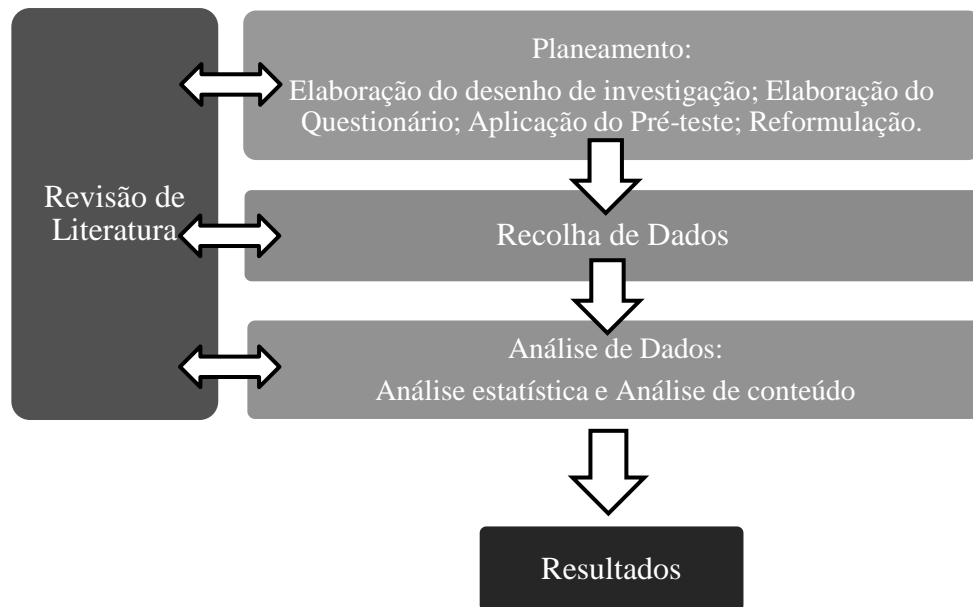


Figura 1 – Esquematização do processo de análise do estudo para a obtenção de resultado. (Dubé & Paré, 2003)

Entre os meses de Agosto e Outubro de 2020, procedeu-se ao contacto com as instituições que possuem CACI de forma a apresentar os objetivos do estudo e a solicitar a sua colaboração para a recolha dos dados junto dos fisioterapeutas que trabalham na instituição. Simultaneamente foi elaborado o questionário a ser aplicado aos fisioterapeutas, seguido do pré-teste e respetiva reformulação na questão 5.3.4.

Após a aprovação por parte do Conselho Técnico-científico (junho de 2020) e do Conselho de Ética - CE-ESTESL-Nº.39/2020 (outubro de 2020), iniciou-se em novembro a distribuição dos questionários *online* pelas 7 instituições que deram parecer positivo à colaboração no estudo. De referir que todas as respostas obtidas por parte das instituições contactadas foram positivas, porém, dado o reduzido número de respostas equacionou-se outra abordagem à distribuição de questionários. No seguimento desta análise o *link* para o questionário foi partilhado na rede social Facebook de forma alcançar um número maior de fisioterapeutas, aumentando a probabilidade de resposta ao questionário e a possibilidade de alcançar um número mais significativo para a amostra representativa da população.

O acesso do questionário foi mantido *online* entre 1 de janeiro e 17 de maio de 2021, perfazendo um total de 137 dias, para permitir as respostas dos fisioterapeutas que, de forma voluntária e anónima, quiseram responder. A data acima referida não apresenta outra justificação se não o *timing* para a entrega da dissertação na data estipulada pela ESTeSL.

Seguidamente foi iniciada a fase de análise e tratamento de dados. Cada questão foi examinada individualmente, organizando-se a informação pelos domínios. Através da

análise estatística procurou-se encontrar correlação entre os dados recolhidos. Para aferir a existência de associação entre algumas variáveis em estudo, de modo a enriquecer o conhecimento sobre a amostra, realizou-se o teste de correlação com um nível de confiança de 95% entre as seguintes variáveis:

- **Participação da Prescrição de EA** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Frequência em formação/curso de posicionamento 24h** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal);
- **Participação da Prescrição de EA de leito** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Avaliação de utentes no leito** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal);
- **Participação na avaliação e/ou avaliação de EA** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Utilização de instrumentos de avaliação** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal).

Esta análise poderá ser observada no capítulo subsequente, seguindo-se a fase de conclusão e discussão dos resultados.

3. Tratamento de dados

A análise dos dados permite validar ou rejeitar o conteúdo da informação recolhida, em relação à pertinência e à viabilidade da implementação. Pretendeu-se com esta “organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa.” (Polit et al., 2004, p. 358).

Segundo Bardin (2006), a análise de dados é constituída por 3 fases diferentes e sucessivas. A primeira fase trata-se da pré-análise, a segunda é a exploração do material e a terceira é onde se tratará dos resultados e da sua interpretação.

Bardin (2006, p.89), define a pré-análise como uma fase “*de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuição, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso*”.

A segunda fase, de acordo com Bardin trata-se “*essencialmente de operações de codificação, desconto e enumeração, em função de regras previamente formuladas*” (2006, p.95). A terceira fase, é onde os resultados são “*tratados de maneira a serem significativos (...) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagem) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise*” Foi nesta última etapa que se explorou a vertente quantitativa e qualitativa da pesquisa (questionário), sendo os dados tratados através da utilização de estatística descritiva (médias, percentagens e frequências) e recorrendo ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*.

Variável		N	%	Média
Género	Feminino	19	95%	-
	Masculino	1	5%	-
Idade		-	-	36.5
Grau académico	Licenciatura	19	95%	-
	Mestrado	1	5%	-
	Doutoramento	0	0%	-
Experiência Profissional		-	-	14.4

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos.

Colaboraram no estudo 20 profissionais (N=20), destes 19 são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. A média de idades é de 36,5 anos, tendo todos formação académica distribuída entre licenciatura 95% (N=19) e mestrado 5% (N=11). A média de experiência profissional situa-se nos 14,4 anos e em CACI é de 9,6 anos [mínimo=1; máximo=26]. A amostra (N=20) é constituída pelos fisioterapeutas que desempenham as suas funções nas unidades selecionadas para a investigação e por todos aqueles que através da rede social *Facebook* responderam ao questionário, no período de tempo correspondente à recolha de dados. A seleção dos indivíduos foi efetuada, de acordo com critérios de inclusão e exclusão específicos.

Domínio	Variável	Resposta	N	%
Formação	<i>Formação/curso de posicionamento 24h.</i>	Sim	6	30%
		Não	14	70%
	<i>Conhecimento de técnicas de posicionamento 24h</i>	Sim	10	50%
		Não	10	50%
	<i>Imprescindibilidade dos PA na prevenção de deformidades</i>	Sim	20	100%
		Não	0	0%
Desempenho	<i>Avaliação da prestação de cuidados</i>	4	1	5%
		5	4	20%
		6	2	10%
		7	7	35%
		8	6	30%
	<i>PA onde os clientes passam mais tempo</i>	CR	10	50%
		Leito	2	10%
		CR=Leito	6	30%
	<i>Avaliação no Leito</i>	Não sabe/não responde	2	10%
		Sim	7	35%
		Não	13	65%
		<i>Utilização de instrumento de avaliação</i>	Sim	7
Não	13		65%	
Autonomia	<i>Avalia/Participa nas avaliações para a aquisição de PA</i>	Sim	17	85%
		Não	3	15%
	<i>Prescreve/ participa na prescrição dos PA</i>	Sim	15	75%
		Não	5	25%
	<i>Avalia/participa na avaliação no leito</i>	Sim	7	35%
		Não	13	65%
	<i>Prescreve/ participa na prescrição de PA para o leito</i>	Sim	8	40%
		Não	12	60%

Tabela 3 - Dados recolhidos com a aplicação do questionário.

