



Sofia Dias Santos

Promoção da atividade física na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em pessoas com dor músculo-esquelética não específica

Relatório de Investigação
Mestrado em Fisioterapia em Condições
Músculo-Esqueléticas

Orientador:
Professor Doutor Diogo Pires

Coorientadora:
Professor Doutora Daniela Costa

Novembro 2025

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizado sob a orientação científica de Professor Doutor Diogo Pires e coorientação da Professora Doutora Daniela Costa.

DECLARAÇÃO

Declaro que este Relatório de Projeto 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.

O candidato,

Setúbal, 25 de novembro de 2025

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

O(a) orientador(a)

Setúbal, 25 de novembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os professores do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos ao longo destes 2 anos, em especial ao professor Diogo Pires e à professora Daniela Costa pela orientação ao longo deste último ano.

Ao meu noivo Diogo, agradeço profundamente. Toda a ajuda incondicional, amor e incentivo constante, sobretudo neste último ano, foram fundamentais para a conclusão deste desafio.

À minha “*sister from another mister*” Maria deixo um agradecimento especial pela companhia e motivação, que foram tantas vezes fatores decisivos para chegar até ao fim. Obrigada por estares sempre presente, nos momentos mais difíceis, sempre com as palavras certas! Obrigada por teres tornado tudo isto mais fácil!

Ao Gonçalo, agradeço também de coração por toda a ajuda, preocupação e alegria, que nunca faltou, mesmo nos momentos mais difíceis!

Aos Magnatas, obrigada por fazerem parte da minha vida e a preencherem com momentos incríveis. São a família que eu escolhi!

Aos meus pais, Fernanda e Américo e irmão, Rodrigo, agradeço também toda a confiança, apoio incondicional e incentivo ao longo de todos os anos, especialmente neste. Sem vocês, não conseguiria ser quem sou hoje! Foram colo e o meu porto seguro, em todas as etapas! É graças a vocês que celebro esta conquista!

À Sara e ao Luís, e a todas as colegas de trabalho obrigada por me terem proporcionado todas as condições à realização deste mestrado. Obrigada pela paciência diária e risadas no trabalho, que tornaram tudo isto mais leve!

Aos meus amigos e família agradeço profundamente por toda a disponibilidade ao longo destes tempos e peço desculpa pelas vezes que nem sempre consegui estar presente. Neste ano especial sou verdadeiramente grata por todas as pessoas excecionais que estão ao meu lado!

RESUMO

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA COMUNIDADE PELOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES EM PESSOAS COM DOR MÚSCULO- ESQUELÉTICA NÃO ESPECÍFICA

Sofia Dias Santos; Daniela Costa; Diogo Pires

Enquadramento: Mundialmente, as condições músculo-esqueléticas (ME) representam uma das principais causas de incapacidade. Destaca-se a dor ME não específica, onde a atividade física (AF) desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento. Neste contexto, os fisioterapeutas assumem um papel essencial enquanto promotores da AF, não apenas no contexto clínico, mas também comunitário. Apesar de reconhecida a sua importância, a promoção de AF na comunidade é ainda limitada. **Objetivo:** Caracterizar as práticas de promoção de AF na comunidade pelos fisioterapeutas em pessoas com dor ME não específica, bem como identificar as barreiras que surgem nesse processo. Secundariamente, pretendeu-se identificar os fatores associados a essas práticas de forma a traçar o perfil dos fisioterapeutas que promovem AF na comunidade. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, transversal, conduzido *online*, através de um questionário dirigido aos fisioterapeutas portugueses. Recolheram-se dados sociodemográficos, informações sobre a prática atual dos fisioterapeutas e barreiras à promoção de AF na comunidade. A análise incluiu estatística descritiva e inferencial, onde foi testada a associação dos dados sociodemográficos e da prática atual dos fisioterapeutas, com indicadores de promoção de AF na comunidade. **Resultados:** Participaram no estudo 376 fisioterapeutas portugueses com prática clínica em condições ME. Verificou-se que 55,30 % dos fisioterapeutas abordam e discutem AF na comunidade e 37,80 % investigam oportunidades de AF na mesma. As principais barreiras identificadas foram, na maioria, externas ao fisioterapeuta. Fatores como menor número de utentes/hora, maior perceção do conhecimento das recomendações para a AF e participação prévia em formações de AF estiveram associados a maior promoção de AF. **Conclusões:** A promoção de AF na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em pessoas com dor ME é ainda reduzida e limitada por várias barreiras. Investigações futuras poderão comparar diferentes contextos clínicos, explorar o processo de referenciação para AF na comunidade e o respetivo impacto nos utentes.

PALAVRAS-CHAVE: Dor músculo-esquelética não específica; fisioterapia; promoção de atividade física; Comunidade

ABSTRACT

PROMOTION OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE COMMUNITY BY PORTUGUESE PHYSIOTHERAPISTS AMONG INDIVIDUALS WITH NONSPECIFIC MUSCULOSKELETAL PAIN

Sofia Dias Santos; Daniela Costa; Diogo Pires

Background: Worldwide, musculoskeletal (MSK) conditions are among the leading causes of disability. Non-specific MSK pain is particularly relevant, with physical activity (PA) playing a fundamental role in both prevention and treatment. In this context, physiotherapists hold a crucial role as promoters of PA, not only in clinical facilities, but also in the community. Despite its recognized importance, the promotion of PA in the community remains limited. **Objective:** Characterize the practices of PA promotion by physiotherapists in the community for patients with non-specific MSK pain, as well as identify the barriers encountered in the process. Secondly, the aim was to identify the factors associated with these practices in order to outline the profile of physiotherapists who promote physical activity in the community. **Methodology:** A cross-sectional observational study was conducted online, using a questionnaire directed to Portuguese physiotherapists. Sociodemographic data, information on current professional practice, and barriers to PA promotion in the community were collected. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the association between sociodemographic and physiotherapists' current practice with indicators of PA promotion in the community. **Results:** A total of 376 Portuguese physiotherapists with clinical practice in musculoskeletal conditions participated in the study. It was found that 55,3 % of physiotherapists address and discuss PA in the community, and 37.8% investigate local opportunities for PA. The main identified barriers were mostly external to the physiotherapist. Factors such as a lower number of patients per hour, greater awareness of PA recommendations, and previous training in PA were associated with greater community-based PA promotion. **Conclusions:** The promotion of physical activity in the community by Portuguese physiotherapists among people with musculoskeletal pain is still limited and constrained by several barriers. Future research could compare different clinical contexts, explore the referral process for community-based physical activity, and examine its impact on service users.

KEYWORDS: Nonspecific Musculoskeletal Pain; Physiotherapy; Physical Activity Promotion; Community

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	6
Desenho do estudo.....	6
Participantes e Recrutamento	6
Instrumento de recolha de dados	7
Recolha de dados.....	9
Análise de dados.....	10
RESULTADOS.....	12
Caracterização sociodemográfica	12
Caracterização da prática atual	13
Formação e barreiras para o envolvimento na atividade física na comunidade	16
Fatores associados à promoção de AF na comunidade.....	19
Fatores associados à promoção de AF na comunidade através de abordar e discutir AF na comunidade.....	20
Fatores associados à promoção de AF na comunidade através da investigação de oportunidades de AF na comunidade.....	23
DISCUSSÃO.....	26
Limitações	32
Pontos fortes e implicações	33
CONCLUSÃO.....	35
APÊNDICES	45
ANEXOS	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:Locais de Prática Clínica.....	13
Figura 2: Frequência com que os fisioterapeutas estabelecem contacto com prestadores na comunidade de: Desporto, AF Recreativa e exercício físico.	14
Figura 3: Tipo de programas recomendados aos utentes	14
Figura 4: Frequência de recomendação dos tipos de AF	15
Figura 5: Crenças negativas sobre os benefícios da AF	16
Figura 6: Barreiras relativas ao conhecimento e informação	17
Figura 7: Barreiras relativas à acessibilidade e recursos	17
Figura 8: Barreiras relativas ao contexto organizacional/Profissional	18
Figura 9: Barreiras relativas à adesão percebida pelos fisioterapeutas dos utentes/Fatores sociais	18
Figura 10: Barreiras relativas à confiança nos instrutores e serviços comunitários.....	19
Figura 11: Barreiras relativas à segurança e risco percebido pelo fisioterapeuta.....	19
Figura 12: Curva Roc para a variável: Abordar e discutir AF na comunidade.....	22
Figura 13: Curva Roc para a variável: Investigar oportunidades de AF na comunidade	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica	12
Tabela 2: Recomendações do fisioterapeuta para a prática de AF numa utente do sexo feminino, com história de dor lombar ligeira há 4 anos, com múltiplos episódios de exacerbação de sintomas, que se encontram controlados.....	15
Tabela 3: Resultados da análise univariada para a variável de abordar e discutir AF comunitária, em que $p < 0,2$	20
Tabela 4: Resultados da análise multivariada para a variável de abordar e discutir AF comunitária	21
Tabela 5: Resultados da análise univariada para a variável de investigar oportunidades de AF na comunidade, em que $p < 0,2$	23
Tabela 6: Resultados da análise multivariada para a variável de investigar oportunidades de AF na comunidade	24

LISTA DE ABREVIATURAS

ME: Músculo-esquelético

OMS: Organização Mundial de Saúde

AVI: Anos de vida ajustados por incapacidade

EUA: Estados Unidos da América

EF: Exercício físico

AF: Atividade física

APFISIO: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

ANJF: Associação Nacional de Jovens na Fisioterapia

IPS: Instituto Politécnico de Setúbal

ESSA: Escola Superior de Saúde do Alcoitão

SPSS: Statistical Package for the Social Science

P: p-value

OR: Odds Ratio

R^2 : Nagelkerke

IC: Intervalo de confiança

Fa: Frequência absoluta

Fr: Frequência relativa

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as condições do sistema músculo-esquelético (ME) como qualquer manifestação clínica que envolva estruturas como músculos, tendões, ossos, cartilagens, ligamentos ou nervos. Estas condições abrangem um largo espectro de situações, desde um desconforto ou dor até uma lesão incapacitante e irreversível do aparelho locomotor (Luttmann Alwin et al., 2004). Entre as mais de 150 condições que, de acordo com a OMS, podem afetar o sistema ME, destacam-se as condições de dor de origem não específica, quando a dor e outros sintomas não podem ser atribuídos a um processo fisiológico ou estrutura ME específica (Maher et al., 2017). O diagnóstico é, assim, de exclusão, o que significa que a etiologia da dor requer uma avaliação minuciosa, com especial atenção ao despiste de condições de dor específicas e *red flags* (Schwill, 2021). Entre as condições ME não específicas, destaca-se a dor lombar e a dor cervical, que estão entre os motivos mais frequentes para uma consulta com um médico de clínica geral ou um fisioterapeuta nos cuidados primários de saúde na Europa (Aitken et al., 2015; Bot et al., 2005).

Mundialmente, em 2019, estimou-se que existiam um total de 322,75 milhões de casos associados a condições que afetaram o sistema ME, com um impacto previsto de 117,74 mil mortes e 150,08 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (AVI) (S. Liu et al., 2022). Em Portugal, as condições ME, em conjunto com as condições reumatológicas, apresentam uma prevalência de 21,2%, onde a dor lombar é a mais prevalente, ao afetar cerca de 26,4 % da população (Branco et al., 2016).

Em 2021, foi registada uma prevalência de 1,686 bilhões de casos de dor ME a nível global, o que representa um aumento de 95 % desde 1990. Até 2035, projeta-se que este número aumente para 2,161 bilhões (M. Liu et al., 2025). É ainda esperado que, em 2050, mais de 800 milhões de pessoas apresentem dor lombar (Ferreira et al., 2023) e 269 milhões apresentem dor cervical (Wu et al., 2024). Estes números podem ainda ser potenciados pelas tendências demográficas, nomeadamente, o envelhecimento populacional. O relatório recente das Nações Unidas sobre este tema (Nations et al., 2019) estima um aumento na população com 65 anos ou mais, de 0,7 mil milhões para 1,5 mil milhões em todo o mundo, de 2019 a 2050. Dado que o envelhecimento populacional está associado a um incremento de 55 % nos AVI, entre as pessoas com 60 anos ou mais, projeta-se uma necessidade crescente de recursos de saúde, especificamente em indivíduos com estas idades (Prince et al., 2015).

Para além da elevada prevalência destas condições, é igualmente importante salientar o seu impacto económico. Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2016, foram gastos 380,9 mil milhões de dólares em condições ME. Estes gastos concentraram-se sobretudo em adultos com idades

compreendidas entre os 20 e os 64 anos (Dieleman et al., 2020). Especificamente no caso da dor lombar, verifica-se um impacto substancial, não só na funcionalidade e na qualidade de vida, mas também nos custos diretos e indiretos associados (Hartvigsen et al., 2018). Apesar das tentativas para lidar com os elevados custos associados à dor lombar, estes continuam a aumentar, estimando-se um gasto de aproximadamente 40 mil milhões de dólares, ou seja, 2000 dólares por pessoa, por ano (Zemedikun et al., 2021). Num estudo realizado em 15 países de rendimento elevado, os custos anuais associados a esta condição estimam-se que tenham sido de, pelo menos, 259 milhões de dólares no caso da Suécia, e até 71,6 biliões de dólares no caso da Alemanha (Zemedikun et al., 2021). Mundialmente, em 2016, no caso da osteoartrose, estima-se que, em média, os custos diretos anuais, por paciente, tenham sido de, aproximadamente, 13600 dólares e os custos indiretos de 6300 dólares (Leifer et al., 2022).

Para além dos custos associados, as condições ME estão associadas a limitações da mobilidade e função, bem como à redução do bem-estar mental e da qualidade de vida (Briggs et al., 2016). Para além do envelhecimento, diversos fatores de risco contribuem para a sua elevada e crescente prevalência, incluindo a obesidade, um estilo de vida sedentário, as atividades ocupacionais e os fatores psicológicos e sociais (Lewis et al., 2019; Prince et al., 2015; Safiri et al., 2021).

