

Regina
Cruz



Regina Isabel
Lopes Cruz

**Barreiras e Facilitadores para a
Promoção de Atividade Física em
pessoas com Osteoartrose: um
estudo qualitativo com
Fisioterapeutas Portugueses**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

Relatório de Projeto de Investigação

ORIENTADORA

Professora Doutora Daniela Costa

Setúbal, 21 de novembro 2024

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Daniela Costa.

DECLARAÇÕES

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

A candidata,

(Regina Isabel Lopes Cruz)

Setúbal, 21 de novembro 2024

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

A orientadora,

(Daniela Sofia Albino Costa)

Setúbal, 21 de novembro 2024

AGRADECIMENTOS

Ao professor Alexandre Moniz, obrigada pela coorientação, por toda a ajuda prestada, por todos os esclarecimentos e pela colaboração e empenho ao longo deste projeto.

À minha orientadora, Professora Doutora Daniela Costa, por acreditar neste projeto e por toda a motivação e orientação que me deu ao longo deste ano. Obrigada por acreditar em mim!

Ao meu namorado, amigo, colega de trabalho e mestrado Vitor Leite, por me apoiar e nunca nos deixar desistir em momento algum. Obrigada por mais estes dois anos de caminhada juntos, sentindo o mesmo cansaço e as mesmas dificuldades, mas nunca perdendo o rumo e o foco nos nossos objetivos comuns.

Aos meus pais, irmã, cunhado, avó e restante família, por me apoiarem, por suportarem e compreenderem as minhas ausências, por sempre acreditarem que era capaz e por estarem presentes em todos os momentos importantes da minha vida.

À minha amiga e colega de trabalho Hermínia Ribeiro, que me fez despertar o desejo de querer evoluir e sempre esteve presente para me aconselhar, escutar e apoiar.

Ao meu amigo João Pedro Pacheco, pela compreensão, paciência e amizade ao longo deste percurso.

A todos os meus colegas de turma, em especial aos meus “companheiros de viagem”, obrigada pelas gargalhadas e partilha de bons momentos.

A todos os meus amigos e colegas de trabalho, por me compreenderem, mas sobretudo por me animarem e ouvirem os meus desabafos.

A todos os participantes deste estudo, por nos terem permitido crescer enquanto profissão.

A todos os meus utentes, por me fazerem querer crescer e melhorar todos os dias.

Por último, mas não menos importante, a ti “tia Nilde”, que sempre me guiaste, me acompanhaste no início deste projeto e me transmitiste confiança e força a cada visita que te fazia. Tenho a certeza de que estás muito orgulhosa de mim, serás sempre a minha estrela guia!

Obrigada a todos sem exceção!

RESUMO

Introdução: A evidência atual sugere que intervenções focadas no exercício físico e/ou promoção de atividade física regular podem reduzir a dor, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com Osteoartrose (OA), se continuadas no tempo. Apesar destas intervenções serem amplamente recomendadas, existe uma baixa adesão das pessoas com OA ao exercício físico ou aos níveis recomendados de atividade física, fora do contexto clínico. Adicionalmente, a literatura sugere uma ineficaz promoção de atividade física em vários países, incluindo Portugal. Desta forma, torna-se essencial estudar o comportamento dos principais envolvidos, tais como os fisioterapeutas. Assim, este estudo teve como objetivo identificar e explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física no quotidiano das pessoas com OA, fora do contexto clínico.

Metodologia: Este foi um estudo qualitativo com abordagem descritiva. Foram realizados 4 grupos focais, com um total de 20 fisioterapeutas portuguesas, com base num guião de entrevista semiestruturado e informado pelo modelo Capacidade, Oportunidade, Motivação – Comportamento (COM-B) e pelo *Theoretical Domains Framework* (TDF). Os grupos focais foram realizados através de videoconferência, gravados em formato áudio e vídeo, sendo posteriormente transcritos *verbatim*. Foi realizada uma análise de conteúdo dedutiva informada pelo COM-B e TDF. Esta análise foi inicialmente realizada de forma independente pela investigadora principal. Posteriormente, outros dois membros da equipa de investigação reviram toda a codificação e discutiram potenciais alterações relativamente aos códigos, subtemas e domínios identificados.

Resultados: A análise revelou a existência de 14 barreiras (5 componentes COM-B; 8 domínios TDF) e 25 facilitadores (5 componentes COM-B; 14 domínios TDF) à recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física. Foram identificadas barreiras como a falta de confiança nos serviços de atividade física na comunidade, a resistência de outros profissionais de saúde à promoção de atividade física, as crenças e comportamentos das pessoas com OA sobre a adequabilidade da atividade física e a organização atual dos cuidados de saúde. Como facilitadores, destacou-se o conhecimento sobre estratégias de promoção de atividade física, a promoção regular de atividade física fora do contexto clínico, a adaptação de estratégias de promoção de atividade física às pessoas com OA, o apoio da equipa multidisciplinar, a existência de serviços da comunidade e condições para a prática de atividade física e recursos para a promoção de atividade física.

Conclusões: Através deste estudo foi possível identificar e explorar, a nível dos fisioterapeutas, barreiras e facilitadores para a promoção de atividade física no quotidiano das pessoas com OA. Estes resultados poderão vir a informar o desenvolvimento de intervenções que promovam a integração da promoção de atividade física nos serviços da comunidade. Assim, poderá ter um elevado impacto a nível das pessoas com OA e socioeconómico, potenciando uma série de *outcomes* de saúde, participação social e o consumo desnecessário de cuidados de saúde.

Palavras-chave: osteoartrose, atividade física, fisioterapia, comunidade, investigação qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Current evidence suggests that interventions focused on physical exercise and/or promoting regular physical activity can reduce pain, improve function and quality of life of people with Osteoarthritis (OA), if continued over time. Although these interventions are widely recommended, there seems to be a low adherence among people with OA to physical exercise or recommended levels of physical activity, outside the clinical context. Additionally, the literature suggests an ineffective promotion of physical activity in several countries, including Portugal. Therefore, it is essential to study the behavior of the main stakeholders, such as physiotherapists. Therefore, this study aimed to identify and explore physiotherapists' barriers and facilitators to the promotion of physical activity in the daily lives of people with OA, outside the clinical context.

Methodology: This was a qualitative study with a descriptive approach. Four focus groups were conducted, with a total of 20 portuguese physiotherapists, based on a semi-structured interview guide informed by the Capability, Opportunity, Motivation – Behavior (COM-B) model and the Theoretical Domains Framework (TDF). The focus groups were carried out via videoconference, recorded in audio and video format, and later transcribed *verbatim*. A deductive content analysis informed by COM-B and TDF was performed. This analysis was carried out independently by the main researcher. Subsequently, two other members of the research team reviewed the entire coding and discussed potential changes regarding the codes, subthemes, and domains identified.

Results: The analysis revealed the existence of 14 barriers (5 COM-B components; 8 TDF domains) and 25 facilitators (5 COM-B components; 14 TDF domains) to the recommendation for adherence to physical activity practice outside the clinical context, as a component of physical activity promotion. Barriers, such as a lack of trust in physical activity services in the community, resistance from other health professionals to promoting physical activity, the beliefs and behaviors of people with OA about the suitability of physical activity and the current organization of health care, were identified. On the other hand, some of the main identified facilitators were knowledge about strategies to promote physical activity, the regular promotion of physical activity outside the clinical context, the adaptation of strategies to promote physical activity for people with OA, the support of the multidisciplinary team, the existence of community services and conditions for practicing physical activity and resources for promoting physical activity.

Conclusions: Through this study, it was possible to identify and explore, at the physiotherapist level, barriers and facilitators for promoting physical activity in the daily lives of people with OA. These findings may inform the development of interventions that promote the integration of physical activity promotion within community services. Thus, it could have a significant impact on individuals with OA and socioeconomic outcomes, enhancing a range of health outcomes, social participation, and the reduction of unnecessary healthcare consumption.

Keywords: osteoarthritis, physical activity, physiotherapy, community, qualitative research.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	METODOLOGIA	9
2.1	Desenho do estudo	9
2.2	Frameworks	9
2.3	Contexto	10
2.4	Crítérios e recrutamento dos participantes	10
2.5	Recolha de dados	11
2.6	Análise de dados	13
2.7	Estratégias utilizadas para garantir a qualidade dos dados qualitativos	14
2.8	Considerações éticas	15
3	RESULTADOS	16
3.1	Caracterização sociodemográfica e profissional	16
3.2	Barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose	17
3.2.1	Capacidade psicológica	20
3.2.1.1	Conhecimento	20
3.2.1.2	Aptidões Cognitivas e Interpessoais	21
3.2.1.3	Memória, Atenção e Processos de Decisão	21
3.2.1.4	Regulação Comportamental	23
3.2.2	Oportunidade social	23
3.2.2.1	3.1.2.1 Influências Sociais	23
3.2.3	Oportunidade física	28
3.1.3.1	Contexto Ambiental e Recursos	28
3.2.4	Motivação reflexiva	30
3.2.4.1	Papel Social/ Profissional e Identidade	30

3.2.4.2	Crenças sobre as Capacidades	31
3.2.4.3	Crenças sobre as Consequências	33
3.2.4.4	Otimismo	34
3.2.4.5	Intenções	34
3.2.4.6	Objetivos	34
3.2.5	Motivação automática	35
3.2.5.1	Reforço	35
3.2.5.2	Emoções	35
4	DISCUSSÃO	37
4.1	Barreiras e facilitadores	37
4.2	Forças e limitações	44
4.3	Implicações futuras	45
5	CONCLUSÃO	46
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
7	APÊNDICES	61
	Apêndice 1 – Definição das componentes do modelo COM-B e dos domínios do TDF	61
	Apêndice 2- COREQ - <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>	64
	Apêndice 3 – Carta explicativa do estudo aos participantes	67
	Apêndice 4 – Consentimento informado dos fisioterapeutas participantes	72
	Apêndice 5 – Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos fisioterapeutas participantes	75
	Apêndice 6 – Convite aos participantes	78
	Apêndice 7 –Guião de entrevista dos grupos focais	79
	Apêndice 8 - Matriz de codificação para a análise das transcrições dos grupos focais	87
	Apêndice 9 – Citações representativas das barreiras e facilitadores dos grupos focais	88
8	Anexos	127

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1: Dados de caracterização sociodemográfica e profissional.</i>	<i>16</i>
<i>Tabela 2: Barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 3: Definição das componentes do modelo COM-B.</i>	<i>61</i>
<i>Tabela 4: Definição dos domínios do TDF.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabela 5: Matriz de codificação para análise das transcrições dos grupos focais.</i>	<i>87</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

GBD - *Global Burden of Disease*

IC - Intervalo de confiança

II- Intervalo de incerteza

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais

OA – Osteoartrose

OAA – Osteoartrose da anca

OAAJ – Osteoartrose de anca e de joelho

OAJ – Osteoartrose do joelho

OARSI - *Osteoarthritis Research Society International*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

TDF - *Theoretical Domains Framework*

TMCs - Técnicas de mudança comportamental

YLDs - Anos vividos com incapacidade

1 INTRODUÇÃO

A *Osteoarthritis Research Society International* (OARSI) define a osteoartrose (OA) como um “distúrbio que envolve articulações móveis caracterizada por stress celular e degradação da matriz extracelular, iniciada por micro e macro lesões que ativam respostas de reparação não adaptativas, incluindo vias pró-inflamatórias da imunidade inata” (Kraus et al.; 2015). A OA é considerada o tipo mais comum de artrite, e representa um grave problema de saúde pública (Hunter et al., 2020). As pessoas com OA habitualmente referem presença de dor, rigidez, fraqueza muscular, dificuldade em realizar atividades de vida diária, distúrbios do sono, fadiga e alterações na saúde mental, o que contribui para uma redução da qualidade de vida e função física, com múltiplas implicações a nível individual e dos sistemas de saúde (Katz et al., 2021; Safiri et al., 2020).

Atualmente, estima-se que a incidência da OA é de 14,9 milhões de novos casos por ano (Leifer et al., 2022). Segundo o estudo *Global Burden of Disease* (GBD), a OA afeta cerca de 7,6% (Intervalo de Incerteza (II) 95% 6,8-8,4) da população mundial, ou seja, 595 milhões de pessoas (Steinmetz et al., 2023). Sabe-se ainda que, a OA, é mais prevalente no sexo feminino, com um rácio de homens: mulheres de 1:1,6 (Leifer et al., 2022), e que esta condição aumenta a sua prevalência com a idade, atingindo o pico entre os 80 e os 84 anos (Steinmetz et al., 2023).

Em Portugal, estima-se que 12,4% (IC95% 11,0%-13,8%) dos adultos tem osteoartrose do joelho (OAJ), 2,9% (IC95% 2,3%-3,6) tem osteoartrose de anca (OAA) (Branco et al., 2016) e que a prevalência conjunta de pessoas com OAJ e OAA é de 14,1% (IC95% 12,6%-15,7%) (D. Costa, Cruz, et al., 2021). Além dos dados epidemiológicos supracitados, esta condição tem uma carga de doença associada, estimada pelos anos vividos com incapacidade (YLDs) (Steinmetz et al., 2023). Importa assim destacar que a OA é a doença que mais tem crescido neste parâmetro desde 1990, verificando-se que, entre 1990 e 2020, a taxa global padronizada por idade de YLDs para a OA aumentou 9,5% (IC95% 8,6-10,1) por 100 000 pessoas, representando a 14º principal causa de YLDs (Steinmetz et al., 2023). Por sua vez, em Portugal a OA representa a 6º maior causa de YLDs (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A OAJ e OAA, são aquelas com mais impacto mundialmente, representam assim o maior peso para os sistemas de saúde, principalmente, devido à incapacidade associada e às

necessidades de cirurgia de substituição articular (Safiri et al., 2020; Salmon et al., 2016). Desta forma, acarretam elevados custos socioeconómicos associados à procura de cuidados de saúde, ao absentismo laboral, à diminuição da produtividade e necessidade de reforma antecipada, tendo assim um grande impacto em todo o mundo (Salmon et al., 2016). Estima-se que, em todo o mundo, o custo médio anual direto por pessoa com OAA e OAJ seja de 6,7 mil euros (m€), podendo chegar a 10,8 m€ no caso de pessoas submetidas a artroplastia total de anca ou joelho. Os custos indiretos anuais podem variar entre os 0,2 m€ e os 12,3 m€ (Salmon et al., 2016). Em Portugal, não há informação sobre os custos diretos, mas os custos indiretos da OA estão avaliados em cerca de 0,4% do Produto Interno Bruto nacional de 2013, representando 656 milhões de euros por ano, pelos elevados níveis de absentismo laboral e reformas antecipadas (Laires et al., 2018). Portugal apresenta também, entre os países da OCDE, a maior taxa de crescimento em cirurgias de substituição total do joelho, com um aumento de 20% na taxa de incidência destes procedimentos entre 2005 e 2011, em pessoas com idade superior ou igual a 65 anos (Pabinger et al., 2015).

A etiologia da OA é multifatorial e pode resultar da combinação de fatores de risco como o índice de massa corporal, envelhecimento, ter tido lesões anteriores, mas também suscetibilidade genética (O'Neill et al., 2018). Em Portugal, é estimado que a prevalência desta condição continue a aumentar, já que, segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 53,6% da população portuguesa com 18 ou mais anos tinha excesso de peso (36,6%) ou obesidade (16,9%) e a maioria da população com idade superior a 15 anos não praticava qualquer atividade física de forma regular (65,6%) (INE; 2020). Além disso, em 2021, o índice de envelhecimento, que compara a população de adultos mais velhos (65 e mais anos) com a população jovem (dos 0 aos 14 anos), atingiu o valor de 184,9 idosos por cada 100 jovens, com a previsão de um aumento significativo até 2080 (INE, 2021). Este aumento dos fatores de risco está em consonância com as mudanças demográficas mundiais, explicando assim parte do aumento da prevalência da OA mundialmente (Stanaway et al., 2018). Além dos fatores de risco identificados para a OA parece que a demanda nos cuidados de saúde também pode contribuir para o aumento da prevalência da OA, nas últimas décadas (D. Costa, Rodrigues, et al., 2021).

Como a OA é considerada uma condição crónica e progressiva em que ainda não é conhecida a sua cura, as intervenções focam-se na manutenção da função física, na redução dos sintomas e na limitação da progressão da doença, com uma abordagem centrada em

intervenções multidisciplinares, incluindo mudança de comportamentos em saúde (Kolasinski et al., 2020). As normas de orientação clínica para pessoas com OA apontam unanimemente, como intervenções de primeira linha e centrais em toda a progressão da OA, o exercício físico ou prática de atividade física, a educação para autogestão da condição e a gestão do peso corporal, quando aplicável (Bannuru et al., 2019; Conley et al., 2023). Como intervenções de segunda linha, podem considerar-se estratégias farmacológicas e como tratamentos de última linha, apenas quando as estratégias anteriores falharem ou quando a qualidade de vida se encontra seriamente afetada, deve ser considerada a cirurgia de substituição articular (Conley et al., 2023). Deste modo, a literatura defende como intervenção essencial a prática de atividade física ou exercício na OA, sendo que atividade física e o exercício físico são conceitos diferentes (Bannuru et al., 2019). A atividade física é qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético, maior que os níveis de repouso. O exercício físico é uma subcategoria de atividade física, planeado, estruturado e regular, sendo que a promoção de atividade física pode potenciar a manutenção dos benefícios adquiridos pelo exercício físico (World Health Organization, 2020).

A literatura tem vindo a demonstrar que programas de exercício físico ajudam na redução da dor e de sintomas depressivos, na melhoria da função física e social e no aumento da autoeficácia e da qualidade de vida em pessoas com Osteoartrose da anca e do joelho (OAAJ) (Goff et al., 2021; Goh et al., 2019). No entanto, os efeitos positivos do exercício parecem não se manter a médio prazo (6 meses) e longo prazo (12 meses) (Fransen et al., 2015), ocorrendo um retorno à presença de dor e perda de funcionalidade (Willett et al., 2019). Se for cessada a sua prática os efeitos positivos tendem a desaparecer, não sendo assim continuados ao longo de toda a progressão da doença (Nicolson, Hinman, Kasza, et al., 2018). Deste modo, as diretrizes de prática clínica são consistentes, na efetividade clínica em pessoas com OA (Rausch Osthoff et al., 2018), quando sugerem que intervenções que envolvam programas de exercício físico e/ou promoção de atividade física regular podem reduzir a dor, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com OA, se continuado no tempo (Fransen et al., 2015; Sinatti et al., 2022). Numa revisão sistemática de Goh et al. (2019), realizou-se a análise de 77 *Randomized Controlled Trials* para avaliar a efetividade do exercício e os seus potenciais determinantes na dor, função, desempenho e qualidade de vida, em pessoas com OAAJ. Neste estudo foi possível verificar que, embora às 8 semanas existissem benefícios moderadamente significativos do exercício nos *outcomes*

referidos, a partir do segundo mês houve um declínio gradual dos efeitos positivos, diminuindo dos 9 aos 18 meses após o programa de exercício. Desta forma, levanta-se a hipótese de que a falta de adesão das pessoas com OAAJ ao exercício possa explicar a sua fraca efetividade a longo-prazo (Goff et al., 2021).

No estudo de Thorstensson et al. (2015) foi revelada uma baixa adesão ao exercício após um programa de fisioterapia, sendo que 50% a 70% das pessoas com OA não mantêm os níveis de atividade física recomendados, fora do contexto clínico (Thorstensson et al., 2015). Também no estudo de Pisters et al. (2010), foi implementado um programa de atividade física comportamental graduada, com um período de intervenção em contexto clínico, seguido de várias sessões de reforço. Neste estudo, foi possível demonstrar, numa população de 200 pessoas com OAAJ, que a maioria das pessoas aderiu aos exercícios recomendados pelo seu fisioterapeuta (exercícios em casa, destinados a aumentar a força, amplitude de movimento articular e estabilidade e ainda atividades como caminhada, subir e descer escadas e andar de bicicleta) durante o período de tratamento de 3 meses. Houve um máximo de 18 sessões de exercício físico, sendo a adesão de apenas 57,8% aos 3 meses de *follow-up*. No entanto, depois do período de tratamento, verificou-se que a adesão ao exercício foi de 44,1% aos 15 meses de *follow-up* e, aos 60 meses de *follow-up*, a adesão foi apenas de 30,1% (Pisters et al., 2010).

Atualmente, o estado da arte demonstra que a baixa adesão ao exercício verificada nesta população, pode estar em linha com algumas barreiras identificadas por partes das pessoas, nomeadamente a dor, limitações físicas, experiências pessoais, conhecimento, emoções e atitudes das pessoas, bem como os cuidados de saúde e apoio social reduzidos (Bouma et al., 2022; Kaptein et al., 2013). Por sua vez, esta mesma população identifica como facilitadores o alívio dos sintomas, crenças, experiências positivas e apoio profissional e social (Bouma et al., 2022; Kaptein et al., 2013). Para além disso, percebeu-se que estão referidas na literatura desigualdades nos cuidados de saúde que lhes são oferecidos (Hagen et al., 2016). Sabe-se que menos de 50% das pessoas com OA são encaminhados para fisioterapia (Hagen et al., 2016). Em Portugal, em 2015, num estudo de Østerås et al. (2015), foi identificado que apenas 44% das pessoas diagnosticadas com OA receberam informação para a gestão da doença, 43% foram referenciados para atividade física e 20% referenciados para serviços de perda de peso (Østerås et al., 2015). Entretanto, um estudo mais recente revelou que apenas 14,4% das pessoas são referenciados para cuidados de fisioterapia, sendo

o acesso aos serviços de saúde mediado por determinantes sociais, sugerindo assim desigualdades nos cuidados e uma adesão reduzida aos tratamentos recomendados (D. Costa, Cruz, et al., 2021).

Não obstante, existe na literatura outros fatores identificados e determinantes na adesão das pessoas ao exercício físico que são as dificuldades para as pessoas na mudança do seu estilo de vida, uma redução gradual da adesão do utente às recomendações feitas pelo profissional de saúde e a incapacidade em manter as alterações aos seus comportamentos relacionados com o exercício (Pisters et al., 2010). A fraca adesão das pessoas com OA à atividade física também se deve à incapacidade dos profissionais de saúde em incentivar essa mudança (Hagen et al., 2016). Este fator pode ser atribuído a uma combinação de fatores relacionados com o profissional, incluindo lacunas no conhecimento, crenças, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação a esta intervenção (Nissen et al., 2022). A literatura demonstra que apenas metade dos fisioterapeutas aplica as recomendações para as pessoas com condições músculo-esqueléticas (Basedow & Esterman, 2015), e que nem sempre incluem as recomendações de exercício físico e educação ao utente como parte da intervenção (Li et al., 2011; Zadro et al., 2019). Adicionalmente, uma revisão sistemática que comparou estudos experimentais com observacionais, indicou que os fisioterapeutas têm dificuldades na promoção de atividade física e que têm dificuldade em motivar as pessoas (B. E. Kunstler et al., 2018). Num estudo de Egerton et al., (2017) foram analisadas as barreiras à implementação das recomendações para a OA por parte dos profissionais de saúde, identificando a disponibilidade temporal para realizar intervenções complexas, a falta de suporte para a mudança comportamental, bem como a ausência de conhecimento sobre a condição e gestão das expectativas das pessoas (Egerton et al., 2017).

Face a esta baixa adesão, ao panorama nacional e mundial do aumento da inatividade física e à desigualdade nos cuidados de saúde prestados, em 2016, a Direção-Geral de Saúde (DGS) considerou a promoção de atividade física como umas das áreas prioritárias em saúde, tendo criado o Programa Nacional para a Promoção da atividade física (PNPAF) (Direção-Geral da Saúde, 2019). Entenda-se por promoção de atividade física “esforços e estratégias intencionais usadas para encorajar indivíduos e a comunidade a praticarem atividade física regular, de modo, a melhorar as atividades de vida diária e retardar a progressão da incapacidade”, devendo esta ser central na intervenção da fisioterapia em pessoas com OA (Oyeyemi et al., 2017). A literatura refere que intervenções que envolvam promoção de

atividade física, nos cuidados de saúde primários, com uma intervenção baseada apenas no aconselhamento do profissional de saúde, têm uma efetividade pequena a moderada no aumento dos níveis de atividade física (Sanchez et al., 2015). No entanto, intervenções que incluam várias estratégias de mudança comportamental, em conjunto com intervenções comunitárias, podem maximizar o seu impacto, embora os seus efeitos tendam a desaparecer se o acompanhamento não for mantido (Sanchez et al., 2015).

Presentemente, sabe-se que as intervenções em saúde que englobem teorias ou técnicas de mudança comportamental (TMCs), tornam-se cada vez mais importantes (Keogh et al., 2015; Nicolson, Hinman, French, et al., 2018; Willett et al., 2019). Das TMCs na OA, notabiliza-se a mudança de comportamento para a adesão a longo prazo do exercício e uma dieta saudável das pessoas com OAAJ (Willett et al., 2019). Esta abordagem tem em consideração, não só a capacitação da pessoa para praticar exercícios regularmente, a perda/manutenção do peso com a componente da educação, mas também as motivações e as oportunidades para realizar a mudança no estilo de vida (Willett et al., 2019). Deste modo, as intervenções que fundamentam as TMCs identificam facilitadores e barreiras individuais que podem ser modificados (Willett et al., 2019). Este tipo de intervenções permite programas individualizados utilizando diferentes TMCs, incorporados nos programas de educação e exercício. A título de exemplo, pode-se ter como objetivo aumentar a adesão ao exercício ou manter níveis de atividade física, otimizando também os resultados ao nível da dor, função e qualidade de vida das pessoas, promovendo atividade física a longo prazo através de várias estratégias de mudança de comportamento, por parte dos fisioterapeutas (Willett et al., 2019).