Da dimensão da formação fazem parte 3 questões em formato de resposta dicotómica (5.2.1; 5.2.2; 5.2.3) com uma resposta aberta associada à questão 5.2.2. Neste âmbito, verificou-se que apenas 14 dos inquiridos dizem nunca ter frequentado nenhuma formação/cursode posicionamento 24h e apenas metade diz ter conhecimento de técnicas de posicionamento 24h, destacando-se entre estas as mudanças de decúbito em leito (N=3) e em cadeira de rodas (N=1), recurso a rolos (N=1), almofadas (N=2), espumas (N=1), utilização do plano inclinado (N=1) e a utilização da báscula da cadeira (N=1)

Todos os fisioterapeutas concordaram que os equipamentos de apoio são imprescindíveis na prevenção de deformidades em adulto com paralisia cerebral, tornando-se evidente que tal é transversal a qualquer grau académico, idade e experiência profissional.

Quanto à dimensão do desempenho, salientando a autoavaliação feita no questionário verifica-se que nenhum inquirido se avaliou com nota superior a 8 ficando a avaliação média em 6.65/10, pouco acima do considerado mediano (5/10). Os fisioterapeutas inquiridos denotam conhecimento sobre o posicionamento dos seus utentes ao longo do dia, evidenciando-se isto uma vez que apenas 2 dos inquiridos (10%) não sabem/não respondem à questão, obtendo-se respostas diferenciadas dos restantes 18, 10 relatam que os utentes passam mais tempo na cadeira de rodas, 2 mais tempo no leito, e 6 dizem que o tempo é distribuído de forma igualitária.

Havendo diversas escalas disponíveis e criadas para este tipo de avaliações, apenas 35% dos fisioterapeutas utiliza instrumentos de avaliação objetivos (Sim=7; Não=13), não existindo associação entre a participação na avaliação e/ou avaliação de equipamentos de apoio e a utilização de instrumentos de avaliação ($p=1$) evidenciado através da aplicação do teste de Qui-Quadrado. Foram relatados diversos instrumentos destacando-se, a utilização do *Posture Analysis Graph* (N=1), da *Mansfield Checklist*, da *Mechanical Assessment Tool* (MAT) (N=1), registo fotográfico (N=1) e do goniómetro. Apenas o goniómetro foi mencionado mais que uma vez (N=2).

Com isto podemos considerar o método de avaliação de equipamentos de apoio muito abrangente, subjetivo e pouco concreto, sendo que, mesmo no caso de utilização de escalas de avaliação não existe conformidade com as escolhas tomadas.

Quanto à dimensão da autonomia, a maioria dos fisioterapeutas inquiridos avalia ou participa nas avaliações de indivíduos para aquisição de equipamentos de apoio (Sim=17; Não=3) e 75% prescreve ou participa da prescrição dos mesmos (Sim=15; Não=5). Em relação à prescrição de material de leito apenas menos de metade prescreve

ou participa na prescrição (Sim=8; Não=12) e um número ainda menor avalia os seus utentes nesta posição (Sim=7;Não=13).

Através da aplicação do teste de Qui-Quadrado, entre a prescrição e/ou prescrição de equipamentos de apoio e a frequência em formação/curso de posicionamento 24h ($p=1$) conclui-se que, independentemente da formação académica, qualquer fisioterapeuta prescreve estes equipamentos. Também não se estabeleceu qualquer relação entre o número de fisioterapeutas que avaliam pacientes no leito e a participação na prescrição e/ou prescrição de equipamentos de apoio no leito ($p=1$), ou seja, há fisioterapeutas que não avaliam os utentes no leito e que prescrevem este tipo de equipamento e outros que avaliando os utentes no leito não prescrevem este tipo de equipamento.

Posicionamento 24h em adultos com paralisia cerebral – o panorama português

Reis, Rafaela, PT¹ ; Soares Paula, PT¹, MsC², PhD³

¹Licenciada em Fisioterapia

²Mestre ³Doutora

Resumo

O posicionamento 24h é a utilização de qualquer técnica para minimizar os efeitos de deformidades corporais. Estas são provocadas por posicionamentos assimétricos por longos períodos, podendo levar a alterações sistémicas e diminuição da qualidade de vida do indivíduo. O presente estudo tem por objetivo averiguar qual é a utilização prática, pelos fisioterapeutas portugueses, do posicionamento 24h. Foram analisados 20 questionários com 12 questões respondidos por fisioterapeutas a nível nacional através da plataforma *Survio*. Estes foram distribuídos pelas instituições que deram parecer positivo à colaboração no estudo e partilhado na rede social *Facebook*. A análise dos dados recolhidos e a sua relação foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Analisados os dados, concluiu-se que os fisioterapeutas que trabalham em território nacional avaliam e/ou prescrevem equipamentos de apoio e detêm, na sua maioria, conhecimento das técnicas de posicionamento. No entanto, foram encontradas algumas lacunas no seu conhecimento e na sua prática, sendo as mais evidentes que nem todos se revelam detentores de conhecimentos técnicos na área, não existe uma uniformização de métodos de avaliação sendo estes muito abrangentes, subjetivos e pouco concretos, a prescrição de materiais de apoio no leito é muito inferior à prescrição de cadeira-de-rodas mesmo quando há consciência que os utentes passam muito tempo nesta posição e que, independentemente da experiência ou formação académica qualquer fisioterapeuta prescreve este tipo de equipamentos.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Posicionamento 24h; Cuidados posturais; Deformidades; Prevenção.

Abstract

The 24h postural care is the use of any technique to reduce deformities. Body deformities are caused by asymmetrical positions for long periods of time, and they can lead to systemic changes and decrease life quality. The goal of the study is to make a quiz and apply it to physical therapists that work in Portugal, investigating what is their knowledge and practise about 24h postural care. 20 online surveys were analysed with 12 questions applied to physical therapists applied through the online platform Survio. They were distributed to the institutions and to the physical therapists (through Facebook) that agreed to collaborate with the study. Data analysis and its relation was made with the program *Statistical Package for the Social Sciences*. After analyzing the data, it was concluded that physiotherapists who work in national territory assess and/or prescribe support equipment and, for the most part, have knowledge of positioning techniques. However, some gaps were found in their knowledge and practice, the most evident being that not all of them have technical knowledge in the area, there is no standardization of assessment methods, which are subjective and little concrete, the prescription of bed support materials is much lower than prescription of a wheelchair, even when there is awareness that users spend a lot of time in this position and that, regardless of experience or academic training, any physiotherapist prescribes this equipment's.

Key-Words: *Cerebral Palsy; 24h Positioning; Portugal Care; Deformities; Prevention.*

Introdução

Ao longo de um período de 24h passamos por diversas posições e superfícies de suporte. O programa de cuidados posturais é uma abordagem planeada que abrange todas as atividades e intervenções com impacto na postura e função. Este considera a utilização de assentos especiais, apoio ao longo do período noturno, apoios de pés, exercício ativo, ortóteses, intervenções cirúrgicas e sessões individuais de terapia e tem por objetivo preservar e restabelecer a forma do corpo, proporcionar sustentação e prevenir o aparecimento de deformidades. ^{[1][2][3][4]}

A Organização Mundial de Saúde, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) reconhece a importância de uma intervenção destinada a melhorar a estrutura do corpo, englobando a participação, os interesses pessoais e ambientais. ^[5] Os cuidados posturais noturnos são feitos quando o efeito da gravidade é mais fácil de gerir. O tónus muscular relaxa como parte dos padrões normais

de sono, o que potencia o prolongamento do efeito terapêutico da intervenção. ^{[3][6][7]}

Os instrumentos utilizados para documentar a eficácia dos cuidados posturais, podem incluir fotografias, a *Physical Ability Scale (PAS)*, a *Posture and Postural Ability Scale*, *The Goldsmith Indices of Body Symmetry*, a *Postural Habits Assessment Tool*, medições do tórax ipsilaterais e contralaterais, entre outras. ^[6]

Foi sugerido que os cuidados posturais 24 horas podem prevenir deformidades ^[8] e, assim, evitar as implicações negativas para a saúde e qualidade de vida associada a posturas complexas e evitar intervenções invasivas. No entanto, constata-se que existe pouca evidência científica para apoiar a eficácia do programa de 24 horas de cuidados posturais ^{[8][9]} e dificuldades em fornecer evidência dos benefícios a longo prazo de qualquer terapia em pessoas com problemas multifatoriais. ^[10]