De acordo com Lin et al. (2020), as recomendações para a gestão destas condições salientam a importância de práticas centradas no utente, através de uma comunicação eficaz e processos de decisão partilhada. Quanto à intervenção, destaca-se uma abordagem terapêutica que inclua a promoção de atividade física (AF) e/ou prescrição de exercício, onde a terapia manual pode ser adicionada como coadjuvante (Lin et al., 2020). As recomendações assentam, no essencial, sobre intervenções ativas, que, para além do exercício, incluem a educação, a manutenção de um estilo de vida ativo e a autogestão da condição. O repouso não é recomendado nestas condições (Zhu et al., 2021). No caso da dor lombar não específica, as recomendações salientam sobretudo os benefícios da educação, do exercício físico e da terapia manual (Zaina et al., 2023). Todas estas intervenções de primeira linha estão enquadradas no âmbito da fisioterapia.

A AF é definida como “qualquer movimento produzido pelos músculos que requer gasto energético” e ainda como “qualquer atividade não estruturada, que necessite da supervisão direta de um profissional de saúde” (Comachio et al., 2025; Felício et al., 2022). É considerada essencial no tratamento e gestão das condições ME e um fator protetivo para o desenvolvimento de condições como a dor lombar não específica (Felício et al., 2022; Lin et al., 2020). Adicionalmente, o exercício físico é efetivo na diminuição da dor em diversas condições ME, incluindo dor lombar crónica, dor cervical, osteoartrose, fibromialgia e a artrite reumatoide (De la Corte-Rodriguez et al., 2024). Aspetos como

melhorias na qualidade do sono, o desempenho nas atividades da vida diária, a funcionalidade, a qualidade de vida e os fatores emocionais associados são também influenciados de forma positiva pelo exercício (De la Corte-Rodriguez et al., 2024). Em simultâneo, estudos demonstram que o exercício físico, por si só, reduz o risco em 33 % de dor lombar não específica, sendo sugerido que os benefícios se estendam a uma diminuição de consultas médicas e baixas por dor lombar (Shiri et al., 2018). A evidência tem ainda vindo a reforçar que, tanto a AF como o exercício físico, melhoram a função motora e reduzem a incapacidade, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade de vida dos utentes com condições ME (Allen, 2020; Booth et al., 2017). Num estudo realizado na Austrália, é sugerido que estratégias que melhorem os níveis de AF podem levar a uma elevada redução das condições ME, como também reduzir bilhões de dólares em economia da saúde (Wanjau et al., 2023).

Considerando a promoção da AF uma intervenção de primeira linha na prevenção (primária e secundária) e tratamento das condições ME, é importante destacar o papel do fisioterapeuta nesse processo (Kraus et al., 2019; Lin et al., 2020). Estes profissionais trabalham diretamente com todas as faixas etárias e são especialistas na área do movimento, com formação em promoção da AF e prescrição do exercício. Os fisioterapeutas têm uma responsabilidade ética e profissional de garantir que as oportunidades de promoção de AF são exploradas na sua totalidade (Lowe, Gee, et al., 2018), desempenhando um papel central na sua implementação (West et al., 2021). Tal como todos os profissionais de saúde, têm capacidade para aconselhar diretamente o utente e fazer a sua referenciação para oportunidades de AF na comunidade ou serviços de saúde (West et al., 2021).

A evidência científica mostra que intervenções de promoção da AF implementadas no contexto dos cuidados de saúde são efetivas e, em muitos casos, custo-efetivas (Direção Geral de Saúde, 2021). Existem fortes recomendações para a implementação, por exemplo, de modelos de aconselhamento breve para a AF, em articulação com os recursos de AF da comunidade envolvente (Direção Geral de Saúde, 2021). A nível internacional, têm sido descritas várias estratégias de referenciação, das quais se destacam os esquemas de referenciação em que o profissional de saúde referencia uma pessoa considerada sedentária ou inativa, para um profissional de exercício ou serviço relacionado com AF (Guidelines NICE, 2014). Estes esquemas visam modificar o comportamento dos indivíduos através do seu encaminhamento para centros de lazer ou ginásios, onde são oferecidos programas de exercícios (Cunningham et al., 2021; Mino et al., 2023; Rowley et al., 2018)). Nos esquemas de referenciação, o utente é formalmente encaminhado para um programa estruturado de exercício ou AF, designado *Exercise Referral Scheme* ou Prescrição social (já implementado em Portugal) (Carstairs et al., 2020). Trata-se de uma prática com um elevado nível de formalidade, caracterizado pela existência de uma

prescrição e, em alguns casos, pela inclusão de critérios de elegibilidade. Esta conexão entre os utentes e os profissionais, pode assumir diferentes modelos, com diferentes níveis de formalidade. Para além dos esquemas de referenciação, existem também os métodos de sinalização. Estes incluem a sinalização passiva informal e ativa informal (Cunningham et al., 2021). A sinalização passiva informal consiste em fornecer apenas informação genérica sobre AF, onde cabe ao utente a inscrição e o início da prática de AF. Já a sinalização ativa informal envolve uma abordagem mais direta, onde são fornecidas informações sobre oportunidades comunitárias específicas, podendo incluir instruções concretas, contactos ou até apoio no primeiro contacto com o serviço/grupo (Carstairs et al., 2020).

Estudos anteriores sugerem ainda que programas comunitários de AF, realizados em grupo, promovem uma perceção de pertença à comunidade, aumentando a adesão ao exercício (Neil-Sztramko et al., 2022). No caso de adultos com dor crónica, as oportunidades de exercício na comunidade têm o potencial de aumentar a adesão ao exercício, sendo, por este motivo, parte de uma estratégia de autogestão sustentável (Dnes et al., 2021). Num estudo realizado em população idosa, sem dor ME, concluiu-se que um programa que aumentasse a AF, não só prevenia o risco de dor ME, como o desenvolvimento de um estado psicológico debilitado, melhorava a função cognitiva e aumentava os níveis de AF dos participantes (Hirase et al., 2023). Também no caso de idosos com dor lombar crónica não específica, os exercícios em grupo, em espaços comunitários, demonstraram benefícios ao nível da intensidade da dor e melhoria da incapacidade, para além da melhoria dos níveis de AF e diminuição da frequência de quedas (Silva et al., 2025). Relativamente à duração destes esquemas, no Reino Unido, concluiu-se que esquemas de maior duração produzem efeitos positivos mais significativos, nos resultados de saúde, do que os de curta duração (Rowley et al., 2018). Esses efeitos incluem a melhoria dos níveis de AF (Tobi et al., 2012). Ainda no Reino Unido, as sessões no ginásio, supervisionadas, foram as mais utilizadas como referenciação (Rowley et al., 2018).

Embora estudos anteriores tenham demonstrado que os fisioterapeutas encaram a promoção da AF como parte das suas funções profissionais (West et al., 2021), descrevem também que a adesão ao exercício por parte dos utentes é um aspeto desafiante da prática clínica (Room et al., 2021). Efetivamente, no processo de promoção de AF na comunidade, é possível identificar-se simultaneamente fatores facilitadores e barreiras. Entre os fatores facilitadores para os fisioterapeutas, destacam-se a realização de consultas mais frequentes com os pacientes, o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a colaboração com outros serviços na comunidade (Stead et al., 2023). Entre as barreiras identificadas para a promoção da AF na comunidade estão o conhecimento reduzido acerca de programas comunitários e a falta de tempo com os utentes (West et al., 2021). Num estudo efetuado

na Austrália, observou-se que 70 % dos fisioterapeutas discutem AF com os seus utentes, contudo, apenas 10 % entram efetivamente em contacto com entidades ou organizações comunitárias que disponibilizam oportunidades para a prática de AF (Zhu et al., 2021).

Além disso, um estudo no Reino Unido demonstrou que apenas 16 % dos fisioterapeutas inquiridos tinham conhecimento sobre as *guidelines* de exercício e apenas 38 % cumpriam com os critérios de exercício necessários para serem considerados ativos (Lowe et al., 2017). No que diz respeito à influência da AF do fisioterapeuta, a literatura não é consensual. Enquanto alguns estudos indicam que fisioterapeutas com níveis de AF mais elevados demonstram maior probabilidade em promover AF (Tuna et al., 2022), outros não verificam essa associação (Lowe et al., 2017). Ainda assim, as barreiras poderão ir além dos profissionais, sendo relatado pelos fisioterapeutas americanos e canadenses que, mesmo quando estes programas estão disponíveis na comunidade, estes são caros ou de difícil acesso através de transportes acessíveis (Corey et al., 2023). Do lado dos utentes surgem também limitações nas experiências descritas em contexto da referenciação. Os utentes partilham experiências negativas sobre a referenciação e descrevem que a promoção de saúde raramente engloba orientações sobre os programas na comunidade (Corey et al., 2023).

Tendo em conta as limitações acima referidas, existe claramente um potencial, não explorado, para parcerias entre os profissionais de saúde e os profissionais de AF e exercício na comunidade (West et al., 2021). A conexão dos utentes com as atividades na comunidade apresenta o potencial de não só oferecer opções eficazes para que as pessoas com dor e/ou incapacidade associada sejam fisicamente ativas, como também ser um ambiente valioso para a participação social destas pessoas. No entanto, o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pelos fisioterapeutas para conectar o utente a este tipo de programas parece ser ainda reduzido (Lowe, Littlewood, et al., 2018). Também no contexto português o conhecimento sobre as práticas de referenciação para programas de AF na comunidade é escasso.

Como tal, este estudo tem como objetivo caracterizar as práticas de promoção de AF na comunidade em pessoas com dor ME não específica por parte dos fisioterapeutas portugueses, analisando a discussão e abordagem de AF na comunidade e a investigação de oportunidades de AF na comunidade, bem como identificar as barreiras que surgem nesse processo. Secundariamente, pretende-se ainda estudar a associação da promoção de AF na comunidade com variáveis sociodemográficas e da prática clínica dos fisioterapeutas. Os resultados do estudo poderão contribuir para colmatar as lacunas existentes sobre a promoção de AF na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses, nomeadamente através do desenvolvimento de ações formativas e profissionais.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal (*survey*), cuja recolha de dados decorreu através de um questionário *online*. Este projeto está integrado num estudo conduzido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, entre janeiro e junho de 2025. No que diz respeito à recolha de dados, foi utilizada a plataforma *LimeSurvey*.

Relativamente às descrições dos procedimentos realizados no estudo, foram utilizadas as orientações *CHERRIES – Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* específica para estudos com instrumentos de recolha de dados administrados *online*. Adicionalmente, o protocolo do estudo foi previamente submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS), responsável pela avaliação de todos os aspetos éticos, que emitiu um parecer favorável (parecer nº 129ª/2024 – Anexo A).

Participantes e Recrutamento

Participaram neste estudo fisioterapeutas a exercer a sua atividade em Portugal, cuja elegibilidade foi determinada com base em critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram considerados elegíveis para o estudo: 1) fisioterapeutas residentes em Portugal; 2) inscritos na Ordem dos Fisioterapeutas; 3) que estivessem a trabalhar em contexto de ME, nomeadamente em casos de dor ME não específica (pelo menos 25 % dos casos de uma semana típica).

Com base nos critérios anteriores, o tamanho da amostra foi calculado tendo por base a percentagem de fisioterapeutas a trabalhar em condições ME, que, em Portugal, em 2018, correspondia a, aproximadamente, 55 % dos fisioterapeutas (Vital et al., 2018). Atualmente, de acordo com a Ordem dos Fisioterapeutas, existem 12 144 inscritos. Assim, assumindo que a percentagem de fisioterapeutas a trabalhar na área se mantém, estima-se que trabalhem na área da ME aproximadamente 6679 fisioterapeutas. Utilizando a fórmula estatística para o efeito (<https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>), com um intervalo de confiança (IC) de 95 %, calculou-se um valor expectável de 369 participantes (Naing et al., 2006) .

No que diz respeito ao processo de recrutamento, este decorreu através da divulgação do questionário em várias entidades, nomeadamente na Ordem dos Fisioterapeutas, na Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO), na Associação Nacional de Jovens na Fisioterapia (ANJF), no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), para que

divulgassem via *e-mail*/redes sociais o *link* para preenchimento do questionário. Paralelamente, foi também realizado um levantamento das clínicas de fisioterapia a nível nacional, para posterior envio do questionário. Simultaneamente, as investigadoras procederam à divulgação do questionário através das suas redes sociais e contactos pessoais.

Na fase de preenchimento, os participantes tiveram acesso ao *link* do questionário, onde previamente, através da carta explicativa do estudo (apêndice A), foram informados acerca dos critérios de elegibilidade e foi garantida toda a confidencialidade dos dados. É de salientar ainda que a participação no estudo foi inteiramente voluntária e declarada através do preenchimento do consentimento informado (apêndice B). Os dados foram recolhidos, de forma anónima, garantindo assim toda a confidencialidade dos mesmos. Importa ainda salientar que os participantes foram informados de que poderiam desistir da sua participação a qualquer momento, sem que isso tivesse quaisquer repercussões sobre os mesmos.

Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário, devidamente adaptado, tendo por base o PROPOSE (*Professional Referral to Physical Activity, Sport and Exercise*). Este questionário foi previamente utilizado em dois estudos, com objetivo de avaliar a promoção de AF pelos profissionais de saúde nos hospitais públicos, e o aconselhamento dos fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia em relação à promoção da AF (Purcell et al., 2024; Shirley et al., 2010). O instrumento (apêndice C) foi disponibilizado *online* na plataforma *LimeSurvey*, através de um *link*. Para controlo dos acessos foram utilizadas *cookies*.