A mudança de comportamento exige um prolongamento no tempo, deste modo, as TMCs pressupõem um período de mudança de comportamento a longo prazo, comumente denominado de “período de manutenção”, no qual está implícito a utilização de diferentes hábitos que evitam uma recaída nos comportamentos anteriores (Kwasnicka et al., 2016). Na literatura estão identificadas TMCs a longo prazo como, planeamento da ação demonstração e feedback do comportamento, revisão de objetivos do comportamento, resolução de problemas (Hammer et al., 2016; Rethorn et al., 2022; Willett et al., 2019) Estão descritas também estratégias de auto-gestão, auto-monitorização e auto-feedback de atividade física, educação, comunicação eficaz e reencaminhamento para recursos disponíveis na comunidade e/ou programas para realizar exercício em casa (Whittaker et al.,

2021). Uma revisão sistemática de Nicolson et al. (2017), que incluiu nove estudos com intervenções para aumentar a adesão ao exercício em idosos com OAAJ e/ou dor lombar crónica, enfatiza que sessões de reforço, estratégias motivacionais, a adoção de uma abordagem comportamental e exercício gradual podem aumentar a adesão ao exercício (Nicolson et al., 2017). Desta forma, a manutenção dos níveis de atividade física e a adesão a longo prazo aos níveis de exercício ou atividade física de acordo com as recomendações deve ser invocada como um objetivo das intervenções de saúde da OA (Austin S & Qu H, 2013; Kanavaki et al., 2017). A promoção da atividade física, tem sido realizada pela OMS e pelo PNPAF, através das melhores intervenções custo-efetivas, informadas na melhor evidência disponível (Direção-Geral da Saúde, 2019; World Health Organization, 2017). Das variadas intervenções enfatiza-se a implementação de uma campanha para a promoção de atividade física, a implementação de sistemas de aconselhamento breve e referência para a promoção de atividade física e a redução do comportamento sedentário das pessoas, nos cuidados de saúde primários, incluindo a avaliação de rotina destes determinantes de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Portanto, a integração dos cuidados primários com os serviços comunitários que apoiam a adesão a programas de exercício, como grupos de exercício comunitário promovidos por municípios, universidades séniores, ginásios, e piscinas municipais, entre outros, deve ser considerada (Allen et al., 2020) e podem ser incluídos na promoção desta adesão da atividade física a longo prazo, retirando as pessoas de unidades de saúde (A. Costa et al., 2021), permitindo que sejam fisicamente ativos fora do contexto clínico e potenciando ainda a participação social (Corey et al., 2023a). Isto pode ser conseguido, por exemplo, através de prescrição social que deu os primeiros passos nos últimos anos em Portugal, promovendo o envelhecimento saudável, garantindo a sustentabilidade da saúde e apoiando a comunidade (A. Costa et al., 2021).

Em suma, a literatura sugere que as diretrizes com evidência científica parecem não estar refletidas na prática clínica (Basedow & Esterman, 2015; Hagen et al., 2016) e as pessoas com OA são frequentemente expostas ao uso excessivo de cuidados de baixa efetividade e à subutilização de modalidades de cuidados de elevada efetividade (Brownlee S et al., 2017; Hagen et al., 2016). Portanto, é necessária uma mudança fundamental na forma como os serviços de saúde são planeados, implementados, prestados e avaliados para prevenir níveis mais elevados de dor e futura deterioração da função física (Briggs et al., 2014; Speerin et

al., 2020). Sendo que, a literatura refere uma baixa adesão das pessoas com OA ao exercício físico ou aos níveis recomendados de atividade física, fora do contexto clínico (Whittaker et al., 2021), bem como uma ineficaz promoção de atividade física em vários países, incluindo Portugal (West et al., 2021a) e que ainda existe uma desigualdade no acesso aos serviços recomendados, mostra-se essencial estudar o comportamento dos principais envolvidos, nomeadamente, os fisioterapeutas (D. Costa, Cruz, et al., 2021). Poucos estudos se têm debruçado em explorar as barreiras e facilitadores a nível dos profissionais de saúde para a promoção de atividade física fora do contexto clínico em pessoas com OA, não tendo sido encontrado qualquer estudo no contexto português (Bouma et al., 2022). Mostra-se assim essencial estudar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a adoção de estratégias de promoção de atividade física, como componente da promoção de atividade física (Kanavaki et al., 2017). Deste modo, os objetivos deste estudo são explorar e identificar as barreiras e facilitadores percecionadas pelos fisioterapeutas para a promoção de atividade física no quotidiano das pessoas com OA, fora do contexto clínico.

Os resultados deste estudo podem, no futuro, informar intervenções que promovam a integração de serviços da comunidade para manutenção de níveis moderados e elevados de atividade física por parte das pessoas com OA.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Este é um estudo qualitativo com abordagem descritiva, informada pelo modelo COM-B e *Theoretical Domains Framework* (TDF) como base em grupos focais. Estes modelos foram usados para construir o guião, guiar os grupos focais e para a análise de conteúdo dedutiva, como método de análise de dados. As definições dos componentes do COM-B e TDF encontram-se no **Apêndice 1**. Este estudo é reportado com base na *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), que se encontra no **Apêndice 2** (Tong et al., 2007). Os grupos focais tiveram como objetivo explorar barreiras e facilitadores do comportamento-alvo dos fisioterapeutas: recomendação para a adesão à prática de atividade física, fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física, em pessoas com OA.

2.2 Frameworks

O modelo COM-B, que significa “capacidade”, “oportunidade”, “motivação” e “comportamento”, é o ponto de partida para compreender o comportamento no contexto em que ocorre e baseia-se nos pressupostos de que determinado comportamento só pode ocorrer se houver a capacidade do indivíduo para fazê-lo, a oportunidade para que ocorra num determinado contexto físico e social e uma motivação forte o suficiente para que seja realizado (Michie et al., 2011a). De forma a aprofundar a análise realizada através do COM-B e compreender melhor o comportamento, pode também utilizar-se uma ferramenta mais detalhada, o TDF, que especifica as componentes do COM-B em 15 domínios: 1) conhecimento; 2) aptidões; 3) papel social/ profissional e identidade; 4) crenças sobre as capacidades; 5) otimismo; 6) crenças sobre as consequências; 7) reforço; 8) intenções; 9) objetivos; 10) memória, atenção e processos de decisão; 11) contexto ambiental e recursos; 12) influências sociais; 13) emoção; 14) regulação comportamental e 15) aptidões cognitivas e interpessoais. O TDF tem sido identificado como uma ferramenta útil para reconhecer determinantes de comportamento e barreiras à mudança de comportamento (Michie et al., 2011). O TDF foi desenvolvido pela necessidade de integrar teorias de mudança comportamental na implementação de práticas baseadas em evidência e é importante para informar a implementação de intervenções. Perceber determinado comportamento com base

nos modelos COM-B e TDF pode ser um ponto de partida muito importante na projeção de intervenções (Michie et al., 2011). Estes modelos permitem uma análise cuidada das barreiras e facilitadores para a recomendação para a adesão à atividade física, o que se torna fundamental para o desenvolvimento de intervenções com base na mudança comportamental, com o objetivo de maximizar a adesão dos fisioterapeutas, já que esta pode ditar o sucesso do tratamento (Michie et al., 2011).

2.3 Contexto

Foram recrutados fisioterapeutas de vários contextos do sistema de saúde português: cuidados de saúde primários, clínicas privadas da comunidade e regime convencionado de medicina física e reabilitação. No sistema de saúde em Portugal, os fisioterapeutas desempenham funções distintas dependendo do contexto em que trabalham. O sistema Nacional de Saúde, a nível regional é regulado pela Administração Regional de Saúde, responsável pela gestão dos centros de cuidados de saúde primários, que se referem aos serviços de saúde prestados em centros de saúde, unidades locais de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados em que a fisioterapia é frequentemente encaminhada pelos médicos de família, sendo que os utentes se encontram atualmente isentos de taxas moderadoras (De Almeida et al., 2017). Existem ainda centros de fisioterapia e clínicas de medicina física e reabilitação convencionadas com o sistema nacional de saúde em que a fisioterapia é normalmente prescrita por um médico fisiatra e os fisioterapeutas normalmente trabalham num regime de vários utentes por hora, estando os utentes também isentos das taxas moderadoras. No contexto privado, existem clínicas e unidades de fisioterapia privadas, em que os utentes podem recorrer diretamente ao fisioterapeuta, sem necessitar de prescrição médica prévia ou podem ser referenciados por um médico especialista. As clínicas privadas da comunidade podem ou não ter acordos com subsistemas de saúde e pacotes de tratamento com um número fixo de sessões (De Almeida et al., 2017).

2.4 Critérios e recrutamento dos participantes

Neste estudo foi incluída uma amostra intencional por conveniência de Fisioterapeutas portugueses que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: ser fisioterapeuta, trabalhar em contexto privado ou instituição de saúde pública, trabalhar com pessoas com OA, e que aceitassem participar no estudo. Foram ilegíveis os sujeitos que não tivessem trabalhado em

Portugal nos últimos 6 meses como fisioterapeutas e que não trabalhassem com pessoas com CME.

O recrutamento foi realizado através de um método de *snowball*, em que inicialmente foram contactados fisioterapeutas de unidades de saúde privadas de fisioterapia, cuidados de saúde primários e de regime convencionado de medicina física e reabilitação via telefone ou correio eletrónico dos seus locais de trabalho. Os fisioterapeutas inicialmente contactados identificaram outros fisioterapeutas que poderiam potencialmente estar interessados em participar neste estudo. Em caso afirmativo, foram disponibilizados os contactos de e-mail ou telefone dos participantes para posterior convite pela equipa de investigação.

Foram recrutados participantes de várias regiões do país, assim como participantes com diversidade de contextos de trabalho (cuidados de saúde primários, clínicas privadas e regime convencionado de medicina física e reabilitação), sexo, idade, experiência profissional, instituição/instituições de formação académica, de forma a garantir a inclusão de diferentes perspetivas (Creswell & David Creswell, 2018). Esta heterogeneidade foi crucial para a identificação de barreiras e facilitadores em diferentes contextos. Nos grupos focais realizados houve participantes da Região Norte, Centro, Grande Lisboa, Oeste e Vale do Tejo, Península de Setúbal, Alentejo e Região Autónoma dos Açores.

A cada um dos potenciais participantes, foi enviado um convite com carta explicativa, com informação detalhada sobre o estudo (**Apêndice 3**), incluindo informação sobre a gravação em áudio e vídeo dos grupos focais. Os fisioterapeutas que manifestaram interesse em participar, preencheram e assinaram o consentimento informado (**Apêndice 4**).

2.5 Recolha de dados

Depois de os fisioterapeutas aceitarem participar no estudo voluntariamente, receberam um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional (**Apêndice 5**). Recolheram-se informações sobre idade, género, escola de formação base, formação académica, local onde exerce funções, anos de experiência profissional em CME, formação pós-graduada/especializada realizada em CME e trabalhos/apresentações realizadas em CME. Seguidamente os participantes foram novamente contactados via e-mail ou contacto telefónico, pela equipa de investigação para agendamento do grupo focal (**Apêndice 6**).

Os grupos focais permitem maximizar a percepção das perspetivas dos fisioterapeutas por meio de um processo de grupo interativo, fornecendo pontos de vista diferentes e potenciando reflexões em grupo, com partilha de percepções diferentes (Stalmeijer et al., 2014). Este estudo compreendeu a realização de 4 grupos focais, com 3-6 participantes em cada grupo focal, num total de 20 participantes, ou seja, a recolha de dados terminou quando dados novos não geraram novas perspetivas (Creswell & David Creswell, 2018). Não houveram desistências entre os participantes que aceitaram participar no estudo.

Os grupos focais foram realizados online, por videoconferência, recorrendo à plataforma Microsoft Teams, com a duração máxima de 90 minutos. Estiveram presentes 2 investigadores, a moderadora e a comoderadora. A moderação foi da responsabilidade do investigador (RC), do género feminino, fisioterapeuta a exercer funções em contexto de prática privada com regime convencionado e estudante de mestrado e fisioterapia em condições músculo-esqueléticas, tendo tido a responsabilidade de dinamizar a discussão e facilitar os grupos focais. Antes dos grupos focais, foi realizado pela moderadora (RC) treino de competências, com o objetivo de se preparar para a realização dos grupos focais e garantir a qualidade das entrevistas. Desta forma, o guião foi testado num grupo focal piloto, para verificação da compreensão das questões e feedback sobre a extensão e formulação das perguntas. O teste piloto serviu para ajustar e reformular o guião semiestruturado. Adicionalmente, tendo em conta que as abordagens qualitativas implicam um processo contínuo e iterativo, o guião da entrevista foi ajustado entre os diferentes grupos focais para explorar mais aprofundadamente alguns temas ou abordar novos assuntos que não tinham sido explorado previamente.

A comoderação foi realizada por outra investigadora (DC), do género feminino, Fisioterapeuta com Mestrado na área da Fisioterapia músculo-esquelética, docente também nesta área e com doutoramento em Saúde Pública. Teve a responsabilidade de realizar anotações e apresentar no final de cada grupo focal, a síntese dos pontos chave da discussão. Estas anotações foram importantes para manter detalhes contextuais, para análise e interpretação dos dados (Tong et al., 2007). Todos os investigadores têm mais de três anos de experiência profissional como fisioterapeutas com pessoas com OA.

Foi desenvolvido, pela equipa de investigação (DC e RC), um guião de entrevista semiestruturado (**Apêndice 7**) informado pelos modelos COM-B e TDF, tendo sido

construído de acordo com os objetivos do estudo e à literatura existente. O seu objetivo específico foi explorar barreiras e facilitadores para a promoção de atividade física fora do contexto clínico em pessoas com OA por parte dos profissionais de saúde.

A estrutura dos grupos focais compreendeu a descrição do cenário, das regras básicas, apresentação individual, tema de abertura, discussão e encerramento da discussão (Finch & Lewis, 2014). No início de cada grupo focal, houve um enquadramento dos participantes sobre a recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física. Desta forma, foi feita uma breve apresentação sobre a definição de promoção de atividade física, sobre o que poderia ser considerado promoção de atividade física fora do contexto clínico e foram dados alguns exemplos sobre estratégias de promoção de atividade física. Durante os grupos focais, foi utilizada a gravação audiovisual, através da função de gravação do Teams, com autorização dos participantes.

2.6 Análise de dados

Após a realização dos grupos focais, foi feita a anonimização e as gravações foram transcritas *verbatim* das entrevistas por uma investigadora (RC). Antes de iniciar a análise de dados foi realizada a familiarização com os dados e as transcrições lidas na íntegra.

As transcrições dos grupos focais foram sujeitos a análise dedutiva de conteúdo utilizando os domínios do COM-B e TDF. Esta análise foi realizada de forma independente pela investigadora principal (RC), que leu e releu todas as transcrições, codificou os dados recolhidos, combinou os códigos em subtemas, e atribuí-os aos extratos de texto dos diferentes participantes, considerando os diferentes domínios teóricos. Foi criada uma matriz de codificação para auxiliar a análise dos dados (**Apêndice 8**) e para auxiliar a organização e análise dos dados qualitativos foi usado o *Microsoft Excel* (**Apêndice 9**). A investigadora principal reuniu posteriormente com dois membros da equipa de investigação (DC e AM) para rever toda a codificação e discutir a análise realizada, em relação aos códigos, subtemas e domínios identificados. De forma a garantir que a análise dos dados está alinhada com os padrões de abordagem metodológica utilizada e que a interpretação dos dados foi suportada nos dados recolhidos, foi realizado o registo contínuo acerca das interpretações e decisões tomadas no decorrer do processo de análise temática que permitiu realizar posteriormente, a auditoria aos resultados a serem apresentados e avaliar a consistência da análise dos dados

(Moser & Korstjens, 2018). Os resultados foram categorizados em barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas, de acordo com o objetivo do estudo: recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física. Foram utilizadas citações dos participantes como justificação em cada barreira e facilitador identificados, que têm como objetivo melhorar a credibilidade dos achados e a sua compreensão. No final de cada citação, foi colocado o código atribuído a cada participante, grupo focal correspondente, página da transcrição e linhas correspondentes.

2.7 Estratégias utilizadas para garantir a qualidade dos dados qualitativos

A qualidade do estudo e a confiabilidade dos dados qualitativos foram garantidas pela utilização de estratégias como a credibilidade, a transferibilidade, a confiabilidade e a confirmabilidade (Korstjens & Moser, 2018).

No que diz respeito aos critérios de credibilidade, todos os dados foram analisados por uma investigadora, do género feminino (RC) e, em caso de discórdia sobre a análise dedutiva informada pelos domínios do COM-B e TDF, foi resolvida com recurso a mais 2 investigadores (DC e AM), até alcançar consenso dos investigadores (Korstjens & Moser, 2018).

Para garantir a estratégia de transferibilidade, que significa fornecer uma “descrição detalhada” dos participantes e dos procedimentos de pesquisa, permitindo que potenciais pessoas externas ao estudo possam avaliar se os resultados do estudo são transferíveis para os seus contextos e configurações (Korstjens & Moser, 2018), descreveu-se o contexto e cenário em que o estudo ocorreu, a amostra e estratégias de recrutamento, o tamanho da amostra, as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e os principais aspetos da recolha de dados.

A confiabilidade refere-se à consistência dos resultados ao longo do tempo e significa que a pesquisa seguiu os padrões aceites do desenho de estudo e a confirmabilidade permite garantir que as interpretações dos achados do estudo derivam dos dados e não da interpretação subjetiva dos investigadores (Korstjens & Moser, 2018). O cumprimento destes dois critérios foi garantido através do processo de auditoria, descrevendo de forma

transparente as etapas de pesquisa, desde a fase inicial à análise de resultados (Korstjens & Moser, 2018).

2.8 Considerações éticas

De acordo com a declaração de Helsínquia, foi enviado a todos os participantes um convite para participação no estudo e uma carta explicativa (**Apêndice 3**), via email, contendo as informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, as vantagens e desvantagens de participação, bem como a informação sobre a confidencialidade. Os participantes foram informados que eram livres de não participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificação. No caso, de já terem integrado o estudo e realizado os grupos focais, poderiam de igual modo desistir, sendo os dados recolhidos destruídos. Para além disso, não existia qualquer relação entre os participantes no estudo e os investigadores.

Foi também enviado um formulário de consentimento informado aos participantes que aceitaram participar (**Apêndice 4**) e um questionário para caracterização (**Apêndice 5**), sendo que todas as informações recolhidas foram estritamente necessárias para a caracterização da amostra segundo os objetivos do estudo e de forma que os mesmos não sejam identificados. O consentimento informado foi enviado em duplicado, pois foi enviada também uma cópia para o investigador principal, para garantir que cada uma das partes tenha a possibilidade de ficar com um exemplar.

Para além da utilização destes critérios, o link para o acesso à entrevista foi único para cada participante. Antes do início de cada grupo focal, foi verificado o preenchimento dos formulários de consentimento informado de todos os participantes, mas também foi solicitada uma obtenção adicional de consentimento verbal antes da gravação dos grupos focais para posterior transcrição *verbatim* dos mesmos. Os dados foram guardados num local seguro e acessível à equipa de investigação, em plataforma encriptada e protegida com palavra-passe, destruídos apenas após um período de cinco anos. Houve ainda uma codificação destes questionários e pseudo-anonimização das transcrições das entrevistas para salvaguardar a identidade dos participantes.

O estudo foi submetido e a sua aprovação ética foi atribuída pela Comissão Especializada de Ética da Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Setúbal (Parecer CE-IPS n°88A/2024) (**Anexo 1**).

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

No total, vinte participantes fizeram parte dos 4 grupos focais, com uma média de idades de 31,45 anos, variando entre 23 e 60 anos. Destes, 12 participantes eram do género feminino. Sete participantes eram do centro, um do Norte, quatro da Grande Lisboa, três de Oeste e Vale do Tejo, um da Península de Setúbal, dois do Alentejo e um da Região Autónoma dos Açores. Os participantes tinham em média 9,35 anos de experiência profissional como fisioterapeutas, variando entre 1 e 39 anos e em média 8,53 anos de experiência profissional na área específica de fisioterapia, variando entre 1 e 38 anos. Os dados de caracterização sociodemográfica e profissional encontram-se descritos de forma mais detalhada abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Dados de caracterização sociodemográfica e profissional.

Variável	Categoria	Frequência
Género	Mulher	12 (60%)
	Homem	8 (40%)
Idade	Média ± Desvio Padrão	31,45 anos ± 7,75
	Mínimo	23 anos
	Máximo	60 anos
Grau académico	Licenciatura	19 (100 %)
Região do país onde exerce atualmente	Norte	1 (5,26%)
	Centro	7 (36,84%)
	Grande Lisboa	4 (21,05%)
	Oeste e Vale do Tejo	3 (15,79%)
	Península de Setúbal	1 (5,26%)
	Alentejo	2 (10,53%)
	Região Autónoma dos Açores	1 (5,26%)
Número de anos de experiência profissional como fisioterapeuta	Média ± Desvio Padrão	9,35 anos ± 7,77
	Mínimo	1
	Máximo	39
Número de anos de experiência profissional específica na área em estudo	Média ± Desvio Padrão	8,53 anos ± 7,87
	Mínimo	1
	Máximo	38
Formação pós-graduada na área em estudo	Sim	7 (35%)
	Não	13 (65%)
Envolvimento em projetos científicos na área em estudo	Sim	2 (10%)
	Não	18 (90%)

3.2 Barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose

A partir da análise dedutiva dos grupos focais, identificaram-se 25 facilitadores, que se enquadram em 5 componentes do COM-B e 14 domínios do TDF. Em relação às barreiras, foram identificadas 14 barreiras, em 5 componentes do COM-B e 8 domínios do TDF. Foram encontrados facilitadores e barreiras nas componentes de COM-B, capacidade psicológica, oportunidade social, oportunidade física, motivação refletida e motivação automática. No estudo foram identificados facilitadores nos domínios do TDF: conhecimento, aptidões cognitivas e interpessoais, memória atenção e processos de decisão, regulação comportamental, influências sociais, contexto ambiental e recursos, crenças sobre as capacidades, crenças sobre as consequências, otimismo, intenções, objetivos, papel social/identidade, reforço e emoções. E foram identificadas barreiras nos domínios do TDF: conhecimento, regulação comportamental, influências sociais, contexto ambiental e recursos, crenças sobre as capacidades, crenças sobre as consequências, papel social/identidade e emoções. Os resultados encontrados serão descritos de forma mais detalhada abaixo, usando o TDF e a componente do COM-B correspondente, detalhando as barreiras e facilitadores encontrados para cada domínio (**Tabela 2**). Ao longo dos resultados, vão ser identificadas citações relativas a cada barreira ou facilitador para cada domínio do TDF e no **Apêndice 9**, encontram-se mais citações representativas da mesma barreira ou facilitador.

Tabela 2: Barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose.

COM - B	TDF	Facilitadores	Barreiras
Capacidade Psicológica	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ter conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade • Ter conhecimento sobre estratégias de promoção de atividade física • Ter conhecimento sobre os mecanismos e as recomendações para a OA 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento sobre atividade física e estratégias para a sua promoção
	Aptidões cognitivas e interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Ter as competências necessárias para a promoção de atividade física 	
	Memória, atenção e processos de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover regularmente atividade física fora do contexto clínico • Adaptar estratégias de promoção de atividade física às pessoas com OA 	
	Regulação comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Ter estratégias de registo definidas para regular a promoção de atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de auto-regulação na promoção de atividade física • Gestão de tempo
Oportunidade Social	Influências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da equipa multidisciplinar • Alinhamento profissional entre fisioterapeutas na promoção de atividade física • Valorização e referenciação do trabalho dos fisioterapeutas como promotores de atividade física • Apoio organizacional • Motivação e prática regular de atividade física das pessoas com OA 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de confiança nos serviços de atividade física na comunidade • Resistência de outros profissionais de saúde à promoção de atividade física • Crenças e comportamentos das pessoas com OA sobre a adequabilidade da atividade física • Falta de apoio da família à pessoa com OA • Determinantes sociais das pessoas com OA

Oportunidade Física	Contexto Ambiental e recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços da comunidade e condições para a prática de atividade física • Recursos para a promoção de atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura e contexto das pessoas com OA • Organização atual dos cuidados de saúde
Motivação Refletida	Crenças sobre as capacidades	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança nas próprias capacidades profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de autoeficácia na promoção de atividade física
	Crenças sobre as consequências	<ul style="list-style-type: none"> • Benefícios clínicos e pessoais para o utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças pessoais sobre a promoção de atividade física
	Otimismo	<ul style="list-style-type: none"> • Otimismo sobre a adesão à prática de atividade física 	
	Intenções	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada prioridade para promover atividade física 	
	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ter objetivos de intervenção definidos 	
	Papel Profissional/Social e Identidade	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeutas como agentes de mudança nas pessoas com OA; • Responsabilização do utente no processo de tratamento • Identificação e comportamento do fisioterapeuta coerente com a promoção de atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento do fisioterapeuta não alinhado com a promoção de atividade física
Motivação Automática	Reforço	<ul style="list-style-type: none"> • Ganhos de saúde das pessoas com OA como recompensa • Sucesso com experiências anteriores 	
	Emoções	<ul style="list-style-type: none"> • Emoções positivas com os resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecipação de emoções negativas se não tiverem resultados

3.2.1 Capacidade psicológica

3.2.1.1 Conhecimento

Na componente *Capacidade Psicológica* do COM-B, no domínio *Conhecimento do TDF* foram identificados três facilitadores. Os participantes referem ter conhecimento sobre o meio e os recursos disponíveis na comunidade para informar e encaminhar devidamente o utente.

“(...) tento encaminhar para alguma atividade que sei que há aqui na região e que eles consigam ter facilidade de acesso, nomeadamente a hidroginástica (...)” (P1, GF1, 3, 83-85)¹

Os participantes referem ter conhecimento sobre os mecanismos e as recomendações para a OA, reconhecendo a importância da recomendação da atividade física fora do contexto clínico.

“Se nós pensássemos a nível de atividade física, seria importante para todos fazerem, até antes da própria lesão, antes de terem a própria patologia em si não é, portanto, como prevenção, como medida preventiva e não como medida curativa (...)” (P12, GF3, 67, 2164-2167)

Os fisioterapeutas referem ainda como facilitador, o conhecimento sobre estratégias de promoção de atividade física para conseguir orientar, definir e planear com o utente a prática de atividade física fora do contexto clínico. Destacaram a importância de ter conhecimento sobre estratégias de promoção de atividade física como técnicas de mudança comportamental, comunicação eficaz, educação ao utente e entrevista motivacional.

“(...) acho que é importante nós termos algum conhecimento para conseguirmos mudar os hábitos das pessoas, porque não é só chegar ali e dizer, ela tem de fazer aquilo que nós queremos (...) o caminho nunca será por aí e existem técnicas que devem ser utilizadas para conseguirmos que seja a própria pessoa a perceber e a identificar qual é o caminho que ela deve ir...não devemos ser nós a dar o caminho à pessoa.” (P2, GF1, 4, 125-132)

¹ (Código do participante, número do grupo focal, número de página, número de linha)

No entanto, foi reportado por os participantes como barreira, a falta de conhecimento sobre atividade física e estratégias de promoção, devido a pouco conhecimento sobre exercício terapêutico e estratégias eficazes para a sua promoção como a comunicação e a entrevista motivacional. É referido que os fisioterapeutas se encontram em níveis diferentes no conhecimento e na capacidade para fazer essa promoção de atividade física.