Geralmente espera-se que os problemas posturais piorem com o tempo. As intervenções podem apenas retardar esta deterioração e não pará-la ou revertê-la. Apesar dos cuidados posturais serem dispendiosos reduzem a necessidade de intervenções invasivas e caras. ^[11]

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, a Paralisia Cerebral (PC) “(...) engloba situações muito heterogêneas de incapacidade no desenvolvimento cujo denominador comum é apresentarem alteração permanente da postura e/ou movimento traduzido sempre por limitação funcional motora. No entanto frequentemente associa limitações a outros níveis sendo pois multi-incapacitante”.^[12] A lesão neurológica inicial é de natureza estática, porém a extensão dos distúrbios motores tem uma grande variação.^[13]

A PC persiste na adolescência e idade adulta e requer um grande esforço familiar e um gasto volumoso de recursos. ^[12] A sua prevalência, englobando dados de 15 países europeus, seja de 1,7% (IC 99%=1,57-1.99) nos nado-vivos. ^{[8][14]} De acordo com Virella & Folha & Andrada & Cadete & Gouveia & Gaia & Alvarelhão & Calado (2019) citando Sellier et al. (2015) a PC é a deficiência motora mais frequente na infância, afetando entre 1,7% e 2,2% das crianças nos países desenvolvidos. ^[15]

O aparecimento de deformidades pode ser considerado sinónimo de indivíduos descritos como tendo necessidades complexas de cuidados de saúde. Independentemente do diagnóstico, qualquer indivíduo que habitualmente conserve uma postura assimétrica por períodos prolongados de tempo encontra-se em risco de desenvolver distorções da forma do corpo que poderão comprometer a função pulmonar, o sistema circulatório e o digestivo ^[1] tendo sido também descritos relatos de dor e diminuição da participação

como consequência destes posicionamentos na população com PC. [13] A NHS/PASA refere ainda alterações ao nível da integridade articular e da pele, da capacidade funcional e da interação com o ambiente. [16]

As deformidades poderão levar a uma alteração na amplitude de movimento passivo da articulação envolvida. Estas mudanças vão provavelmente alterar a resposta do músculo ao alongamento que, por sua vez, afetará a tolerância ao alongamento. [17] Se um movimento não é executado regularmente o corpo adapta-se reduzindo o número de unidades motoras em cada músculo e poderão aparecer contraturas que irão afetar a capacidade de posicionar o indivíduo de forma eficiente e confortável. [9]

A forma corporal acomoda-se gradualmente à postura à medida que esta se torna habitual e, eventualmente, a estrutura esquelética pode alterar-se havendo menos “opções” posturais. [17] Por vezes a forma do corpo pode tornar-se tão complexa que em alguns casos podem existir mudanças estruturais irreversíveis. [1]

As consequências das deformidades, como consequência dos posicionamentos assimétricos, poderão ter um grande impacto na qualidade de vida. [16] Ou seja, não gerir devidamente os cuidados posturais pode ter graves riscos, como o risco de vida, especialmente para os indivíduos com limitada capacidade de mudar de posição. [2]

O presente estudo propõe-se investigar qual é a utilização prática, pelos fisioterapeutas portugueses, do posicionamento 24h., averiguar se, para os fisioterapeutas que trabalhem em Centro de Atividades Ocupacionais para a Inclusão (CACI) a prescrição de materiais de apoio que visem os cuidados posturais são essenciais na prevenção de deformidades, apurar se os fisioterapeutas portugueses realizam avaliações e/ou prescrições de materiais de apoio e inquirir que instrumentos de avaliação são utilizados. De forma a responder a estas questões propôs-se a recolha de dados através de um questionário com respostas fechadas e uma aberta, uma vez que a proposta é a compreensão do conhecimento sobre a temática e a sua aplicação.

Metodologia

Este estudo foi estruturado em duas partes, o enquadramento teórico e a vertente empírica. O enquadramento teórico constitui a primeira parte do estudo e desenha os fundamentos conceptuais do trabalho. A vertente empírica traduz a aplicação do estudo no terreno, seguindo uma metodologia específica.

Utilizou-se a metodologia de estudo descritivo correlacional que segundo Oliveira (2011), de acordo com Vergara (2000), demonstra as características de uma determinada população ou fenómeno. Citando Castro (1976), Oliveira refere que o autor considera que

a pesquisa descritiva apenas captura e mostra o cenário de uma situação. O mesmo menciona ainda Triviños (1987) referindo que para este “*o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenómenos de determinada realidade*”.^[18] Ao pretender-se estabelecer relação entre variáveis assume também um carácter descritivo correlacional. A metodologia de estudo descritivo é utilizada quando se pretende caracterizar uma população em determinado momento.

Colaboraram com o estudo 20 profissionais (N=20), destes 19 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A média de idades é de 36,5 anos e todos têm formação académica distribuída entre licenciatura 95% (19) e mestrado 5% (1). A média de experiência profissional é de 14,4 anos e em CACI é de 9,6 anos [mínimo=1; máximo=26].

A população do estudo abrange todos os fisioterapeutas que exercem as suas funções em território nacional e que trabalhem em contexto de CACI em contato direto com pacientes com paralisia cerebral. A amostra (N) é constituída pelos fisioterapeutas que desempenham as suas funções nas unidades selecionadas para a investigação e por todos aqueles que através da rede social Facebook responderam ao questionário, no período de tempo em que foi efetuada a recolha de dados. A seleção dos indivíduos foi efetuada, de acordo com critérios de inclusão e exclusão específicos. Como critérios de inclusão temos todos os fisioterapeutas que trabalhem em CACI em Portugal (continente e ilhas) e que trabalhem com utentes adultos com diagnóstico de paralisia cerebral. Como critério de exclusão temos os fisioterapeutas que, trabalhando em CACI em Portugal, não trabalhem com utentes com diagnóstico de paralisia cerebral.

A amostra foi caracterizada através da aplicação de um questionário *online* (Apêndice I) entre 1 de janeiro e 17 de maio de 2021 na plataforma *Survio*, perfazendo um total de 137 dias. Este teve aprovação por parte do Conselho Técnico Científico da ESTeSL em junho de 2020 e do Conselho de Ética da ESTeSL (CE-ESTESL-Nº.39/2020) em Outubro de 2020. A plataforma selecionada para a aplicação do questionário *online* teve a aprovação por partedo Encarregado de Proteção de Dados (EPD) da ESTeSL a 30 de julho de 2020.

Perante a questão orientadora **“Qual o conhecimento e a prática dos fisioterapeutas que trabalham em território nacional sobre o posicionamento 24h?”** utilizou-se um método de abordagem indutivo. Os métodos de abordagem possuem um carácter mais geral, sendo responsáveis pelo raciocínio utilizado no desenvolvimento da pesquisa^[19]. O método indutivo é uma forma de argumentação utilizada a fim de se chegar a uma conclusão geral sobre a população após análise de uma amostra.^[20]

Secundariamente, utilizou-se uma análise estatística descritiva correlacionando os dados recolhidos. Para análise dos dados de forma a caracterizar a amostra em estudo e a analisar o conteúdo, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

O processo de investigação traz múltiplos pressupostos subentendidos e tomados como pontos de partida e que tendem a permanecer inquestionados ^[21]. Este estudo assentou essencialmente em cinco pressupostos, que foram os alicerces para o ponto de partida do estudo:

- O fisioterapeuta é um especialista em movimento e possui os conhecimentos para realizar a análise postural;
- A maioria dos adultos com paralisia cerebral possui algum tipo de material de apoio para o seu posicionamento;
- São prescritos equipamentos de apoio diurno e noturno;
- A prescrição de equipamentos de apoio requer conhecimento dos materiais disponíveis no mercado;
- Para um posicionamento eficaz, a avaliação tem de ser traduzida em produtos de apoio.

Entre os meses de agosto e outubro de 2020, procedeu-se ao contacto com as instituições que possuem CACI via *e-mail* de forma a apresentar os objetivos do estudo e solicitar a sua colaboração para a recolha dos dados junto dos fisioterapeutas que aí desempenham as suas funções, utilizando o reenvio da informação como estratégia de envio. Simultaneamente foi elaborado o questionário a ser aplicado aos fisioterapeutas seguido de um pré-teste, ou seja, “*um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.*” ^[22].