Previamente à sua aplicação, o questionário foi sujeito a um processo de validação facial e de conteúdo. Esta fase correspondeu ao estudo piloto, onde foi realizada uma adaptação do questionário base à população portuguesa e objetivos do estudo. Esta fase teve uma duração de 3 semanas, onde 10 fisioterapeutas (dos quais 2 investigadores), que preenchessem os critérios de inclusão pré-definidos, procederam ao preenchimento da versão preliminar *online*. Esta primeira amostra apresentava diferentes faixas etárias e locais de prática de forma a garantir uma heterogeneidade da amostra. No final das 3 secções, os participantes preencheram um total de 5 questões com o objetivo de avaliar a clareza das questões, identificar erros ou eventuais dificuldades no preenchimento (Bolarinwa, 2015). Das 5 questões, 4 eram dicotómicas, com espaço de comentários, e 1 era de resposta aberta, onde os participantes poderiam deixar sugestões de melhorias, relativamente a cada secção. Após este período

de recolha de dados, o questionário foi encerrado e as respostas analisadas pelas respetivas investigadoras (apêndice D). No que diz respeito aos resultados obtidos, na primeira e segunda secção, 10 % dos participantes consideraram que as questões não eram claras e fáceis de compreender e 20 % sugeriram questões de melhoria. Na última secção, relacionada com a prática atual, 40 % dos participantes consideraram que as questões não estavam claras e fáceis de compreender, no entanto, todos consideraram as questões relevantes, sem deixar sugestões de melhoria. Face aos resultados obtidos, foi alterada a estrutura das questões, bem como das respetivas respostas e ordem pelas quais as mesmas eram apresentadas aos participantes. Serve de exemplo o caso da questão 3, referente ao local de prática, onde foi adicionada a opção “cuidados de saúde primários” para uma maior abrangência das opções de resposta.

Considerando as alterações realizadas, o questionário final foi constituído por 19 questões, agrupadas em 3 secções, de acordo com os objetivos em estudo:

1. Caracterização Sociodemográfica: encontram-se questões relacionadas com a idade, o sexo biológico, o local de prática, os anos de experiência profissional e as habilitações académicas (5 questões);
2. Prática Atual: inclui questões sobre o número médio de utentes/hora, nível de confiança no aconselhamento de AF, frequência com que aborda e discute AF, frequência com que indica estratégias específicas para aumento AF, frequência com que aborda e discute AF na comunidade, frequência com que avalia AF através de um monitor de atividade ou pedómetro, frequência com que define objetivos relacionados com AF, frequência com que investiga oportunidades de AF na comunidade, frequência com que estabelece contacto com os prestadores de serviços de exercício físico, AF recreativa e desporto, tipo de programas recomendados aos utentes, frequência com que recomenda aos utentes que realizem exercícios em casa, exercício físico, AF recreativa, desporto, conhecimento acerca das recomendações para a AF para os utentes com dor ME não específica, o tempo de AF moderada e vigorosa recomendada num caso específico, prática de algum tipo de desporto no passado, minutos despendidos em AF moderada e vigorosa, e perceção sobre a influência do comportamento ativo próprio nos utentes (11 questões);
3. Barreiras para o envolvimento na AF e formação: apresenta questões relacionadas com o nível de concordância com determinadas barreiras à promoção da AF, frequência com que determinadas barreiras impedem de sugerir AF na comunidade e participação em formações sobre AF para a população alvo (3 questões).

Ao longo das 3 secções, os participantes encontraram respostas fechadas (escolha múltipla ou dicotómicas), onde posteriormente poderiam especificar informações através de espaços para respostas curtas. Foram incluídas ainda questões relacionadas com graus de concordância (“discordo totalmente” a “concordo totalmente”), nível de confiança (“nada confiante” a “muito confiante”) e frequência (“nunca” a “frequentemente”) através de escalas de *Likert*. Algumas das questões implicavam ainda a introdução de valores numéricos como a idade e o tempo, em minutos e dias por semana, despendido em AF.

Durante todo o preenchimento, os participantes puderam acompanhar a sua progressão no questionário através de uma barra horizontal na região superior da página. Esta barra aumentava de acordo com o preenchimento progressivo no questionário, sendo sempre possível retroceder para as secções anteriores do questionário. Os participantes puderam ainda guardar questionários parcialmente preenchidos. No que diz respeito ao tempo de preenchimento, foram estimados 10 minutos, no entanto, foi registado um tempo médio de 13 minutos e 18 segundos.

Recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre o dia 17 de fevereiro e o dia 30 de junho de 2025, através do questionário *online*: “Referenciação e promoção da atividade física pelos fisioterapeutas portugueses em utentes com dor músculo-esquelética não específica”. Os fisioterapeutas foram convidados a participar no estudo através de um *link* de acesso ao questionário, divulgado via *e-mail* e redes sociais. Após um mês de recolha de dados, foram identificadas e contactadas via *e-mail* as clínicas de fisioterapia em território nacional (o que inclui clínicas dos distritos de Faro, Beja, Évora, Setúbal, Lisboa, Santarém, Portalegre, Leiria, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Viseu, Aveiro, Porto, Braga, Vila Real, Bragança, Viana do Castelo), incluindo as regiões autónomas (Madeira e Açores). A seleção das clínicas baseou-se na sua área de atuação, ME, sendo os *e-mails* enviados por distritos e ilhas, para assegurar a maior representatividade possível.

Posteriormente, os dados foram extraídos do *LimeSurvey*, em formato *Excel* e exportados para uma base de dados própria no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), tendo sido guardados numa pasta com acesso restrito às investigadoras. Todos os dados foram armazenados e exportados, sem identificação do participante, nem do seu IP ou *e-mail* para uma pasta com *password*, acessível apenas para as investigadoras do estudo.

Análise de dados

Após 5 meses de recolha de dados, procedeu-se ao encerramento do questionário com um total de 590 respostas, das quais foram exportadas 376, por estarem completas. De seguida, os dados foram importados para o software (SPSS), versão 29.0, por permitir a análise dos dados através de métodos de estatística descritiva e inferencial. Após a importação, verificou-se que existiam questões com valores omissos, como é o caso dos anos de experiência (2 valores), AF vigorosa, em minutos e dias (30 valores), AF moderada (28 valores) e vigorosa (44 valores) do fisioterapeuta.

As variáveis contínuas foram analisadas recorrendo à estatística descritiva, através do cálculo da média e do desvio padrão. Já nas variáveis categóricas foram utilizadas as medidas de frequência absoluta e relativa. Para a análise das barreiras, estas foram dicotomizadas sendo consideradas como tal, quando os participantes responderam “às vezes”, “muitas vezes” e “frequentemente”. Estas análises permitiram caracterizar a amostra a nível sociodemográfico, prática atual e respetivas barreiras à promoção de AF na comunidade.

Posteriormente, alguns dados brutos foram transformados em novas variáveis (Apêndice E) - no caso da idade, foi transformada em faixas etárias (<30 anos; 30 - 40; > 40), os anos de experiência transformados em vários grupos (0 - 5; 6 - 10 e 11 - 15; > 15) e o número de utentes/hora foi dividido em 3 grupos (1 utente/hora, 2 utentes/hora e 3 ou mais utentes/hora). No que diz respeito às habilitações académicas, pelo reduzido número de participantes com doutoramento, optou-se por se agregar com os participantes que tinham mestrado. As questões associadas à escala de *Likert* foram agregadas e dicotomizadas, nomeadamente: o nível de confiança para discutir e aconselhar AF; abordar e discutir AF na comunidade; investigar oportunidades na comunidade e crença de que ser ativo influencia o utente. Adicionalmente, foram também dicotomizadas as variáveis referentes à perceção do conhecimento do próprio fisioterapeuta sobre as recomendações da AF e o nível de AF do fisioterapeuta (moderada e vigorosa). A classificação do nível de atividade do fisioterapeuta foi baseada nas recomendações gerais de AF. Todos os participantes que cumpriam com a realização de, pelo menos, 150 minutos de AF moderada ou, pelo menos, 75 minutos de AF vigorosa por semana, foram classificados como ativos (Direção Geral de Saúde, 2021). De salientar que, especificamente nesta questão, alguns dos dados extraídos foram considerados como omissos e excluídos da análise pela ausência de carácter numérico na resposta.

De forma a responder ao objetivo secundário do estudo, foram utilizadas duas das alíneas à questão 8 como variáveis dependentes, sendo elas a abordagem e discussão da AF na comunidade e a investigação de oportunidades de AF na comunidade. Foram classificados como promotores da AF na

comunidade todos os que responderam “frequentemente” e “muitas vezes” a estas questões e não promotores, os que responderam às questões como “às vezes”, “raramente” ou “nunca”. Posteriormente, foi analisada a relação entre as variáveis de caracterização sociodemográfica e de prática atual (variáveis independentes) com a promoção de AF comunitária, através 1) abordagem e discussão da AF na comunidade e 2) da investigação de oportunidades na comunidade (variáveis dependentes). As variáveis independentes incluíram: a idade, as faixas etárias, os anos de experiência, os grupos de anos de experiência, o sexo biológico, o número de utentes/hora, a prática desportiva passada, os minutos de AF moderada e vigorosa do fisioterapeuta, a crença de que o nível de AF do fisioterapeuta influencia a promoção de AF, o nível de confiança do fisioterapeuta para discutir e aconselhar AF, a perceção do conhecimento das recomendações para a AF e a participação prévia em formações relacionadas com o tema. Nesta análise foi utilizada estatística inferencial através dos modelos de regressão logística univariada e multivariada para cada uma das variáveis dependentes.

Numa primeira fase, foi efetuada uma análise univariada, através da regressão logística binária, para analisar quais as variáveis com associação estatisticamente significativa relativa à frequência com que o fisioterapeuta aborda e discute AF na comunidade e investiga oportunidades de AF na comunidade. Nesta fase, o nível de significância utilizado foi de $p < 0,2$ para que as variáveis não fossem excluídas do modelo multivariado numa fase demasiado precoce (Petra et al., 2007; Weigl et al., 2006). Posteriormente, todas as variáveis que apresentassem significância estatística, onde $p < 0,2$, foram submetidas a uma análise multivariada através do método *Backward Stepwise (Conditional)*, de forma a obter um modelo de regressão logística para cada uma das variáveis (Marôco, 2007).

Nos modelos finais, o nível de associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes foi analisada através dos valores de *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95 %, tendo sido também apresentado o coeficiente de determinação de *Nagelkerke* (R^2), para avaliar o poder explicativo do modelo (inferior a 0,1: fraco; 0,1 - 0,3: moderado; superior a 0,3: elevado), tal como descrito por Marôco (2007). Adicionalmente, foi ainda realizado o teste de *Hosmer-Lemeshow* para avaliar a qualidade do ajuste do modelo de regressão, considerando-se um ajustamento adequado quando $p > 0,05$ (Bewick et al., 2005). Para verificar se as variáveis independentes retidas no modelo final, conseguem, de facto, diferenciar os fisioterapeutas que promovem AF na comunidade, dos que não promovem foi ainda analisada curva ROC. Quanto maior for a área sob a curva ROC, melhor é a capacidade discriminativa do modelo (Bewick et al., 2004). Quando os valores da área sob a curva ROC estão entre 0,5 e 0,7 a capacidade discriminativa é fraca, entre 0,7 e 0,8 é aceitável, entre 0,8 e 0,9 é muito boa e superior a 0,9 é excelente (Marôco, 2007).

RESULTADOS

Após a aplicação de todas as estratégias de divulgação do questionário, obteve-se um total de 590 respostas, das quais 63,7% (n = 376) estavam completas e foram consideradas na análise.

Caracterização sociodemográfica

A amostra em estudo foi constituída por participantes com idades entre os 22 e os 67 anos, apresentando uma média de $31,65 \pm 8,07$ anos. Relativamente ao sexo biológico, observou-se uma predominância no sexo feminino, representando 64,1 % (n = 241) da amostra. No que diz respeito às habilitações académicas, a maioria dos fisioterapeutas possui o grau de licenciatura (57,4 %, n = 216), seguida pela pós-graduação (23,1 %, n = 87), o mestrado (17,6 %, n = 66), o bacharelato (1,1 %, n = 4) e, por fim, o doutoramento (0,8 %, n = 3). De referir que, nesta categoria, os participantes podiam selecionar mais do que uma opção de resposta sendo que, para o estudo, apenas foi considerada válida a resposta de maior grau. Foi ainda possível observar que os participantes apresentam, em média, $9,55 \pm 8,48$ anos de experiência. Todos os dados relativos a esta caracterização sociodemográfica podem ser consultados em maior detalhe na *tabela 1*.