“Comunicação, inteligência emocional, entrevista motivacional...Até os próprios conhecimentos e capacidades para prescrição de exercício. Eu acho que ainda são básicas.” (P20, GF4, 76, 2423-2425)

3.2.1.2 Aptidões Cognitivas e Interpessoais

Na componente *Capacidade Psicológica* do COM-B, no domínio *Aptidões Cognitivas e Interpessoais* do TDF foi identificado um facilitador. Este está relacionado com a existência de capacidades para avaliar, aconselhar e adequar ao utente, no que toca à adesão à atividade física. Os fisioterapeutas referem que ter desenvolvido capacidades essenciais como a comunicação e educação ao utente facilita a promoção de atividade física.

“(...) nós em conjunto, tentamos identificar quais é que são as barreiras ou porque é que as pessoas ainda não estão a praticar exercício e depois lá está...identificar as oportunidades, não é o que é que existe, mas porque é que as pessoas não o fazem...E sinto que já consigo perceber muitas vezes onde é que está aqui a dificuldade da pessoa, se é a pessoa que acha que não sabe fazer, que não têm capacidade de o fazer ou se as oportunidades que existem à sua volta não são as melhores e tentar aconselhar essa pessoa conforme também a barreira que a pessoa identifica (...)” (P2, GF1, 4, 112-119)

3.2.1.3 Memória, Atenção e Processos de Decisão

Na componente do COM-B *Capacidade Psicológica*, no domínio *Memória, Atenção e Processos de Decisão* do TDF, foram encontrados dois facilitadores. Alguns dos participantes referiram a utilização regular de estratégias específicas de promoção de atividade física fora do contexto clínico. Entre elas, destacam-se a educação ao utente, as técnicas de mudança comportamental, a comunicação eficaz, estratégias de autogestão, reencaminhamento para recursos disponíveis na comunidade como universidades séniores, ginásios, piscinas municipais e programas de exercício físico autónomo, entre outras.

“(...) e vou apresentando as opções para também quando chegarmos ao fim, além da opção de eles fazerem em casa, que eu acho que isso é sempre uma opção importante, mas também haver aqui uma integração nas atividades que já existem na comunidade (...)” (P2, GF1, 2, 59-63)

“Como na clínica onde eu trabalho, tenho a sorte de também estar dentro de um complexo desportivo de piscinas... o que eu faço é tentar que a pessoa experimente fazer, por exemplo, as classes de hidroginástica ou simplesmente ir para a piscina, nem que seja em regime livre e até passo alguns exercícios para a pessoa fazer ou até dou um plano, tentar fazer esse “transfere” perto do final da reabilitação da pessoa ou do tempo que estou com a pessoa ou através, por exemplo, de aulas de grupo, como por exemplo, pilates clínico adaptado também à pessoa em questão.” (P9, GF2, 25, 780-787)

“Pelo menos no meu contexto e como tenho feito, passa muito pela tentativa da educação dos benefícios, tentar incentivar a pessoa ao máximo possível em casa, com amigos, tentar direcionar para o que existe, que aqui no meu contexto, no fundo não há muita oferta, portanto, aqui seria mais numa tentativa autónoma. Algumas vezes também já aconteceu, dirigir para um ginásio para ser acompanhado com exercício autónomo ou com um PT quando a questão assim o permite, mas acima de tudo, que consiga ter alguma iniciativa de o fazer, claro que por vezes é difícil, e aí é uma barreira para mim, principalmente.” (P11, GF3, 47, 1506-1513)

Os fisioterapeutas referiram adaptar estratégias de promoção de atividade física às pessoas com OA, face às preferências, sintomas e experiências anteriores. Referem como facilitador terem capacidade de decisão e adaptabilidade da estratégia de promoção de atividade física a usar em cada utente. Os fisioterapeutas tentam identificar os gostos pessoais das pessoas com OA, experiências com atividade física para adequar e aconselhar devidamente o utente.

“Ora, lá está a questão de perceber realmente com aquilo que se identifica, o que realmente lhe diz algo, porque realmente, se eu tiver uma pessoa que eu encaminho para a hidroginástica, ela vai...mas vai se for preciso só um mês e acaba por deixar de ir, porque simplesmente não se identifica ou até mesmo a pessoa achar que gosta, mas que, afinal de contas, não era a atividade que gostava, ou seja, é importante haver este diálogo de tentarmos encontrar uma melhor estratégia para aquela pessoa.” (P1, GF1, 7, 205-214)

3.2.1.4 Regulação Comportamental

Ainda sobre a *Capacidade Psicológica*, no domínio *Regulação Comportamental* do TDF, foi encontrado um facilitador, e duas barreiras. Como forma de regular a promoção de atividade física, os participantes referiram fazer registo destas estratégias. Os participantes referem que utilizam a estratégia de registar na ficha clínica do utente se promoveram atividade física e como promoveram e vão atualizando esses registos, com as metas e objetivos que foram estabelecidos.

“(...) por norma registo a utilização destas estratégias que utilizei ou que recomendei durante o tratamento, durante a fase de intervenção, registo na ficha do utente. Registo por sessão no fundo, qual é que foi o meu objetivo para aquela sessão nessa parte e tento manter sempre o registo um planeamento a longo prazo daquilo que vou fazendo, em termos do registo de promoção de atividade física.” (P12, GF3, 64, 2045-2049)

Contrariamente a este facilitador, os participantes identificaram como barreira uma baixa auto-regulação para a promoção de atividade física, pois não usam ferramentas de monitorização deste comportamento, embora referissem que têm conhecimento da sua existência.

“No meu caso não. Tenho conhecimento de plataformas, mas no meu caso não, não há nenhuma monitorização registada. Tudo apenas falado (...)” (P11, GF3, 63, 2012-2013)

E ainda a falta de capacidade de gestão de tempo para produzir recursos e conteúdos facilitadores à promoção de atividade física, como vídeos, panfletos, entre outros foi referido como barreira.

“(...) uma barreira que eu encontro é depois o facto de eu não conseguir ter tempo de criar recursos, que isto já é um objetivo meu há algum tempo, ter recursos que possam ser acionáveis, relevantes para as condições que as pessoas possam ter, sejam elas pequenos vídeos, um panfleto, (...) é algo que me parece muitíssimo pertinente, porque mudança comportamental é uma coisa importante.” (P7, GF2, 34, 1096-1118)”

3.2.2 Oportunidade social

3.2.2.1 3.1.2.1 Influências Sociais

Na componente da *Oportunidade Social* do COM-B, no domínio *Influências Sociais* do TDF, foram encontrados cinco facilitadores, e cinco barreiras. Como facilitador, foi referida a

importância do alinhamento profissional entre fisioterapeutas, destacando-se a influência positiva do facto de colegas de profissão, dentro e fora do local de trabalho, terem práticas idênticas, valorizando também a promoção de atividade física, como o foco no mesmo objetivo de facilitar a adesão das pessoas com OA à prática de atividade física.

"(...) os meus colegas, fisioterapeutas, todos pensamos o mesmo sobre exercício e promoção de saúde e tentamos sempre pôr as pessoas a mexer o máximo possível." (P4, GF2, 39, 1240-1243)

Referiu-se também como facilitador para a promoção da atividade física, a relação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, a articulação entre o médico, os fisioterapeutas e a restante equipa de profissionais de saúde envolvidos na promoção de atividade física e prestação destes serviços.

"Eles gostam sempre mais de exercício acompanhado, pelo menos aqui nesta zona...,mas há muita facilidade, sinto que tenho muita facilidade, mesmo que seja preciso encaminhar ou falar com algum dos professores de natação ou professores é fácil conversar com eles...muitos dos professores de natação dão aulas nos lares e tudo mais...às vezes eles vêm tirar dúvidas, portanto, há toda uma boa complementaridade multidisciplinar entre colegas e acho que é ótimo para as pessoas." (P3, GF1, 19, 606-612)

"(...) no total somos 20 colegas, fisioterapeutas e técnicos. Tem 7 ou 8 fisiatras também que passam a prescrição (...) temos fisiatras que se calhar são fisiatras mais jovens que não tem nada contra a parte do exercício, aliás até incentivam mesmo essa prática e quando chegam ao pé de nós já estão direcionados alguns aspetos do exercício e tudo mais e é muito mais fácil para mim." (P16, GF4, 77, 2467-2474)

No entanto, é referido também pelos participantes, como barreira a falta de confiança nos serviços de atividade física na comunidade, nomeadamente nos profissionais envolvidos na prestação desses serviços, que muitas das vezes não são especializados. Os fisioterapeutas indicam que uma barreira sentida por eles é a questão de para onde e para quem encaminhar as pessoas com OA, pois embora tenham certezas que o devem fazer, muitas das vezes não sabem as capacidades do profissional que vai estar envolvido na prestação desse cuidado. Sentem também que é responsabilidade dos fisioterapeutas saber encaminhar, trazendo ainda desafios para eles próprios.

“(...) outro grande problema é reencaminhar e isso é um grande problema, “mas eu vou reencaminhar para onde?”, eu sei que aquela pessoa precisa e está apta para enfrentar uma atividade física lá fora, exercício físico lá fora, “mas quem?”, “quem é que vai receber no ginásio?”, “que profissionais são aqueles que vão receber na hidroginástica?”, “quem é que vai recebê-la no pilates?” E isso é outro desafio, é responsabilidade nossa também dizer, “olhe, vá fazer aquilo que faz bem” e ela chega e diz “olha, não me senti nada bem, fiz isto e magoei-me e aconteceu”. (P14, GF3, 48, 1546-1553)

Também como barreira é destacado pelos fisioterapeutas a resistência dos profissionais de saúde à promoção de atividade física, referindo-se a pouca referenciação médica ou referenciação errada, com resistência a práticas atualizadas. É destacado pelos fisioterapeutas médicos e profissionais de saúde que ainda não têm práticas centradas na promoção de atividade física na OA.

“(...) os médicos de família ainda não estão bem sensibilizados para o exercício e os benefícios do exercício. Até saiu uma notícia que eles vão começar a prescrever, não estão minimamente conscientes (...) conheço médicos um bocado mais antigos, eles não estão nada familiarizados com isto e eu acho que eles nem percebem bem que na fisioterapia se pode fazer só exercício e que este tipo de condição apenas com o exercício pode fazer a diferença...acho que eles não têm a mesma a consciência real (...)” (P2, GF1, 21, 658-665)

“Vou dar um exemplo, quando o utente já vem da médica, no qual eu trabalho, que já lhe foi referenciado que deve permanecer em repouso e que exercício não é adequado, portanto, esse é um caso em que eu não vou, pelo menos no momento, promover atividade física, porque sei que vou chocar com a médica... e são “trabalhos” que já meti em tempos, não me apetece voltar a meter.” (P20, GF4, 74, 2376-2381)

Contrariamente, destaca-se como facilitador da promoção de atividade física, a valorização da fisioterapia e a referenciação por parte de outros profissionais de saúde, como médicos que já referenciam para a fisioterapia, inclusive em consulta já abordam a questão da importância da atividade física na OA.

“Realmente a ideia para além da parte da fisioterapia que já tem essa vertente da parte física, da atividade física dentro do nosso tratamento...essa parte dos médicos que nós

temos, principalmente os mais novos, é a introdução dessas oportunidades... tem acontecido bastante, e os próprios médicos muitas vezes reencaminham bastante, ou pelo menos dão a indicação.” (P6, GF2, 40, 1268-1274)

O apoio organizacional é destacado também como facilitador, englobando a coordenação e gestão do local de trabalho e a criação de medidas políticas de incentivo.

“Aquilo que a “P14” falou e os restantes colegas da importância da promoção da atividade física, neste caso em pessoas com osteoartrose...os coordenadores e gestores têm de influenciar de cima para baixo que essa recomendação seja efetuada e que isso faça parte do procedimento a atuar em caso de pessoas com osteoartrite e depois acredito que isso também esteja no plano com os colegas.” (P12, GF3, 62, 1981-1989)

“Eu acho que é fantástico para quem tem a possibilidade de fazer mais uma pegada maior e expandir para mais populações, mais pessoas, mais grupos e efetivamente ter uma importância política maior, melhor, dando um exemplo simples, incentivar estratégias políticas de incentivo de parques públicos são boas para a prática de exercício físico que infelizmente, nem todas as comunidades e todas as cidades têm, mas pronto a tendência é cada vez haver mais espaços verdes, mas também tem de ser devidamente adaptados.” (P5, GF2, 45, 1435-1442)

Também foi referido pelos fisioterapeutas facilitadores a nível das pessoas com OA, nomeadamente a motivação e prática regular de atividade física das pessoas com OA. Os participantes referem que se sentem mais motivadas para promover atividade física quando têm pessoas com OA que referem já frequentar serviços da comunidade, como por exemplo hidroginástica, pilates, entre outros. Desta forma, os participantes acham que as pessoas com OA que já praticam atividade física têm um à-vontade diferente com os exercícios e isso torna-se um facilitador para darem continuidade à prática de atividade física.

“ (...) depois temos, lá está as outras pessoas que já estão ativas e que a adesão ao exercício se torna fácil e acaba por ser facilitador na minha promoção. (P4, GF2, 31, 979-981)

“Eu noto perfeitamente quando tenho pessoas, por exemplo, que andam na hidroginástica, que as pessoas têm um à-vontade diferente com os exercícios e até muitos deles até já os conhecem e que isso é um facilitador para elas darem continuidade aos exercícios, uma vez que também já conhecem.” (P2, GF1, 2, 43-47)

Por outro lado, como barreira, é identificada a falta de apoio da família à pessoa com OA, famílias que incutem nas pessoas com OA expectativas irreais, desincentivando a prática de atividade física nos seus familiares.

“Desincentivar por exemplo, às vezes o perfil da família e da pessoa, que são por vezes resistentes, muito resistentes a esta questão do exercício... e as questões relacionadas com a personalidade, relacionadas com o trato, digamos assim (...)” (P20, GF4, 86, 2723-2728)

As crenças e comportamentos das pessoas com OA sobre a atividade física, baseadas no género, idade, roupa ou mitos sobre a prática de atividade física, foram também apontados como barreiras. Desta forma, estas crenças e comportamentos das pessoas com OA são referidos como tendo um impacto negativo no comportamento dos fisioterapeutas, podendo influenciar a sua decisão de promover atividade física fora do contexto clínico.

“ (...) algumas pessoas realmente não se sentem muito confortáveis em integrar esse tipo de respostas principalmente os senhores (...) aqui até já mudaram o nome...era “clube de saúde sénior”, já mudaram para “clube de saúde mais” por causa de que as pessoas não iam, por exemplo os senhores que se reformam, depois não querem ir porque não querem ser séniores (...)” (P2, GF1, 3, 63-70)

“ (...) quando os utentes têm crenças negativas da promoção da atividade física, muitas delas vêm dos mitos que eles têm sobre o exercício, dos mitos que eles têm da sua condição e depois dos mitos que os próprios médicos também às vezes implementam ou dão força aos próprios utentes.” (P16, GF4, 72, 2310-2313)

Por último, foi referido pelos fisioterapeutas também como barreira os determinantes sociais das pessoas com OA, ou seja, a influência negativa de questões financeiras e pessoais das pessoas com OA, que podem desta forma ter um impacto no comportamento dos fisioterapeutas.

“ (...) todas as questões associadas sobretudo a determinantes sociais em saúde, ou seja, quando a pessoa me refere que tem muita, muita dificuldade em gerir tempo mental para fazer, porque tem 2 trabalhos e que não tem facilidade em deslocar-se para sítios onde possam fazer caminhadas, que gostam mas ou que não têm dinheiro para fazer atividades, como as colegas estavam a dizer, que gostavam de fazer, que até usavam esse tipo de estratégia para estarem motivados, mas por motivos económicos muitas vezes não

conseguem, e não têm os espaços verdes à volta.. não sei, tipo, acho que é mais ou menos este tipo de situações que me fazem pensar... e depois gera desmotivação." (P5, GF2, 27, 861-870)

3.2.3 Oportunidade física

3.1.3.1. Contexto Ambiental e Recursos

No que diz respeito à componente *Oportunidade Física* do COM-B, no domínio *Contexto Ambiental e Recursos* do TDF, foram encontrados três facilitadores. Foi referido como facilitador a disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho, de serviços e condições para a prática de atividade física, como universidade sénior, aulas de pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços, entre outros.

“ E felizmente, nós aqui temos um programa em que as pessoas, como existem muitas aldeias à volta, têm um transporte que consegue levar essas pessoas, por exemplo, as piscinas municipais, universidade sénior, a nós mesmo (...) estamos com ideias de criar tipo uma zona de exercício com tapete relvado, com aquelas máquinas que a gente muitas vezes vê nos jardins públicos. Estamos com ideia de desenvolver assim uma pequena parceria com a câmara para fazer isso.” (P18, GF4, 70, 2226-2233)

Outro fator referido como facilitador para o comportamento alvo por parte dos fisioterapeutas, é a existência de recursos necessários para a promoção de atividade física, como recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados.

"Eu aqui no meu caso, a nível de contexto de trabalho, não tenho grandes dificuldades, tenho o ginásio com todos os materiais necessários e sempre que peço mais material é sempre concedido, temos sempre tempo e espaços amplos (...)" (P2, GF1, 18, 573-576)

“Maioritariamente acho que o contexto de trabalho promove a atividade física, mesmo pela parte do marketing, da publicidade constante...vídeos às vezes de exercícios que se fazem (...) hoje estamos cada vez mais numa era digital.... as pessoas estão constantemente a consultar esse tipo de informação (...)" (P13, GF3, 60, 1921-1926)

Desta forma, os fisioterapeutas referem como barreira a organização atual dos cuidados de saúde, no que diz respeito a tempo e espaço restrito e falta de acompanhamento do utente. Identificam que no contexto convencionado, o volume de utentes por hora é elevado, muitas

das vezes com espaço de trabalho limitado, não permitindo ter tempo para acompanhar e aconselhar o utente. Salientam também que o contexto privado e domiciliar não acarreta estes problemas, pois têm o tempo necessário para acompanhar o utente e para além disso em contexto de domicílio têm acesso ao contexto real de vida do utente.

“Então eu na clínica onde trabalhava, tinha vários contextos, portanto tinha o convencionado inicialmente e sim claramente que uma das grandes barreiras era a falta de acompanhamento, (...) a minha falta de vigilância e acompanhamento da pessoa durante a execução dos exercícios, eu vejo como uma barreira para execução em domicílio porque a pessoa sentia-se desapoiada e, portanto, eu acredito que muitas vezes nem fazia os exercícios todos, eu perguntava e ele: “fiz tudo”, mas bom... nem eu sei se faziam.” (P4, GF1, 36, 1151-1160)

Embora para os fisioterapeutas o sistema convencionado seja uma barreira pela questão da falta de tempo para acompanhamento e educação do utente, surgiu também uma perspetiva contrária, em que o contexto privado apesar de potenciar mais tempo presencial com o utente pode ser visto como um contexto que potencia ver o utente menos vezes e mais espaçadas ao longo do tempo na maioria das vezes, por questões financeiras associadas. Sugerem então que nestes casos em que o utente recorre à fisioterapia com pouca frequência, pode potenciar não haver uma revisão e ajuste de metas e objetivos para a atividade física estabelecidos na primeira sessão. Embora esta perspetiva tenha sido referida, o convencionado foi considerado por a maioria como barreira.

"Contudo no contexto privado o facto de poder ver o utente menos vezes e mais espaçadas nalgumas fases do tratamento pode ser um fator contra porque não ajuda a que essa informação seja repetida e seja sedimentada e que ajude no fundo a criar um ritmo com a pessoa, tanto em termos de atividade física como os próprios conceitos que a gente queira definir educacionais com a pessoa no planeamento (...) o facto de estarmos a acompanhar mais a pessoa dá-nos algum tempo para que esta informação possa ser introduzida e acompanhada quase diariamente lançando desafios diariamente. Podemos perceber se a pessoa cumpriu, se não cumpriu...dá para nós medirmos o pulso às estratégias que decidimos mais rápido e mais palpável." (P12, GF3, 58, 1850-1865)

Por último, foi ainda referido pelos participantes do estudo como barreira a cultura e contexto das pessoas com OA que impactam a promoção de atividade física, como a região do país ou a nacionalidade do utente.

" Infelizmente a maior parte das pessoas dos 65 anos para cima aqui no Alentejo não pratica atividade física e então mudar isso também não é assim, uma coisa muito fácil, mas penso que é importante e acho que esta mensagem deve ser passada (...)" (P2, GF1, 8, 254-259)

3.2.4 Motivação reflexiva

3.2.4.1 Papel Social/ Profissional e Identidade

Na componente da *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio do *Papel Social/ Profissional e Identidade* do TDF, foram identificados pelos fisioterapeutas três facilitadores. A consciência de que os fisioterapeutas têm influência no processo de mudança do comportamento das pessoas com OA, facilitando e guiando a prática de atividade física é vista como um facilitador do comportamento alvo.

"Eu acho que o nosso papel como promotores vai muito de encontro ao que os colegas disseram... é facilitar a promoção da atividade e tentar ajudar aí, introduzir ao máximo dentro das atividades (...)" (P8, GF2, 45, 1445-1447)

No entanto, é referido também pelos fisioterapeutas a responsabilização do utente no seu processo de tratamento como um facilitador. Os fisioterapeutas referem ter um papel essencial na educação e mudança de comportamento das pessoas com OA, no entanto, responsabilizarem o utente é referido por eles como essencial para que haja adesão à prática de atividade física. Salientam que se mostram sempre disponíveis para esclarecer e aconselhar as pessoas com OA para que eles se sintam apoiados, mas que o trabalho também tem de ser deles e não apenas dos fisioterapeutas.

"Claro que nem tudo está no nosso controlo e acima de tudo, é responsabilizar a pessoa, a pessoa tem de entender que nós somos um guia e muito também parte dela e nós também temos de os fazer ver isso e, portanto, não há muito mais que possamos fazer. E no fundo, é mostrarmo-nos sempre disponíveis para ajudar quando estiver disposto a mudar porque alguns têm noção que faria bem, mas depois não conseguem, e temos de aceitar, não está no timing deles. Temos de entender e quando decidirem que é altura da

mudança, eu cá estarei de novo para ajudar no que for possível e no caminho." (P11, GF3, 53, 1685-1696)

Outro fator referido como facilitador e essencial por vários fisioterapeutas é a identificação e o comportamento do fisioterapeuta ser coerente com a promoção de atividade física, ou seja, os fisioterapeutas referem que é essencial para além de ser promotores de atividade física, serem eles também consumidores de atividade física.

"(...) nós, enquanto promotores de atividade física, temos que ser nós próprios, consumidores de atividade física, ou seja, nós temos que conseguir perceber que tipo de sensações uma pessoa tem quando faz uma atividade física, quando pratica uma atividade física, para pelo menos conseguir ter esse reporte também com o paciente e sermos aquilo que pregamos de facto (...)." (P7, GF2, 42, 1352-1358)

Por oposição, foi também referido como barreira, o comportamento dos fisioterapeutas muitas vezes não ser coerente com a sua promoção de atividade física nas pessoas com OA. Aconselhar o utente a adotar um comportamento que o próprio fisioterapeuta não tem como rotina, é identificado como um comportamento não coerente com o papel profissional e social.

"Acho que o facto de entre os fisioterapeutas não se ver também bastante prática de atividade física ou eles próprios praticarem ou eles próprios fazerem atividades...isso faz com que as pessoas também tenham aquela perceção: "então, se eles não fazem, porque é que eu tenho de fazer". Eu acho que isso é um ponto negativo que eu batalho constantemente na minha equipa (...)" (P13, GF3, 60, 1915-1921)

3.2.4.2 Crenças sobre as Capacidades

Na componente da *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio *Crenças sobre as Capacidades*, surge um facilitador e uma barreira. Desta forma, a confiança nas próprias capacidades profissionais e na evolução profissional para conseguir promover atividade física, causando mudança no comportamento nas pessoas com OA é considerada um facilitador. Quando questionados sobre o seu nível de confiança², a maior parte dos fisioterapeutas mostra-se confiantes na sua capacidade de promover atividade física. Alguns

² Nível de confiança para a promoção de atividade física na OA, fora do contexto clínico, numa escala de *Likert* de 11 pontos (0 significa "não ter confiança" e 10 significa "totalmente confiante")

deles referem com a prática clínica e a formação contínua terem vindo a desenvolver capacidades, potenciando desta forma mais confiança nas suas competências para promoverem atividade física. Vários fisioterapeutas mencionam que têm vindo a trabalhar capacidades como a entrevista motivacional permitindo identificar fatores psicossociais e contextos de vida para a escolha correta da estratégia de promoção de atividade física a utilizar.

“Eu vou dizer um 8, se fosse há 2 anos, dizia se calhar um 4. Penso que consigo analisar caso a caso e tento identificar em conjunto com as pessoas algumas barreiras...coisas que podemos mudar e que podem fazer sentido para a pessoa, mas também acho que tenho uma maior capacidade de esperar e perceber que a pessoa não vai mudar de um dia para o outro e que fazer alguma coisa e depois às vezes não fazer, apesar de tudo já é um princípio (...)” P2, GF1, 10, 292-297)

Em oposição, os participantes referem falta de autoeficácia na promoção de atividade física e mudança de comportamentos nas pessoas com OA fora do contexto clínico. Referem que fatores como ter nas pessoas com OA desmotivados, referenciação médica para o repouso ou com crenças negativas com a atividade física, ou necessidade de desenvolver algumas estratégias como a comunicação e a educação ao utente, afetam a sua confiança para promover atividade física. Justificam ainda que nestes casos sentem que tinham de desenvolver ainda mais as suas capacidades de comunicação e educação ao utente.

“Vou falar se calhar num 6 ou 7 (...) estou a ter em conta os utentes mais difíceis nas condições mais difíceis (...) portanto, os utentes que têm crenças negativas juntamente num contexto em que a médica fisiatra também aconselha ao repouso, portanto, aí tenho de ter um jogo de cintura maior e para aí não tenho assim a minha confiança muito elevada... eu tinha de ter estratégias de comunicação muito bem trabalhadas e tinha de saber muito bem dialogar com uns e com outros, gerir expectativas, ter aqui umas estratégias de educação bem apuradas (...).” (P20, GF4, 79, 2523-2530)

“A confiança (...) diria que acho que anda ali nos 5, porque como também tenho muitos casos, também não vou conseguir focar-me só na parte da osteoartrose e torna-se ainda mais confuso e mais difícil termos a confiança e termos aquela consistência para perceber o que funciona melhor, como funciona e acho que pode afetar um pouco a minha

confiança na promoção de atividade física, por isso é que acho que há pontos a melhorar . (P12, GF3, 68, 2170-2176)

3.2.4.3 Crenças sobre as Consequências

Na componente *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio *Crenças sobre as Consequências*, foi identificado um facilitador. Desta forma, alguns dos fisioterapeutas participantes referem o facilitador de acreditar nos benefícios clínicos e pessoais que a promoção de atividade física vai trazer no utente, nomeadamente benefícios clínicos como ganho de amplitudes, flexibilidade, suporte muscular, ganhos funcionais, força, resistência, mas também a melhoria da qualidade de vida, autoestima, autoeficácia e a questão social.