O pré-teste foi realizado através da aplicação do questionário a um painel de “*experts*” de forma a permitir avaliar a eficácia, imparcialidade do instrumento e corrigir possíveis imprecisões que pudessem ocorrer quando os mesmos fossem aplicados à população em estudo. Após a verificação da adequação do questionário para a recolha de informação, foi alterada uma questão de forma a permitir obter mais informação, não influenciando os dados recolhidos. O mesmo foi aprovado em Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde de Lisboa em outubro de 2020.

Iniciou-se em novembro o procedimento metodológico da recolha de dados com a distribuição dos questionários *online* pelas 7 instituições que deram parecer positivo à

colaboração no estudo. De referir que todas as respostas obtidas por parte das instituições contactadas foram positivas, no entanto, dado o reduzido número de respostas aos questionários equacionou-se uma abordagem diferente para a distribuição dos mesmos. Assim, o *link* do questionário foi partilhado na rede social *Facebook* de forma a alcançar um maior número de respostas por parte dos fisioterapeutas, potenciando assim a probabilidade de respostas ao questionário e também um número mais significativo para a amostra representativa da população.

Todos os indivíduos que compõem a amostra responderam às 12 questões na plataforma *Survio* onde todas, à exceção de questões de resposta aberta, eram de carácter obrigatório. O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi feito através da utilização do programa para o SPSS versão 28.0.0.0 para o *Windows*. Para o tratamento dos dados utilizaram-se medidas de tendência central, como a média e a moda, e testes estatísticos de acordo com o mais adequado a cada pergunta. Recorreu-se ao teste de independência do Qui-Quadrado para estudar a relação entre as variáveis. Não se verificando os pressupostos de aplicabilidade, em alternativa empregou-se o teste Exato de Fisher. Para aferir a existência de associação entre algumas variáveis em estudo, de modo a enriquecer o conhecimento sobre a amostra, realizou-se o teste de correlação com um nível de confiança de 95% entre as seguintes variáveis:

- **Participação da Prescrição de EA** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Frequência em formação/curso de posicionamento 24h** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal);
- **Participação da Prescrição de EA de leito** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Avaliação de utentes no leito** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal);
- **Participação na avaliação e/ou avaliação de EA** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal) e **Utilização de instrumentos de avaliação** (Variável Qualitativa dicotómica medida em escala nominal).

Instrumento de Recolha de Dados

A fonte de informação foi obtida em campo de forma remota através do envio do *link* do questionário (**Apêndice I**). Os questionários/inquéritos foram distribuídos aos fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades seleccionadas, traduzindo estes a vertente quantitativa e qualitativa da pesquisa.

Dadas as restrições impostas pelo contexto pandémico e de forma a maximizar a

recolha de dados, optou-se pela aplicação de um questionário *online* na plataforma *Survio*. O instrumento foi elaborado pela investigadora, com a finalidade de permitir avaliar se os fisioterapeutas, que exercem as suas funções em CACI em Portugal (continente e ilhas), que trabalham com utentes adultos com diagnóstico de paralisia cerebral, sejam detentores de conhecimentos sobre o posicionamento 24h e que pratiquem técnicas de acordo com este conceito. Após a escolha da plataforma solicitou-se a aprovação junto do Encarregado da Proteção de Dados da ESTeSL, que não referiu qualquer impedimento à utilização da mesma.

O questionário foi constituído, por um conjunto de quatro (4) questões fechadas, que permitiram a caracterização sociodemográfica da população em estudo. O mesmo foi ainda composto por doze (12) questões fechadas e duas (2) abertas que constituem as três dimensões de estudo sendo elas a formação, o desempenho e a autonomia. As questões pertencentes à dimensão da formação tiveram como objetivo averiguar a extensão do conhecimento académico no âmbito do posicionamento e da sua formação específica na área. As pertencentes ao desempenho tiveram como objetivo compreender como é autoavaliada a sua prestação nos cuidados posturais e de que modo procedem aos mesmos. Por último, as questões relativas à autonomia visaram compreender o nível de liberdade para a prescrição/aconselhamento de materiais de apoio. Com tudo isto pretendeu-se dar resposta às questões de investigação e, ir de encontro aos objetivos gerais e específicos do estudo.

O questionário possuía ainda uma folha de rosto com toda a informação necessária sobre o estudo, instituição de referência e dados da investigadora para contacto no caso de possíveis dúvidas sobre o estudo e preenchimento do mesmo. Na análise de dados procedeu-se ao estudo individual de cada questionário, realizando-se posteriormente a uma análise cruzada dos resultados obtidos, onde se pretendeu dar resposta às questões de investigação colocadas.

Ética e Consentimento Informado

O código de Ética da Investigação assenta em cinco grandes pilares ^[23]:

- Direito à Autodeterminação – que suporta o direito do sujeito em decidir se participa ou não numa investigação;
- Direito à Intimidade – que faz menção à liberdade da pessoa, de decidir acerca da extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas;

- Direito ao Anonimato e à Confidencialidade – que contempla a confidencialidade dos dados e a proteção da identidade do sujeito;
- Direito à Proteção contra o desconforto e prejuízo – estando garantidas as regras que asseguram a proteção dos sujeitos de todos os inconvenientes suscetíveis de os prejudicarem;
- Direito ao Tratamento justo e equitativo – que suporta o direito de todos os sujeitos serem informados sobre a natureza, o término e a duração da investigaçãoem que estão a participar.

Tendo os aspetos supracitados por base, garantiu-se que:

- Nenhum benefício de qualquer forma foi recebido de agentes comerciais relacionados direta ou indiretamente com o tema deste estudo;
- Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, como previsto na Lei nº 67/98 de 27 de Outubro da A.R. e da deliberação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Em conformidade com o código de Ética de Investigação ^[23], a colheita e registo da informação através da aplicação do questionário *online* apenas é possível após os intervenientes concordarem com o consentimento informado (**Apêndice II**) que é apresentado a todos da mesma forma. Não houve qualquer tipo de controlo sobre o número que fisioterapeutas que responderam ao questionário nem foram recolhidas informações que os possam identificar, tendo sempre tidos em conta os princípios éticos inerentes à investigação.

Resultados e Discussão

	Variável	N	%	Média
Género	Feminino	19	95%	-
	Masculino	1	5%	-
	Idade	-	-	36.5
Grau académico	Licenciatura	19	95%	-
	Mestrado	11	5%	-
	Doutoramento	0	0%	-
	Experiência Profissional	-	-	14.4

Tabela 4 - Dados Sociodemográficos.

Todos os fisioterapeutas concordaram que os equipamentos de apoio são imprescindíveis na prevenção de deformidades em adulto com paralisia cerebral (Sim=20; Não=0), tornando-se evidente que tal é transversal a qualquer grau académico, idade e experiência profissional.

No entanto, 14 dos inquiridos diz nunca ter frequentado nenhuma formação/curso de posicionamento 24h e apenas metade (Sim=10; Não=10) diz ter conhecimento de técnicas de posicionamento 24h, destacando-se entre estas as mudanças de decúbito em leito e em cadeira de rodas com recurso a rolos, almofadas, báscula da cadeira, espumas e plano inclinado.

Domínio	Variável	Resposta	N	%
Formação	<i>Formação/curso de posicionamento 24h.</i>	Sim	6	30%
		Não	14	70%
	<i>Conhecimento de técnicas de posicionamento 24h</i>	Sim	10	50%
		Não	10	50%
	<i>Imprescindibilidade dos PA na prevenção de deformidades</i>	Sim	20	100%
		Não	0	0%
Desempenho	<i>Avaliação da prestação de cuidados</i>	4	1	5%
		5	4	20%
		6	2	10%
		7	7	35%
		8	6	30%
	<i>PA onde os clientes passam mais tempo</i>	CR	10	50%
		Leito	2	10%
		CR=Leito	6	30%
	<i>Avaliação no Leito</i>	Não sabe/não responde	2	10%
		Sim	7	35%
		Não	13	65%
		<i>Utilização de instrumento de avaliação</i>	Sim	7
	Não		13	65%
	Autonomia	<i>Avalia/Participa nas avaliações para a aquisição de PA</i>	Sim	17
Não			3	15%
<i>Prescreve/ participa na prescrição dos PA</i>		Sim	15	75%
		Não	5	25%
<i>Avalia/participa na avaliação no leito</i>		Sim	7	35%
		Não	13	65%
<i>Prescreve/ participa na prescrição de PA para o leito</i>		Sim	8	40%
		Não	12	60%

Tabela 5 - Dados recolhidos dos questionários aplicados.