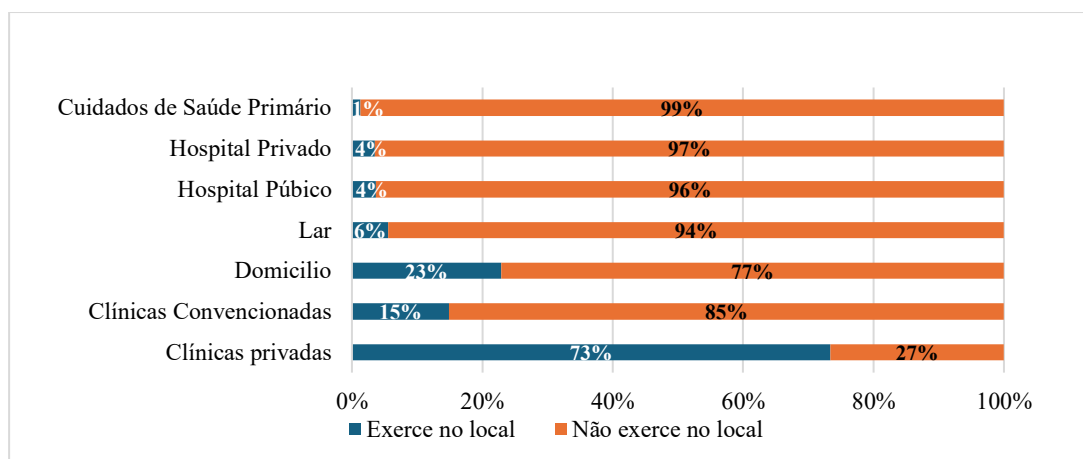
Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica

Variável	Categorias da Variável	Amostra Total n = 376	
Idade ($\bar{x} \pm \sigma$)	-	31,65 anos ($\pm 8,074$)	
Idade (Mínima e máxima)	-	22 anos	67 anos
Sexo Biológico %(n)	Feminino	64,1% (241)	
	Masculino	35,9% (135)	
Habilitações Académicas %(n)	Bacharelato	1,1 % (4)	
	Licenciatura	57,4% (216)	
	Pós-graduação	23,1% (87)	
	Mestrado	17,6% (66)	
	Doutoramento	0,8% (3)	
Anos de experiência profissional ($\bar{x}$; σ)	-	9,551 anos ($\pm 8,4746$)	
Anos de experiência profissional	-	0,5 anos	47 anos

Legenda: %: frequência relativa; N: frequência absoluta; $\bar{x}$: média; σ : desvio padrão

Quanto aos locais de prática clínica, predominam os fisioterapeutas que exercem em contexto de clínica privada, que correspondem a 73,40 % (276) das respostas totais, tal como é possível observar na *figura 1*. Em contrapartida, apenas 1,30 % (5) dos fisioterapeutas exercem em cuidados de saúde primários. De referir que 14,4 % (54) das respostas totais corresponderam a outros locais, que não os enumerados, tal como contexto desportivo, ginásios, IPSS e centros de reabilitação. É ainda importante salientar que, nesta questão, os participantes voltaram a ter a opção de seleccionar mais do que 1 local, motivo pelo qual as percentagens de cada local são comparadas apenas à percentagem total de cada categoria. Todos os valores podem ser consultados na *figura 1*.

Figura 1: Locais de Prática Clínica

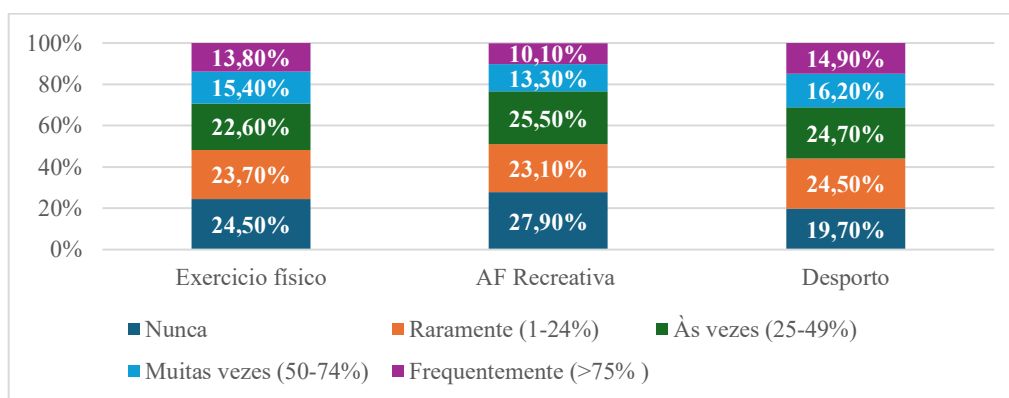


Caracterização da prática atual

No que concerne ao número de utentes/hora, a amostra é caracterizada por fisioterapeutas que trabalham no contexto de 1 utente/hora (65,4 %, n = 246), seguido de 3-4 utentes/hora (16,2 %, n = 61), 2 utentes/hora (15,7 %, n = 59), enquanto apenas uma minoria atende mais de quatro utentes por hora (2,7 %, n = 10). No que diz respeito à confiança para discutir e aconselhar AF, a maioria dos fisioterapeutas (90,1 %, n = 339) afirma sentir-se confiante e muito confiante para o fazer. Relativamente à promoção da AF na comunidade, 55,3 % (208) dos fisioterapeutas referiram abordar e discutir o tema, enquanto 37,80 % (142) indicaram investigar oportunidades de AF na comunidade. A análise da frequência com que os fisioterapeutas estabelecem contacto com prestadores dos serviços de exercício físico, AF recreativa e desporto, evidencia que os contactos frequentes são diminutos, atendendo à reduzida representação das categorias “frequentemente” e “muitas vezes”.

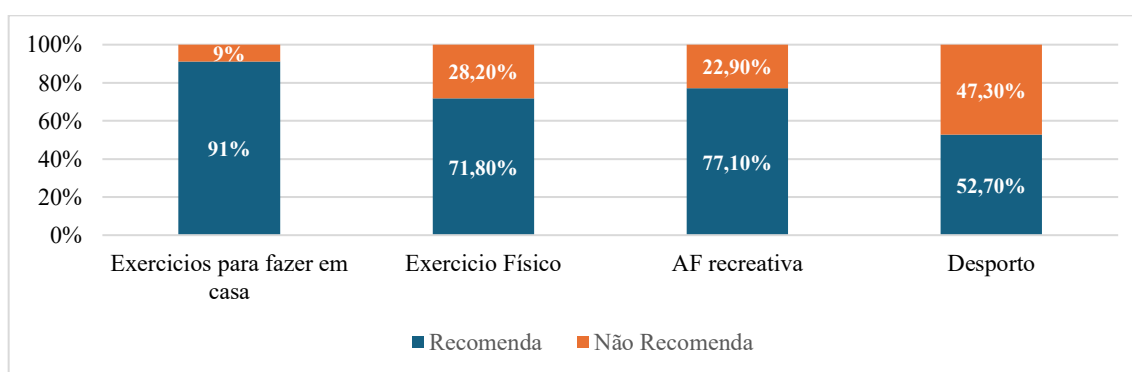
No que respeita ao desporto, observa-se um maior equilíbrio entre todas as respostas, sendo que as respostas se concentram sobretudo nas opções “às vezes” e “raramente”. Na AF recreativa predomina a ausência de contacto e a opção “às vezes”. De forma semelhante, também no exercício predomina a ausência de contacto e a opção de resposta “raramente”. Todas as percentagens podem ser consultadas em detalhe, abaixo na *figura 2*.

Figura 2: Frequência com que os fisioterapeutas estabelecem contacto com prestadores na comunidade de: Desporto, AF Recreativa e exercício físico.



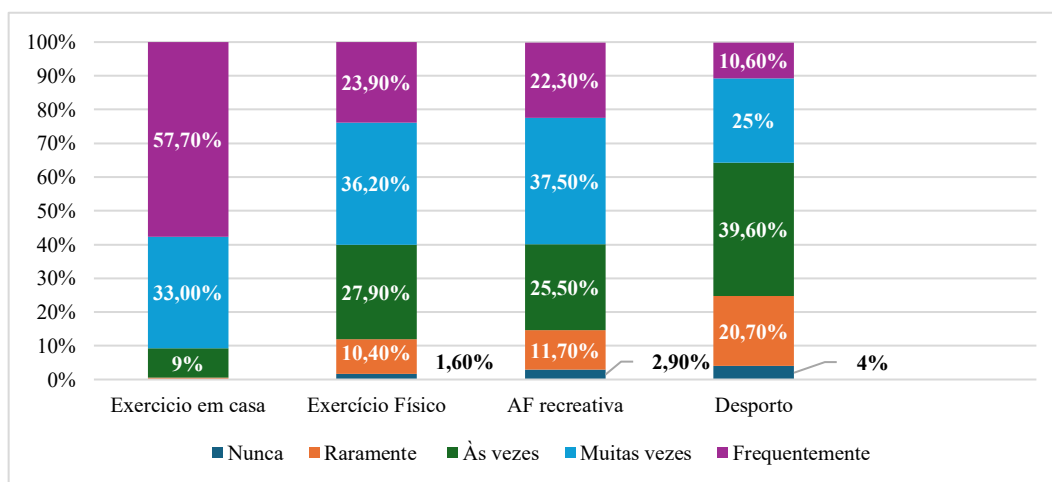
De referir que os fisioterapeutas sugerem maioritariamente exercícios para realizar em casa, verificando-se uma percentagem de recomendação (91 %, n = 342) claramente superior à de não recomendação (9 %, n = 34). No que diz respeito ao exercício físico e à AF recreativa, regista-se uma elevada taxa de recomendação, ainda que menos consensual. Já o desporto, em comparação com os restantes programas, apresenta uma distribuição mais equilibrada entre a recomendação (52,70 %, n = 198) e não recomendação (47,30 %, n = 178), sugerindo uma maior divergência entre os profissionais. Alguns dos participantes referiram ainda outras opções (1,93 %, n = 26) como *sitting breaks*, desporto adaptado ou blocos de exercício ao longo do dia. A proporção entre a recomendação e não recomendação para estes programas pode ser observada em detalhe na *figura 3*.

Figura 3: Tipo de programas recomendados aos utentes



Ainda relacionado com os programas recomendados, pode observar-se no gráfico da *figura 4* que os exercícios em casa continuam a ser o tipo de programas que é recomendado de forma mais frequente, seguindo-se do exercício físico, da AF recreativa e, por fim, do desporto.

Figura 4: Frequência de recomendação dos tipos de AF



No que respeita à perceção do conhecimento das recomendações para a prática de AF, 50,3% (189) dos fisioterapeutas referem conhecê-las, enquanto 43,1 % (162) admitem não ter a certeza e apenas 6,6 % (25) afirmam não ter qualquer conhecimento. Foi ainda avaliado o conhecimento dos fisioterapeutas relativamente a estas recomendações, onde metade dos fisioterapeutas recomendaram 45 a 150 minutos de AF moderada 3-4 dias por semana e 30 a 75 minutos de AF vigorosa 2-3 dias por semana, tal como indica a *tabela 2*.

Tabela 2: Recomendações do fisioterapeuta para a prática de AF numa utente do sexo feminino, com história de dor lombar ligeira há 4 anos, com múltiplos episódios de exacerbação de sintomas, que se encontram controlados

	Mediana	Percentis		
		25	50	75
Minutos por semana de AF moderada	90	45	90	150
Dias por semana de AF moderada	3	3	3	4
Minutos por semana de AF vigorosa	45	30	45	75
Dias por semana de AF vigorosa	2	2	2	3

Relativamente à prática de AF pelos próprios fisioterapeutas, os dados sugerem que a maioria dos fisioterapeutas não são considerados ativos em atividades moderadas (58 %, n = 141). No entanto, mais de metade são ativos em atividades vigorosas (52,70 %, n = 198).

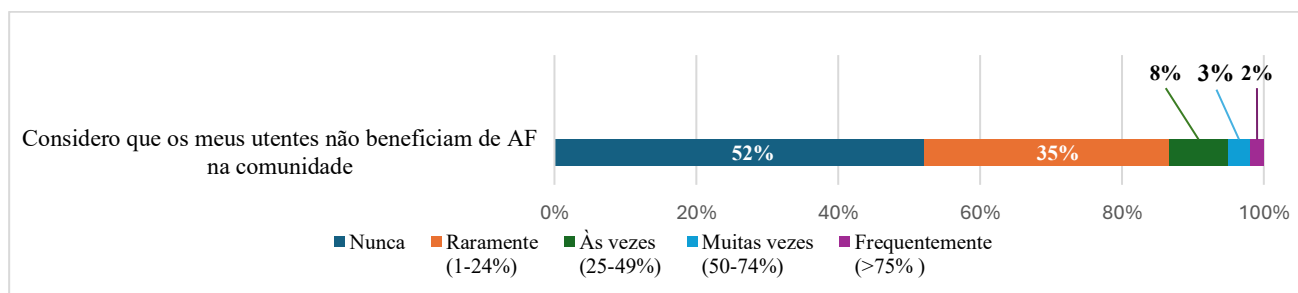
No que diz respeito aos próprios fisioterapeutas, a sua grande maioria afirma já ter praticado desporto no passado (92,30 %, n = 347) e acredita que ser um fisioterapeuta ativo influencia os próprios utentes (85,60 %, n = 322).

Formação e barreiras para o envolvimento na atividade física na comunidade

Para melhor compreensão de todas as respostas, as barreiras foram agrupadas em 7 categorias: Crenças negativas sobre os benefícios da AF; Conhecimento e informação; Acessibilidade e recursos; Contexto organizacional/profissional; Adesão dos utentes/fatores sociais; Confiança nos instrutores e serviços comunitários; Segurança e risco percecionado.