" (...) acho que os benefícios do exercício depois também vão além da parte física...acho que as pessoas ganham uma autoestima e uma autoeficácia que com outro tipo de tratamento passivo ou algo do género não ganham, não é? (...)" (P2, GF1, 14, 422-434)

"A nível de benefícios, realmente é o ganho de amplitude, flexibilidade, mais suporte muscular, ou seja, dar mais estabilidade ao próprio corpo, tudo isto quando corre bem (...)" (P1, GF1, 11, 349-351)

Contrariamente a este facilitador é referido também uma barreira, que são as crenças pessoais do fisioterapeuta com a promoção de atividade física. Os fisioterapeutas referem que muitas das vezes têm receio que ao encaminhar as pessoas com OA para serviços disponíveis na comunidade ou até mesmo serviços disponíveis no seu contexto de trabalho, como pilates ou hidroterapia, as pessoas com OA pensem que os fisioterapeutas querem apenas vender um serviço e que a prática de atividade física não tenha efetivamente um real benefício nesta condição.

(...) só que noto que muitas vezes esta atividade física vem vendida como uma bala de prata, que tudo vai resolver e é uma solução, e não é assim. Portanto esta conceção errada de que aquilo é, de facto, uma solução prática que vai ter uma causa-consequência quando é posto em prática, muitas vezes é vendida assim, muitos de nós vendemos assim aos pacientes, mas não é verdade. Na minha interpretação é um caminho para depois se almejar algo mais (...)" (P7, GF2, 42, 1333-1339)

3.2.4.4 Otimismo

Na componente de *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio *Otimismo* do TDF, foi encontrado um facilitador. Os participantes revelam ser otimistas sobre os resultados possíveis de atingir nas pessoas com OA com a promoção de atividade física. Referem que só o facto de o utente começar a estar desperto para estas questões da prática de atividade física e começar a ser mais ativo gradualmente já é uma conquista grande, mesmo que os resultados não sejam logo alcançados a curto prazo. Isto faz com que se mostrem otimistas, mesmo que nem sempre tenham os resultados pretendidos e desta forma o seu otimismo facilita a promoção de atividade física pelos fisioterapeutas.

" (...) às vezes só o simples facto de a pessoa começar a ser um bocadinho mais ativa, só o facto de ir ao café e tudo mais é já é uma grande vantagem." (P9, GF2, 25, 773-775)

3.2.4.5 Intenções

Na componente de *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio *Intenções* do TDF, foi encontrado um facilitador, elevada prioridade para promover atividade física. Os participantes demonstrarem intenções e determinação para promover atividade física, referindo mesmo que era algo absolutamente essencial.

" (...) é mandatório promovermos a atividade física fora do contexto clínico. Isso não tem discussão nenhuma, é absolutamente essencial." (P14, GF3, 1786-1788)

3.2.4.6 Objetivos

Na componente de *Motivação Reflexiva* do COM-B, no domínio *Objetivos* do TDF. Ter objetivos de saúde para as pessoas com OA concretizáveis, estabelecidos pelos fisioterapeutas, foi considerado por eles um facilitador para a promoção de atividade física. Referem objetivos como dar o máximo de independência e funcionalidade possível as pessoas com OA potenciando o aumento da qualidade de vida, identificando as ferramentas que têm disponíveis permitindo a autogestão da sua condição.

" (...) acho que qualquer fisioterapeuta deseja que as pessoas à sua volta tenham funcionalidade, tenham movimento e consigam ser o mais ativas possíveis e sejam capazes de, neste caso até nos cuidados de saúde primários, em que nós temos tanta limitação a nível de horário...o que nós queremos é que as pessoas sejam capazes de autogerir a sua condição e percebam as ferramentas que têm disponíveis, aquelas que

resultam melhor com elas e as tentem aplicar no dia a dia (...) para mim a pessoa ter essa autonomia é o meu grande objetivo." (P2, GF1, 17, 519-529)

3.2.5 Motivação automática

3.2.5.1 Reforço

Na componente de *Motivação Automática* do COM-B, no domínio *Reforço* do TDF, foram identificados dois facilitadores. Vários fisioterapeutas referiram como facilitador os ganhos de saúde das pessoas com OA, como recompensa. Referiram o incentivo de verem as pessoas com OA bem, identificam que não precisam de nenhuma recompensa financeira, mas sim ver as pessoas com OA mais capacitadas, a saberem gerir a sua condição e mais felizes a nível pessoal. Identificam também o incentivo de terem outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar a verem melhorias naquele utente após a referenciação do fisioterapeuta para a prática de atividade física.

"(...) quando a pessoa verifica por ela própria e que nos refere que se sente melhor, que já consegue fazer as coisas, portanto, quando nós vemos que realmente está a resultar ou quando temos outros profissionais que colaboram com aquela pessoa que também nos vem referir que ela está melhor, está mais capacitado para qualquer coisa. (P20, GF4, 86, 2730-2735)

Os participantes mencionaram também como facilitador sucesso com experiências anteriores. Referem que o facto de já terem tido bons resultados anteriormente é uma recompensa para eles e uma forma de motivação para continuarem a promover atividade física noutras pessoas com a mesma condição.

"E depois as partes mais positivas que tenho e, portanto, tem corrido bem esta questão...pronto, geralmente são utentes que vão verificando que o exercício até faz bem, começam a sentir um alívio de dor, começam a introduzir isto já como hábito de vida, começam a perceber que é necessário implementar isto quando estão pelo menos em fases estacionárias para conseguirem mantê-las (...)" (P20, GF4, 71, 2284-2289)

3.2.5.2 Emoções

Na componente de *Motivação Automática* do COM-B, no domínio *Emoções* do TDF, foi encontrado um facilitador e uma barreira. Desta forma, os participantes referiram sentir felicidade quando promovem atividade física fora do contexto clínico nas pessoas com OA,

especialmente quando as pessoas com OA seguem as suas recomendações, aprendem a gerir a sua condição e referem melhorias.

" (...) enche-me aqui o coração...quando me cruzo com as pessoas e as pessoas me dizem: "olha, apareceu uma dor, mas eu fiz aqueles exercícios ou fiz aquele movimento e aliviou e consegui resolver o problema..." (P2, GF1, 16, 526-529)

Por outro lado, os participantes antecipam o sentimento de tristeza e frustração quando as pessoas com OA não aderem à prática de atividade física fora do contexto clínico. Os fisioterapeutas identificam uma antecipação de emoções negativas se não conseguirem que o utente siga as suas recomendações relativas à prática de atividade física.

"Naquelas pessoas em que por algum motivo não conseguimos que elas façam alguma mudança em relação à atividade física ou exercício...acabamos por sentir que os resultados poderiam ser melhores nalguns momentos, mas pronto, não houve essa adesão da pessoa e aí pronto, acaba por não ser assim tão positivo. (P12, GF3, 52, 1673-1677

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, identificam perspectivas sobre as barreiras e facilitadores percebidas pelos fisioterapeutas para a promoção de atividade física, no cotidiano das pessoas com OA, fora do contexto clínico.

No decorrer da análise dos resultados obtidos, constatou-se que 5 componentes do modelo COM-B e 14 domínios do TDF se revelaram importantes para a compreensão do comportamento alvo dos fisioterapeutas portugueses, recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física. Foram identificados 25 facilitadores e 14 barreiras que influenciam a capacidade, motivação e oportunidade dos fisioterapeutas na execução do comportamento alvo.

4.1 Barreiras e facilitadores

Nos domínios do “*Conhecimento*” e “*Aptidões Cognitivas e Interpessoais*” os participantes deste estudo concordam que os fisioterapeutas devem ter conhecimento sobre a condição clínica, mecanismos subjacentes e recomendações clínicas para a OA, considerando este como um facilitador para a promoção de atividade física. No estudo de Mackay et al. (2020), verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas têm conhecimento, competências e formação no que diz respeito ao tratamento da OA (MacKay et al., 2020). Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Patel et al. (2014), onde estas competências são reconhecidas por outros profissionais de saúde (Patel et al., 2014). Os fisioterapeutas são considerados profissionais com competências para a prescrição de exercício em pessoas com patologia, nomeadamente na OA (West et al., 2021b). Apesar de ser destacado como parte integrante da identidade profissional deste grupo de profissionais de saúde, os participantes deste estudo declaram que têm uma lacuna no conhecimento sobre prescrição de exercício e estratégias de promoção de atividade física. Vários estudos vão ao encontro destas declarações, descrevendo lacunas no conhecimento dos fisioterapeutas sobre parâmetros eficazes na prescrição de exercício, como a dose, frequência e tipo ou atividade física a recomendar (Bhardwaj et al., 2024; Holden et al., 2019; Nissen et al., 2022; Poitras et al., 2010) Não obstante, das suas capacidades, reconhecem que estas podem ser melhoradas, em particular destacam-se a comunicação, a inteligência emocional e entrevista motivacional.

Além disso, os participantes deste estudo admitem ainda, diferentes níveis de conhecimento entre os pares. De facto, a literatura demonstra que as experiências dos fisioterapeutas e o seu desenvolvimento profissional contínuo, influenciam significativamente as habilidades para saber gerir a condição, a tomada de decisão clínica e a abordagem centrada nas pessoas (MacKay et al., 2020).

Neste estudo, os fisioterapeutas identificam como facilitador o facto de terem conhecimento sobre os recursos já existentes na comunidade de forma a aconselhar as pessoas com OA. Sutton et al. (2022), observaram a necessidade de os fisioterapeutas terem conhecimentos sobre os programas comunitários e instalações existentes na região, onde possam praticar essa atividade física, para informar devidamente as pessoas com OA (Sutton et al., 2022). Além disso, a integração de cuidados com a comunidade é uma área que tem vindo a ser explorada nos últimos anos e esta integração deve ser promovida pelos fisioterapeutas (Fullen et al., 2023). Dada a história natural da condição, o envelhecimento significativo da população, e o aumento dos níveis de inatividade física é expectável a necessidade de cuidados integrados e de auto-gestão para manter níveis de funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com OA (Goh et al., 2019). Deste modo, torna-se imperativo a interligação dos cuidados de saúde com os serviços comunitários que promovem a atividade física (Allen et al., 2020). Apesar de ser uma estratégia com poucos estudos desenvolvidos na área parece ser o futuro para promover a sustentabilidade dos cuidados de saúde, no que diz respeito a esta área. Pois, são serviços que promovem a participação social e a manutenção dos níveis de atividade física a longo prazo (A. Costa, Lopes, et al., 2021; Corey et al., 2023).

No domínio “ *Memória, Atenção e Processos de Decisão* ” os fisioterapeutas referiram usar como rotina a prática de estratégias de promoção de atividade física nas pessoas com OA, nomeadamente ouvir o utente e perceber o contexto, crenças e preferências, recorrer a familiares para ajudar na promoção de atividade física dentro do contexto do utente, educação, autogestão, auto monitorização através de objetivos e aplicações móveis, reforço/lembretes para a prática de atividade física, saúde digital, encaminhamento para programas/serviços já existentes na comunidade (universidades séniores, grupos de exercícios comunitários, ginásios, piscinas) e/ou programas para realizar programas de exercício em casa. Estas estratégias já têm sido referidas em outros estudos (Corey et al., 2023b; Stone & Baker, 2017). As recomendações para a intervenção em pessoas com OA referem a necessidade de uma prática centrada na pessoa, como tal os resultados deste estudo

vão ao encontro desta prática (Corey et al., 2023b). Os participantes do estudo identificam como facilitador as preferências do utente, o contexto pessoal e a adaptação destas à promoção, adesão e manutenção de atividade física a longo prazo. Estas estratégias são catalisadores para aumentar a adesão das pessoas com OA, já identificada por outros autores (Corey et al., 2023b; MacKay et al., 2020). Reconhecer e utilizar estratégias informadas por TMCs na promoção de atividade física pode ser uma mais-valia importante, pois são efetivas e muitas das vezes resultantes do conhecimento e expertise clínica (Corey et al., 2023b). Por outro lado, a literatura também refere que estas estratégias podem estar a ser subutilizadas na prática clínica, sugerindo que os fisioterapeutas podem não ser eficazes na utilização destas estratégias que incentivam a adesão à prática da atividade física (Willett et al., 2021).

No domínio “*Influências Sociais*” o presente estudo demonstra que o apoio da equipa multidisciplinar é um facilitador para a promoção de atividade física em pessoas com OA, influenciando positivamente os fisioterapeutas na adoção do comportamento analisado. Esta conclusão tem sido reportada e verificada anteriormente por Briggs et al. (2019) que concluiu que a adoção de estratégias de promoção de atividade física na OA por fisioterapeutas pode ser influenciada positivamente por a relação com a equipa multidisciplinar e a colaboração entre equipas profissionais (Briggs et al., 2019) Foi também identificado como facilitador o facto de as pessoas com OA já serem fisicamente ativas e motivadas para a atividade física. É descrito na literatura que pessoas que já tenham práticas regulares de atividade física, sentem-se mais confiantes e motivadas para seguir e manter as recomendações após a alta da fisioterapia e desta forma influenciar positivamente o comportamento dos fisioterapeutas (Petursdottir et al., 2010).

Contrariamente, foi identificado como barreira, as crenças e comportamentos das pessoas com OA sobre a adequabilidade da atividade física. Sabe-se que as crenças das pessoas com OA em fazer atividade física, as experiências anteriores desfavoráveis ou o facto de as pessoas com OA preferirem tratamentos rápidos e passivos constitui uma barreira para a promoção e consequentemente prática regular de atividade física (Stead et al., 2023). Num estudo elaborado por Gleadhill et al. (2022), 60% dos fisioterapeutas participantes relataram que as crenças e os comportamentos de as pessoas com OA, nomeadamente preferências por outras opções terapêuticas, limitam a implementação de cuidados de elevado valor, podendo influenciar a tomada de decisão clínica dos fisioterapeutas. Estes elementos tem um impacto direto no comportamento dos fisioterapeutas de promover atividade física, em pessoas com

OA com determinadas crenças e comportamentos (Gleadhill et al., 2022). Os determinantes sociais das pessoas com OA como situações sociais, pessoais e financeiras também são referidos na literatura como fatores que podem influenciar a adesão das pessoas com OA à prática de atividade física e desta forma ter um impacto direto no comportamento dos fisioterapeutas. Os fisioterapeutas participantes neste estudo identificaram estas mesmas barreiras. Realçam-se o custo das atividades, a indisponibilidade de tempo, falta de meios de transporte para deslocação e baixa motivação (Briggs et al., 2014; West et al., 2021a).

Ainda no domínio das “*Influências Sociais*” é referido como barreira, a resistência ou não recomendação dos profissionais de saúde à promoção de atividade física, com pouca ou referenciação errada, muita das vezes com resistência a práticas atualizadas. Vários estudos revelam incertezas na classe médica sobre os potenciais benefícios do exercício para a OA (Holden et al., 2019; Okwera & May, 2019). Tem sido descrito que os médicos podem ter crenças que os sintomas da OA irão progredir e a cirurgia será inevitável, devido à natureza incurável desta condição e por isso, muitas das vezes atribuírem pouca importância à prevenção (Poitras et al., 2010). Por outro lado, alguns médicos descrevem que encorajam os pacientes a gerirem a sua condição por meio do conhecimento da sua condição e mudanças no estilo de vida, como atividade física e controlo de peso e possível encaminhamento para a fisioterapia, até como forma de retardar a cirurgia (Holden et al., 2019). Alguns estudos examinaram o conhecimento e a experiência de clínicos gerais, reumatologistas, cirurgiões e ortopedistas sobre atividade física, exercício e fisioterapia no tratamento da OA. No estudo de Okwera (2019) foram considerados como tendo uma compreensão razoável do papel da fisioterapia na OA (Okwera & May, 2019). Em contraste, no estudo de Egerton et al., é referido um conhecimento impreciso e inadequado sobre exercício (Egerton et al., 2018).

Foi destacada ainda uma barreira, a falta de confiança nos serviços de atividade física na comunidade, nomeadamente nos profissionais envolvidos na prestação de serviços, que muitas das vezes não são especializados. Estes resultados estão alinhados com o estudo de O'Brien et al. (2020) que revela que a forma de ajudar os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde a promover atividade física é aumentar a disponibilidade de programas comunitários, instalações adequadas, e profissionais capacitados para a prestação dos serviços na comunidade. Os participantes identificaram um elevado nível de confiança e interesse em encaminhar para outros programas e profissionais (82,1%), no entanto, apenas

27% é que o faz. As razões apontadas para isso foram a existência de poucos profissionais de exercício, programas comunitários ou instalações acessíveis. Assim é referido que os fisioterapeutas tem elevada prioridade em encaminhar para serviços na comunidade, mas sentem barreiras para onde encaminhar (O'brien et al., 2020).

No domínio “*contexto ambiental e recursos*” é descrito como facilitador ter serviços na comunidade e condições para a prática de atividade física, nomeadamente a disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços para encaminhar as pessoas com OA. Ainda como facilitador foi assinalado também, os recursos para a promoção de atividade física, como a existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo para a promoção de atividade física. Os participantes referem que ter espaço, recursos materiais ou digitais para em sessão as pessoas com OA praticarem atividade física e serem acompanhados por os fisioterapeutas, dando feedback e orientação é facilitador. Um estudo de Willett e os seus colaboradores (2021) demonstram que a manutenção da atividade física pode ser influenciada por o acesso a recursos, nomeadamente o acesso a instalações comunitárias e a facilidade de acesso a estes recursos (Willett et al., 2021). Num outro estudo de Corey et al. (2022) os participantes identificaram como barreira para encaminhar as pessoas com OA, os fisioterapeutas sentirem que os centros comunitários que tinham ao seu redor não eram adequados às necessidades dos seus pacientes. Foram ainda identificadas neste estudo barreiras como não ter transporte ou questões financeiras (Corey et al., 2023c).

Contrariamente, foi descrito como barreira a organização atual dos cuidados de saúde, no que diz respeito a tempo restrito e falta de acompanhamento do utente. Foi destacada pelos fisioterapeutas a diferença entre o contexto privado e convencionado. Vários fisioterapeutas referem que a falta de tempo para acompanhar e educar o utente, devido ao facto de trabalharem com vários utentes por hora e muitas das vezes com pouco espaço para exercício e pouca privacidade para explorar contextos pessoais é visto como prejudicial para a promoção de atividade física. Num estudo de West et al. (2021) a falta de tempo do profissional de saúde foi identificada como uma barreira à promoção de atividade física, destacando-se a importância de um acompanhamento contínuo do utente. Foi destacado ainda que organização dos cuidados de saúde, com muitos pacientes por hora e pressão para dar alta rápido é uma barreira à recomendação para a prática de atividade física (West et al., 2021b). Ainda num estudo de Stead et al. (2023) foi mencionado também que a pressão do tempo interfere na informação prestada ao utente, passando a promoção de atividade física

muitas das vezes para segundo plano (Stead et al., 2023). Esta informação é confirmada também por outros estudos em que é enfatizado que o tempo reduzido para acompanhar um utente influencia a capacidade de monitorizar, apoiando assim a necessidade de melhorar o sistema de saúde sobrecarregado e criar oportunidades e programas comunitários (Lowe et al., 2018; Martin Ginis et al., 2016).

No entanto, uma perspetiva contrária de um fisioterapeuta que já trabalhou no regime convencionado, foi destacada e potenciou a reflexão em grupo. Foi referido que no convencionado apesar do tempo reduzido em sessão ser visto sempre como uma barreira, este permite ver o utente várias sessões seguidas, o que permite que a educação ao utente sobre a prática de atividade física fora do contexto clínico seja reforçada e que sejam estabelecidas metas e revistos objetivos com o utente a cada sessão. Fator este que muitas das vezes o regime particular não permite, pois devido aos custos associados, o utente vai menos vezes e mais espaçadas no tempo. Embora este ponto de vista tenha sido abordado, foi identificado pela maioria dos fisioterapeutas o regime convencionado como uma barreira à prática de atividade física.

No domínio “*Papel Profissional/ Social e Identidade*”, foi identificado pelos participantes como facilitador, responsabilizar o utente pelo seu processo de recuperação, tendo por base uma tomada de decisão partilhada e a literatura vai de encontro desta afirmação. Dickson et al. (2024), afirmam no seu estudo que os fisioterapeutas devem estar capacitados para tomar decisões clínicas na promoção de atividade física. Todavia, este processo deve resultar de uma colaboração partilhada com as pessoas, responsabilizando-os também por o seu processo de recuperação (Dickson et al., 2024). Os fisioterapeutas do presente estudo referem ter consciência que são agentes no processo de mudança de comportamento das pessoas com OA, facilitando e guiando a prática de atividade física. A literatura refere também, como facilitador ao processo de promoção de atividade física, o facto de os fisioterapeutas serem promotores, com influência e responsabilidade profissional na mudança de comportamento das pessoas (Stone & Baker, 2017). Na Austrália, Canadá e Reino Unido, os adultos que recorrem a cuidados de fisioterapia, referem, valorizam e conjecturam que os fisioterapeutas sejam capazes de aconselhar sobre atividade física (B. Kunstler et al., 2019; Martin Ginis & West, 2021).

No domínio “*crenças sobre as capacidades*” foi mencionado pelos participantes do estudo, confiança nas suas capacidades profissionais. Referem ainda que se sentem confiantes na sua evolução profissional ao longo da sua prática clínica e desta forma confiantes nas suas capacidades de promover uma mudança comportamental nas pessoas com OA, relativamente à prática de atividade física, fora do contexto clínico. O’Brien et al. (2017), identificam no seu estudo que os fisioterapeutas se sentem confiantes e confortáveis para aconselhar e educar as pessoas sobre a prática de atividade física. Foi revelada uma percentagem de 82% relativa ao conhecimento e confiança dos fisioterapeutas em promover atividade física, em comparação com amostras publicadas anteriormente de médicos (9%; n=113) e profissionais de saúde, não incluindo fisioterapeutas (13%; n=54) (O’Brien et al., 2017). Por outro lado, a falta de autoeficácia na promoção de atividade física foi identificada pelos participantes como barreira. Um estudo de Stead et al., (2023) corrobora a falta de confiança e o medo em aconselhar também foi identificada como uma barreira à promoção de atividade física (Stead et al., 2023).

No domínio “*crenças sobre as consequências*”, os fisioterapeutas abordam que ter crenças pessoais sobre a promoção de atividade física é uma barreira para a adoção do comportamento alvo. Crenças sobre o exercício, ou sobre a não aceitação das pessoas com OA à sua prática ou ainda crenças sobre os pacientes pensarem que os fisioterapeutas ao encaminharem querem vender um serviço, são alguns dos exemplos de crenças referidas pelos fisioterapeutas como possíveis barreiras. Num estudo de Egerton et al. (2017) foi possível constatar que as perceções dos profissionais de saúde sobre a condição, a adesão do utente e eficácia do tratamento pode levar a uma prática em desacordo com as recomendações atuais (Egerton et al., 2017).

No domínio “*emoções*” foi descrito como barreira a antecipação de emoções negativas se não se atingissem os resultados esperados. Os fisioterapeutas referem que sentem frustração e tristeza quando não conseguem que o utente tenha uma mudança no comportamento relativamente à prática de atividade física. Não obstante, a literatura sugere que a não adesão das pessoas com OA à promoção de atividade física realizada pelos fisioterapeutas pode ser frustrante para eles, levando-os a questionar a sua identidade profissional e a reconhecer uma necessidade de se manterem resilientes (Room et al., 2021). Contrariamente, foi também identificado como facilitadoras emoções positivas com os resultados, como a felicidade. Mackay et al. (2020) no seu estudo, identificaram que as emoções positivas por parte dos

fisioterapeutas e o seu sucesso com experiências anteriores são facilitadores para a promoção de atividade física em pessoas com OA. Esclarecem ainda que uma atitude positiva e otimista são comportamentos facilitadores na mudança de comportamento nas pessoas com OA (MacKay et al., 2020). Desta forma, esta afirmação da literatura, é também identificativa do domínio “*Otimismo*” em que este, sobre a adesão à prática de atividade física é um facilitador à adoção do comportamento.

4.2 Forças e limitações

As principais forças do estudo estão relacionadas com o número de grupos focais e o número de participantes que permitiu ter uma visão aprofundada e abrangente sobre este tema, uma vez que permitiu uma visão detalhada das perceções e experiências dos fisioterapeutas portugueses a trabalhar em contexto privado ou instituição de saúde pública e que trabalham com pessoas com condições músculo-esqueléticas, nomeadamente OA.

A utilização dos modelos COM-B e TDF, também pode ser destacada neste estudo como um ponto forte, pois permitiram uma análise estruturada com a identificação, análise e compreensão das barreiras e facilitadores. Esta abordagem é consistente com a literatura no uso de ferramentas teóricas para compreender e abordar a mudança do comportamento em contexto de saúde/clínicos (Michie et al., 2011b). Além disso, os dados identificados neste estudo podem enriquecer a literatura sobre que fatores influenciam os fisioterapeutas na recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física, sendo que poucos estudos analisam a alta da fisioterapia nesta perspetiva.

A diversidade dos participantes, no que diz respeito a regiões do país, assim como diversidade de contexto de trabalho (cuidados de saúde primários, clínicas privadas e regime convencionado de medicina física e reabilitação), sexo, idade, experiência profissional, instituição/instituições de formação académica, teve como objetivo garantir a inclusão de diferentes perspetivas (Creswell & David Creswell, 2018).

No entanto, as limitações deste estudo também precisam ser consideradas. A primeira prende-se com a seleção por conveniência da amostra, que é menos ótima do que a amostra intencional em estudos qualitativos, pois pode não captar todas as perspetivas possíveis (Tong et al., 2007). Pode ser considerado como limitação o facto de este estudo ser qualitativo, em que o recurso a grupos focais pode levar à presença do viés de desejabilidade

social. A moderação dos grupos focais pelos próprios investigadores do estudo também pode ser considerado um viés de desejabilidade social, uma vez que os próprios moderadores também são fisioterapeutas, e condicionar o conteúdo das entrevistas.

Por outro lado, embora o TDF permita uma estrutura abrangente para compreensão das barreiras e facilitadores, algumas categorias podem depender da interpretação do investigador. A solução encontrada foi a discussão para chegar a um consenso, com os membros da equipa de pesquisa, nomeadamente com dois investigadores experientes (DC e AM).

O tamanho da amostra ser limitado a 20 fisioterapeutas, pode não transmitir a generalização dos resultados para a população portuguesa de fisioterapeutas, na sua globalidade. Por último, a saturação dos dados não foi testada pelos investigadores, pelo que não se pode afirmar com clareza que as conclusões retiradas neste estudo sobre as barreiras e facilitadores para a recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico são representativas de todos os pontos de vista possíveis, podendo haver perspetivas que não foram recolhidas ou identificadas (Moser & Korstjens, 2018).