Os fisioterapeutas inquiridos denotam conhecimento sobre o posicionamento dos seus utentes ao longo do dia, evidenciando-se isto uma vez que apenas 2 dos inquiridos (10%) não sabem/não respondem à questão, obtendo-se respostas diferenciadas dos restantes 18, 10 relatam que os utentes passam mais tempo na cadeira de rodas, 2 mais tempo no leito, e 6 dizem que o tempo é distribuído de forma igualitária.

A maioria dos fisioterapeutas inquiridos avalia ou participa nas avaliações de indivíduos para aquisição de equipamentos de apoio (Sim=17; Não=3) e prescreve ou participa da prescrição dos mesmos (Sim=15; Não=5). Em relação à prescrição de material de leito apenas menos de metade prescreve ou participa na prescrição (Sim=8; Não=12) e um número ainda menor avalia os seus utentes nesta posição (Sim=7; Não=13). Uma clara diferença quanto ao que é apontado pela evidência, que nos diz que é uma chave para o sucesso perceber a correspondência entre a posição deitada e sentada. De notar que há fisioterapeutas que prescrevem materiais de apoio para o leito sem avaliarem os utentes nesta posição.

Não foi encontrada nenhuma relação entre a prescrição e/ou avaliação de equipamentos de apoio e a frequência em formação/curso de posicionamento 24h ($p=0.260$). Consideramos assim que, independentemente da formação académica qualquer fisioterapeuta prescreve estes equipamentos.

Também não se estabeleceu qualquer relação entre o número de fisioterapeutas que avaliam pacientes no leito e a participação na prescrição e/ou avaliação de equipamentos de apoio no leito ($p=1$) nem, entre a participação na avaliação e/ou avaliação de equipamentos de apoio, ou seja, há fisioterapeutas que não avaliam os utentes no leito e que prescrevem este tipo de equipamento e outros que avaliando os utentes no leito não prescrevem este tipo de equipamento.

A metodologia utilizada recorreu à revisão bibliográfica e foi aplicada com sucesso, tendo-se encontrado diversos estudos que comprovam a importância do posicionamento 24h que corroboram com a importância da realização deste levantamento de informação relativamente à realidade portuguesa.

A disposição e acolhimento do questionário por parte dos fisioterapeutas e instituições, tornou evidente a necessidade de investimento na área e a necessidade de formação específica para a prescrição de equipamentos. Tal revela-se igualmente na autoavaliação feita no questionário, sendo que nenhum inquirido se avaliou com nota superior a 8 ficando a avaliação média em 6.65/10, pouco acima do considerado mediano (5/10).

Numa área tão importante como a prescrição de equipamentos de apoio, que envolve o dispêndio de milhares de euros, é fulcral haver uma melhor avaliação e para isto é necessário haver mais ferramentas e formação. Como principais limitações que surgiram no desenvolvimento do estudo apontam-se:

- Dificuldade acrescidas na divulgação do estudo junto da comunidade de fisioterapeutas com desempenho na área, uma vez que o recurso ao *e-mail* e a utilização de uma plataforma *online* poderá não ser adaptada ao público-alvo;
- Amostra populacional reduzida (N=20) e dispersa.

Estes pontos revelaram-se as principais dificuldades encontradas durante as fases de recolha, tratamento e análise de dados. Inicialmente o processo de recolha de consentimentos por parte das instituições foi moroso e tornou-se evidente que estava a ser pouco eficaz para a recolha de dados, porém com a nova abordagem, a resposta aos questionários duplicou. Existem em Portugal 357 instituições que dispõem de serviço de CACI [24], se cada instituição tiver à sua disposição 1 fisioterapeuta isto perfaz um total de 357 fisioterapeutas para a nossa população. Com N=20 representando 5.6% da população, considera-se uma amostra pequena composta por voluntários, que ficou longedo pretendido (N=50), mas que permite ter um panorama do que se passa nesta área.

Comparando os resultados suportados pela evidência quanto à utilização de equipamentos de apoio 24h, podemos dizer que os fisioterapeutas portugueses que trabalham em CACI estão em consonância e têm conhecimento da sua importância na prevenção de deformidades. No entanto, apesar de a evidência suportar a utilização de equipamentos no leito, tal ainda não se verifica na prescrição destes, como é demonstrado pelos resultados obtidos quanto à avaliação e prescrição dos mesmos. Tal também se verifica na utilização das escalas de avaliação. Havendo diversas escalas disponíveis e criadas para este tipo de avaliações, apenas 35% dos fisioterapeutas utiliza instrumentos de avaliação objetivos (Sim=7; Não=13), não existindo associação entre a participação na avaliação e/ou avaliação de equipamentos de apoio e a utilização de instrumentos de avaliação ($p=1$), tendo sido relatados diversos instrumentos destacando-se, a utilização do *Posture Analysis Graph*, da *Mansfield Checklist*, da *Mechanical Assessment Tool (MAT)* e do goniómetro. Apenas o goniómetro foi mencionado mais que uma vez. Com isto podemos considerar o método de avaliação de equipamentos de apoio muito abrangente, subjetivo e pouco concreto, sendo que, mesmo no caso de utilização de escalas de avaliação não existe conformidade com as escolhas tomadas.

Quanto às implicações para o futuro, com este levantamento de informação espera-se contribuir para a elucidação da importância da uniformização de procedimentos de avaliação com o objetivo de permitir agilizar processos, minimizar custos e garantir equipamentos adequados a cada utente. Acredita-se também que o estudo trará um aumento da consciencialização da necessidade de formação na área, de forma a proporcionar o aumento da especialização dos fisioterapeutas tornando-os mais autónomos na sua avaliação e prescrição, contribuindo ainda para uma melhoria nos currículos académicos.

Com a elaboração deste estudo pretendeu-se, na sua essência, sensibilizar para a importância dos cuidados 24h e o valor que eles têm na qualidade de vida dos utentes que são acompanhados não só em contexto de CACI, mas também noutros contextos como internamentos hospitalares prolongados e situações de acamamento.

Conclusão

No âmbito do posicionamento 24h existe um longo caminho a percorrer nos cuidados posturais em Portugal. Primariamente relativamente à sua eficácia, como promoção de uma tomada de decisão criteriosa na avaliação e prescrição de equipamentos de apoio, carece de suporte de literatura.

Conclui-se que, quanto à utilização prática do posicionamento 24h pelos fisioterapeutas em Portugal, estes detêm pouca formação na área todavia possuem, em parte, conhecimento sobre posicionamentos de técnicas de posicionamento 24h, tendo sido encontradas algumas lacunas na sua formação e na sua prática. Estes consideram, de forma unânime, que a utilização dos materiais de apoio é fundamental na prevenção de deformidades, porém nem todos se revelam detentores de conhecimentos técnicos na área.

Apurou-se que os fisioterapeutas que trabalham neste contexto em território nacional avaliam/participam da avaliação e prescrevem/participam da prescrição de equipamentos de apoio e detêm conhecimento das técnicas de posicionamento, porém conclui-se que, independentemente da formação académica, qualquer fisioterapeuta prescreve equipamentos de apoio.

Não foi encontrada uma uniformização de métodos de avaliação, não existindo consistência na utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos de avaliação utilizados pelos fisioterapeutas são o *Posture Analysis Graph*, a *Mansfield Checklist*, a *Mechanical Assessment Tool* (MAT) e o goniómetro, sendo este último o único mencionado mais que uma vez.

Com uma amostra de pequenas dimensões, não se garante que após inúmeras observações que o arquétipo se repita, no entanto, as particularidades supracitadas poderão ser representativas das características da população.