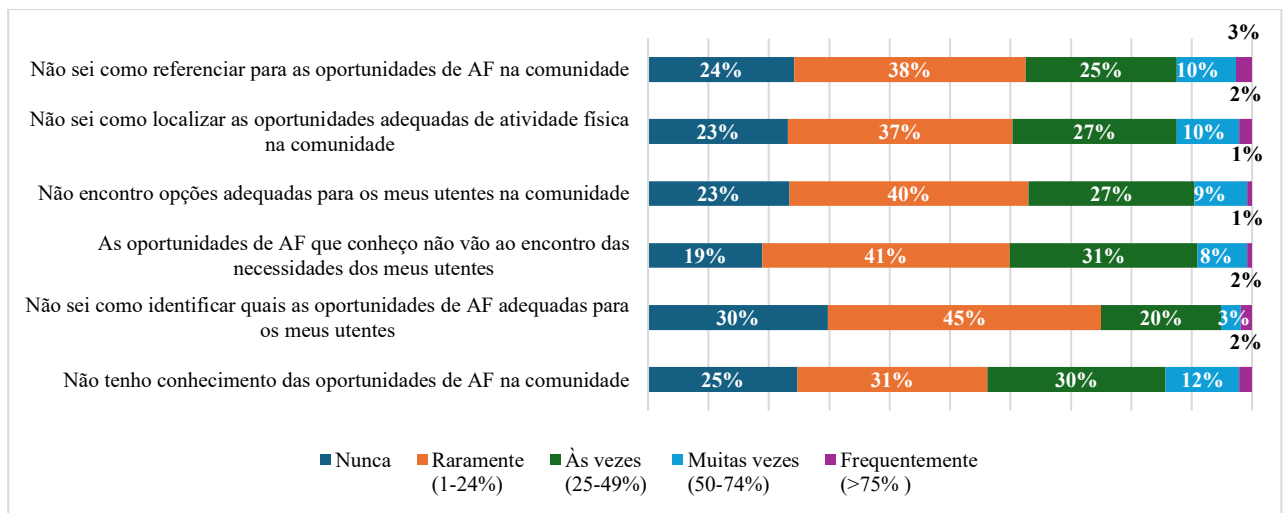
No que diz respeito às crenças dos fisioterapeutas acerca da ausência de benefícios da AF, apenas 13 % (50) afirmam que “às vezes”, “muitas vezes” ou “frequentemente” os utentes não beneficiam da participação comunitária, existindo assim um consenso sobre os benefícios da AF, não sendo esta uma barreira relevante, tal como mostra a *figura 5*.

Figura 5: Crenças negativas sobre os benefícios da AF



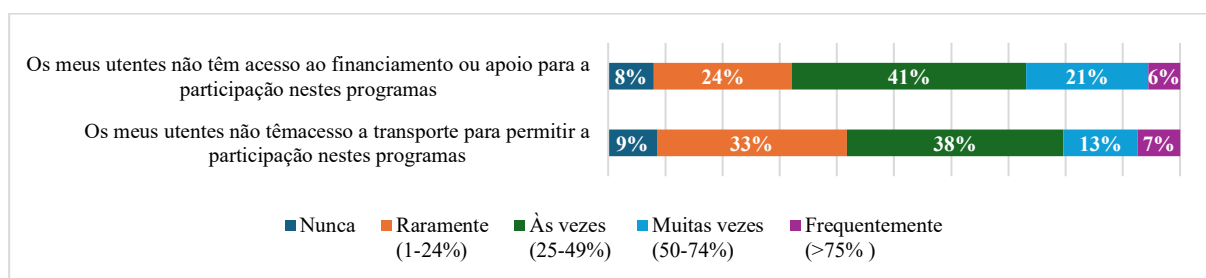
Relativamente às barreiras de conhecimento e informação, aquela que apresenta maior expressão nas respostas é a opção de não ter conhecimento das oportunidades de AF. Contrastando com a opção de não saber como identificar as opções de AF mais adequadas para o utente que foi a menos percecionada pelos fisioterapeutas como barreira, tal como se pode observar na *figura 6*

Figura 6: Barreiras relativas ao conhecimento e informação



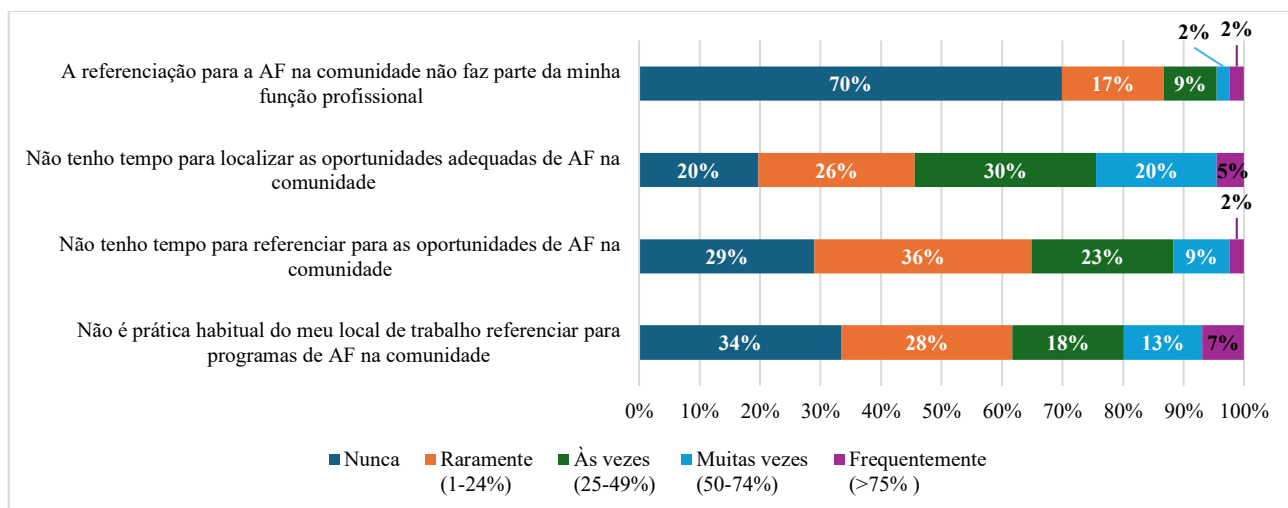
No que diz respeito à acessibilidade e recursos, as opções “às vezes”, “muitas vezes” e “frequentemente” ganham uma expressão maior, sendo este tópico um dos que revela maior percentagem de barreiras. A ausência de financiamento é percecionada como uma barreira por 68 % (255) dos fisioterapeutas (soma das respostas “às vezes”, “muitas vezes” e “frequentemente”), enquanto a falta de acesso a transporte é considerada uma barreira por 58% (218) dos participantes, com base nas mesmas opções de resposta (figura 7).

Figura 7: Barreiras relativas à acessibilidade e recursos



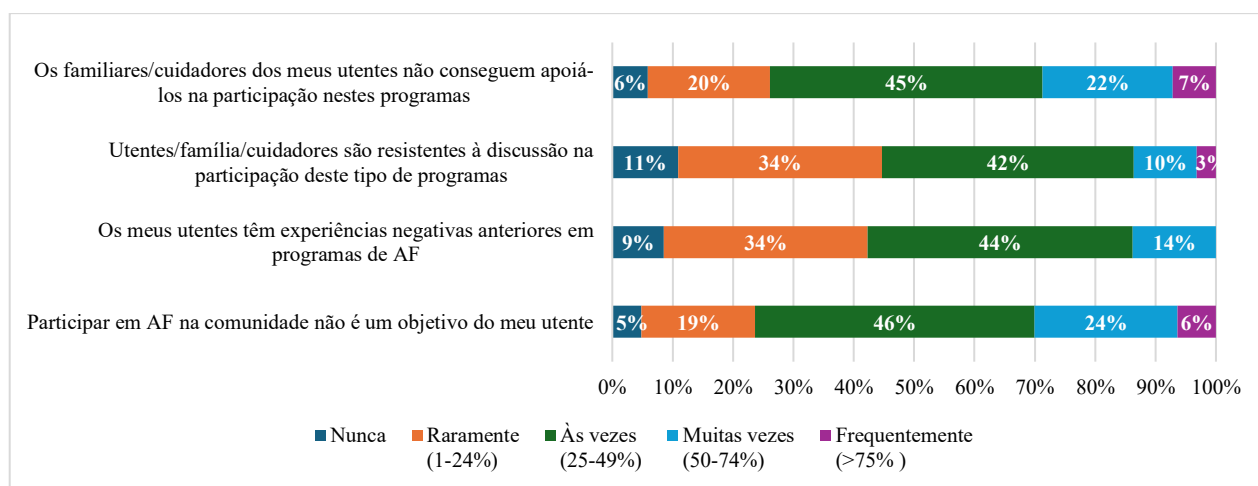
No que diz respeito ao contexto organizacional, a maioria dos fisioterapeutas não questiona o seu papel profissional na referênciação (não veem isso como barreira). Já no que diz respeito ao tempo para localizar as oportunidades de AF na comunidade, esta opção foi a que apresentou uma das maiores percentagens, onde 55 % (205) dos fisioterapeutas responderam “às vezes”, “muitas vezes” ou “frequentemente”. Todas as barreiras relativas a esta categoria podem ser consultadas abaixo com maior detalhe (figura 8).

Figura 8: Barreiras relativas ao contexto organizacional/Profissional



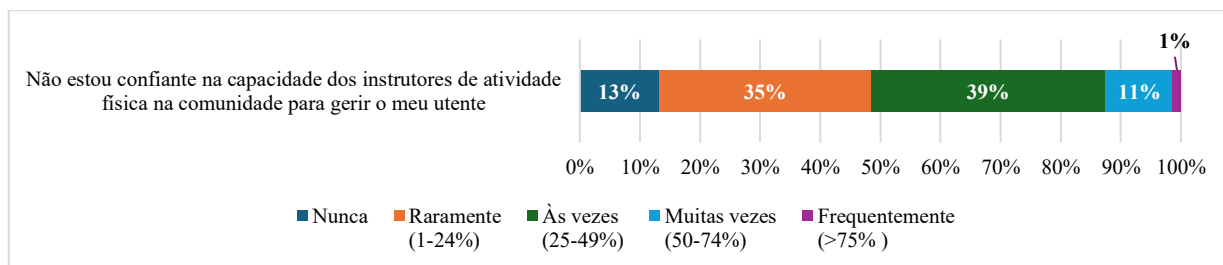
No que diz respeito à adesão percebida pelos fisioterapeutas e aos fatores sociais, este é o tópico onde as barreiras apresentam maior expressão, entre as opções “às vezes”, “muitas vezes” ou “frequentemente”. Em todos os tópicos estas opções de resposta representam pelo menos 55 % das respostas totais, sendo que apresentam maior expressão as que se referem ao apoio dos familiares (74 %, n = 278) e ao facto de a AF não ser um objetivo do utente (76 %, n = 287), tal como se pode observar na figura 9.

Figura 9: Barreiras relativas à adesão percebida pelos fisioterapeutas dos utentes/Fatores sociais



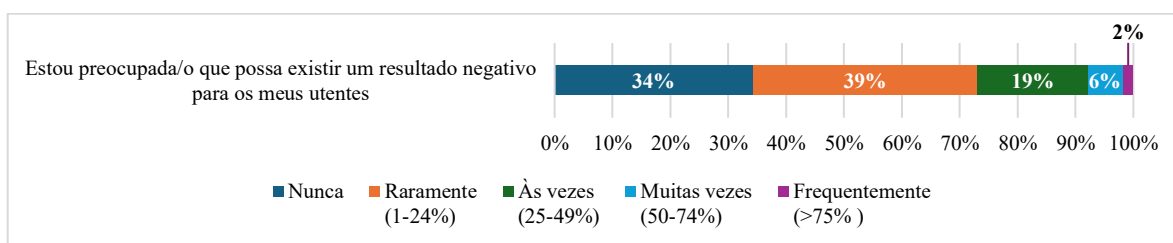
Relativamente à falta de confiança nos instrutores, esta surge como barreira em sensivelmente metade da amostra (51 %, n = 194), tal como se pode observar abaixo (*figura 10*), quando se considera as mesmas opções de resposta.

Figura 10: Barreiras relativas à confiança nos instrutores e serviços comunitários



Por fim, a maioria dos fisioterapeutas não apresenta uma preocupação recorrente com resultados negativos da AF, havendo 73 % (182) dos participantes que responde “nunca” ou “raramente” (*figura 11*).

Figura 11: Barreiras relativas à segurança e risco percebido pelo fisioterapeuta



No que diz respeito à participação em formações, no âmbito da promoção de AF na população alvo, é de referir ainda que a distribuição está bastante equilibrada, no entanto, verifica-se que predominam os fisioterapeutas que não participaram previamente nestas formações (53,30 %, n = 201).

Fatores associados à promoção de AF na comunidade

Inicialmente, os fisioterapeutas foram classificados como promotores ou não promotores da AF comunitária, de acordo com as respostas às duas alíneas da questão 8: com que frequência aborda e discute o tema da AF na comunidade; com que frequência investiga oportunidades de AF na comunidade para os seus utentes. Todos os fisioterapeutas que responderam entre “nunca”, “raramente” e “às vezes” foram agrupados e classificados como não promotores ao invés dos que responderam “muitas vezes” e “frequentemente” que foram classificados como promotores. Posteriormente, com o objetivo de analisar

os fatores associados à promoção da AF na comunidade foi realizada uma análise univariada (apêndice F) e multivariada (Apêndice G) para as variáveis dependentes com as variáveis independentes já referidas.

Fatores associados à promoção de AF na comunidade através de abordar e discutir AF na comunidade

Análise univariada

Através da regressão logística binária, observou-se a existência de uma associação significativa para $p < 0,2$ entre 7 das 16 variáveis independentes e a variável dependente “abordar e discutir AF na comunidade”, tal como está demonstrado na *tabela 3*, na qual se encontra detalhado o valor de p de OR .

Tabela 3: Resultados da análise univariada para a variável de abordar e discutir AF comunitária, em que $p < 0,2$

Variável	OR	p-value
Habilitações académicas: Pós-graduação	-	-
Não*	1	-
Sim	1,528	0,092
Habilitações académicas: Doutoramento + Mestrado	-	-
Não*	1	-
Sim	0,988	0,964
Nº de utentes hora	-	0,004
3 ou mais utentes/hora*	1	-
2 utentes/hora	0,578	0,127
1 utente/hora	1,519	0,123
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Não Confiante*	1	-
Confiante	3,279	0,002
Perceção de conhecimento das recomendações para AF	-	-
Não Conhece*	1	-
Conhece	2,681	<0,001
Minutos de AF moderada	-	-
Não ativo*	1	-
Ativo	1,824	0,008
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	1	-
Influência	2,879	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	1	-
Sim	2,802	<0,001

*Classe de referência

Análise multivariada

Posteriormente, através da análise multivariada, pelo método *Backward Stepwise Conditional*, foi testada a associação entre as variáveis anteriormente identificadas na análise univariada (para $p < 0,2$) e a variável dependente: abordar e discutir AF na comunidade. Tal como se pode verificar na *tabela 4*, o modelo final reteve 4 das 7 variáveis obtidas na análise univariada, sendo elas: o número de utentes/hora, o nível de confiança dos fisioterapeutas em discutir e aconselhar AF, a perceção do conhecimento das recomendações para a AF nos utentes com dor ME não específica e a participação prévia em formações no âmbito da promoção de AF na população alvo.