4.3 Implicações futuras

Os resultados deste estudo podem, no futuro, informar intervenções que promovam a integração de serviços da comunidade para manutenção de níveis moderados e elevados de atividade física por parte das pessoas com OA, com as unidades de fisioterapia, promovendo a manutenção dos níveis de atividade física após a alta das pessoas com OA. Desta forma, é possível retirar as pessoas de unidades de saúde, permitindo que sejam fisicamente ativos fora do contexto clínico e potenciando a participação social.

Por conseguinte, estudos futuros podem usar estes resultados e investigar especificamente as estratégias de promoção de atividade física usadas por os fisioterapeutas, para que se possam identificar que estratégias de promoção de atividade física ainda devem ser desenvolvidas. É importante também investigar sobre o papel que os programas na comunidade e programas educativos podem ter na fisioterapia após a alta da pessoa com OA. No futuro, deve ainda ser investigado as variadas formas ou estratégias de os fisioterapeutas desempenharem um papel mais ativo no aumento do acesso das pessoas com OA a esses programas.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu explorar as barreiras e os facilitadores percebidas pelos fisioterapeutas para a promoção de atividade física no cotidiano das pessoas com OA, fora do contexto clínico.

As conclusões deste estudo destacam barreiras e facilitadores em multi-domínios. Os resultados deste estudo revelaram a presença de 25 facilitadores (5 componentes do COM-B; 14 domínios do TDF) e 14 barreiras (5 componentes do COM-B; 8 domínios do TDF) à recomendação para a adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, como componente da promoção da atividade física.

Foram identificados pelos participantes barreiras como a falta de confiança nos serviços de atividade física na comunidade, a resistência de outros profissionais de saúde à promoção de atividade física, as crenças e comportamentos das pessoas com OA sobre a adequabilidade da atividade física e a organização atual dos cuidados de saúde. Por outro lado, os facilitadores que se destacaram foram ter conhecimento sobre estratégias de promoção de atividade física, promover regularmente atividade física fora do contexto clínico e adaptar estratégias de promoção de atividade física às pessoas com OA, apoio da equipa multidisciplinar, serviços da comunidade e condições para a prática de atividade física e recursos para a promoção de atividade física.

Os participantes reconhecem a necessidade de promover a autogestão, motivando as pessoas com OA e capacitando-os para saberem gerir a sua própria condição. A prática de atividade física na OA fora do contexto pressupõem uma mudança de comportamento na vida das pessoas com OA. Apesar desta ser vista como um desafio por todos os fisioterapeutas participantes no estudo, é reconhecida a importância e a elevada prioridade em promover atividade física na OA fora do contexto clínico, nas pessoas com OA.

Para os fisioterapeutas, este estudo traz implicações práticas reforçando o elevado valor da adesão à prática de atividade física fora do contexto clínico, mas acima de tudo identificando barreiras e facilitadores para a promoção de atividade física em pessoas com OA.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, K., Vu, M. B., Callahan, L. F., Cleveland, R. J., Gilbert, A. L., Golightly, Y. M., Griesemer, I., Grimm, K., Hales, D. P., Hu, D. G., Huffman, K., Nelson, A. E., Pathak, A., Rees, J., Rethorn, Z. D., & Wandishin, A. E. (2020). Osteoarthritis physical activity care pathway (OA-PCP): Results of a feasibility trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03339-6>
- Austin S, & Qu H. (2013). *Health Care Providers' Recommendations for Physical Activity and Adherence to Physical Activity Guidelines Among Adults with Arthritis*.
- Bannuru, R. R., Osani, M. C., Vaysbrot, E. E., Arden, N. K., Bennell, K., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Kraus, V. B., Lohmander, L. S., Abbott, J. H., Bhandari, M., Blanco, F. J., Espinosa, R., Haugen, I. K., Lin, J., Mandl, L. A., Moilanen, E., Nakamura, N., Snyder-Mackler, L., Trojjan, T., ... McAlindon, T. E. (2019). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 27(11), 1578–1589. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>
- Basedow, M., & Esterman, A. (2015). Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: A systematic review. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (Vol. 21, Issue 5, pp. 782–789). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jep.12402>
- Bhardwaj, A., Hayes, P., Browne, J., Grealis, S., Maguire, D., O'Hora, J., Dowling, I., Kennedy, N., & Toomey, C. M. (2024). Barriers, Facilitators and Referral Patterns of General Practitioners, Physiotherapists, and People with Osteoarthritis to Exercise. *Physiotherapy*, 101416. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101416>
- Bouma, S. E., Van Beek, J. F. E., Diercks, R. L., Van Der Woude, L. H. V., Stevens, M., & Van Den Akker-Scheek, I. (2022). Barriers and facilitators perceived by healthcare professionals for implementing lifestyle interventions in patients with osteoarthritis: A scoping review. In *BMJ Open* (Vol. 12, Issue 2). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056831>

- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira Da Costa, L., Mourão, A. F., Silva, I., Lares, P., Sepriano, A., Araújo, F., & Rodrigues, A. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt - a national health survey. *RMD Open*, *13*, 22. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>
- Briggs, A. M., Houlding, E., Hinman, R. S., Desmond, L. A., Bennell, K. L., Darlow, B., Pizzari, T., Leech, M., MacKay, C., Larmer, P. J., Bendrup, A., Greig, A. M., Francis-Cracknell, A., Jordan, J. E., & Slater, H. (2019). Health professionals and students encounter multi-level barriers to implementing high-value osteoarthritis care: a multi-national study. *Osteoarthritis and Cartilage*, *27*(5), 788–804. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.12.024>
- Briggs, A. M., Towler, S. C. B., Speerin, R., & March, L. M. (2014). Models of care for musculoskeletal health in Australia: Now more than ever to drive evidence into health policy and practice. *Australian Health Review*, *38*(4), 401–405. <https://doi.org/10.1071/AH14032>
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, & Heath I. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, *390*(10090), 156–168. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Conley, B., Bunzli, S., Bullen, J., O'Brien, P., Persaud, J., Gunatillake, T., Dowsey, M. M., Choong, P. F. M., & Lin, I. (2023). Core Recommendations for Osteoarthritis Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. In *Arthritis Care and Research*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/acr.25101>
- Corey, J. J., Shirazipour, C. H., Fricke, M., & Evans, B. (2023a). Physiotherapists' role in physical activity promotion: Qualitative reflections of patients and providers. *Physiotherapy Theory and Practice*, *39*(4), 814–826. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2031361>
- Corey, J. J., Shirazipour, C. H., Fricke, M., & Evans, B. (2023b). Physiotherapists' role in physical activity promotion: Qualitative reflections of patients and providers. *Physiotherapy Theory and Practice*, *39*(4), 814–826. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2031361>

- Corey, J. J., Shirazipour, C. H., Fricke, M., & Evans, B. (2023c). Physiotherapists' role in physical activity promotion: Qualitative reflections of patients and providers. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(4), 814–826. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2031361>
- Costa, A., Lopes, J., Sousa, C. J., Santos, O., Virgolino, A., Nogueira, P., Henriques, A., Seabra, P., Capitão, C., Martins, R., Arriaga, M., & Alarcão, V. (2021). Developing a social prescribing local system in a European Mediterranean country: a feasibility study to promote active and healthy aging. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07186-6>
- Costa, D., Cruz, E. B., Silva, C., Canhão, H., Branco, J., Nunes, C., & Rodrigues, A. M. (2021). Factors Associated With Clinical and Radiographic Severity in People With Osteoarthritis: A Cross-Sectional Population-Based Study. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.773417>
- Costa, D., Rodrigues, A. M., Cruz, E. B., Canhão, H., Branco, J., & Nunes, C. (2021). Driving factors for the utilisation of healthcare services by people with osteoarthritis in Portugal: results from a nationwide population-based study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07045-4>
- Creswell, J. W. ;, & David Creswell, J. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (Fifth edition).
- De Almeida, J., Gonçalo, S., Augusto, F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Health Systems in Transition - Portugal* (Vol. 19). In Portugal system review .
- Dickson, C., Hlthsci, M. (, De Zoete, R. M. J., Berryman, C., Weinstein, P., Chen, K. K., & Rothmore, P. (2024). *Patient-related barriers and enablers to the implementation of high-value physiotherapy for chronic pain: a systematic review*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AYGZV>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde - Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde. (2022, May 27). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* . <https://pns.dgs.pt/>

- Egerton, T., Diamond, L. E., Buchbinder, R., Bennell, K. L., & Slade, S. C. (2017). A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 25, Issue 5, pp. 625–638). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.12.002>
- Egerton, T., Nelligan, R. K., Setchell, J., Atkins, L., & Bennell, K. L. (2018). General practitioners' views on managing knee osteoarthritis: A thematic analysis of factors influencing clinical practice guideline implementation in primary care. *BMC Rheumatology*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s41927-018-0037-4>
- Finch, H., & Lewis, J. (2014). *Qualitative Research Practice: A guide for social science students and researchers (2 edition)* (Ritchie In J, Lewis J, Nicholls C, & Ormston R, Eds.; SAGE Publishing). Focus Groups .
- Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van Der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee: A Cochrane systematic review. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 49, Issue 24, pp. 1554–1557). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095424>
- Fullen, B. M., Wittink, H., De Groef, A., Hoegh, M., McVeigh, J. G., Martin, D., & Smart, K. (2023). Musculoskeletal Pain: Current and Future Directions of Physical Therapy Practice. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 5(1). <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2023.100258>
- Gleadhill, C., Bolsewicz, K., Davidson, S. R. E., Kamper, S. J., Tutty, A., Robson, E., Da Silva, P. V., Donald, B., Dooley, K., Manvell, J., Manvell, N., Delbridge, A., & Williams, C. M. (2022). Physiotherapists' opinions, barriers, and enablers to providing evidence-based care: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08741-5>
- Goff, A. J., De Oliveira Silva, D., Merolli, M., Bell, E. C., Crossley, K. M., & Barton, C. J. (2021). Patient education improves pain and function in people with knee osteoarthritis with better effects when combined with exercise therapy: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 67(3), 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.06.011>

- Goh, S. L., Persson, M. S. M., Stocks, J., Hou, Y., Welton, N. J., Lin, J., Hall, M. C., Doherty, M., & Zhang, W. (2019). Relative Efficacy of Different Exercises for Pain, Function, Performance and Quality of Life in Knee and Hip Osteoarthritis: Systematic Review and Network Meta-Analysis. In *Sports Medicine* (Vol. 49, Issue 5, pp. 743–761). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01082-0>
- Hagen, K. B., Smedslund, G., Østerås, N., & Jamtvedt, G. (2016). Quality of Community-Based Osteoarthritis Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care and Research*, 68(10), 1443–1452. <https://doi.org/10.1002/acr.22891>
- Hammer, N. M., Bieler, T., Beyer, N., & Midtgaard, J. (2016). The impact of self-efficacy on physical activity maintenance in patients with hip osteoarthritis – a mixed methods study. *Disability and Rehabilitation*, 38(17), 1691–1704. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107642>
- Holden, M. A., Whittle, R., Waterfield, J., Chesterton, L., Cottrell, E., Quicke, J. G., & Mallen, C. D. (2019). A mixed methods exploration of physiotherapist’s approaches to analgesic use among patients with hip osteoarthritis. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 105(3), 328–337. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.08.003>
- Hunter, D. J., March, L., & Chew, M. (2020). Osteoarthritis in 2020 and beyond: a Lancet Commission. In *The Lancet* (Vol. 396, Issue 10264, pp. 1711–1712). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32230-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32230-3)
- INE. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019 - Instituto Nacional de Estatística*. Destaque. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpdi=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2021). *censos 2021 - Instituto Nacional de Estatística*. http://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0011610&lingua=PT
- Kanavaki, A. M., Rushton, A., Efstathiou, N., Alrushud, A., Klocke, R., Abhishek, A., & Duda, J. L. (2017). Barriers and facilitators of physical activity in knee and hip

- osteoarthritis: A systematic review of qualitative evidence. In *BMJ Open* (Vol. 7, Issue 12). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017042>
- Kaptein, S. A., Backman, C. L., Badley, E. M., Lacaille, D., Beaton, D. E., Hofstetter, C., & Gignac, M. A. M. (2013). Choosing where to put your energy: A qualitative analysis of the role of physical activity in the lives of working adults with arthritis. *Arthritis Care and Research*, *65*(7), 1070–1076. <https://doi.org/10.1002/acr.21957>
- Katz, J. N., Arant, K. R., & Loeser, R. F. (2021). Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 325, Issue 6, pp. 568–578). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171>
- Keogh, A., Tully, M. A., Matthews, J., & Hurley, D. A. (2015). A review of behaviour change theories and techniques used in group based self-management programmes for chronic low back pain and arthritis. In *Manual Therapy* (Vol. 20, Issue 6, pp. 727–735). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.03.014>
- Kolasinski, S. L., Neogi, T., Hochberg, M. C., Oatis, C., Guyatt, G., Block, J., Callahan, L., Copenhaver, C., Dodge, C., Felson, D., Gellar, K., Harvey, W. F., Hawker, G., Herzig, E., Kwoh, C. K., Nelson, A. E., Samuels, J., Scanzello, C., White, D., ... Reston, J. (2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care and Research*, *72*(2), 149–162. <https://doi.org/10.1002/acr.24131>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing . *European Journal of General Practice* , *24* (1), 120–124.
- Kraus VB; Blanco FJ; Englund M; Karsdal MA; Lohmander LS. (2015, August 23). *Call for standardized definitions of osteoarthritis and risk stratification for clinical trials and clinical use. Osteoarthritis Cartilage* . <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1063458415008997>
- Kunstler, B. E., Cook, J. L., Freene, N., Finch, C. F., Kemp, J. L., O'Halloran, P. D., & Gaida, J. E. (2018). Physiotherapists use a small number of behaviour change techniques when promoting physical activity: A systematic review comparing

- experimental and observational studies. In *Journal of Science and Medicine in Sport* (Vol. 21, Issue 6, pp. 609–615). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.10.027>
- Kunstler, B., Fuller, R., Pervan, S., & Merolli, M. (2019). Australian adults expect physiotherapists to provide physical activity advice: a survey. *Journal of Physiotherapy*, 65(4), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.002>
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. In *Health Psychology Review* (Vol. 10, Issue 3, pp. 277–296). Routledge. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Laires, P. A., Canhão, H., Rodrigues, A. M., Eusébio, M., Gouveia, M., & Branco, J. C. (2018). The impact of osteoarthritis on early exit from work: Results from a population-based study. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5381-1>
- Leifer, V. P., Katz, J. N., & Losina, E. (2022). The burden of OA-health services and economics. *Osteoarthritis and Cartilage*, 30(1), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.05.007>
- Li, L. C., Sayre, E. C., Kopec, J. A., Esdaile, J. M., Bar, S., & Cibere, J. (2011). Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *Journal of Rheumatology*, 38(10), 2230–2237. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110264>
- Lowe, A., Littlewood, C., & McLean, S. (2018). Understanding physical activity promotion in physiotherapy practice: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.01.009>
- MacKay, C., Gillian A, H., & Jaglal, S. B. (2020). How Do Physical Therapists Approach Management of People With Early Knee Osteoarthritis? A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 100 (2), 295–302. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz164/5624995>
- Martin Ginis, K. A., Ma, J. K., Latimer-Cheung, A. E., & Rimmer, J. H. (2016). A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity

- participation among children and adults with physical disabilities. In *Health Psychology Review* (Vol. 10, Issue 4, pp. 478–494). Routledge. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1198240>
- Martin Ginis, K. A., & West, C. R. (2021). From guidelines to practice: development and implementation of disability-specific physical activity guidelines. *Disability and Rehabilitation*, 43(24), 3432–3439. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1757167>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011a). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011b). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. In *European Journal of General Practice* (Vol. 24, Issue 1, pp. 9–18). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Nicolson, P. J. A., Bennell, K. L., Dobson, F. L., Van Ginckel, A., Holden, M. A., & Hinman, R. S. (2017). Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/or hip/knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 51, Issue 10, pp. 791–799). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096458>
- Nicolson, P. J. A., Hinman, R. S., French, S. D., Lonsdale, C., & Bennell, K. L. (2018). Improving Adherence to Exercise: Do People With Knee Osteoarthritis and Physical Therapists Agree on the Behavioral Approaches Likely to Succeed? *Arthritis Care and Research*, 70(3), 388–397. <https://doi.org/10.1002/acr.23297>
- Nicolson, P. J. A., Hinman, R. S., Kasza, J., & Bennell, K. L. (2018). Trajectories of adherence to home-based exercise programs among people with knee

osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 26(4), 513–521.
<https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.01.009>

Nissen, N., Holm, P. M., Bricca, A., Dideriksen, M., Tang, L. H., & Skou, S. T. (2022). Clinicians' beliefs and attitudes to physical activity and exercise therapy as treatment for knee and/or hip osteoarthritis: a scoping review. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 30, Issue 2, pp. 260–269). W.B. Saunders Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.11.008>

O'Brien, M. W., Shields, C. A., Campbell, K. L., Crowell, S. J., & Fowles, J. R. (2020). Perceptions and practices of providing physical activity counselling and exercise prescriptions among physiotherapists in Nova Scotia. *Physiotherapy Canada*, 72(3), 230–238. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0098>

O'Brien, M. W., Shields, C. A., Oh, P. I., Fowles, J. R., & Fowles, J. (2017). *Health Care Provider Confidence and Exercise Prescription Practices of Exercise is Medicine Canada Workshop Attendees*. www.nrcresearchpress.com

Okwera, A., & May, S. (2019). Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis—a qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(10), 940–946. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1459987>

O'Neill, T. W., McCabe, P. S., & McBeth, J. (2018). Update on the epidemiology, risk factors and disease outcomes of osteoarthritis. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (Vol. 32, Issue 2, pp. 312–326). Bailliere Tindall Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.007>

Østerås, N., Jordan, K. P., Clausen, B., Cordeiro, C., Dziedzic, K., Edwards, J., Grønhaug, G., Higginbottom, A., Lund, H., Pacheco, G., Pais, S., & Hagen, K. B. (2015). *Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK*. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>

Oyeyemi, A. L., Oyeyemi, A. Y., Habib, R. Y., Usman, R. B., Sunday, J. U., & Usman, Z. (2017). A survey of physicians and physiotherapists on physical activity promotion in Nigeria. *Archives of Physiotherapy*, 7(1).
<https://doi.org/10.1186/s40945-017-0034-8>

- Pabinger, C., Lothaller, H., & Geissler, A. (2015). Utilization rates of knee-arthroplasty in OECD countries. *Osteoarthritis and Cartilage*, *23*(10), 1664–1673. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.05.008>
- Patel, G., Walsh, N., & Gooberman-Hill, R. (2014). Managing Osteoarthritis in Primary Care: Exploring Healthcare Professionals' Views on a Multiple-Joint Intervention Designed to Facilitate Self-Management. *Musculoskeletal Care*, *12*(4), 199–209. <https://doi.org/10.1002/msc.1074>
- Petursdottir, U., Arnadottir, S. A., & Halldorsdottir, S. (2010). Facilitators and barriers to exercising among people with osteoarthritis: A phenomenological study. *Physical Therapy*, *90*(7), 1014–1025. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090217>
- Pisters, M. F., Veenhof, C., de Bakker, D. H., Schellevis, F. G., & Dekker, J. (2010). Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: A cluster-randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, *56*(1), 41–47. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70053-9](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70053-9)
- Poitras, S., Rossignol, M., Avouac, J., Avouac, B., Cedraschi, C., Nordin, M., Rousseaux, C., Rozenberg, S., Savarieau, B., Thoumie, P., Valat, J. P., Vignon, É., & Hilliquin, P. (2010). Management recommendations for knee osteoarthritis: How usable are they? *Joint Bone Spine*, *77*(5), 458–465. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2010.08.001>
- Rausch Osthoff, A. K., Niedermann, K., Braun, J., Adams, J., Brodin, N., Dagfinrud, H., Duruoz, T., Esbensen, B. A., Günther, K. P., Hurkmans, E., Juhl, C. B., Kennedy, N., Kiltz, U., Knittle, K., Nurmohamed, M., Pais, S., Severijns, G., Swinnen, T. W., Pitsillidou, I. A., ... Vliet Vlieland, T. P. M. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. In *Annals of the Rheumatic Diseases* (Vol. 77, Issue 9, pp. 1251–1260). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213585>
- Rethorn, Z. D., Covington, J. K., Cook, C. E., & Bezner, J. R. (2022). Identifying Factors That Influence Physical Activity Promotion in Outpatient Physical Therapist Practice Using the Theoretical Domains Framework. *Journal of*

Geriatric Physical Therapy, 45(4), 190–196.
<https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000353>

- Room, J., Boulton, M., Dawes, H., Archer, K., & Barker, K. (2021). Physiotherapists' perceptions of how patient adherence and non-adherence to recommended exercise for musculoskeletal conditions affects their practice: a qualitative study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 113, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.06.001>
- Safiri, S., Kolahi, A. A., Smith, E., Hill, C., Bettampadi, D., Mansournia, M. A., Hoy, D., Ashrafi-Asgarabad, A., Sepidarkish, M., Almasi-Hashiani, A., Collins, G., Kaufman, J., Qorbani, M., Moradi-Lakeh, M., Woolf, A. D., Guillemin, F., March, L., & Cross, M. (2020). Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990-2017: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of the Rheumatic Diseases*. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216515>
- Salmon, J. H., Rat, A. C., Sellam, J., Michel, M., Eschard, J. P., Guillemin, F., Jolly, D., & Fautrel, B. (2016). Economic impact of lower-limb osteoarthritis worldwide: a systematic review of cost-of-illness studies. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 24, Issue 9, pp. 1500–1508). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.03.012>
- Sanchez, A., Bully, P., Martinez, C., & Grandes, G. (2015). Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. *Preventive Medicine*, 76(S), S56–S67. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.09.012>
- Sinatti, P., Sánchez Romero, E. A., Martínez-Pozas, O., & Villafañe, J. H. (2022). Effects of Patient Education on Pain and Function and Its Impact on Conservative Treatment in Elderly Patients with Pain Related to Hip and Knee Osteoarthritis: A Systematic Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 10). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106194>
- Speerin, R., Needs, C., Chua, J., Woodhouse, L. J., Nordin, M., McGlasson, R., & Briggs, A. M. (2020). Implementing models of care for musculoskeletal conditions in health systems to support value-based care. In *Best Practice and Research: Health Systems to Support Value-based Care*.

Clinical Rheumatology (Vol. 34, Issue 5). Bailliere Tindall Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101548>

- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Stead, A., Vishnubala, D., Marino, K. R., Iqbal, A., Pringle, A., & Nykjaer, C. (2023). UK physiotherapists delivering physical activity advice: what are the challenges and possible solutions? A qualitative study. *BMJ Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069372>
- Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Haile, L. M., Rafferty, Q., Lo, J., Fukutaki, K. G., Cruz, J. A., Smith, A. E., Vollset, S. E., Brooks, P. M., Cross, M., Woolf, A. D., Hagins, H., Abbasi-Kangevari, M., Abedi, A., Ackerman, I. N., Amu, H., Antony, B., Arabloo, J., ... Kopec, J. A. (2023). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(9), e508–e522. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00163-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00163-7)
- Stone, R. C., & Baker, J. (2017). Painful Choices: A Qualitative Exploration of Facilitators and Barriers to Active Lifestyles among Adults with Osteoarthritis. *Journal of Applied Gerontology*, 36(9), 1091–1116. <https://doi.org/10.1177/0733464815602114>
- Sutton, L. P., Lahham, A., Jose, K., Moore, M. N., Antony, B., Grunseit, A., Cleland, V., Balogun, S., Winzenberg, T., Jones, G., & Aitken, D. (2022). Feasibility of ‘parkrun’ for people with knee osteoarthritis: A mixed methods pilot study.

Osteoarthritis and Cartilage Open, 4(2).
<https://doi.org/10.1016/j.ocarto.2022.100269>

- Thorstensson, C. A., Garellick, G., Rystedt, H., & Dahlberg, L. E. (2015). Better Management of Patients with Osteoarthritis: Development and Nationwide Implementation of an Evidence-Based Supported Osteoarthritis Self-Management Programme. *Musculoskeletal Care*, 13(2), 67–75.
<https://doi.org/10.1002/msc.1085>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- West, K., Purcell, K., Haynes, A., Taylor, J., Hassett, L., & Sherrington, C. (2021a). “People Associate Us with Movement so It’s an Awesome Opportunity”: Perspectives from Physiotherapists on Promoting Physical Activity, Exercise and Sport. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062963>
- West, K., Purcell, K., Haynes, A., Taylor, J., Hassett, L., & Sherrington, C. (2021b). “People Associate Us with Movement so It’s an Awesome Opportunity”: Perspectives from Physiotherapists on Promoting Physical Activity, Exercise and Sport. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062963>
- Whittaker, J. L., Truong, L. K., Dhiman, K., & Beck, C. (2021). Osteoarthritis year in review 2020: rehabilitation and outcomes. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 29, Issue 2, pp. 190–207). W.B. Saunders Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.10.005>
- Willett, M., Duda, J., Fenton, S., Gautrey, C., Greig, C., & Rushton, A. (2019). Effectiveness of behaviour change techniques in physiotherapy interventions to promote physical activity adherence in lower limb osteoarthritis patients: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(7).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219482>

- Willett, M., Greig, C., Fenton, S., Rogers, D., Duda, J., & Rushton, A. (2021). Utilising the perspectives of patients with lower-limb osteoarthritis on prescribed physical activity to develop a theoretically informed physiotherapy intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04036-8>
- World Health Organization. (2017). *Tackling NCDs: “Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases.”*
- World Health Organization. (2020, November 25). *Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance .*
- Zadro, J., O’Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. In *BMJ Open* (Vol. 9, Issue 10). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329>

7 APÊNDICES

Apêndice 1 – Definição das componentes do modelo COM-B e dos domínios do TDF

Tabela 3: Definição das componentes do modelo COM-B (Michie et al., 2014).

Componentes do COM-B	Definições
Capacidade física Capacidade psicológica	- Aptidão, força ou resistência física - Conhecimento ou aptidões psicológicas, força ou resistência para se envolver nos processos mentais necessários
Oportunidade física Oportunidade social	- Oportunidade proporcionada pelo ambiente, envolve tempo, recursos, locais, pistas - Oportunidade proporcionada pelo meio cultural, influências interpessoais, pistas sociais que influenciam a forma como pensamos sobre as coisas, exemplo: palavras e conceitos que compõem a nossa língua
Motivação reflexiva Motivação automática	- Processos reflexivos que envolvem planos (intenções conscientes) e avaliações e crenças sobre o que é benéfico ou prejudicial - Processos automáticos que envolvem reações emocionais, desejos, impulsos, respostas reflexas, inibições

Tabela 4: Definição dos domínios do TDF (Michie et al., 2014).