Referências Bibliográficas

- [1] Hill, S. & Goldsmith J. Biomechanics and prevention of body shape distortion. Tizard Learning Disability Review. 2010, 15 (2), 15-32.
- [2] Robertson, J., Baines, S., Emerson, E. & Hatton C. Postural care for people with intellectual disabilities and severely impaired motor function: A scoping review. J Appl Res Intellect Disabil. 2018, 31(1), 11–28.
- [3] GTK. 24 Hour Positioning – A Review of the Evidence [Internet]. Australia: 2020 [cited 2020 Dec 15]. Available from: <https://blog.gtk.com.au/24-hour-positioning-a-review-of-the-evidence>
- [4] Fernandes, M.V., Fernandes, A.O., Franco, R.C., Golin, M.O., Santos, L.A., Setter, C.M., Tosta, J.M.B. Adequações posturais em cadeira de rodas - prevenção de deformidades na paralisia cerebral. Rev Neurocienc 2007, 15(4), 292–296.
- [5] Direção Geral de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Organização Mundial de Saúde; 2004 [cited 2020 Ap 2]. Available from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>
- [6] Kittelson-Aldred, T., Hoffman, L.A. 24-Hour Posture Care Management: Supporting People Night and Day. Rehab Management. 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://rehabpub.com/conditions/neurological/cerebral-palsy/24-hour-posture-care-management-supporting-people-night-day/>
- [7] Hankinson J, Morton RE. Use of a lying hip abduction system in children with bilateral cerebral palsy: a pilot study. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
- [8] Sellier, E., Platt, M.J., Andersen, G.L., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J. & Cans, C. Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. Dev Med Child Neurol. 2016, 58(1), 85-92.
- [9] Hall & Marshall. A Beginner’s Guide to Postural Management. Inglaterra: 2016 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://www.rhn.org.uk/content/uploads/2016/07/LECTURESPMCpreswebcopy.pdf>
- [10] Goldsmith S. The Mansfield Project - Postural Care at Night Within A Community

Setting: A Feedback Study. *Physiotherapy*. 2000, 86 (10), 526-534

[11] Public Health England - UK Government. Postural care and people with learning disabilities: guidance. Inglaterra: 2018 [cited 2021 Jan 2]. Available from:

<https://www.gov.uk/government/publications/postural-care-services-making-reasonable-adjustments/postural-care-and-people-with-learning-disabilities>

[12] Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. Paralisia Cerebral [Internet]. Porto: Sociedade Portuguesa de Neuropediatria; 2019 [cited 2019, Oct]. Available from:

<https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/paralisia-cerebral>

[13] Holmes, C., Kim Brock, K., Morgan, P. Postural asymmetry in non-ambulant adults with cerebral palsy: a scoping review. *Disability And Rehabilitation*, 2018.

Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1422037>

[14] Pedroso, C.N.L.S. & Félix M.A. Percepção dos pais diante do diagnóstico e da abordagem fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral. *Revista Ciência & Saúde*. 2014, 7 (2), 61-70.

[15] Folha, T., Virella, D., Cadete, A., Calado, E., Alvarelhão, J.J., Gouveia, R., Gaia, T., Conceição, C. & Andrada, M.G. Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral: infecções TORCH em crianças com paralisia cerebral nascidas em 2001-2010. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge Observações - Boletim Epidemiológico. 2018, 23.

[16] NHS PASA. *Buyers' Guide for Night Time Positioning Equipment*. Inglaterra: NHS;2009 [cited 2020 Mar 25].

Available from: <https://symmetrikit.com/assets/symmetrisleep---nhs-buyers-guide-to-night-time.pdf>

[17] Gough M. Continuous postural management and the prevention of deformity in children with cerebral palsy: an appraisal. *Developmental Medicine & Child Neurology*.2009, 51, 105–110.

[18] Oliveira, M. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Universidade Federal de Goiás, 2011.

[19] Andrade, M. M. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos de graduação. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2001.

[20] Azevedo G, Seriacopi R. História. São Paulo: Ática; 2007.

[21] Borba S, Portugal AD, e Silva SRB. Pesquisa em educação: a construção teórica do objeto. *Ciências & Cognição*. 2008 Março 13 (1): 12-20.

[22] Polit D, Beck C, Hungler B. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem:

métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2004.

[23] Fortin, M-F, editors. O Processo de Investigação – Da Conceção à Realização. Lusociência. Loures: Lusociência; 2003.

[24] Ramos M. Mapa Social - Centro de atividades ocupacionais [Internet]. Portugal: M. Ramos; 2021 [cited 2021 Ap 21]. Available from: <https://www.mapasocial.pt/pt/centro-de-atividades-ocupacionais-deficiencia-/V21?PageId=6>

Apêndices

Apêndice I



Questionário – Posicionamento 24h em adultos com Paralisia Cerebral

As respostas e os dados pessoais facultados são confidenciais destinando-se exclusivamente à investigação em curso. Desde já agradeço a sua colaboração.

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____

Habilitações Literárias: Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Tem algum curso da área de Posicionamento 24h: Sim Não

Anos de prática profissional: _____

1. Anos de Trabalho em Centro de atividades Ocupacionais – 0 (se tem menos de 1 ano) a 50 (Formação)

2. Tem conhecimento de técnicas de posicionamento 24h? (Formação)

Sim Não

Se sim, quais?

3. De 0 a 10 como avalia a sua prestação de cuidados de saúde nesta área? (Desempenho)

4. Ao longo das 24h, os seus utentes passam mais tempo na cadeira-de-rodas ou no leito?(Desempenho)

Cadeira de Rodas Leito Não sabe/não responde

5. Avalia ou Participa nas avaliações de utentes para a aquisição de equipamentos de apoio? (Autonomia)

Sim Não

6. Os utentes são avaliados no leito? (Desempenho)

Sim Não

7. Prescreve ou participa na prescrição dos equipamentos de apoio? (Autonomia)

Sim Não

8. Prescreve ou participa na prescrição de equipamentos de apoio para o leito? (Autonomia)

Sim Não

9. Acredita que os equipamentos de apoio são imprescindíveis na prevenção de deformidades em adulto com paralisia cerebral? (Formação)

Sim Não

10. Para si, qual destes objetivos é mais importante: função, posicionamento, integridade da pele ou conforto? (Desempenho)

11. Utiliza algum instrumento de avaliação? (Desempenho)

Sim Não

12. Se sim, que instrumentos utiliza nas suas avaliações? (Desempenho)

Apêndice II

Investigação no âmbito do Mestrado em Fisioterapia Neurológica da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Autora: Rafaela Sofia Piedade dos Reis (Fisioterapeuta)

Contato: 2012571@estesl.ipl.pt

O presente estudo de investigação, intitulado “Posicionamento 24h em adultos com paralisia cerebral – o panorama português”, insere-se no âmbito do Mestrado em Fisioterapia Neurológica da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e será orientado pela Professora Doutora Paula Soares.

O seu principal objetivo é perceber o conhecimento e a prática do posicionamento 24h pelos fisioterapeutas que trabalhem em contexto de Centro de Atividades Ocupacionais em Portugal. Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre esta temática sendo fundamental a participação e colaboração de todas os fisioterapeutas que trabalhem neste contexto e que tenham contacto com adultos com paralisia cerebral. O estudo não lhe trará nenhuma despesa, risco ou prejuízo. As informações serão recolhidas através de um questionário *online* na plataforma *Survio* e está contemplada a confidencialidade dos dados e a proteção da identidade do sujeito, sendo que nenhuma informação será revelado ou publicada. Os dados pessoais recolhidos destinam-se à realização da caracterização sociodemográfica da população e ficarão à guarda da Professora Doutora Paula Soares (paula.soares@estesl.ipl.pt) por um período correspondente à elaboração, apresentação e apreciação académica do presente estudo, sendo este processo do conhecimento do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) da ESTeSL, Dr. Nuno Pires (Data Protection Officer Telf. + 351 21 046 47 00 | + 351 21 046 47 08 Email. npires@net.ipl.pt).

A participação é voluntária, sendo livre relativamente à extensão da informação que faculta à investigação, podendo retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação sem qualquer prejuízo e tendo direito a opor-se ao tratamento e à portabilidade dos dados. Poderá, em qualquer altura, entrar em contato com a investigadora para esclarecimento de qualquer dúvida, para solicitar acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação ou o seu apagamento.