Tabela 4: Resultados da análise multivariada para a variável de abordar e discutir AF comunitária

Variável	OR	p-value	95% IC		R ² Nagelkerk	Teste de Hosmer e Lameshow
			Inferior	Superior		
Nº de utentes/hora	-	0,016	-	-	0,153	0,891
3 ou mais utentes/hora*	1	-	-	-		
2 utentes/hora	0,518	0,097	0,238	1,126		
1 utente/hora	1,302	0,388	0,715	2,372		
Nível de confiança dos fisioterapeutas em aconselhar e discutir AF	-	-	-	-		
Não Confiante*	1	-	-	-		
Confiante	2,201	0,062	0,961	5,042		
Perceção de conhecimento das recomendações para AF	-	-	-	-		
Não Conhece*	1	-	-	-		
Conhece	2,086	0,002	1,320	3,295		
Formações prévias	-	-	-	-		
Não*	1	-	-	-		
Sim	2,149	0,001	1,353	3,413		

*Classe de referência

De acordo com a análise multivariada, observou-se que tanto a participação prévia em formações no âmbito da promoção de AF na comunidade como também a perceção do conhecimento das recomendações para AF nos utentes com dor ME não específica, apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a abordagem e discussão da AF na comunidade. Os fisioterapeutas que participaram em formações no âmbito da promoção de AF apresentaram ter o dobro das chances de abordar e discutir AF na comunidade face a um fisioterapeuta sem formação prévia (OR = 2,149; IC 95 %: 1,353 – 3,413; $p = 0,001$). Por sua vez, aqueles que referiram conhecer as

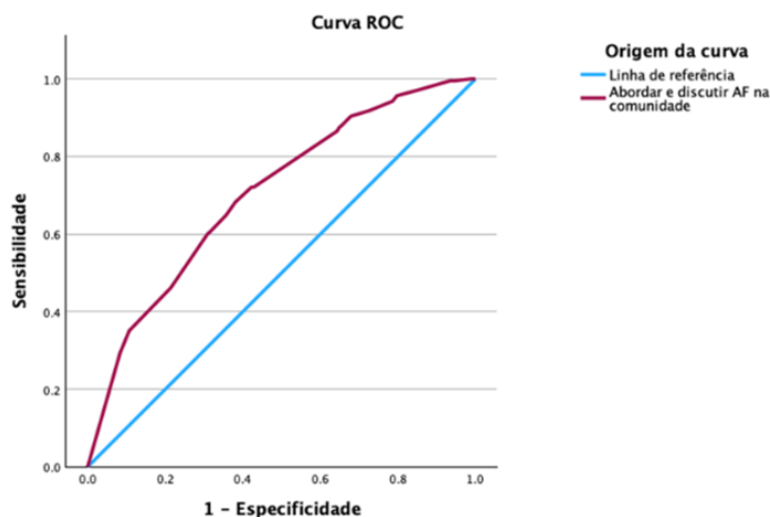
recomendações apresentaram uma chance duas vezes superior de abordar e discutir esta temática, quando comparados aos que afirmaram não conhecer (OR = 2,086; IC 95 %: 1,320 - 3,295; p = 0,002).

Relativamente ao número de utentes/hora (p = 0,016), esta variável demonstrou ter um efeito global significativo sobre o modelo, embora, quando analisados os grupos individualmente, estes não apresentem significância estatística. Importa salientar que, nesta categoria, apenas o *odds ratio* de 1 utente/hora (*Odds ratio* = 1,302) foi superior a 1, o que poderá indicar uma tendência de maior chance de abordar e discutir AF para os fisioterapeutas com menor número de utentes/hora, quando comparados com 3 utentes ou mais/hora.

No que diz respeito ao nível de confiança dos fisioterapeutas em aconselhar e discutir AF, esta variável, apesar de não apresentar um valor de *p* inferior a 0,05, foi retida pelo modelo. O modelo poderá reter esta variável por contribuir para a melhoria do ajustamento global, indicando uma tendência de associação. Os fisioterapeutas que afirmaram sentir-se confiantes apresentam uma tendência para uma chance 2 vezes maior de abordar e discutir AF na comunidade, quando comparado com os que afirmaram não se sentir confiantes (OR = 2,201; IC95%: 0,961–5,042; p = 0,062).

No que concerne à qualidade global do modelo, o valor de R^2 de *Nagelkerke* indica que cerca de 15 % da variância da prática de abordar AF na comunidade é explicada pelas variáveis incluídas. Adicionalmente, o teste de *Hosmer-Lemeshow* sugere um bom ajustamento entre os valores observados e os previstos pelo modelo (p = 0,891). Por fim, a área sob a curva ROC foi de 0,704, o que indica um desempenho moderado na distinção entre fisioterapeutas que abordam e os que não abordam AF comunitária, tal como pode se observado na *figura 12* (Marôco, 2007).

Figura 12: Curva Roc para a variável: Abordar e discutir AF na comunidade



Fatores associados à promoção de AF na comunidade através da investigação de oportunidades de AF na comunidade

Análise univariada

Através da regressão logística binária, foi possível observar a existência de uma associação significativa (*p-value*) inferior a 0,2 em 6 das 16 variáveis independentes e a variável dependente em análise, tal como está demonstrado na *tabela 5*, na qual se encontra detalhado o nível de significância e o valor de OR.

Tabela 5: Resultados da análise univariada para a variável de investigar oportunidades de AF na comunidade, em que $p < 0,2$

Variável	OR	<i>p-value</i>
Nº de utentes hora	-	0,015
3 ou mais utentes/hora*	1	-
2 utentes/hora	1,629	0,212
1 utente/hora	2,365	0,005
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Não Confiante*	1	-
Confiante	2,009	0,0808
Perceção de conhecimento das recomendações para AF	-	-
Não Conhece*	1	-
Conhece	2,599	<0,001
Prática desportiva passada	-	-
Não*	1	-
Sim	2,471	0,055
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	1	-
Influência	3,519	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	1	-
Sim	3,347	<0,001

*Classe de referência

Análise multivariada

Posteriormente, através da análise multivariada, pelo método *Backward Stepwise Conditional*, foi testada a associação entre as variáveis previamente identificadas na análise univariada (para $p < 0,02$) e a variável dependente: investiga oportunidades de AF na comunidade para os seus utentes.

Após a realização da análise multivariada verificou-se que não só a percepção do conhecimento das recomendações para AF nos utentes com dor ME não específica, como o número de utentes/hora, a crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes e a participação prévia em formações no âmbito da promoção de AF na população alvo, apresentam associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a investigação de oportunidades de AF na comunidade (tabela 6).

Tabela 6: Resultados da análise multivariada para a variável de investigar oportunidades de AF na comunidade

Variável	OR	p-value	95% IC		R ² Nagelkerk	Teste de Hosmer e Lameshow
			Inferior	Superior		
Nº de utentes/hora	-	0,038	-	-	0,189	0,796
3 ou mais utentes/hora*	1	-	-	-		
2 utentes/hora	1,683	0,210	0,746	3,796		
1 utente/hora	2,260	0,012	1,198	4,263		
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia	-	-	-	-		
Não Influencia*	1	-	-	-		
Influencia	2,657	0,016	1,204	5,864		
Percepção de conhecimento das recomendações para AF	-	-	-	-		
Não Conhece*	1	-	-	-		
Conhece	1,939	0,005	1,217	3,090		
Formações prévias	-	-	-	-		
Não*	1	-	-	-		
Sim	2,835	<0,001	1,795	4,476		

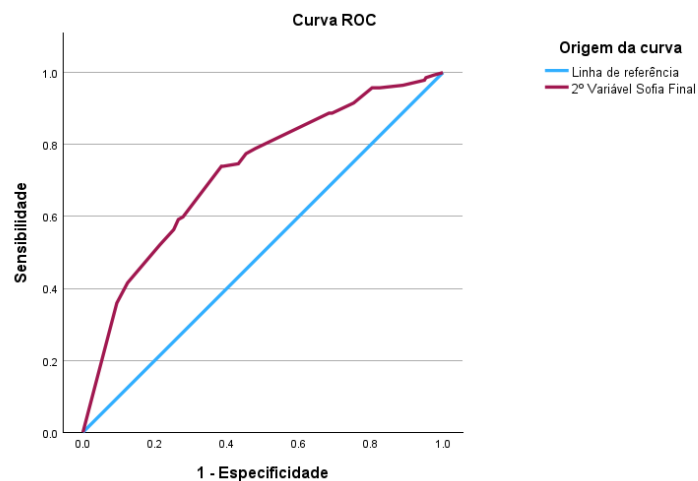
*Classe de referência

No que diz respeito ao número de utentes/hora, esta variável demonstrou ser significativa para o modelo ($p = 0,038$). Os fisioterapeutas com menos utentes/hora demonstraram aproximadamente o dobro das chances de investigar oportunidades de AF na comunidade ($OR = 2,260$; $IC_{95\%}$: 1,198–4,263; $p = 0,012$) em comparação com aqueles que têm 3 ou mais utentes/hora. Aqueles que consideraram que ser ativo influencia os utentes, apresentaram 2,6 vezes mais chances de investigar AF na comunidade, quando comparados com aqueles que consideraram que não influencia ($OR = 2,657$; $IC_{95\%}$: 1,204–5,864; $p = 0,016$). De forma semelhante, também aqueles que perceberam ter conhecimento das recomendações de AF nos utentes com dor ME não específica apresentaram, sensivelmente, duas vezes mais chances de investigar oportunidades de AF na comunidade ($OR = 1,939$; $IC_{95\%}$: 1,217–3,090; $p = 0,005$) face aos que afirmaram não conhecer. Destaca-se ainda o efeito expressivo da participação em formações prévias, que está associada a uma chance de aproximadamente 2,8 vezes superior de

investigar essas oportunidades de AF, quando comparados com os que afirmaram não ter essa formação (OR = 2,835; IC95%: 1,795–4,476; $p < 0,001$).

Relativamente à qualidade global do modelo, o valor de R^2 de *Nagelkerke* indica que cerca de 18,9 % da variabilidade da investigação de AF na comunidade poderá ser explicada pelas variáveis incluídas. Ainda o teste de *Hosmer-Lemeshow* sugere um bom ajustamento entre os valores observados e os previstos pelo modelo ($p = 0,796$). Por fim, a área sob a curva ROC foi de 0,722, o que indica uma capacidade discriminativa moderada na distinção entre fisioterapeutas que investigam e os que não investigam oportunidades de AF na comunidade.

Figura 13: Curva Roc para a variável: Investigar oportunidades de AF na comunidade



DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar as práticas de promoção de AF na comunidade em pessoas com dor ME não específica por fisioterapeutas portuguesas, analisando a discussão e abordagem de AF na comunidade e a investigação de oportunidades de AF na comunidade. Adicionalmente, foram também exploradas as barreiras para a própria promoção destes serviços na comunidade e analisados os fatores associados à promoção da AF na comunidade, identificando o perfil do fisioterapeuta que demonstra maior envolvimento nas estratégias acima mencionadas. Neste estudo, 55,30 % dos fisioterapeutas abordam e discutem AF na comunidade e 37,80 % investigam oportunidades de AF na mesma. As principais barreiras identificadas foram externas ao fisioterapeuta. Fatores como menor número de utentes/hora, maior perceção do conhecimento das *guidelines* relativas à AF e participação prévia em formações de AF estiveram associados a maior promoção de AF.

No total foram obtidas 590 respostas, das quais apenas 376 estavam completas, o que corresponde a uma percentagem de respostas válidas de 63,7 %. A amostra é caracterizada por fisioterapeutas jovens (50 % da amostra tem menos de 30 anos) com uma média de idades de 31,65 anos e sobretudo do sexo feminino (64,1 %). Mais ainda, observa-se que os participantes têm, em média, 9,55 anos de experiência, apesar de 50 % dos participantes terem até 5 anos de experiência. Estes dados podem ser justificados pela larga disseminação do questionário pelas investigadoras, através das redes sociais. No que diz respeito às habilitações académicas, predominam os fisioterapeutas com licenciatura (57,4 %), seguidos da pós-graduação (23,1 %), do mestrado (17,6 %), do bacharelato (1,1 %) e do doutoramento (0,8 %). Esta tendência mantém-se concordante com o relatório que caracteriza o perfil profissional do fisioterapeuta em Portugal, onde a média de idades é de 33 anos e a maioria dos fisioterapeutas são do sexo feminino (73 %) e têm licenciatura. Apenas 15,9 % têm formação superior adicional na área da fisioterapia. Dessa percentagem, 8,9 % apresenta ter pós-graduações, enquanto 6,2 % têm grau de mestre e apenas 0,5 % apresentam doutoramento (Gabinete de Estudos e Planeamento, 2023). Além das habilitações académicas, a análise incidiu também sobre os locais de prática clínica, onde não foi possível fazer uma análise comparativa entre locais, pelo facto de os participantes terem a possibilidade de colocar mais do que uma opção de resposta. No entanto, é possível afirmar que a prática privada foi aquela que apresentou maior percentagem de respostas positivas ($\approx 73\%$), correspondendo a um total de 276 participantes. Estes dados podem estar enviesados pelo facto de a disseminação do questionário via *e-mail* ter abrangido mais clínicas a nível nacional. Provavelmente por este motivo, a amostra é caracterizada por fisioterapeutas que trabalham em contexto de 1 para 1, o que corresponde a 65,40 % dos participantes.