Domínios do TDF e definição	Definição	Construtos teóricos representados em cada domínio
Conhecimento	Ter consciência da existência de algo	Conhecimento (incluído conhecimento da condição/raciocínio clínico); conhecimento processual; conhecimentos práticos, conhecimento da tarefa do ambiente

Aptidões	Aptidões ou competências adquiridas através do treino, prática	Aptidões; desenvolvimento de competências; competências; capacidade; competências interpessoais; prática, avaliação das competências
Memória, atenção e processos de decisão	A aptidão de reter informação, focar seletivamente em aspetos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas	Memória, atenção; controlo da atenção; controlo; tomada de decisões: sobrecarga cognitiva/cansaço
Regulação comportamental	Tudo o que tem por objetivo a gestão ou alteração de algo que seja observado ou medido objetivamente	Autocontrolo; quebra de hábitos; planeamento de ações
Papel social/profissional e identidade	Um conjunto coerente de comportamentos e qualidades pessoais demonstradas pelo indivíduo num contexto social ou profissional	Identidade profissional; papel profissional; identidade; limites profissionais; confiança profissional; identidade de grupo; liderança; empenhamento compromisso
Crenças sobre as capacidades	Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma aptidão, talento ou a facilidade que a pessoas coloca em algo construtivo	Autoconfiança; perceção de competência; autoeficácia; controlo comportamental, crenças; autoestima; empoderamento; confiança profissional
Otimismo	A confiança de que a coisas acontecerão da melhor forma ou que os objetivos desejados serão atingidos	Otimismo; pessimismo; otimismo irrealista; identidade
Crenças sobre as consequências	Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre os resultados de um comportamento numa dada situação	Crenças; expectativas de resultados; características das expectativas de resultados; arrependimento antecipado; consequências
Intenções	Uma decisão consciente para realizar um comportamento ou decidir agir de uma determinada forma	Estabilidade das intenções; fases do modelo de mudança; modelo teórico e fases de mudança

Objetivos	Representações mentais de resultados ou do que um indivíduo quer atingir	Objetivos (distal/proximal), prioridade objetivo, definição de objetivos/ metas; objetivos (autónomos/controlados), planeamento de ações; intenção de implementação
Reforço	Aumentar a probabilidade de uma resposta através de uma relação dependente entre uma resposta e um estímulo.	Recompensas (proximal/distal, valorizadas/não valorizadas, provável/improvável); incentivos; punição; consequências; reforço; contingências; sanções
Emoções	Um padrão de reação complexo, que envolve elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, através dos quais um indivíduo tenta lidar com assuntos ou acontecimentos pessoais	Medo; ansiedade; afeto; stress; depressão; afeto positivo/negativo; esgotamento
Contexto ambiental e recursos	Qualquer circunstância relativa à situação ou ambiente de um indivíduo, que desencoraja ou encoraja o desenvolvimento de aptidões ou competências, a sua independência, competências sociais e comportamentos adaptativos	Fatores de stress ambiental; recursos/recursos materiais; cultura organizacional/ clima; acontecimentos marcantes/ incidentes críticos; interação pessoa x ambiente, barreiras e facilitadores
Influências sociais	Processos interpessoais que podem causar mudança nos comportamentos ou na forma como um indivíduo pensa ou sente	Pressão social; normas sociais; conformidade com o grupo; comparações sociais; normas de grupo; apoio social; poder, conflito intergrupar; alineação; identidade de grupo; modelação

**Apêndice 2- COREQ - Consolidated Criteria for Reporting
Qualitative Research**

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal Characteristics			
<i>Interviewer/facilitator</i>	1	Which author/s conducted the interview or focus group? Interviewer/facilitator	12
<i>Credentials</i>	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	12
<i>Occupation</i>	3	What was their occupation at the time of the study?	12
<i>Gender</i>	4	Was the researcher male or female?	12
<i>Experience and training</i>	5	What experience or training did the researcher have?	12
Relationship with participants			
<i>Relationship established</i>	6	Was a relationship established prior to study commencement?	15
<i>Participant knowledge of the interviewer</i>	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	11
<i>Interviewer characteristics</i>	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	11
Domain 2: study design			
Theoretical framework			
<i>Methodological orientation and Theory</i>	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	9
Participant selection			
<i>Sampling</i>	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience,	11

		consecutive, snowball	
<i>Method of approach</i>	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	11
<i>Sample size</i>	12	How many participants were in the study?	12
<i>Non-participation</i>	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	12
<i>Setting of data collection</i>	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	15
<i>Presence of non-participants</i>	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	12
<i>Description of sample</i>	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	11
Data collection			
<i>Interview guide</i>	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	12
<i>Repeat interviews</i>	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	12
<i>Audio/visual recording</i>	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	11
<i>Field notes</i>	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	12
<i>Duration</i>	21	What was the duration of the interviews or focus group?	12
<i>Data saturation</i>	22	Was data saturation discussed?	45
<i>Transcripts returned</i>	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
<i>Number of data coders</i>	24	How many data coders coded the data?	13
<i>Description of the coding tree</i>	25	Did authors provide a description of the coding tree?	13

<i>Derivation of themes</i>	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	13
<i>Software</i>	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	13
<i>Participant checking</i>	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
Reporting			
<i>Quotations presented</i>	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	20-36
<i>Data and findings consistent</i>	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	37
<i>Clarity of major themes</i>	31	Were major themes clearly presented in the findings?	18
<i>Clarity of minor themes</i>	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	20

Apêndice 3 – Carta explicativa do estudo aos participantes



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Barreiras e Facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção de
Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose: um estudo
qualitativo**

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo, desenvolvido no âmbito do projeto de investigação do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/ FCM) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), com a orientação da Professora Daniela Costa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

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

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

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

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

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose. Com este estudo será possível explorar as perspetivas sobre barreiras e facilitadores percecionadas pelos fisioterapeutas para a recomendação para a prática de atividade física no quotidiano das pessoas com OA, fora do contexto clínico.

Porque foi convidado(a)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo por ser fisioterapeuta a trabalhar em contexto privado ou instituição de saúde pública e ser fisioterapeuta a trabalhar com pessoas com CME.

Tenho mesmo de participar?

A decisão de participar ou não no estudo é sua, e é voluntária. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou desistir a qualquer momento, sem que tenha de o justificar.

O que acontece, se aceitar participar?

Se aceitar participar, numa primeira instância, vai lhe ser entregue o consentimento informado, que terá de preencher e assinar.

O que terei de fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e posteriormente será questionada a sua disponibilidade para participar numa entrevista em grupo em formato online, com outros colegas fisioterapeutas. O objetivo do grupo focal será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes acerca das barreiras e facilitadores para a promoção de atividade física nas pessoas com osteoartrose.

Deste modo, pretende-se maximizar a perceção das perspetivas do fisioterapeuta por meio de um processo de grupo interativo, fornecendo pontos de vista diferentes e potenciando reflexões em grupo, com partilha de perceções diferentes. Os participantes terão a

oportunidade de propor, desafiar e acrescentar nova informação e articular questões em torno do comportamento alvo.

Em ambos os grupos focais, estarão presentes para além de si, no máximo 7 participantes e terão duração máximo de 90 minutos, sendo moderadas por um dos investigadores e co-moderadas por um investigador facilitador, que irá tirar notas que possam contribuir para enriquecer a análise dos aspetos mencionados. Os grupos focais serão realizados via videoconferência, na plataforma *Zoom* e serão realizadas gravações áudio e vídeo, para possibilitar a transcrição e posterior análise dos dados recolhidos.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

A sua participação irá promover a discussão e partilha de informação conjunta entre os fisioterapeutas participantes, de modo, a ser feita uma análise posterior das entrevistas para se identificar as barreiras e facilitadores para a promoção da atividade física nos utentes com osteoartrose, através da perspetiva dos fisioterapeutas. Deste modo pretendesse dar resposta às lacunas entre a evidência e a prática potenciando um impacto significativo a nível da sua prática, bem como a nível dos utentes com osteoartrose que recebem tratamentos de Fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo, não apresentam riscos associados. Também não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado(a), poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?

Sim, serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade e anonimato. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

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

Parte 2 – A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Se decidir não participar, ou se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito e serão apagados, se for essa a sua intenção. Poderá contactar os investigadores através dos contactos fornecidos no final desta carta. Esta decisão não terá qualquer impacto no desempenho da sua atividade profissional, atual ou no futuro.

E se houver algum problema?

Se tiver algum problema sobre qualquer aspeto deste estudo, poderá contactar um membro da equipa de investigação: o investigador responsável, Regina Cruz, através do endereço 220512016@estudantes.ips.pt, ou a orientadora do estudo, a Professora Daniela Costa, através do endereço daniela.costa@ess.ips.pt. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal, através do endereço comissao.etica@ips.pt. Se pretender informação adicional da Instituição que suporta esta investigação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709395).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade e anonimato. Será utilizado um sistema de codificação da sua identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, através da atribuição de um nome fictício. Todos os dados recolhidos serão armazenados já anonimizados num ficheiro codificado no computador pessoal do investigador principal, de forma a impedir o acesso a elementos externos à equipa. As gravações, transcrições e questionários serão preservadas por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. Serão apresentados em contexto de apresentação do projeto de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas ou divulgados em conferências, congressos e outros eventos científicos. Sempre que isso aconteça, os resultados serão apresentados de forma agregada, não sendo possível identificá-lo(a) em circunstância alguma. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado, três anos após o fim do estudo.

Muito obrigada por ler este documento,

Regina Cruz e Daniela Costa

Investigadores:

Regina Isabel Lopes Cruz

Fisioterapeuta; Estudante de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria pela ESS-IPS, pela NMS/FCM

E-mail: 220512016@estudantes.ips.pt

Daniela Sofia Albino Costa

Fisioterapeuta, MSc; PhD; Professora na Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Nacional de saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa

E-mail: daniela.costa@ess.ips.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

Apêndice 4 – Consentimento informado dos fisioterapeutas participantes



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Barreiras e Facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção de
Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose: um estudo
qualitativo**

Caro (a) Colega,

É convidado a participar neste estudo enquadrado na Unidade Curricular Relatório de Investigação do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Nova Medical Scholl/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pela discente Regina Isabel Lopes Cruz, sob orientação científica da Professora Daniela Costa.

O objetivo do estudo é explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com osteoartrose. Com este estudo será possível compreender barreiras e facilitadores os fisioterapeutas encontram na sua prática clínica, para promoverem atividade física aos seus utentes com osteoartrose.

Foi convidado(a) a participar neste estudo, enquanto Fisioterapeuta que intervém com utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho. O seu envolvimento no estudo implica a participação em um grupo focal com 6 a 7 participantes, em formato online, num período do dia que seja conveniente para todos os elementos do grupo. Os grupos focais terão uma duração máxima de aproximadamente 90 minutos. Serão gravados em formato áudio e vídeo, e posteriormente transcritos para análise. As gravações e transcrições serão preservadas por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

Compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação.

Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim. Compreendo que toda a informação fornecida e adquirida no âmbito deste projeto será utilizada apenas para fins de investigação científica. Os resultados do estudo serão divulgados no âmbito da apresentação do Projeto de Investigação do Mestrado e eventualmente apresentados/publicados em conferências/ revistas da especialidade, de forma agregada, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante.

Compreendo ainda que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa que analisa os dados não tem acesso à minha identificação e a mesma só será usada pelos investigadores em caso de dúvida.

Estou igualmente consciente que as respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade da equipa de investigação, sempre apresentadas de forma agregada e nunca de forma individual. A informação vai ser guardada no computador do investigador principal, com password de conhecimento apenas do mesmo. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor selecione os itens abaixo:

Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha informativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores

Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral

Declaro que concordo com a gravação da entrevista para fins de transcrição e análise

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador principal: _____

Investigadores:

Regina Isabel Lopes Cruz

Fisioterapeuta; Estudante de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria pela ESS-IPS, pela NMS/FCM

E-mail: 220512016@estudantes.ips.pt

Daniela Sofia Albino Costa

Fisioterapeuta, MSc; PhD; Professora na Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Nacional de saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa

E-mail: daniela.costa@ess.ips.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

Este documento inclui 3 página/s e feito em duplicado:

Uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

Apêndice 5 – Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos fisioterapeutas participantes



QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS PARTICIPANTES

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Fisioterapeuta (a ser preenchido pelo responsável do estudo): _____

Data do preenchimento do questionário: ___ / ___ / ___

Nas questões seguintes, assinale a opção com uma cruz.

1. Idade: _____

2. Género: Mulher Homem Outro

Não binário Prefiro não referir

3. Escola de formação base (Licenciatura):

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Saúde

Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde de Aveiro

CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

- CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa
- Escola Superior de Saúde Atlântica
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
- Escola Superior de Saúde de Santa Maria
- Escola Superior de Saúde de Alcoitão
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu
- Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
- Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde

4. Grau Académico

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bacharelato | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

5. Local onde exerce atualmente como fisioterapeuta (indicar o principal, se vários):

- Norte Centro Grande Lisboa Oeste e Vale do Tejo
- Península de Setúbal Alentejo Algarve
- Região Autónoma dos Açores Região Autónoma da Madeira

6. Número de anos de experiência profissional como fisioterapeuta: _____

7. Número de anos de experiência profissional específica na área em estudo (Osteoartrose/Condições Músculo-Esqueléticas): _____

8. Formação pós-graduada na área em estudo (Osteoartrose/Condições Músculo-Esqueléticas): Sim Não

9. Envolvimento em projetos científicos na área em estudo (Osteoartrose/Condições Músculo-Esqueléticas): Sim Não

Apêndice 6 – Convite aos participantes

Exemplo de email convite:

Caro colega X,

O meu nome é Regina Cruz e sou estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School e a Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa. Neste momento, estou a desenvolver um estudo científico para a minha tese de mestrado sob a orientação da Professora Doutora Daniela Costa, intitulado “ Barreiras e facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção de Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose”, cujos principais objetivos são identificar e explorar as barreiras e facilitadores percecionadas pelos fisioterapeutas para a promoção de atividade física no quotidiano das pessoas com Osteoartrose, fora do contexto clínico.

Gostaria de convidá-lo a participar num grupo focal online, realizado entre Junho e Julho 2024, com duração máxima de 90 minutos, agendado de acordo com a sua disponibilidade. Este e-mail serve para uma primeira abordagem e seguidamente enviaremos uma carta explicativa do estudo, onde será possível esclarecer todas as suas dúvidas sobre o mesmo, um consentimento informado e um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Deste modo, venho por este meio solicitar a sua colaboração e caso aceite participar responda a este e-mail, se possível até dia 17 de Junho.

Atenciosamente,

A equipa de investigação:

Regina Cruz e Daniela Costa

Apêndice 7 – Guião de entrevista dos grupos focais



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Barreiras e Facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção de
Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose: um estudo
qualitativo**

GUIÃO DOS GRUPOS FOCAIS PARA OS FISIOTERAPEUTAS

Recomendações aos moderadores:

Confirmar se todos os participantes leram a carta explicativa, o consentimento informado, relembrar a gravação da entrevista e confirmar o seu consentimento verbal, agradecer pela disponibilidade para participar no grupo focal e relembrar que o grupo focal terá uma duração máxima de 90 minutos e que não existem respostas certas ou erradas apenas se quer perceber diferentes abordagens e perspetivas.

Objetivos:

O objetivo dos grupos focais é identificar e explorar barreiras e facilitadores percecionadas pelos fisioterapeutas para a promoção de atividade física em pessoas com OA fora do contexto clínico.

Agenda para os grupos focais

Parte A: Apresentações e Introdução do Estudo (20 minutos)

Parte B: Estrutura e Conteúdo do Estudo (60 minutos)

Parte C: Resumo do grupo focal e Agradecimentos (10 minutos)

PARTE A: APRESENTAÇÕES E INTRODUÇÃO DO PROGRAMA

(aproximadamente 20 minutos)

“Antes de mais gostaria de agradecer a todos pela vossa participação neste grupo focal”

1. Apresentação do moderador, do comoderador e das respetivas funções no grupo focal;

“O meu nome é Regina Cruz, sou Fisioterapeuta e aluna do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas, no Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação da Professora Doutora Daniela Costa. Vou ser a moderadora deste grupo focal.”

2. Breve explicação do estudo e dos seus objetivos;

“Este é o estudo da minha tese de mestrado e intitula-se “Barreiras e Facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção da Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose”, um estudo qualitativo e pretende explorar barreiras e facilitadores percecionadas pelos fisioterapeutas para a adoção de estratégias de promoção de Atividade Física, no quotidiano das pessoas com osteoartrose, fora do contexto clínico.”

3. Contextualização do grupo focal, dos seus objetivos e visão geral da sua estrutura (apresentar exemplos de estratégias de promoção de atividade física)

“O grupo focal pretende maximizar a perceção das perspetivas dos fisioterapeutas por meio de um processo de grupo interativo, fornecendo pontos de vista diferentes e potenciando reflexões em grupo, com partilha de perceções diferentes”

“Quando falamos de promoção de atividade física referimo-nos a esforços e estratégias intencionais usadas para encorajar indivíduos e a comunidade a praticarem atividade física regular, permitindo aos utentes serem fisicamente ativos fora do contexto clínico e potenciando ainda a participação social.”

“Exemplos destas estratégias são “educação, apoio verbal com uma comunicação eficaz, planeamento e feedback sobre o comportamento, revisão de metas do comportamento, resolução de problemas e ainda através de estratégias de autogestão, Automonitorização, autofeedback de atividade física, reencaminhamento para recursos disponíveis na comunidade (grupos de exercício comunitário, universidades

seniores, ginásios, e piscinas municipais entre outros) e/ou programas para realizar exercício em casa.”

“Quando falamos fora do contexto clínico estamos a falar autonomamente em casa, ou em serviços da comunidade, ginásios...”

4. Explicação das regras básicas:
 - Gravação para transcrição;

“ Pedimos novamente autorização para a gravação áudio e vídeo dos grupos focais, para posterior análise e transcrição das entrevistas.”

- Reforçar o respeito pela opinião dos colegas participantes e da manutenção de um ambiente silencioso e sem interrupções quando alguém está a falar;

“Não existem respostas certas ou erradas apenas se quer perceber diferentes abordagens e perspetivas, sintam-se á vontade para responderem o que acharem melhor.”

- Explicar regras de confidencialidade;

“Vamos preservar o anonimato, os vossos nomes vão ser codificados.”

- Obter o consentimento informado.

5. Apresentação da equipa do estudo (participantes);

“Pedia que fizessem uma pequena apresentação vossa, dizendo o vosso nome, local de trabalho e contexto de trabalho”

6. Esclarecimento de dúvidas ou questões específicas, sobre o estudo, que necessitem de ser esclarecidas.

“Pedia que se tivessem alguma dúvida que possa esclarecer se sintam à vontade para o fazerem”

PARTE B: ESTRUTURA E CONTEÚDO DO PROGRAMA (aproximadamente 60 minutos)

Tópicos de discussão:

- Explorar/ identificar barreiras e facilitadores para a adoção de estratégias de promoção de Atividade Física (como componente da promoção da atividade física), no cotidiano das pessoas com osteoartrose, fora do contexto clínico.”

Questões do guião da entrevista:

Quebra-gelo DOMÍNIO: <u>CAPACIDADE PSICOLÓGICA</u>
Regulação comportamental: - Que tipo de estratégias é que vocês utilizam para promover atividade física, fora do contexto clínico, na OA?
DOMÍNIO: <u>CAPACIDADE PSICOLÓGICA</u>
Conhecimento: - Têm conhecimento sobre as recomendações para a prática de atividade física? (explorar no geral e especificamente para pessoas com OA) - Sentem que têm conhecimento sobre as estratégias para promoção de atividade física fora do contexto clínico? (explorar esses conhecimentos de uma forma geral) <ul style="list-style-type: none">• Prompt: Sabem que estratégias utilizar, têm conhecimento sobre recursos disponíveis (usar só se ninguém responder)
Memória, atenção e processos de decisão: - Quais são as vossas experiências anteriores relacionadas com a adoção de estratégias para promoção de atividade física? - Com que frequência se lembram de promover atividade física, com os vossos utentes, fora do contexto clínico?

- Prompt: Que recursos/ estratégias utilizam para se lembrarem de promover a prática de atividade física?

- Que fatores podem influenciar a vossa tomada de decisão para promoverem atividade física em pessoas com OA fora do contexto clínico? (explorar os fatores que influenciam a tomada de decisão para a promoção de atividade física)

Regulação comportamental:

- Considerando o vosso contexto atual, que tipo de práticas existentes podem facilitar / dificultar a vossa adoção de estratégias para promoção de atividade física em pessoas com OA, fora do contexto clínico?

- Como é que monitorizam a promoção da prática de atividade física em pessoas com AO, por exemplo com registos ou diários clínicos?

- Prompt: Na vossa opinião, que estratégias poderiam vos ajudar a integrar a promoção de atividade física na vossa prática rotineira?

Aptidões interpessoais e cognitivas:

- De que forma sentem que têm / não têm as competências necessárias para promover a prática de atividade física, fora do contexto clínico?

- Que competências consideram que têm ou que precisariam desenvolver para a adoção de estratégias para promoção da atividade física, fora do contexto clínico?

DOMÍNIO: MOTIVAÇÃO REFLEXIVA

Crenças sobre as capacidades:

- De que forma se sentem / não sentem confiantes para promover atividade física em pessoas com OA, fora do contexto clínico?

- Prompt: De 0 a 10, em que 0 é nada confiante e 10 significa estar muito confiante, qual é o vosso nível de confiança para a promoção da prática de atividade física? Porquê? (explorar positiva e negativamente)

Crenças sobre as consequências:

- Quais são as vossas percepções sobre as consequências, tanto positivas como negativas, da promoção da atividade física em pessoas com OA?

- Consequências positivas e negativas que podem ou costumam obter

- Benefícios e os desafios associados a este tipo de abordagem em utentes com OA

- Custos a nível de tempo e esforço

Papel social/profissional e identidade:

- De que forma consideram que a promoção da prática de atividade física em pessoas com OA é importante para vós, para a vossa prática atual, e para a vossa profissão?

- Qual é que acham que é o vosso papel como fisioterapeutas na promoção de atividade física em pessoas com OA fora do contexto clínico?

Otimismo:

- De que forma se sentem otimistas / pessimistas relativamente à prática na promoção de atividade física em pessoas com OA?

- Prompt: De 0 a 10, em que 0 é nada otimista e 10 significa estar muito otimista, qual é o vosso nível de otimismo para a vossa promoção de atividade física?

- Quais são as vossas expectativas em relação aos resultados dos vossos pacientes quando adotam estratégias para promoção de atividade física?

Intenções:

- Na vossa prática clínica, pretendem promover uma prática de atividade física em pessoas com OA? Se não, porque não? Com todos os utentes? Se não, porque não?

- Qual é o nível de importância que atribuem à promoção da atividade física em pessoas com OA, fora do contexto clínico?

- Prompt: De 0 a 10, em que 0 é nada importante e 10 significa muito importante, qual é o vosso nível de importância para a promoção da prática de atividade física? Porquê? (Explorar positiva e negativamente)

Objetivos:

- Que objetivos pretendem alcançar / esperam alcançar com a promoção de atividade física em pessoas com OA, fora do contexto clínico? (a nível do fisioterapeuta)

DOMÍNIO: MOTIVAÇÃO AUTOMÁTICA**Emoções:**

- Como se sentem quando promovem a prática de atividade física com os vossos utentes com OA? (explorar positiva e negativamente);

- Prompt: Que tipo de emoções sentem? De que forma é que essas sensações/emoções determinam a sua promoção da atividade física (facilitam / dificultam)?

Reforço:

- Na vossa opinião que tipo de incentivos / recompensas poderiam incentivar / desincentivar a vossa promoção da prática de atividade física?

DOMÍNIO: OPORTUNIDADE SOCIAL**Influências sociais:**

- Na vossa opinião, em que medida consideram que o vosso ambiente de trabalho, incluindo os vossos colegas, outros profissionais, coordenação, promovem e apoiam / desencorajam a promoção de atividade física fora do contexto clínico?

- Prompt: Qual é a opinião deles relativamente a isso? Concordam ou discordam? Em quê? De que forma é que os pontos de vista/ opiniões da vossa equipa de trabalho podem influenciar a vossa promoção da atividade física?

DOMÍNIO: OPORTUNIDADE FÍSICA**Contexto ambiental e recursos:**

- No vosso contexto, consideram que têm as condições necessárias para promover atividade física? Por exemplo, tempo e recursos?

“ Se mais ninguém tem nada a acrescentar, eu dou então por terminada a nossa discussão.”

“ Antes de terminarmos pedia só à professora Daniela para fazer um pequeno resumo de alguns aspetos abordados neste grupo focal.”

PARTE C: RESUMO DO GRUPO FOCAL e AGRADECIMENTOS (aproximadamente 10 minutos)

1. Resumo dos principais aspetos abordados no grupo focal;
2. Esclarecimento de dúvidas ou questões específicas, sobre o estudo, que necessitem de ser esclarecidas.
3. Expressar gratidão pela participação.

“ Após este resumo se não têm mais nada a acrescentar, quero agradecer a todos pela disponibilidade.”

4. Adicionar uma nota final com detalhes dos contactos da equipa de investigação.

“Têm os contactos da equipa de investigação na carta explicativa do estudo, no caso de alguma dúvida podem contactar-nos

Apêndice 8 - Matriz de codificação para a análise das transcrições dos grupos focais

Tabela 5: Matriz de codificação para análise das transcrições dos grupos focais.