5. Discussão

O conceito do posicionamento 24h tem vários anos de desenvolvimento, particularmente no Reino Unido, onde começou a ser desenvolvido por Noreen Hare. Foram encontrados vários objetivos na literatura evidenciados por diferentes autores, de como corrigir, manter ou compensar uma postura corporal desadequada, recorrendo a equipamentos de apoio e ao ensino de posicionamentos adaptados, que apontam para a importância dos cuidados posturais na prevenção de deformidades. Carece, no entanto, de literatura recente e validada pelos pares sobre a temática.

A melhoria ao nível dos cuidados posturais dos indivíduos requer a cooperação de vários profissionais de uma equipa multidisciplinar, objetivos claros e, a abertura de linhas de comunicação entre agências. Os fisioterapeutas têm um papel central nesta prescrição enquanto especialistas do movimento. Comparando os resultados suportados pela evidência quanto à utilização de equipamentos de apoio 24h, podemos dizer que os fisioterapeutas portugueses que trabalham em CACI em território nacional estão em consonância e têm conhecimento da sua importância na prevenção de deformidades.

O presente estudo revelou que estes avaliam e/ou prescrevem equipamentos de apoio e detêm, na sua maioria, conhecimento das técnicas de posicionamento, porém conclui-se que, independentemente da experiência profissional ou académica, qualquer fisioterapeuta prescreve equipamentos de apoio, ou seja, temos prescritores experientes e dotados de conhecimento e outros que não têm conhecimento. Revelou-se que estes profissionais conhecem bem os seus utentes sabendo a importância da prevenção das deformidades, tornando-se evidente que tal é transversal a qualquer grau académico, idade e experiência profissional.

Foram encontradas algumas lacunas no seu conhecimento e prática. Os fisioterapeutas consideram de forma unânime que, a sua intervenção é fundamental na prevenção de deformidades, porém nem todos se revelam detentores de conhecimentos técnicos na área. Não existe uma uniformização de métodos de avaliação, sendo grande a diversidade na forma de avaliar, não existindo consistência na utilização ou na escolha de instrumentos de avaliação. A prescrição de materiais de apoio no leito é muito inferior à prescrição de cadeira-de-rodas mesmo quando há consciência que os utentes passam muito tempo na posição de sentado, não se estabelecendo qualquer relação entre o número de fisioterapeutas que avaliam pacientes no leito e a participação na avaliação e/ou prescrição de equipamentos de apoio no leito.

No entanto, pensando no período de 24h, se cada utente passar 8h do dia no leito, durante o tempo que está a dormir, estamos a perder 2920 horas por ano de um posicionamento mais correto porque, não são prescritos equipamentos de apoio noturno. Atualmente ainda se prescreverem equipamentos para o leito sem se avaliar os utentes nessa posição, podendo tal conduzir ao erro na prescrição dos equipamentos e não havendo a possibilidade de existir comparação quanto à sua evolução. O mesmo se aplica à avaliação de equipamentos em cadeira-de-rodas, pois, os instrumentos de avaliação existem para facilitar o avaliador e para ter um termo de comparação objetivo da evolução. Isto permitiria uma melhor justificação da aquisição de determinado equipamento e, uma possível agilização dos processos dessa mesma aquisição, com o objetivo de uma uniformização de procedimentos de avaliação. Quando pensamos que o montante destinado ao financiamento é fixado anualmente por despacho conjunto dos membros governamentais responsáveis pelas áreas das finanças, da segurança social, da saúde e da educação, observamos a importância da avaliação.

Segundo o ISS (2004), no seu Manual de Procedimentos para o Financiamento de Produtos de Apoio, “*O financiamento de produtos de apoio similares a maiores de 16 anos (excetuando-se os portadores de doenças degenerativas) não deverá ocorrer com um intervalo inferior a 5 anos com exclusão dos produtos consumíveis. Excecionam-se os pedidos que para além do legalmente exigido sejam acompanhados de comprovativos de perda ou dano irreparável do mesmo ou de atestado da alteração das condições de saúde da/o requerente que o justifiquem*”. Se não existirem meios que justifiquem alterações ou aquisições, os utentes terão de permanecer 5 anos com o mesmo equipamento, ainda que o esse não tenha sido corretamente prescrito. Isto requer muita responsabilidade e, em Portugal, ainda há um longo caminho a percorrer para que os fisioterapeutas se sintam confiantes, e para que estejam na vanguarda dos equipamentos de apoio e das técnicas de posicionamento 24h.

É necessário e urgente dotar os nossos profissionais de mais ferramentas que os auxilie a avaliar e prescrever estes equipamentos. Não é exequível ter-mos técnicos a trabalhar sem a formação necessária, imparcial e atualizada, livre da influência de qualquer empresa de equipamentos de apoio, de forma que tenham confiança no seu trabalho e que este seja rápido, prático e de qualidade. Existem diversas escalas e instrumentos disponíveis e criados para este tipo de avaliações, porém o estudo revelou que não existe associação entre a participação na avaliação e/ou avaliação de equipamentos de apoio e a utilização de instrumentos de avaliação. Com isto podemos

considerar o método de avaliação de equipamentos de apoio muito abrangente, subjetivo e pouco concreto, sendo que, mesmo no caso de utilização de escalas de avaliação não existe conformidade com as escolhas tomadas. É necessária uma uniformização de procedimentos de avaliação e de boas práticas, bem como uma validação das escalas para aplicação na população portuguesa.

Com a presente investigação esperamos contribuir para a elucidação da importância da uniformização de procedimentos de avaliação, com o objetivo de permitir agilizar processos, minimizar custos e garantir equipamentos adequados a cada utente. Acredita-se ainda que o mesmo trará um aumento da consciencialização da necessidade de formação na área, de forma a proporcionar o aumento da especialização dos fisioterapeutas, tornando-os mais autónomos na sua avaliação e prescrição, contribuindo ainda para uma melhoria nos currículos académicos. É importante sensibilizar para a importância dos cuidados posturais 24h e a relevância que estes têm na qualidade de vida dos utentes que são acompanhados não só em contexto de CACI, mas também noutros contextos como, internamentos hospitalares prolongados e situações de acamamento.

6. Conclusão

A presente investigação pretendeu contribuir para o levantamento de informação sobre a prática do posicionamento 24h prestado pelos fisioterapeutas em Portugal, tentando perceber qual a sua prática e o seu conhecimento sobre os cuidados posturais, o seu envolvimento no processo de avaliação e prescrição de equipamento de apoio e os quais os instrumentos de avaliação utilizados.

Analisando, o grupo profissional dos fisioterapeutas que trabalham em CACI em Portugal pretendeu-se averiguar a sua dinâmica e envolvimento nas avaliações e prescrições de equipamentos de apoio, bem como qual a sua formação, conhecimento e crenças sobre esta prática e a sua conformidade com a literatura.

O posicionamento 24h ou os cuidados posturais, não são uma especialidade clínica, no entanto, apesar de carecerem de literatura recente e validada pelos pares, apontam no sentido de produzir benefícios, como corrigir, manter ou compensar uma postura corporal desadequada, recorrendo a equipamentos de apoio e ao ensino de posicionamentos adaptados.

Evidencia-se a importância dos cuidados posturais na prevenção de deformidades, traduzindo-se na melhoria da qualidade de vida. De forma a suportar a necessidade de implementação destes cuidados é necessária a realização de mais estudos que afirmam a eficácia dos mesmos e dos materiais de apoio na prevenção do aparecimento de deformidades e na sua gestão.

A melhoria ao nível dos cuidados posturais dos indivíduos requer a cooperação de vários profissionais de uma equipa multidisciplinar, objetivos claros e a abertura de linhas de comunicação entre agências, sendo os fisioterapeutas agentes com um papel central enquanto especialistas do movimento.

Tendo por base uma metodologia de estudo descritivo correlacional, foram tratadas estatisticamente as 12 questões do questionário aplicado aos fisioterapeutas, obtendo-se a resposta à questão orientadora deste trabalho **“Qual o conhecimento e a prática dos fisioterapeutas que trabalham em território nacional sobre o posicionamento 24h?”**.