Também, neste aspeto, a amostra está alinhada com o que acontece a nível nacional, onde a maioria dos fisioterapeutas (53,3 %) está inserido em clínicas de reabilitação ou unidades privadas de fisioterapia (Gabinete de Estudos e Planeamento, 2023). Toda a caracterização sociodemográfica aponta para uma amostra semelhante à da realidade portuguesa onde predominam jovens, com grau académico de licenciatura, a trabalhar sobretudo no contexto privado.

Após a análise dos resultados, foi possível aferir que a maioria dos participantes (90,10 %) afirma sentir-se “confiante” e “muito confiante” para aconselhar e discutir AF. Neste aspeto, a literatura não se revela consensual. Se, por um lado, estudos conduzidos no Canadá e na Austrália demonstram que os fisioterapeutas apresentam confiança para discutir e abordar AF (através de uma questão específica) (Freene et al., 2017; O’Brien et al., 2020), por outro, no Reino Unido, esse nível de confiança (avaliado através de entrevista) foi mais reduzido, pelo conhecimento limitado das *guidelines* de AF (Stead et al., 2023). Já no contexto deste estudo, sensivelmente metade dos fisioterapeutas ($\approx$ 50,3 %) afirma ter conhecimento das recomendações para a AF não específica. Num estudo realizado em seis hospitais públicos, cerca de 68 % dos fisioterapeutas afirmaram ter conhecimento das recomendações de AF australianas (Purcell et al., 2024), estando alinhado com os resultados deste estudo. No entanto, quando avaliados, através de um caso clínico, em que o utente com dor lombar se encontra numa fase controlada de sintomas, os fisioterapeutas prescrevem um tempo total de AF inferior ao recomendado. Metade dos fisioterapeutas recomenda um total de 90 minutos de AF moderada, distribuídos por 3 vezes por semana, quando a recomendação é de 150 a 300 minutos. Já no que diz respeito à AF vigorosa, 50 % dos fisioterapeutas recomendam 45 minutos distribuídos 2 vezes por semana, quando a recomendação é de 75 a 150 minutos (Bull et al., 2020). De acordo com a ACSM, o tempo total de AF recomendada poderá ser distribuído em 30 minutos, 5 vezes por semana, e 20 minutos, 3 vezes por semana, de AF moderada e vigorosa, respetivamente (American College of Sports Medicine [ACSM], 2021). Estes resultados vão de encontro a outros estudos realizados, onde os fisioterapeutas não apresentam o conhecimento devido acerca das *guidelines* da OMS relativas à AF (Lowe et al., 2017a; Stead et al., 2023; West et al., 2021; Yona et al., 2019). Deste modo, poderá concluir-se que, apesar dos fisioterapeutas afirmarem ter conhecimento sobre as recomendações da AF para a dor ME não específica, quando avaliados num caso específico, em que podem ser utilizadas as recomendações gerais da OMS para a AF, estes revelam falta de conhecimento (quer no volume, em minutos, quer na frequência semanal). Esta incongruência poderá ser explicada por fatores como a falta de informação do caso clínico apresentado ou a falta de recomendações claras relativamente à prescrição de exercício em utentes com dor ME não específica. Contudo, e apesar da evidência não ser

robusta, existe a recomendação clara para que as pessoas com dor lombar não específica se mantenham ativas, dentro daquilo que é tolerado (Commission on Safety & in Health Care, 2022; Qaseem et al., 2017).

Estes resultados podem ainda estar relacionados com o facto de a amostra ser caracterizada por uma igualdade de participantes que possuem ou não possuem formação prévia no contexto da promoção de AF em pessoas com dor ME não específica. Após avaliada a participação prévia em formações no âmbito da promoção de AF na população alvo, 53,50 % afirmaram não o fazer. Apesar de não ser direccionado para a população específica, num estudo realizado em Sydney, nenhum fisioterapeuta afirmou ter recebido, ou frequentado, formações específicas para a promoção da AF (West et al., 2021). Também em Sydney, num estudo realizado em seis hospitais públicos, apenas 24 % dos fisioterapeutas referiu ter participado em formações prévias de AF (Purcell et al., 2024).

Além do conhecimento e da participação prévia em formações, foi também avaliada a prática de AF do próprio fisioterapeuta. De forma global, pode afirmar-se que a maioria dos fisioterapeutas (92,30 %) descreveu já ter realizado desporto no passado. Já no que diz respeito à prática atual de AF moderada, os fisioterapeutas estão abaixo dos critérios recomendados, com uma média de 143,66 minutos ($\pm 112,341$), destacando que 58 % dos fisioterapeutas foram considerados inativos para esta categoria, de acordo com as orientações da OMS. Já no que diz respeito aos minutos de AF vigorosa, a média foi de 133,98 minutos ($\pm 116,599$), salientando que 52,70 % dos fisioterapeutas foram considerados ativos na AF vigorosa. Estes valores indicam que metade dos fisioterapeutas estão próximos dos níveis recomendados (> 75 minutos). Quando analisada a literatura científica, relativamente aos níveis de AF dos fisioterapeutas, esta não é consensual. Enquanto alguns estudos revelam que os fisioterapeutas ficam abaixo dos critérios mínimos de AF recomendados de acordo com a OMS (Ciucurel et al., 2025; Lowe et al., 2017a), um estudo realizado na Dinamarca afirma o oposto (Neil-Sztramko et al., 2017). De qualquer modo, neste estudo, a maioria dos fisioterapeutas (85,60 %) afirma que um fisioterapeuta ativo tem influência nos seus utentes. Este resultado está de acordo com a evidência disponível, onde a maioria dos profissionais de saúde (94 % da percentagem em estudo) se consideram como um modelo de AF para os seus utentes (Purcell et al., 2024).

Para além de modelos para a AF, os fisioterapeutas reconhecem ainda o seu papel fundamental como promotores da mesma (West et al., 2021). De acordo com Freene et al. (2017), os fisioterapeutas estão numa boa posição não só para avaliar, como para promover AF. No presente estudo, 55,30 % dos fisioterapeutas afirmaram discutir e abordar a AF na comunidade “muitas vezes” ou “frequentemente”. Quando comparados com outros estudos, estes dados ficam acima da média, onde, apesar de 52 % dos

fisioterapeutas abordarem AF no geral, apenas 26 % discutem oportunidades de AF na comunidade e 20 % dão conselhos específicos sobre a participação neste tipo de atividades (West et al., 2021). Apesar de 55,30 % abordarem e discutirem AF na comunidade, apenas 37,80 % investiga efetivamente oportunidades de AF na comunidade. De acordo com um estudo realizado na Austrália, em seis hospitais públicos, apenas 15 % dos fisioterapeutas afirmaram investigar as oportunidades de AF na comunidade (Purcell et al., 2024). Já num outro estudo com objetivos semelhantes, também na Austrália, apenas 39 % dos fisioterapeutas afirmaram ter conhecimento sobre a AF na comunidade disponível localmente (Zhu et al., 2021). Esta discrepância entre as duas ações pode refletir uma abordagem mais teórica ou superficial do tema, que não é acompanhada de ações concretas, como a investigação de oportunidades. A ausência de investigação poderá relacionar-se com barreiras como a falta de tempo para localizar estas oportunidades e a escassa articulação entre os profissionais de saúde e o serviço na comunidade. Isto poderá demonstrar falta de contacto entre profissionais, comprometendo a promoção de AF na comunidade. Esta lacuna assume especial importância no contexto da dor ME não específica, onde a continuidade da prática de AF é essencial para a gestão dos sintomas a longo prazo. Desta forma, é essencial investir em estratégias que incentivem os fisioterapeutas a procurar ativamente as oportunidades de AF na comunidade, integrando esta ação como parte das suas funções profissionais. Este envolvimento poderá facilitar o processo de referenciação.

No processo de recomendação de programas para os utentes, é consensual entre os fisioterapeutas a recomendação de exercícios em casa, onde 91 % das respostas totais foram positivas, o mesmo não acontece com o desporto (52,70 %). A literatura refere que o desporto é mais vezes mencionado quando o adulto já está envolvido ou deseja retomar o desporto em questão (West et al., 2021) e que os exercícios para realizar em casa são uma ferramenta largamente utilizada pelos fisioterapeutas (Abramsky et al., 2018).

No processo de recomendação para a prática de AF na comunidade, a comunicação entre quem referencia e o serviço para o qual o utente é referenciado tem sido descrita como desafiante (Rossiter et al., 2025). Apesar de não ter sido avaliada a percentagem total de fisioterapeutas que estabelece contacto com os prestadores desses serviços, essa avaliação foi realizada para vários serviços de forma individual, nomeadamente em exercício físico, AF recreativa e desporto. No presente estudo, a percentagem de fisioterapeutas que afirmou entrar em contacto “muitas vezes” e “frequentemente” com estes profissionais foi sempre inferior a 32 %, nomeadamente para o exercício físico (29,20 %), para a AF recreativa (23,40 %) e para o desporto (31,1 %). Apesar dos fisioterapeutas afirmarem que

recomendam exercício físico, AF recreativa e desporto aos utentes, uma percentagem menor afirma entrar em contato com esses prestadores de serviços. Estes resultados podem-se relacionar com a ausência de integração entre as unidades de saúde e as entidades que promovem estes programas e iniciativas e, também, com a formação limitada em saúde comunitária e promoção da AF na comunidade. Deste modo, é sugerido que o acompanhamento do utente termina com, apenas, a recomendação para a prática de AF na comunidade, sem um acompanhamento adicional.

No que diz respeito às barreiras à promoção de AF na comunidade, é de salientar que apenas 13 % dos participantes consideraram como barreira a crença de que a prática de AF na comunidade não traz benefícios para os utentes e que a referenciação para a AF na comunidade não faz parte das funções profissionais do fisioterapeuta. Desta forma, estes fatores não foram considerados barreiras relevantes, sendo consensual que não só a AF na comunidade é benéfica para os utentes como a própria referenciação faz parte das funções profissionais do fisioterapeuta. No entanto, como analisado anteriormente, uma larga percentagem não discute, nem aborda, AF na comunidade e não investiga as oportunidades de AF. Assim, é sugerido que a crença por si só e a perceção de que a referenciação para estes serviços está integrada nas funções do fisioterapeuta não são suficientes para garantir uma prática efetiva de promoção de AF na comunidade. Deste modo, outros fatores, como as barreiras que serão seguidamente mencionadas, poderão estar a dificultar a abordagem e discussão de AF na comunidade e investigação de oportunidades de AF na mesma.

No que diz respeito ao utente, destacaram-se como barreiras a falta de financiamento dos utentes (68 %), a ausência de transporte (58 %), o reduzido apoio familiar (74 %), a resistência à discussão na participação dos programas de AF na comunidade (55 %), as experiências negativas nesses programas (58%) e o facto da participação de AF na comunidade não ser um objetivo para o utente (76 %). De acordo com Purcell et al. (2024), estas são barreiras comuns. Nesse estudo, os participantes reportaram que “às vezes”, “muitas vezes” e “frequentemente” a falta de transporte (61 %), a falta de apoio familiar (56 %) e não ser um objetivo do utente (35 %) foram barreiras à promoção da AF na comunidade. Estes dados apontam para o impacto significativo das barreiras de origem social, económica e até motivacional. É, assim, sugerida a necessidade de implementar abordagens centradas na pessoa, que considerem o seu contexto social, promovam o envolvimento familiar e assegurem condições como o transporte e o financiamento. Destaca-se ainda a importância do reforço da literacia em saúde, para uma melhor compreensão dos benefícios da AF.

Relativamente aos fisioterapeutas, as barreiras mais identificadas foram a falta de tempo para localizar as oportunidades de AF (55 %) e não ter confiança nos instrutores para gerir o utente (51 %).

A literatura mantém-se concordante, onde 48 % dos fisioterapeutas inclui a falta de tempo como barreira à promoção de AF (Purcell et al., 2024). Assim, a falta de tempo para localizar as oportunidades de AF na comunidade poderá justificar porque é que a maioria dos fisioterapeutas considera que AF na comunidade traz benefícios aos utentes, mas depois não investiga essas oportunidades.

O predomínio de barreiras associadas à acessibilidade e recursos e à adesão dos utentes sugere que, apesar dos fisioterapeutas terem uma crença bastante positiva relativa aos benefícios de AF na comunidade, encaram as barreiras à sua promoção como externas ao próprio. Esta crença poderá limitar o papel ativo do fisioterapeuta na promoção de AF na comunidade. Se o profissional não reconhece barreiras intrínsecas, poderá haver menor probabilidade de abordar e discutir AF na comunidade, bem como reduzir o seu papel ativo na investigação de oportunidades de AF na mesma.

Após a análise inferencial, foi possível afirmar que existem alguns fatores que contribuem para uma maior abordagem e discussão da AF na comunidade, nomeadamente: o número de utentes/hora, o nível de confiança para aconselhar e discutir AF, a perceção do conhecimento das recomendações de AF e a participação em formações no âmbito da promoção de AF na população alvo. No que diz respeito ao número de utentes/hora no geral, os resultados apontam para uma tendência em abordar e discutir mais a AF na comunidade se o fisioterapeuta possuir menos utentes/hora, quando comparados com quem tem mais. No entanto, estes resultados mostram apenas uma tendência e devem ser interpretados com precaução, uma vez que, quando analisadas as subcategorias de utentes, o *p* não se revela estatisticamente significativo. Estes resultados vão de acordo com a evidência disponível, que, apesar de não quantificar o número de utentes/hora, identifica muitas vezes a falta de tempo ou a carga de trabalho como uma barreira para o aconselhamento de AF (ShahAli et al., 2023; Stead et al., 2023).