Codificação para Análise de Barreiras e Facilitadores [Fisioterapeutas]				
Componentes COM-B		Domínios TDF	Barreira	Facilitador
1. Capacidade	1.1 Psicológica	1.1a Conhecimento	1.1a-	1.1a+
		1.1b Aptidões cognitivas e interpessoais	1.1b-	1.1b+
1.1c Memória, atenção e processos de decisão		1.1c-	1.1c+	
1.1d Regulação Comportamental		1.1d-	1.1d+	
	1.2 Física	1.2 Aptidões	1.2-	1.2+
2. Oportunidade	2.1 Social	2.1 Influência Social	2.1-	2.1+
	2.2 Física	2.2 Contexto ambiental e recursos	2.2-	2.2+
3. Motivação	3.1 Reflexiva	3.1a Profissional/ papel social e identidade	3.1a-	3.1a+
		3.1b Crenças acerca das capacidades	3.1b-	3.1b+
		3.1c Otimismo	3.1c-	3.1c+
		3.1d Crenças acerca das consequências	3.1d-	3.1d+
		3.1e Intenções	3.1e-	3.1e+
		3.1f Objetivos	3.1f-	3.1f+
	3.2 Automática	3.2a Reforço	3.2a-	3.2a+
	3.2b Emoção	3.2b-	3.2b+	

Apêndice 9 – Citações representativas das barreiras e facilitadores dos grupos focais

COM-B	Domínio TDF	Excerto	Codificação			
			Código	Definição	Barreira	Facilitador
	Conhecimento [CO]	E também <u>costumo utilizar o recurso de encaminhar para outras entidades, como por exemplo, as piscinas de Leiria, que têm hidroginástica e tento encaminhar os utentes para sessões em grupo ou para sessões de pilates noutras clínicas aqui adjacentes.</u> (P16, GF4, 69, 2216-2219)	Ter conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade	Ter conhecimento sobre o meio e os recursos disponíveis na comunidade para informar devidamente a pessoa		1.1a+
	Conhecimento [CO]	E outra questão que também consigo concordar convosco, é <u>a efetividade da mudança comportamental... Nós não vamos diagnosticar nada, mas vamos compreender a nível psicológico, se a pessoa está dentro e está motivada para aquilo que estamos a fazer e se a vida e o contexto familiar e sociocultural que está apropriado para a pessoa também aderir a esse plano de exercício.</u> (P4, GF2, 37, 1173-1178)	Ter conhecimento sobre estratégias de promoção de AF	Ter conhecimento sobre estratégias de promoção de AF para conseguir orientar, definir e planear junto com a pessoa		1.1a+
	Conhecimento [CO]	" (...) <u>as pessoas têm de perceber o benefício, mas eu acho que é muito importante combater a cinesiofobia, que é muito comum, encontrarmos na nossa população, a parte do sedentarismo, a falta da atividade física, que já é endêmica e cultural,</u>	Ter conhecimento sobre os mecanismos e as recomendações para a OA	Ter conhecimento sobre os mecanismos e as recomendações para a OA, reconhecendo a importância da AF		1.1a+

	que se está a modificar (...) (P14, GF3, 48, 1539-1542)				
Conhecimento [CO]	Depois também quando conversamos acerca destes pontos, <u>percebemos que todos estão em diferentes níveis ou a maior parte está em diferentes níveis</u> , naquilo que é a disponibilidade, a capacidade e o conhecimento para fazer essa promoção (...)" (P12, GF3, 62, 1990-1993)	Falta de conhecimento sobre AF e estratégias de promoção	Falta de conhecimento necessário para promover AF	1.1a-	
Conhecimento [CO]	(...) <u>há uma certa leviandade em termos das opções terapêuticas</u> , sem acho eu explorar-se bem ou perceber-se bem, às vezes o que já vamos sabendo hoje, os tipos de fenótipos que existem dentro da própria osteoartrose, o que é que é mais adequado para conduzir aquela pessoa. (P7, GF2, 42, 1345-1349)	Falta de conhecimento sobre AF e estratégias de promoção	Falta de conhecimento necessário para promover AF	1.1a-	
Aptidões cognitivas e interpessoais [ACI]	<u>Sinceramente temos de ser capazes, acho eu, de traduzir bem o que é que aquela opção terapêutica vai trazer de benéfico, conseguir esclarecer a pessoa minimamente em relação a esse hipotético prognóstico</u> , vender atividade física não como algo que vai resolver aquela condição clínica, mas como algo que é um pouco mais abrangente e que transcende o episódio de cuidados e condição clínica. E mais uma vez olhando,	Ter as competências necessárias para a promoção de atividade física	Ter capacidades ou desenvolvido competências para avaliar, aconselhar e adequar à pessoa, com base na adesão da pessoa à AF		1.1b+

	<p>depois de um ponto de vista um bocadinho mais macro, <u>sermos capazes de promover</u> isto não só do ponto de vista do encontro clínico, mas do ponto de vista mais comunitário e <u>enquanto promotores reais em formas de chegarmos de facto à população enquanto comunicadores</u> deste tipo de, não vou dizer de abordagens, mas enquanto promotores desta forma de tirar benefício e de tentar ter uma longevidade um pouco mais saudável essencialmente. " (P7, GF2, 43, 1366-1377)</p>				
<p>Aptidões cognitivas e interpessoais [ACI]</p>	<p>" (...) <u>depois desenvolvi algumas estratégias de comunicação que nós podemos utilizar e que nos vão depois ajudar a perceber como é que vamos fazer essa orientação para a atividade física ou mesmo para a parte da prescrição...</u> mesmo até percebermos nas perspetivas relacionadas com a autogestão, em que ponto é que a pessoa esta, “se ela já tem alguma capacidade para mudar?”, “se ela tem recetividade a mudar, se não?” ...<u>tentamos perceber quais é que são as principais motivações que ela tem para mudar</u>, depois de falarmos dos benefícios e depois</p>	<p>Ter as competências necessárias para a promoção de atividade física</p>	<p>Ter capacidades ou desenvolvido competências para avaliar, aconselhar e adequar à pessoa, com base na adesão da pessoa à AF</p>		<p>1.1b+</p>

		<p>daquelas questões que falamos da comunicação, mas também já <u>tentamos perceber se a pessoa tem alguma capacidade para a autogestão ou se é auto eficaz</u>, para depois percebermos tudo aquilo que podemos prescrever e eventualmente ser adequado no fundo a isso e perceber um bocadinho o contexto. (P12, GF3, 51, 1627-1638)</p>				
	<p>Memória, atenção e processos de decisão [MAPD]</p>	<p>Eu aqui a osteoartrose nos centros de <u>saúde trabalho em grupos e tento fazer uma vertente mais presencial e depois tentar incluir aqui também alguns exercícios autónomos em casa...</u>fazer com que as pessoas já comecem a tentar autonomamente, fazer alguma coisa, porque, embora aqui existam algumas respostas, muitas vezes estas pessoas estão descondicionadas ao ponto de não se sentirem bem nesse tipo de grupos, ou seja, muitas vezes começam num nível abaixo do que as pessoas que já lá estão e depois acabam por não se sentir confortáveis a fazer aquele tipo de exercícios." (P2, GF1, 2, 35-43)</p>	<p>Promover regularmente AF fora do contexto clínico</p>	<p>Ter experiências anteriores com estratégias de promoção de AF fora do contexto clínico</p>		<p>1.1c+</p>

	<p>Memória, atenção e processos de decisão [MAPD]</p>	<p>" <u>Eu às vezes tento introduzir os filhos e os netos no exercício</u>, por exemplo, dizer: "enquanto vai levar o filho ao futebol enquanto o filho está no futebol, a mãe pode estar a fazer outro tipo de atividade" e tento também jogar um bocadinho por aí, ou seja, e mesmo às vezes os avós levam os netos para a fisioterapia e eu ponho mesmo o miúdo a ensinar o avô a fazer o exercício ou à avó e os próprios garotos vêm e <u>fazem quase de polícia em casa... obrigam os avós a fazerem e acho que também pode haver esta interação que assim é menos uma desculpa.</u>" (P3, GF1, 9, 271-278)</p>	<p>Promover regularmente AF fora do contexto clínico</p>	<p>Ter experiências anteriores com estratégias de promoção de AF fora do contexto clínico</p>		<p>1.1c+</p>
	<p>Memória, atenção e processos de decisão [MAPD]</p>	<p>"(...) porque <u>às vezes nós estamos a querer integrar a pessoa em respostas que existem e aquela pessoa já nos disse que não é isso que ela procura</u>, que tem medo da água e que não gosta de estar em grupos, ou seja, não faz sentido estarmos a dar também opções que não são viáveis para aquela pessoa...e penso que é importante nós <u>identificarmos logo isso conforme vão decorrendo as sessões.</u>" (P2, GF1, 4, 120-125) <u>focado nos processos de decisão</u></p>	<p>Adaptar estratégias de promoção de AF à pessoa com OA</p>	<p>Ter capacidade de decisão e adaptabilidade da estratégia de promoção de AF adequada, face às preferências, sintomas e experiências anteriores da pessoa</p>		<p>1.1c+</p>

	<p>Memória, atenção e processos de decisão [MAPD]</p>	<p>"A maior parte das vezes o inicial, é <u>perceber efetivamente se a pessoa está motivada ou não para fazer atividade física, se fazia ou não atividade física e tentar adaptar os exercícios</u> e a forma como abordo o mais específico possível à pessoa." (P4, GF2, 26, 811-814)</p>	<p>Adaptar estratégias de promoção de AF à pessoa com OA</p>	<p>Ter capacidade de decisão e adaptabilidade da estratégia de promoção de AF adequada, face às preferências, sintomas e experiências anteriores da pessoa</p>		<p>1.1c+</p>
	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>" (...) <u>também vemos aqui alguns profissionais que pronto realmente deixam aqui algumas questões naquilo que estão a fazer, mas isso aí também não podemos fazer nada em relação a isso...bem como algum tipo de exercício que se pratica, que não é o mais seguro, e isso depois também não ajuda as pessoas a terem confiança para realizar a exercício físico.</u> Depois aqui nos homens, acho que há aqui uma barreira qualquer...se calhar ainda tem uma mentalidade muito antiga, que pensam que já fazem o treino em casa, já trabalham, já andam a cavar ou já andam nas hortas e então não precisam de fazer exercício...não percebem bem a diferença entre o que é o exercício, o que é a atividade física e pronto</p>	<p>Falta de confiança nos serviços de AF na comunidade</p>	<p>Falta de confiança nos profissionais envolvidos na prestação de serviços, que muitas das vezes não são especializados</p>	<p>2.1-</p>	

		acabam por se afastar um bocadinho disso e optam por outro tipo de tratamentos (...)" (P2, GF1, 14, 448-458)				
	Influência Social [IS]	" (...) na <u>parte médico a nível de médicos, há uns que sim e há outros que não, há outros aqui que ainda dizem que não vale a pena fazer fisioterapia, ou seja, se não vale a pena fazer fisioterapia e já não vai ter com o fisioterapeuta...estamos aqui num impasse, por assim dizer, ainda bem que há uns que já estão mudando estas mentalidades, mas nem todos.</u> " (P1, GF1, 21, 652-656)	Resistência dos profissionais de saúde à promoção de AF	Pouca referência médica ou referência errada com resistência a práticas atualizadas	2.1-	
	Influência Social [IS]	<u>Eu sinto uma barreira muito séria em relação a outros profissionais de saúde por causa da desinformação, ou seja, muito baixa literacia em fisioterapia,</u> quase diretamente proporcional a inadequadas recomendações de profissionais, isto quando os utentes me reportam aquilo que ouvem em consultas e que põe muito em causa, mesmo como estavam a dizer os colegas, e que põe muito em causa a adesão à nossa audiência terapêutica mesmo e a adesão ao tratamento e às nossas propostas. (P5, GF2, 40, 1282-1288)	Resistência dos profissionais de saúde à promoção de AF	Pouca referência médica ou referência errada com resistência a práticas atualizadas	2.1-	

	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>Aquilo que eu noto muito é <u>principalmente nas pessoas com idades mais avançadas...Há muito aquela ideia de que exercício físico é só correr ou é só isto ou aquilo, como é óbvio se experimentarem correr, elas não vão gostar da experiência (...)"</u> (P8,GF2,26, 816-819)</p>	<p>Crenças e comportamentos da pessoa com OA sobre a adequabilidade da AF</p>	<p>Crenças e comportamentos da pessoa com OA que têm um impacto direto no comportamento dos fisioterapeutas, baseadas em gênero, idade, roupa ou mitos sobre a prática de AF</p>	<p>2.1-</p>	
	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>Há muitas crenças, os colegas há bocado sobretudo o "P6" e o "P7" tinham falado muito em <u>sistema de crenças</u>, há muitas crenças associadas à <u>cirurgia</u> e de que a cirurgia é que vai resultar, portanto, <u>acabam por não ter às vezes muita motivação e disponibilidade mental para arriscar fazer um tratamento mais conservador.</u>" (P5, GF2, 28, 870-874)</p>	<p>Crenças e comportamentos da pessoa com OA sobre a adequabilidade da AF</p>	<p>Crenças e comportamentos da pessoa com OA que têm um impacto direto no comportamento dos fisioterapeutas, baseadas em gênero, idade, roupa ou mitos sobre a prática de AF</p>	<p>2.1-</p>	

	Influência Social [IS]	<u>Muitas vezes a família é um fator complicado. A família cria, muitas expectativas na cabeça deles e muitas vezes essa expectativa passa para o utente e já sabemos que há coisas que não dá.</u> (P18, GF4, 80, 2560-2562)	Falta de apoio da família à pessoa com AO	Família que incute no utente, expectativas irreais	2.1-	
	Influência Social [IS]	<u>Aqui na zona barreiras...assim mais indiretas é, por exemplo, a nível de transportes, porque Tabuaço é uma Vila e temos muitas aldeias à volta...não há facilidade de transporte, ou é autocarro ou acompanhada com alguém ou um familiar ou então táxi e fica também dispendioso...depois também os horários, porque não agradam a toda a gente, porque é um horário de manhã e as pessoas só podem ao final do dia... "</u> (P1, GF1, 15, 467-472)	Determinantes sociais das pessoas com OA	Influência de questões relativas a determinantes sociais, como questões financeiras e pessoais da pessoa com OA	2.1-	
	Influência Social [IS]	<u>" (...) a parte do custo, porque a aula de hidroginástica tem um custo, o ginásio tem outro custo e falamos de pessoas que têm uma reforma muito pequenina em que a aula de hidroginástica, atualmente, está com um desconto, mas as outras valências não."</u> (P1, GF1, 15, 474-477)	Determinantes sociais das pessoas com OA	Influência de questões relativas a determinantes sociais, como questões financeiras e pessoais da pessoa com OA	2.1-	

	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>" (...) há também uma boa relação, mas aí já vem dos meus chefes, não vem de mim...eles têm <u>boas relações com alguns ortopedistas, alguns especialistas de joelho, que depois, quando é malta desta zona, reencaminham para a nossa clínica e ajuda sempre alguma coisa porque depois nós recomendamos.</u>" (P3, GF1, 20, 640-648)</p>	<p>Apoio da equipa multidisciplinar</p>	<p>Envolvimento da equipa multidisciplinar e colaboração entre equipas profissionais</p>		<p>2.1+</p>
	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>" (...) <u>os fisiatras mais recentes já passam essa mensagem e ajudam nessa passagem de informação</u> e já se torna um bocadinho mais fácil." (P4, GF2, 39, 1258-1259)</p>	<p>Apoio da equipa multidisciplinar</p>	<p>Envolvimento da equipa multidisciplinar e colaboração entre equipas profissionais</p>		<p>2.1+</p>
	<p>Influência Social [IS]</p>	<p><u>Em relação aos meus colegas, a maior parte deles são facilitadores porque promovem essa promoção da atividade física e do próprio exercício.</u> (P16, GF4, 78, 2478-2480)</p>	<p>Alinhamento profissional entre fisioterapeutas na promoção de AF</p>	<p>Colegas fisioterapeutas com práticas idênticas, valorizando a promoção de AF</p>		<p>2.1+</p>
	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>No meu local de trabalho, a ideia vai tudo muito ao encontro do mesmo...acho que <u>todos nós temos noção dos benefícios que tem o exercício e todos nós trabalhamos um pouco em prol disso...tentamos trabalhar em conjunto, tentamos levar para o mesmo caminho.</u> Nesse aspeto, acho que não há propriamente</p>	<p>Alinhamento profissional entre fisioterapeutas na promoção de AF</p>	<p>Colegas fisioterapeutas com práticas idênticas, valorizando a promoção de AF</p>		<p>2.1+</p>

	ninguém que tenha uma ideia diferente...Claro que depois há sempre técnicas... Há sempre maneiras diferentes de abordar a pessoa...Isso também acaba por ser bom. Acho que só temos a ganhar com isso, mas vai de encontro ao mesmo. (P8, GF2, 38, 1216-1223)				
Influência Social [IS]	<u>Temos médicos que efetivamente valorizam aquilo que fazemos e até aconselham as pessoas.</u> Temos muita gente que vai, diz "olhe tal médico disse que vocês faziam assim ou assado e que tal pessoa melhorou neste aspeto..." (P8, GF2, 39, 1231-1233)	Valorização e referência do trabalho dos fisioterapeutas como promotores de AF	Valorização e referência por parte de outros profissionais de saúde		2.1+
Influência Social [IS]	Eu felizmente, no meu caso, a <u>nível dos médicos Fisiatras, não tenho assim grandes problemas... muitas vezes eles até vêm ter connosco ao ginásio, estão um bocadinho connosco, falam connosco, partilham ideias.</u> Basicamente eles conseguem ter uma visão assim um bocadinho mais no terreno do trabalho que fazemos e eles vêm que basicamente nós estamos ali para ajudar e não para complicar a vida. Então basicamente em termos de trabalho de equipa, não noto assim dificuldades em termos de colegas ou de médicos fisiatras a	Valorização e referência do trabalho dos fisioterapeutas como promotores de AF	Valorização e referência por parte de outros profissionais de saúde		2.1+

		limitar o meu trabalho. (P18, GF4, 78, 2488-2495)			
	Influência Social [IS]	" (...) <u>se adotar práticas de exercício físico...quem dirige a clínica não se ia opor e apoiaria tudo e todas as decisões e estratégias que eu implementasse</u> e aí vejo como facilitador...Sei que possivelmente se calhar outras chefias poderiam não aceitar...Mas felizmente aqui no meu contexto não tenho razões de queixa...colegas fisioterapeutas não tenho...colegas de curso utilizam também muito exercício e sei que é uma estratégia utilizada nos locais onde trabalham...muito incentivada." (P11, GF3, 61, 1962-1969)	Apoio organizacional	Apoio da parte da coordenação, gestão do local de trabalho e criação de medidas políticas que incentivem a união profissional na promoção de AF	2.1+
	Influência Social [IS]	Acho que efetivamente a <u>questão política também é muito importante... se nos conseguíssemos juntar ainda com mais profissionais de outras áreas, acho que as coisas iam a bom porto</u> , mas pronto é esse o meu papel, enquanto terapeuta... é mais na questão de dar a experiência e promover a questão da atividade física. " (P4, GF2, 46, 1483-1487)	Apoio organizacional	Apoio da parte da coordenação, gestão do local de trabalho e criação de medidas políticas que incentivem a união profissional na promoção de AF	2.1+

	<p>Influência Social [IS]</p>	<p>(...) <u>tenho aqueles que nós ainda já estamos a fazer a primeira sessão e eles já estão a perguntar o quê é que podem fazer para melhorar, e o que podiam fazer em casa e como é que podiam facilitar a evolução deles e o tratamento deles, portanto, aqueles mais dedicados.</u> (P10, GF3, 53, 1713-1716)</p>	<p>Motivação e prática regular de AF das pessoas com OA</p>	<p>Pessoas com OA que já são ativas e motivadas para a AF</p>		<p>2.1+</p>
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p><u>"O que eu noto aqui dentro da população que eu tenho é que ao surgir novas oportunidades nesse sentido, ou seja, agora a nível de autarquias existe muito universidades séniores, existe muito introduzido a parte de hidroterapia, às vezes até em contexto municipal, nas piscinas municipais."</u> (P6, GF2, 40, 1264-1268)</p>	<p>Serviços da comunidade e condições para a prática de AF</p>	<p>Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)</p>		<p>2.2+</p>

	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<p>" (...) <u>há aulas de ginástica em todas as freguesias, há pessoas que se deslocam às freguesias para fazer, professores que são bons professores, portanto, não há falta, as pessoas não pagam nada, portanto, é tudo de graça... com mais de 65 anos, ninguém paga nada... temos também aqui um ginásio custa 25 euros por mês, que também está acessível a todas as pessoas.</u>" (P2, GF1, 19, 584-588)</p>	<p>Serviços da comunidade e condições para a prática de AF</p>	<p>Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)</p>		<p>2.2+</p>
	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<p>" (...) <u>às vezes faço classes de 4 pessoas, mas tento sempre gerir as classes, por exemplo, ainda agora tenho uma classe de osteoartrose do joelho e tenho lá uma senhora que já é minha conhecida, já tinha feito um programa e tinha corrido muito bem e ela queria ir porque já não ia há 1 ano e ia só para fazer aqui um acompanhamento e essa senhora que teve uma boa experiência anterior está a influenciar todo o grupo e isso até acaba por ser uma vantagem...ou seja, embora sejam 4 acaba por não ser</u></p>	<p>Serviços da comunidade e condições para a prática de AF</p>	<p>Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes</p>		<p>2.2+</p>

	<u>nenhuma barreira." (P2, GF1, 18, 576-582)</u>		de movimento e transportes para estes serviços)		
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<u>Como também estou ligada ao meio aquático, também utilizo muito esta estratégia e tento levar a pessoa a perceber que o exercício dentro de água pode ser um bocadinho mais fácil e mais dinâmico e já tive algumas pessoas que acabaram por ir para as classes hidroginástica ou por ir comigo para sessões individuais de hidroterapia." (P4, GF2, 26, 807-811)</u>	Serviços da comunidade e condições para a prática de AF	Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	Eu relativamente a essa pergunta, <u>eu como trabalho dentro do ginásio, portanto é mais fácil de fazer os encaminhamentos. Muitas vezes as pessoas até me perguntam, o que é que poderiam fazer ali na zona.</u> E assim, portanto, o meu contexto clínico, como a colega estava a dizer, eu também trabalho sozinha, portanto, num gabinete sou só eu, mas torna-se muito mais fácil e muito mais	Serviços da comunidade e condições para a prática de AF	Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica		2.2+

	prático conseguir encaminhar os meus utentes. (P10, GF3, 56, 1795-1800)		nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)		
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) num contexto em que trabalho e acaba por ser interessante <u>o facto de nós trabalharmos mesmo dentro das piscinas municipais, ou seja, muitas das pessoas que vão para a parte da hidroterapia</u> depois de vez em quando vão lá ter connosco e dizer, olha, isto aconteceu assim, sinto-me melhor nesse aspeto e depois também começam a valorizar um bocadinho o nosso papel como fisioterapeuta porque vêm resultados que nem elas muitas vezes estão à espera, tendo em conta as crenças e começam a valorizar e a pedir mais conselhos e a tentar melhorar em diversos aspetos." (P8, GF2, 37, 1191-1199)	Serviços da comunidade e condições para a prática de AF	Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" <u>nós aqui também trabalhamos com o meio aquático, temos a parte da hidroterapia</u> e aquilo que eu tento fazer na maioria dos casos, é incentivar para esse meio porque de certa forma, vão ter alguém a incentivar para os fazerem. " (P8, GF2, 26, 829-832)	Serviços da comunidade e condições para a prática de AF	Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF		2.2+

				(universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)		
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) posso acrescentar que o contexto me influencia mais positivamente, nomeadamente na questão, porque também <u>temos o pilates clínico, e então se virmos que é uma atividade que a pessoa gosta, portanto é mais fácil direcionar...porque nós próprios trabalhamos com isso e depois, os colegas também...há aquela questão da comunicação em que a pessoa se sente mais segura, porque nós vamos comunicar com os colegas e eles já sabem a situação e a pessoa sente se mais acompanhada, portanto, nesse sentido, é positivo.</u> " (P13, GF3, 59, 1901-1913)	Serviços da comunidade e condições para a prática de AF	Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)			2.2+

	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>É assim, pelo menos, <u>eu no meu local de trabalho tenho liberdade para gerir a minha agenda, existem horas em que tenho 2 utentes e horas em que tenho 3 utentes, há horas em que tenho 4.</u> Tento gerido muito bem também consoante o tipo de patologia de cada utente. <u>O facto de muitas vezes conseguir conciliar várias pessoas com a mesma patologia no mesmo horário, consigo fazer a parte dos exercícios quase como se fosse um grupo.</u> (P18, GF4, 85, 2690-2695)</p>	<p>Serviços da comunidade e condições para a prática de AF</p>	<p>Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes de movimento e transportes para estes serviços)</p>		<p>2.2+</p>
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p><u>É assim onde eu trabalho, é um meio relativamente pequeno, cerca de 3000 utentes e felizmente existe muita cooperação entre a Santa Casa e as entidades adjacentes à Santa Casa.</u> (P18, GF4, 69, 2222-2224)</p>	<p>Serviços da comunidade e condições para a prática de AF</p>	<p>Disponibilidade na região ou facilidade dentro do local de trabalho de serviços e condições para a prática de AF (universidade sénior, pilates, ginásio, ginástica nas freguesias, piscinas municipais, classes</p>		<p>2.2+</p>

			de movimento e transportes para estes serviços)		
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) <u>recursos materiais eu tenho</u> , porque uma vez que dou pilates tenho aquele equipamento e mais a parte do ginásio. " (P1, GF1, 18, 564-572)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" <u>Eu tenho um utente a cada 45 minutos, portanto, eu acho que consigo ter aí uma boa gestão de timing, e tudo que conheço e tenho mostro. Estou muito perto do complexo desportivo (...)</u> " (P3, GF1, 19, 599-601)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	Dentro do tratamento diretamente ou depois <u>dentro do espaço do ginásio que nos permita fazer, às vezes até como temos algum espaço para conseguirmos introduzir e levar a pessoa lá fora, dar uns passos com a pessoa</u> , ou seja, permitir isso, que é uma coisa que, se calhar, não está tão habituada e não tem essa capacidade e o facto de só ter um apoio, uma orientação, uma correção, permite-lhe fazer isso e acho que percebe logo que o movimento faz diferença e consegue ter um resultado muito positivo. (P6, GF2,34, 1067-1074)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF		2.2+

	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<p>Na <u>clínica onde trabalho basicamente temos gabinetes e box, mas depois o ginásio acaba por ser muito open space e acaba por ser um ambiente facilitador</u>, às vezes no sentido em que, em termos do feedback, às vezes posso ser eu, por exemplo, a dar o feedback e às vezes pode ser um colega meu que está também a ver a sessão e dá esse feedback e isso acho que acaba por ser valorizado para o utente. (P9, GF2, 41, 1314-1319)</p>	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF		2.2+
	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<p>Diria também que a questão do contexto em que nos referimos mais só à parte ambiental, também é importante, <u>pelo menos a nossa experiência aqui na clínica é que nós temos um ginásio e temos algumas salas de tratamento e é interessante ver nalguns casos em que quando temos material do ginásio nas salas, as pessoas não associam a fisioterapia a esse tipo de tarefas e de exercício....perguntam muitas vezes se vão levantar aquele peso, porque é que ele está lá, se aquilo é para ser usado, porque é que aquilo é para ser utilizado, portanto, acho que o fator ambiente muitas vezes pode ser utilizado e acontece que quando nós fazemos a transição entre o gabinete e</u></p>	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF		2.2+