Conclui-se que, quanto à utilização prática do posicionamento 24h pelos fisioterapeutas em Portugal, estes detêm pouca formação na área e ainda possuem, em parte, conhecimento sobre posicionamentos de técnicas de posicionamento 24h, tendo desta forma sido encontradas algumas lacunas na sua formação e na sua prática. Estes consideram, de forma unânime, que a utilização dos materiais de apoio é fundamental na

prevenção de deformidades, porém nem todos se revelam detentores de conhecimentos técnicos na área.

Apurou-se que os fisioterapeutas que trabalham neste contexto em território nacional avaliam/participam da avaliação e prescrevem/participam da prescrição de equipamentos de apoio e detêm conhecimento das técnicas de posicionamento, porém conclui-se que, independentemente da formação académica, qualquer fisioterapeuta prescreve equipamentos de apoio.

Não foi encontrada uma uniformização de métodos de avaliação, não existindo consistência na utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos de avaliação utilizados pelos fisioterapeutas são o *Posture Analysis Graph*, a *Mansfield Checklist*, a *Mechanical Assessment Tool* (MAT) e o goniómetro, sendo este último o único mencionado mais que uma vez. Desta forma, conclui-se haver lacunas no conhecimento técnico, verificado em alguns aspetos da prática tal como na avaliação e prescrição de equipamentos de apoio onde há, de forma generalista, participação por parte dos inquiridos, mas sem recurso a instrumentos de avaliação ou sem uniformização dos mesmos.

Pode-se concluir, com base nos resultados obtidos nesta investigação, que é primordial dar continuidade à investigação nesta área, a fim de melhor compreender o recurso a esta técnica, bem como o envolvimento das equipas multidisciplinares e averiguar quais as dificuldades e as necessidades encontradas na implementação de programas de cuidados posturais e como as ultrapassar. É igualmente importante aferir o melhor caminho para os auxiliar na uniformização de procedimentos, promoção *skills* de intervenção, potencialização da eficácia dos tratamentos e avaliações nos programas de posicionamento 24h.

Espera-se, com o presente estudo, contribuir para abrir caminho ao desenvolvimento e à promoção de formação nesta área, com o objetivo de tornar o processo de aquisição de materiais de apoio mais eficaz e eficiente, objetivando as verdadeiras necessidades do utente. Toma-se fundamental uma uniformização dos parâmetros de avaliação com recurso a escalas, de forma a comparar objetivamente a evolução do utente, avaliando a eficácia do equipamento utilizado. O presente estudo pode contribuir como uma ferramenta inicial no desenvolvimento no conhecimento e na clarificação da realidade dos fisioterapeutas em Portugal sobre o posicionamento 24h, possibilitando a conceção de uma ideia mais realista e estruturada da realidade dos profissionais em Portugal, levantando o véu das suas fragilidades e abrindo a porta para a

continuidade de estudos desta área em Portugal. Isto releva-se essencial, dadas as limitações apresentadas nesta investigação, com principal relevância para o número de respostas obtidas na aplicação dos questionários, facto alheio à investigadora, representando um forte fator de constrangimento ao mesmo.

7. Bibliografia

- Abreu, A.T.F.(2014). Avaliação de deformidades da coluna vertebral em adolescentes com paralisia cerebral- Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- American Physical Therapy Association (2014). Guide to Physical Therapist Practice 3.0. Alexandria, Virginia, USA. Retrieved October 15, 2021 from: <https://store.apta.org/guide-to-physical-therapist-practice-3-0.html>
- Cercina (2012). *Modelo da qualidade de vida*. Nazaré: Cercina.
- Diário da República n.º 93/2009, Série I de 16 de Abril.
- Diário da República n.º 60/2021, Série I de 26 de Março.
- Folha, T., Virella, D., Cadete, A., Calado, E., Alvarelhão, J.J., Gouveia, R., Gaia, T., Conceição, C. & Andrada, M.G. (2018). Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral: infeções TORCH em crianças com paralisia cerebral nascidas em 2001-2010. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge Observações - Boletim Epidemiológico*, nº 23.
- Hill, S. & Goldsmith J. (2010). Biomechanics and prevention of body shape distortion. *Tizard Learning Disability Review*, 15 (2), 15-32.
- Holmes, C., Brock, K., Morgan, P. (2018). Postural asymmetry in non-ambulant adults with cerebral palsy: a scoping review. *Disability And Rehabilitation*, 41 (9), 1079-1088. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1422037>
- Katsioloudis, P.J. & Jones, M. (2013). Assistive Technology: Fixing Humans. *Technology and Engineering Teacher*, 72, 7, p. 26-31.
- Kittelson-Aldred, T., Hoffman, L.A. 24-Hour Posture Care Management: Supporting People Night and Day. *Rehab Management*. 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://rehabpub.com/conditions/neurological/cerebral-palsy/24-hour-posture-care-management-supporting-people-night-day/>
- Instituto do Emprego e Formação Profissionais (2021). Financiamento de Produtos de Apoio. Mensagem postada em: <https://iefponline.iefp.pt/IEFP/medFinanciamentoProdutosApoio.do?action=overview>
- Instituto da Segurança Social (2020). Deficiência. Mensagem postada em: <http://www.seg-social.pt/deficientes>
- Instituto da Segurança Social (2014). Manual de Processo-Chave – Centro de Atividades Ocupacionais. Lisboa: Instituto da Segurança Social. Recuperado em

Fevereiro 26, 2020 a partir de http://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_cao_processos-chave

- Instituto da Segurança Social (2004). Manual de Procedimentos para o Financiamento de Produtos de Apoio. Mensagem postada em <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/08/Manual-de-Procedimentos-para-o-Financiamento-de-Produtos-de-Apoio.pdf>
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2019). *Visão Global sobre a atribuição de produtos de apoio – Relatório 2019*. Lisboa: Crespo, A., Pereira, F., Conceição, L., Moleiro, S., Vilhena, A.R., Santos, D., Leão, A.P., Teixeira, T., Viana, S.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2020). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Mensagem postada em: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2021) Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Mensagem postada em: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>.
- Kerlinger, F.N. (1973). *Foundations of Behavioral research*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2014). *Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Porter, D., Michael, S., Kirkwood C. (2007). Patterns of postural deformity in non ambulant people with cerebral palsy: what is the relationship between the direction of scoliosis, direction of pelvic obliquity, direction of windswept hip deformity and side of hip dislocation? *Clinical Rehabilitation*, 21: 1087–1096.
- República Portuguesa - Gabinete da Ministra da saúde (2019). Ofício nº2125 de 2 de Maio. Resposta à Pergunta nº 16557XII/4ª de 20 de março de 2019 do Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português (PCP) – Atrasos na atribuição de produtos de apoio.
- Robertson, J., Baines, S., Emerson, E. & Hatton C. (2018). Postural care for people with intellectual disabilities and severely impaired motor function: A scoping review. *J Appl Res Intellect Disabil*, 31(1), 11–28.
- Santos, L.A.B., & Lima, J.M.M. (Coord.) (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação (2.ª ed., revista e atualizada)*. Cadernos do IUM, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

- Sato, H. (2020). Postural deformity in children with cerebral palsy: Why it occurs and how is it managed. *Physical Therapy Research*, 23: 8-14.
- Seaman, C.H.C. (1987) *Research Methods: Principles, Practice and Theory of Nursing*. London: Appleton and Lange.
- Sousa, H.L.M. (2012). A prática baseada em evidência: Uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem. Projeto de Investigação apresentada à Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Virella, D., Folha, T., Andrada, M.G., Cadete, A., Gouveia, R., Gaia, T., Alvarelhão, J., Calado, E. (2019). *Paralisia Cerebral em Portugal no século XXI – Indicadores Regionais Crianças Nascidas entre 2001 e 2010, Registos de 2006 a 2015*. Lisboa: Virella, D., Folha, T., Andrada, M.G., Cadete, A., Gouveia, R., Gaia, T., Alvarelhão, J., Calado, E. Recuperado em Fevereiro 25, 2020 a partir de <https://www.fappc.pt/wp-content/uploads/2019/02/Livro-PVNPC5A-Final-2018-GCL.pdf>
- World Confederation for Physical Therapy (2011). WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. 2011, London, UK. Retrieved March 15, 2020 from <https://world.physio/guideline/entry-level-education>
- World Confederation for Physical Therapy (2019) . Policy statement: Description of physical therapy, 2019, London, UK. Retrieved March 15, 2020 from <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>