		<p>depois a parte do ginásio e a parte fora do ginásio...<u>muitas das vezes funciona como um fator positivo, até porque conseguimos, no fundo criar, não só que a ideia da evolução tenha algo palpável, portanto, o ambiente físico em que estamos envolvidos também</u> depois é positivo ou pode ser negativo, no caso de existir ou não. (P12, GF3, 58, 1865-1878)</p>				
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>O contexto ambiental claro que faz a diferença. <u>Se eu tratar o meu utente só na marquesa, num ambiente mais fisicamente mais contido é provável que ele não vai experienciar o exercício...provavelmente ali ele também é capaz de não se aperceber do benefício e quando passa para o ginásio, ele percebe que afinal a fisioterapia também é movimento e exercício,</u> levanta pesos e tem passadeiras e pode levar isso para fora deste ambiente. (P14, GF3, 59, 1883-1888)</p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF</p>		<p>2.2+</p>
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>No meu trabalho, sinto que sim, <u>temos espaço, temos tempo.</u> Felizmente temos um bom rácio de utentes por hora e dá-nos uma boa margem. <u>Permite-nos ter tempo para os utentes e conseguir trabalhar com eles isso.</u> (P19, GF4, 83, 2630-2632)</p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e</p>		<p>2.2+</p>

			regime de trabalho a influenciar)		
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<u>Eu trabalho com um utente por hora e, portanto, tenho o tempo e recursos necessários.</u> (P17, GF4, 84, 2660-2661)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) <u>claramente um facilitador na minha prática... tem a ver com o tempo</u> que eu consigo ter disponível para entrevistar a pessoa, estabelecer confiança, report, ter hipótese de tentar desmistificar algumas crenças relacionadas com a condição, com a evolução dela e com o sucesso ou não das condições de intervenção. " (P7, GF2, 34, 1090-1094)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)		2.2+

	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>" (...) em <u>contexto de domicílio é super fácil porque eu conheço a casa da pessoa, conheço a rua da pessoa... mediante autorização da pessoa, eu estudo imenso a rotina da pessoa para fazer ensinios para adaptar a rotina da pessoa</u>, portanto, faço essa transcrição também para casos de osteoartrose, portanto em contexto de domicílio para mim, é bastante fácil fazer essa adaptação... <u>nos domicílios é muito mais fácil mesmo... é tipo pôr em prática aquilo que é suposto fazer na minha presença e na minha ausência, até porque muitas vezes eu até saio de casa com as pessoas para fazer alguns exercícios com ela em contexto ainda mais real.</u>" (P5, GF2, 33, 1042-1045)</p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)</p>		<p>2.2+</p>
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>É <u>assim na parte da clínica onde eu estou, que é uma clínica convencionada, um ponto positivo é que permite a introdução...lá está o espaço que nós temos permite de alguma forma que seja introduzido com o apoio do terapeuta, a introdução de alguns exercícios e mesmo às vezes em AVD'S, ou seja, nem que seja o treino de subir e descer escadas... o primeiro ponto, neste caso a introdução com um terapeuta acho que é um ponto</u></p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)</p>		<p>2.2+</p>

		positivo, ou seja, o facto de conseguir mostrar ali com o terapeuta." (P6, GF2, 33, 1046-1052)				
	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<p>" (...) a barreira que eu tenho muito é psicológica, ou seja, é o “não consigo fazer”, então vamos ver se conseguem ou se não conseguem fazer e a realidade é que muitas vezes conseguem, ou seja, <u>é só a presença do terapeuta ou o feedback, às vezes, sem toques, sem facilitação nenhuma, sem correção nenhuma, só o feedback do terapeuta permite ter um resultado diferente que a própria pessoa fica de alguma forma surpreendida e pela positiva, ou seja, eu na clínica na minha atuação, o espaço e as condições que nós temos permite introduzir aquele primeiro passo, então acho que esse contexto é um fator positivo.... apesar de ser num espaço de curto de tempo limitado e de ser algo limitado a nível de atividades que nós podemos introduzir... o facto de poder introduzir com o apoio do terapeuta, com o auxílio terapeuta, com a vigilância, às vezes só do terapeuta sem ter atuação específica permite logo a pessoa ter noção do que é possível fazer e o que é que isso traz no futuro, ou seja, o</u></p>	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)		2.2+

	que é que a pessoa pode fazer muda logo a perspetiva. (P6, GF2, 33, 1052-1066)				
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	E <u>quando passei para a parte de gabinete, que é um para um, aí já percebi que o acompanhamento efetivamente era uma estratégia facilitadora</u> porque a pessoa sentia-se apoiada e por muito que tivesse receio, percebia que eu estava ali a acompanhar e ia ajudar nas dificuldades que tivesse ou adaptar o exercício de forma mais adequada para sozinha depois conseguir... (P4, GF2, 36, 1160-1164)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)		2.2+
Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) <u>questão do domicílio é um meio facilitador, porque nós estamos dentro da casa das pessoas</u> e, portanto, fazemos exercícios com material que as pessoas têm casa e efetivamente percebemos quais é que são as barreiras dentro da própria casa e mesmo na rua, por exemplo, se for um prédio que tem escadas muito altas e não tem elevador...e, portanto experienciei que estando dentro da casa da pessoa efetivamente é muito mais fácil da pessoa depois conseguir replicar os exercícios porque percebe e experiencia que efetivamente é possível. (P4, GF2, 37, 1166-1173)	Recursos para a promoção de AF	Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)		2.2+

	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>Em termos de se o contexto influencia as minhas estratégias e como aplicar estratégias, eu diria que sim, porque eu já trabalhei em outro contexto. <u>Agora trabalho numa unidade privada de fisioterapia, no contexto um para um e acho que fatores aqui como a questão do tempo e o facto de me poder dedicar às questões da comunicação e do conhecimento da pessoa, ajuda e acho que é um fator positivo (...)</u> Já trabalhei num ambiente de mais do que um utente por hora e eu diria que esse contexto não é tão favorável numa primeira fase, a essas questões relacionadas com a comunicação e com a parte da educação (...)" (P12, GF3, 58, 1845-1861)</p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)</p>		<p>2.2+</p>
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>Sim, eu também acrescento que <u>quando é a parte de fisioterapia privada, nota-se a diferença...É um utente por hora... o espaço e o gabinete isolado e sinto muito mais facilidade nesse tipo de contexto para promover atividade física.</u> (P16, GF4, 84, 2662-2664)</p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)</p>		<p>2.2+</p>

	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p><u>Quem trabalha com o sistema nacional de saúde, sabemos perfeitamente que temos mais utentes, mas, eu acho que o serviço prestado não perde qualidade por ser nesse sentido... eu tenho utentes que nós já sabemos que tem aquele estigma de ir lá 1 hora e eu tenho utentes que às vezes estão lá 3 horas a fazer exercícios por isso... felizmente, no local onde eu trabalho, tenho condições, quer de material, quer de espaço, dá para gerir e como é um meio muito pequeno, as pessoas vivem ali todas ali na zona nem que percam lá 2 horas a fazer mais exercícios, as pessoas não têm problema nenhum em ir um bocadinho mais tarde para casa... por isso nesse sentido não me queixo. Quando são os privados já sabemos que temos muito mais tempo, dá para trabalhar se calhar o que se têm trabalhado no sistema nacional de saúde em 3 a 4 sessões...nós ali numa sessão conseguimos fazer essa promoção como mais tempo...depende também do contexto do utente. (P18, GF4, 84, 2673-2685)</u></p>	<p>Recursos para a promoção de AF</p>	<p>Existência de recursos materiais, digitais, espaço e tempo adequados para a promoção de AF (contexto e regime de trabalho a influenciar)</p>		<p>2.2+</p>
--	--	--	--	---	--	-------------

	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" <u>Infelizmente a maior parte das pessoas dos 65 anos para cima aqui no Alentejo não pratica atividade física e então mudar isso também não é assim, uma coisa muito fácil, mas penso que é importante e acho que esta mensagem deve ser passada...porque não vamos criar mudanças rápidas...de repente toda a gente vai praticar...mas eu acho que é importante que esta mensagem comece a ser passada (...)" (P2, GF1, 8, 254-259)</u>	Cultura e contexto das pessoas com OA	Região cultural e contextual a influenciar a prática de AF	2.2-	
	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	<u>é muito raro a malta de 65 mais, ir para o ginásio ou perguntar por ginásio... normalmente, os que perguntam não são portugueses...nós temos muita malta aqui espanhola, franceses e ingleses... os portugueses não... mesmo na piscina, há muito alemão, muito inglês a ir à piscina todos os dias, o tuga não, o tuga fica na cama até mais tarde... é raro eles virem pedir informações de ginásios. (P3, GF1, 19, 601-612)</u>	Cultura e contexto das pessoas com OA	Região cultural e contextual a influenciar a prática de AF	2.2-	
	Contexto Ambiental e Recursos [CAR]	" (...) eu nunca trabalhei, mas <u>tenho colegas meus que trabalharam em espaços que eram 8, 9, 10 utentes por hora e aí por mais que queiras é complicado... por mais que queiras, é muito complicado... nem se quer pensares nisso, portanto? <u>chega a um</u></u>	Organização atual dos cuidados de saúde	Organização atual dos cuidados de saúde, com tempo e espaço restrito e falta de acompanhamento do utente	2.2-	

		<p><u>ponto que ativas o modo automático, e é sempre a abrir." (P20, GF4, 80, 2553-2557)</u></p>				
	<p>Contexto Ambiental e Recursos [CAR]</p>	<p>De um modo geral, eu <u>acho que não tenho o tempo necessário para o fazer. Nem o tempo, nem o espaço, porque pronto eu trabalho em média com 2 a 3 utentes por hora, mas trabalho em gabinetes abertos, ou seja, aquilo são como se fossem ginásios que têm boxes...e aquilo nem sempre é fácil de explorar grandes coisas em termos de muita vida pessoal da pessoa, tentar perceber certas coisas...porque, quando eu faço a promoção de atividade física, eu tento fazer um plano de exercícios para a pessoa, uma coisa a perceber é o nível de educação da pessoa, onde ela vive, o que é que faz, se já fez isso ou não, portanto, explorar aqui um bocadinho a vida pessoal da pessoa, digamos assim... e nem sempre é fácil fazer isso em ambientes abertos. Além disso, depois é o tempo, nem sempre consigo despende o tempo que eu gostaria, para conseguir fazê-lo da forma como queria fazê-lo. (P20, GF4, 83, 2635-2646)</u></p>	<p>Organização atual dos cuidados de saúde</p>	<p>Desorganização atual dos cuidados de saúde, com tempo e espaço restrito e falta de acompanhamento do utente</p>	<p>2.2-</p>	

	<p>Papel e identidade social/profissional [PISP]</p>	<p>" (...) eu acho que nós, em relação à atividade física, <u>temos de ser um facilitador, ou seja, temos de permitir que a pessoa tenha o acesso a uma introdução, a pessoa tenha acesso a permitir o contacto para desenvolver atividade física, pelo menos no meu contexto (...)</u> " (P6, GF2, 43, 1378-1382)</p>	<p>Fisioterapeutas como agentes de mudança nos utentes</p>	<p>Consciência de que os fisioterapeutas têm influência no processo de mudança do comportamento dos utentes, facilitando e guiando a prática de AF</p>		<p>3.1a+</p>
	<p>Papel e identidade social/profissional [PISP]</p>	<p>" (...) <u>Linha guia, talvez. Uma pessoa que vai guiar. Eles vêm até nós para “comprar” um pouco de conhecimento. Faço um bocado esse papel de gestor do seu processo de reabilitação, deambulo por aquilo que eu acho que possa vir a ajudá-lo. É quase como se fosse assim, dar uma receita, mas não é uma receita que ele vai ali e toma, mas sim que vai fazendo. Portanto, acho que o nosso papel será esse. No fundo um guia do seu processo de saúde.</u>" (P20, GF4, 82, 2609-2615)</p>	<p>Fisioterapeutas como agentes de mudança nos utentes</p>	<p>Consciência de que os fisioterapeutas têm influência no processo de mudança do comportamento dos utentes, facilitando e guiando a prática de AF</p>		<p>3.1a+</p>

	<p>Papel e identidade social/profissional [PISP]</p>	<p>Há bocadinho a colega estava a dizer, <u>não é só responsabilizar o utente pelo próprio tratamento... Mas é, sobretudo fazê-lo perceber que não é o facto de estar ali uma hora uma vez por semana ou duas vezes por semana, o que seja, que vai que ajudar no tratamento completamente, portanto, é importante fazê-lo perceber que todos os minutos contam e que não é só aquele tempinho que está connosco, que vai ser suficiente para conseguir fazer o seu tratamento completo...</u>, portanto, parte um bocadinho também por aí. (P10, GF3, 56, 1801-1807)</p>	<p>Responsabilização da pessoa com OA no processo de recuperação</p>	<p>Responsabilizar a pessoa com OA pelo seu processo de recuperação</p>		<p>3.1a+</p>
	<p>Papel e identidade social/profissional [PISP]</p>	<p><u>O utente vai sempre pensando que eu vou ser o responsável por aquela mudança e quando eu promovo a atividade física, vai sempre acompanhado aqui por uma estratégia de educação a dizer que é necessário, que é para ele recuperar, que é importante...</u>, portanto, <u>transfere algumas responsabilidades para o utente no seu próprio processo de recuperação ...</u> portanto, acho que até tiro um peso de cima. (P20, GF4, 81, 2578-2585)</p>	<p>Responsabilização da pessoa com OA no processo de recuperação</p>	<p>Responsabilizar a pessoa com OA pelo seu processo de recuperação</p>		<p>3.1a+</p>

	<p>Crenças acerca das Capacidades [CCap]</p>	<p>" <u>Depois das últimas informações do mestrado, acho que neste momento sinto-me muito mais preparada para tentar modificar esses hábitos em conjunto com as pessoas durante as sessões</u> e penso que as sessões em grupo até têm bastantes vantagens nisso... " (P2, GF1, 4, 109-112)</p>	<p>Confiança nas próprias capacidades profissionais</p>	<p>Confiança na evolução profissional e nas capacidades de promover mudança de comportamento nas pessoas com OA</p>		<p>3.1b+</p>
	<p>Crenças acerca das Capacidades [CCap]</p>	<p>"<u>Penso que tenho vindo a desenvolver uma maior capacidade de identificar esses aspetos da pessoa, bem como os contextos todos de vida e todas as atividades que existem aqui à volta...também o conhecimento com as pessoas que estão neste meio também é maior e isso também facilita aqui um bocadinho o trabalho. Acho que tenho mais consistência para identificar aqui alguns fatores que também fazem a pessoa não aderir ao exercício como fatores psicossociais e contextos de vida</u> que complicam aqui um bocadinho a adesão e tentar ajudar aqui as pessoas um bocadinho nisto e encaminhar às vezes quando é preciso...explorar essas questões com a pessoa...porque às vezes a pessoa também sente-se um bocado perdida e nós só estamos a acrescentar mais uma dificuldade à vida da pessoa...às</p>	<p>Confiança nas próprias capacidades profissionais</p>	<p>Confiança na evolução profissional e nas capacidades de promover mudança de comportamento nas pessoas com OA</p>		<p>3.1b+</p>

	<p>vezes a pessoa não está preparada naquele momento porque primeiro precisa de resolver outras coisas para chegar àquele sítio que nós sabemos que vai melhorar." (P2, GF1, 10, 302-315)</p>				
<p>Otimismo [O]</p>	<p>" (...) <u>acho que o maior desafio é mesmo conseguirmos a mudança comportamental não só nesta perspetiva do exercício físico e da introdução de exercício físico, mas também todo o resto do que é contexto da vida da pessoa ... mas Ok...a pessoa pode não aderir tanto ao exercício físico, mas só o simples facto mudar a sua dieta, por exemplo, isto pensando em pessoas com excesso de peso...às vezes só isso já traz grandes diferenças</u> em termos de sintomas, não só em termos do que está a provocar na articulação que é mais usada, mas não até em termos da parte psicológica da pessoa em si...<u>às vezes pequenas mudanças comportamentais e “apertar em pequenos parafusos” podem trazer grandes mudanças...</u> (P9, GF2, 36, 1141-1147)</p>	<p>Otimismo sobre a adesão à prática de AF</p>	<p>Otimismo sobre os resultados possíveis de atingir nas pessoas com OA com a promoção de AF</p>		<p>3.1c+</p>

Motivação	Motivação Reflexiva	Otimismo [O]	Eu pelo menos na minha prática clínica, o que vejo muito, é que a pessoa precisa que a gente lhe transmita, principalmente confiança. <u>Tenho casos de pós cirúrgicos. Não consigo logo promover exercícios com carga, começamos com coisas mais simples, mas devemos promover sempre alguma coisa, mais vale fazer alguma coisa do que não fazer nada.... mas para isso nós precisamos transmitir a confiança.</u> (P18, GF4, 75, 2402-2407)	Otimismo sobre a adesão à prática de AF	Otimismo sobre os resultados possíveis de atingir nas pessoas com OA com a promoção de AF	3.1c+
		Crenças acerca das Consequências [CCons]	" (...) <u>um dos maiores ganhos que eles têm é a nível de funcionalidade no dia a dia</u> , e tento também pegar muito nisto quando discutimos os resultados dos tratamentos que estamos a fazer e até depois do exercício posteriormente, porque <u>eles identificam sempre atividades que têm dificuldade, subir escadas, levantar da cadeira e normalmente eles, depois também identificam com o exercício que já conseguem subir as escadas sem se agarrar</u> , etc... Então acho que esses ganhos a nível de funcionalidade, são uma coisa muito importante neste tipo de programas e na manutenção de hábitos de vida de exercício ... além daquilo, tudo que a colega já disse:	Benefícios clínicos e pessoais para a pessoa com OA	Acreditar nos benefícios clínicos e pessoais que a promoção de atividade física vai trazer na pessoa com OA	3.1d+

	<p><u>força, flexibilidade, resistência cardiorrespiratória....acho que tudo isso é importante (...)" (P2, GF1, 12, 384-394)</u></p>				
<p>Crenças acerca das Consequências [CCons]</p>	<p>"Aquilo que eu noto é que, por exemplo, <u>aspetos simples como subir escadas de forma alternada que há pessoas que sentem dificuldade e depois em relativamente pouco tempo começam-se a sentir melhor nesse aspeto. Em termos de mente, conseguimos mudar um bocadinho a perspetiva porque conseguem perceber: "ok, se em pouco tempo eu consegui isto, talvez se eu continuar, vou sentir-me melhor". (P8, GF2, 26, 821-826)</u></p>	<p>Benefícios clínicos e pessoais para a pessoa com OA</p>	<p>Acreditar nos benefícios clínicos e pessoais que a promoção de atividade física vai trazer na pessoa com OA</p>		<p>3.1d+</p>
<p>Crenças acerca das Consequências [CCons]</p>	<p>" (...) aquilo que eu sinto muito no contexto em que trabalho é também a <u>necessidade de não limitarmos apenas aquilo que nós temos para dar, aquilo que por vezes percebo é que as pessoas têm a sensação de estamos a vender o nosso produto,</u> encaminhando para a hidroterapia, tendo em conta que somos nós a prestar o serviço e que tentamos incentivar as pessoas pelos benefícios financeiros que vamos ter, pelo facto de sermos nós a postar o serviço. As pessoas acham que nós só as</p>	<p>Crenças pessoais sobre a promoção de AF</p>	<p>Crenças negativas dos fisioterapeutas que ao referenciar ou recomendarem AF, a pessoa com OA vai pensar que estão a vender um serviço</p>	<p>3.1d-</p>	

	<p>queremos mandar para lá para termos mais lucro e não nós queremos que as pessoas façam exercício." (P8, GF2, 45, 1447-1455)</p>				
<p>Crenças acerca das Consequências [CCons]</p>	<p><u>No início acho que tinha muita dificuldade com alguns utentes, talvez porque eu tinha algumas crenças em relação ao exercício, ou à não aceitação que eles deviam ter e que isso já poderia ser às vezes um problema para eu lhe propor algumas estratégias.</u> (P12, GF3, 52, 1662-1665)</p>	<p>Crenças pessoais sobre a promoção de AF</p>	<p>Crenças negativas dos fisioterapeutas que ao referenciam ou recomendarem AF, a pessoa com OA vai pensar que estão a vender um serviço</p>	<p>3.1d-</p>	
<p>Intenções [INT]</p>	<p><u>Acho que o maior facilitador que temos é mesmo o resultado, mesmo que seja um resultado muito mínimo. A partir do momento em que vêm qualquer coisa, percebem que efetivamente pode ajudar e acho que esse é dos maiores facilitadores que podemos ter e temos de ter a intenção para continuar a incentivar,</u> porque vai haver ali situações em que as pessoas vão referir que não estão a sentir melhorias nenhuma e que vamos ter de reforçar: "Inicialmente, você não conseguia fazer isto e agora já consegue". (P8, GF2, 31, 984-990)</p>	<p>Elevada prioridade para promover AF</p>	<p>Demonstração de intenções e determinação para promover AF</p>	<p>3.1e+</p>	

	Intenções [INT]	<p>Falando pronto só no meu contexto, basicamente utilizamos terapia manual e exercício de uma forma muito precoce e exercício físico, portanto, as pessoas estão habituadas e apercebem-se que a evolução parte do exercício físico, o benefício parte do exercício...,portanto, <u>essa promoção da atividade física começa e é muito facilmente passada e muito facilmente instalada e percebida na pessoa....</u> <u>agora se eu vou conseguir motivar que a pessoa continue a fazer o exercício físico fora do contexto clínico, isso aí não sei, já é outro assunto...,mas sim dentro do meu contexto de trabalho a promoção é sempre feita até inicialmente pelo tipo de intervenção que se faz e pela percepção de benefício, logo nesse contexto.</u>" (P14, GF3, 59, 1889-1898)</p>	Elevada prioridade para promover AF	Demonstração de intenções e determinação para promover AF		3.1e+
	Objetivos [OBJ]	<p>" (...) nós <u>tentamos sempre ser os promotores de funcionalidade</u>, acho que parte sempre um bocadinho por aí e <u>dar um máximo de independência à pessoa (...)</u>" (P3, GF1, 16, 494-496)</p>	Ter objetivos de intervenção definidos	Ter objetivos de saúde a nível das pessoas com OA estabelecidos pelos fisioterapeutas		3.1f+

	Reforço [REF]	<p><u>Olha a minha recompensa simplesmente é só os ver bem, porque realmente eu não ganho diretamente nada, mas fico feliz por eles ficarem bem, não recebo nenhuma comissão... é uma ideia... realmente acho que é só mesmo o facto de os ver funcionais. "</u> (P1, GF1, 17, 545-548)</p>	<p>Ganhos de saúde das pessoas como recompensa</p>	<p>Recompensa de ver as pessoas com OA com ganhos em saúde e a nível pessoal</p>		<p>3.2a+</p>
	Reforço [REF]	<p>Os incentivos concordo com o "P16", portanto, é quando nós verificamos...mais <u>quando a pessoa verifica por ela própria e que nos refere que se sente melhor</u>, que já consegue fazer as coisas, portanto, <u>quando nós vemos que realmente está a resultar ou quando temos outros profissionais que colaboram com aquela pessoa que também nos vem referir que ela está melhor</u>, está mais capacitado para qualquer coisa. (P20, GF4, 86, 2730-2735)</p>	<p>Ganhos de saúde das pessoas como recompensa</p>	<p>Recompensa de ver as pessoas com OA com ganhos em saúde e a nível pessoal</p>		<p>3.2a+</p>
	Emoção [E]	<p>" (...) <u>claro que fico contente</u> quando as pessoas me vêm dizer que com a minha ajuda conseguiram ter um estilo de vida mais saudável, porque eu sei que isso está ao alcance delas e é diferente estarem sempre dependentes dos cuidados de saúde...Acho que não é de todo o meu objetivo que as pessoas dependam de mim a toda a hora, é exatamente o</p>	<p>Emoções positivas com os resultados</p>	<p>Emoção de felicidade</p>		<p>3.2b+</p>

		<p>contrário...acho que o exercício físico também tem grande parte nisso." (P2, GF1, 17, 530-535)</p>					
	<p>Emoção [E]</p>	<p>Quando corre mal num primeiro momento, se calhar até acho interessante do ponto de vista de tentar desenvolver outra estratégia desafiante, digamos assim, para tentar desenvolver outra estratégia para que ele consiga promover essa parte, mas falhando 2 ou 3 vezes já começa a ser frustrante. (P16, GF4, 81, 2590-2594)</p>	<p>Antecipação de emoções negativas se não tiverem resultados</p>	<p>Emoção de tristeza e frustração</p>	<p>3.2b-</p>		

8 Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão Especializada de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal



Comissão de Ética

Identificação do documento: CE-IPS nº 88A/ 2024

Título do projeto: Barreiras e Facilitadores dos Fisioterapeutas para a Promoção de Atividade Física em Pessoas com Osteoartrose: um estudo qualitativo

Investigador principal: Regina Isabela Lopes Cruz

Equipa de investigação: Professora Daniela Costa (ESS)

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde

Outras Unidades/Participantes:

Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Documentos recebidos

- Formulário para pedido de parecer para PI;
- Link CV Investigador Principal e Orientador;
- Cronograma do projeto;
- Carta explicativa do estudo aos participantes;
- Termo de consentimento informado;
- Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos fisioterapeutas participantes;
- Guiões de entrevistas dos grupos focais;
- Declaração de Termo de responsabilidade assinado pelo investigador e restante equipa do projeto;
- Registo das atividades de recolha e tratamento de dados do IPS;

Análise e justificação do Parecer

Considerando as recomendações constantes no parecer anterior emitido pela CE-IPS (PI88/2024), cumpre-me informar que os investigadores forneceram informação que correspondeu às recomendações indicadas nos pontos 8 a 10.

No entanto, na carta explicativa do estudo a facultar aos participantes, verificamos um parágrafo que precisa ser melhorado para garantir clareza. O parágrafo é o seguinte:

“Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709395), o responsável pela unidade curricular “Relatório de Investigação” através do e-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal, através do endereço: comissao.etica@ips.pt.”

Informamos que o contato da Comissão de Ética deve ser mencionado exclusivamente para eventuais reclamações, não devendo ser utilizado para solicitar informações adicionais sobre a investigação. Além disso, qualquer pedido de reclamação deve ser dirigido à Presidente da Comissão de Ética, e não a um membro da mesma. Solicita-se que o parágrafo seja ajustado de modo a refletir esta orientação de forma clara e precisa.

Parecer

Em conclusão, a CE-IPS considera que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes e emite parecer favorável. Solicita-se, contudo, que se retifique na carta explicativa do estudo o parágrafo mencionado anteriormente.

Aprovado a 31 março 2024.

Presidente da CE-IPS

Assinado por: **Lucilia Rosa Mateus Nunes**
Num. de Identificação: 06064421
Data: 2024.03.31 22:04:56+01'00'