Relativamente ao nível de confiança dos fisioterapeutas para abordar e discutir AF, os fisioterapeutas que se demonstraram mais confiantes apresentaram duas vezes mais chances de abordar e discutir AF na comunidade. De acordo com Khan et al. (2021), a confiança em sugerir programas de AF na comunidade surge associada com a sua prática de promoção. No que diz respeito à perceção do conhecimento e à participação em formações prévias, a evidência anterior é reduzida, no entanto, é possível afirmar que o conhecimento e a consciência das *guidelines* de AF são fatores essenciais para uma boa promoção da AF (Stead et al., 2023). Adicionalmente, tem sido demonstrada uma associação entre a formação prévia e a promoção de AF (Purcell et al., 2024).

O conhecimento das oportunidades de AF locais tem sido identificado como facilitador do papel dos fisioterapeutas enquanto promotores da mesma (Stead et al., 2023). No contexto deste estudo, foi ainda possível verificar a associação entre uma maior chance de investigar as oportunidades de AF na

comunidade com fatores como: novamente o número de utentes/hora, a percepção do conhecimento das recomendações de AF, a participação prévia em formações e a crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes. Este tipo de perfil volta a estar em consonância com a literatura, na medida em que um menor número de utentes/hora, maior percepção do conhecimento das *guidelines* e recomendações têm sido associados a uma maior promoção da AF em estudos anteriores (Lowe et al., 2017a; Stead et al., 2023).

Conforme já foi mencionado ao longo do estudo, os fisioterapeutas foram classificados como promotores ou não promotores de AF na comunidade, considerando dois critérios: a abordagem e discussão de AF na comunidade e a investigação de oportunidades de AF na mesma. Apesar de se ter traçado um perfil para cada um dos critérios, pode constatar-se que há características comuns no perfil do fisioterapeuta promotor de AF na comunidade, sendo elas o número de utentes/hora, a percepção do conhecimento das recomendações de AF e a participação em formações prévias. Estes resultados vão de encontro a toda a literatura já mencionada, onde os profissionais com mais conhecimento, no que diz respeito às *guidelines*, fatores de risco e oportunidades de AF na comunidade, têm mais confiança para promover AF na comunidade (Lowe et al., 2017a; Stead et al., 2023; West et al., 2021). Relativamente à formação prévia, os dados são também concordantes com a evidência disponível, onde é sugerido que os fisioterapeutas que mais promovem AF têm maior probabilidade de terem frequentado formações prévias (Purcell et al., 2024).

Neste estudo, fatores como o nível de AF do fisioterapeuta, a realização prévia de desporto e as práticas atuais de AF do fisioterapeuta não apresentaram associação com a promoção de AF. Tal poderá ser explicado pela forma como as variáveis dependentes foram definidas, nomeadamente a caracterização da promoção de AF ser feita através de apenas duas ações: abordar e discutir AF e investigar oportunidades de AF na comunidade, o mesmo não acontece com os estudos anteriores (Freene et al., 2017; Lowe et al., 2017b; Lowe, Gee, et al., 2018).

Limitações

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. A forma de recrutamento utilizada poderá resultar num viés de seleção, onde a amostra assume determinadas características, nomeadamente a predominância da prática privada, que podem condicionar os resultados em estudo. Para participar neste estudo, os fisioterapeutas deveriam cumprir com todos os critérios de inclusão e exclusão. No entanto, pelo instrumento utilizado, não foi possível garantir que, efetivamente, os participantes cumpriam esses critérios, pelo facto de ser um instrumento de autoreporte e não existirem questões no instrumento que garantam inequivocamente o cumprimento

dos critérios de elegibilidade. A utilização de um questionário de autoreporte poderá ainda sobrevalorizar os níveis de promoção de AF na comunidade, podendo esses níveis serem, na realidade, mais baixos, pelo viés de desejabilidade social. Assim, poderá existir o risco de os participantes terem respondido não consoante as suas práticas, mas com base naquilo em que acreditam estar mais correto, comum neste tipo de instrumentos. Adicionalmente, poderá ainda estar presente o viés de memória onde os fisioterapeutas podem não se lembrar de determinadas ações na sua prática, nomeadamente a quantidade de utentes em que é promovida a AF na comunidade. Em estudos futuros, de forma a contornar as limitações acima referidas, poderá fazer-se utilização de linguagem mais neutra, sem juízos de valor. No que diz respeito ao viés de memória, poderão fazer-se questões específicas, com referências temporais como “na última semana...”. Apesar de os resultados nos permitirem saber quais os fatores que estão mais associados à promoção de AF na comunidade, o tipo de estudo (observacional, transversal) não permite estabelecer relações de causalidade. Esta incapacidade dos estudos transversais faz com que não seja possível identificar quais os fatores que são determinantes na promoção da AF na comunidade.

Pontos fortes e implicações

Este é dos primeiros estudos a caracterizar a promoção de AF na comunidade, em utentes com dor ME não específica e a estudar a sua associação com fatores sociodemográficos e da prática atual do fisioterapeuta português. De salientar que a amostra em estudo, não só é semelhante à da realidade portuguesa, como também excedeu o valor idealmente calculado.

Os resultados deste estudo permitem retirar implicações relevantes para a prática da fisioterapia, especificamente quanto à promoção da AF na comunidade em pessoas com dor ME não específica. A prática de AF na comunidade assume especial importância como forma de prevenção secundária, onde a manutenção de AF e exercício, após a alta, é fundamental para prevenir recorrências e evitar a procura sucessiva pelos cuidados de saúde. Face ao crescente envelhecimento e prevalência de condições de dor ME não específica, que carecem de autogestão através da AF, é fundamental melhorar a capacidade dos fisioterapeutas para ajudarem os utentes a transitar para a comunidade em programas de AF. Dado que existe uma clara discrepância entre a crença dos fisioterapeutas e a promoção de AF na comunidade, existe uma janela de oportunidade para melhorar as competências dos fisioterapeutas em Portugal no contexto de saúde comunitária.

Os resultados deste estudo apontam, assim, para a necessidade de formação contínua, específica no contexto da AF na comunidade, com especial foco na sua abordagem e discussão, e identificação de oportunidades locais. É também importante promover contextos de trabalho onde o número de

utentes/hora seja reduzido, de modo que a abordagem seja mais centrada na pessoa. Podem, ainda, ser criadas parcerias entre as unidades de saúde e os serviços de AF na comunidade local, para facilitar a referência e acompanhamento do utente. Mais ainda, essas parcerias poderão facilitar a comunicação direta entre os diversos profissionais.

Neste contexto, destaca-se o projeto piloto, iniciado em 2022, *EUPAP – An European Model for Physical Activity on Prescription* e a prescrição social, já implementada em Portugal. O projeto PAP-PT envolveu médicos de família e fisioterapeutas na prescrição de AF, com base numa abordagem centrada no utente. No entanto, o modelo parece limitado às intervenções no estudo piloto, sem expansão a nível nacional. Já a prescrição social, tem sido mais disseminada, encontrando-se com diversos projetos em várias unidades de cuidados de saúde. Este modelo permite a referência para vários serviços na comunidade, incluindo AF. Apesar destes avanços, os fisioterapeutas não estão ainda integrados de forma efetiva neste modelo de prescrição social, o que limita a comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade. Como tal, devem ser criados protocolos de referência estruturados que promovam a comunicação entre o setor da saúde, fisioterapeutas e a comunidade. Estas ações poderão não só valorizar o papel do fisioterapeuta, como também aumentar a eficácia dos programas de AF na comunidade.

As limitações identificadas anteriormente evidenciam, ainda, a necessidade de novas linhas de investigação que permitam consolidar o conhecimento sobre a promoção da AF na comunidade em pessoas com dor ME não específica. Será relevante perceber a relação de causalidade entre os fatores que demonstraram associação com a promoção da AF, de forma a compreender os seus efeitos reais na prática profissional, nomeadamente através de estudos longitudinais e experimentais. Adicionalmente, torna-se fundamental comparar diferentes contextos de prática clínica (loais de prática), com o objetivo de perceber se os resultados são generalizáveis ou se existem diferenças consoante o enquadramento organizacional. Será igualmente importante aprofundar a forma como pode vir a ser realizada a referência em fisioterapia, identificando as instituições, programas e iniciativas comunitárias que atualmente ofereçam resposta a esta problemática da AF, especialmente em pessoas com dor ME não específica. Por fim, e com o intuito de avaliar o impacto efetivo da intervenção do fisioterapeuta, seria pertinente investigar a percentagem de utentes que efetivamente segue as recomendações do fisioterapeuta e que adota mudanças reais nos seus hábitos de AF em contexto comunitário, tal como o impacto direto deste tipo de programas na comunidade, em pessoas com dor ME não específica, avaliando *outcomes* como dor, incapacidade e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar as práticas de promoção de AF na comunidade em pessoas com dor ME não específica pelos fisioterapeutas portugueses, analisando a discussão e abordagem de AF na comunidade e a investigação de oportunidades de AF na comunidade, bem como identificar as barreiras que surgem nesse processo. Os resultados indicam que 55,30 % dos fisioterapeutas aborda e discute AF na comunidade, mas apenas 37,80 % investiga oportunidades da mesma. Verificou-se que existem fatores comuns que contribuem para uma maior promoção de AF na comunidade, sendo elas o menor número de utentes/hora, a perceção do conhecimento das recomendações e a participação prévia em formações relacionadas com a promoção da AF. Embora reconheçam os benefícios da AF na comunidade e acreditem que a promoção da mesma faz parte do seu papel profissional, sua prática efetiva é ainda limitada e condicionada, na sua maioria, por barreiras externas ao fisioterapeuta.

Este estudo contribuiu para o avanço do conhecimento relativo à promoção da AF na comunidade pelos fisioterapeutas e análise dos fatores que mais contribuem para essa promoção. Os resultados reforçam a importância do investimento na formação contínua e modelos de prática que envolvam a integração da saúde e comunidade. Estudos futuros deverão continuar a explorar esta temática que pode ter um impacto real e efetivo na saúde das pessoas com dor ME, nomeadamente através do desenvolvimento e análise da efetividade de métodos/esquemas de referenciação em Portugal para pessoas com dor ME não específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramsky, H., Kaur, P., Robitaille, M., Taggio, L., Kosemetzky, P. K., Foster, H., Gibson, B. E., Bergeron, M., & Jachyra, P. (2018). Patients' perspectives on and experiences of home exercise programmes delivered with a mobile application. *Physiotherapy Canada*, 70(2), 171–178. <https://doi.org/10.3138/ptc.2016-87>
- Allen, K. D. (2020). Cost-effectiveness of physical activity and exercise therapy programs for knee osteoarthritis: making the case for health plan coverage. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 28, Issue 6, pp. 719–720). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.02.833>
- Bewick, V., Cheek, L., & Ball, J. (2004). Statistics review 12: Survival analysis. In *Critical Care* (Vol. 8, Issue 5, pp. 389–394). <https://doi.org/10.1186/cc2955>
- Bewick, V., Cheek, L., & Ball, J. (2005). Statistics review 14: Logistic regression. In *Critical Care* (Vol. 9, Issue 1, pp. 112–118). <https://doi.org/10.1186/cc3045>
- Bolarinwa, O. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195. <https://doi.org/10.4103/1117-1936.173959>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 413–421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira Da Costa, L., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., & Rodrigues, A. (2016). *Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey*. 13, 22. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>
- Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sánchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D., & March, L. (2016). Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. In *Gerontologist* (Vol. 56, pp. S243–S255). Gerontological Society of America. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw002>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., Dipietro, L., Ekelund, U., Firth, J.,

- Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 54, Issue 24, pp. 1451–1462). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Carstairs, S. A., Rogowsky, R. H., Cunningham, K. B., Sullivan, F., & Ozakinci, G. (2020). Connecting primary care patients to community-based physical activity: A qualitative study of health professional and patient views. *BJGP Open*, 4(3). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101100>
- Ciucurel, C., Man, G. M., Tantu, M. M., Tudor, M. I., Ionescu, G., Tantu, A. C., & Iconaru, E. I. (2025). Physical Activity Levels and Recreational Participation Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Correlational Study. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 10(2). <https://doi.org/10.3390/jfmk10020164>
- Comachio, J., Beckenkamp, P. R., Ho, E. K. Y., Shaheed, C. A., Stamatakis, E., Ferreira, M. L., Lan, Q., Mork, P. J., Holtermann, A., Wang, D. X. M., & Ferreira, P. H. (2025). Benefits and harms of exercise therapy and physical activity for low back pain: An umbrella review. In *Journal of Sport and Health Science* (Vol. 14). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2025.101038>
- Commission on Safety, A., & in Health Care, Q. (2022). *Low Back Pain Clinical Care Standard 2022*. www.safetyandquality.gov.au
- Corey, J. J., Shirazipour, C. H., Fricke, M., & Evans, B. (2023). 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>
- Cunningham, K. B., Rogowsky, R. H., Carstairs, S. A., Sullivan, F., & Ozakinci, G. (2021). Methods of connecting primary care patients with community-based physical activity opportunities: A realist scoping review. In *Health and Social Care in the Community* (Vol. 29, Issue 4, pp. 1169–1199). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hsc.13186>
- De la Corte-Rodriguez, H., Roman-Belmonte, J. M., Resino-Luis, C., Madrid-Gonzalez, J., & Rodriguez-Merchan, E. C. (2024). The Role of Physical Exercise in Chronic Musculoskeletal Pain: Best Medicine—A Narrative Review. In *Healthcare*

- (Switzerland) (Vol. 12, Issue 2). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/healthcare12020242>
- Dieleman, J. L., Cao, J., Chapin, A., Chen, C., Li, Z., Liu, A., Horst, C., Kaldjian, A., Matyas, T., Scott, K. W., Bui, A. L., Campbell, M., Duber, H. C., Dunn, A. C., Flaxman, A. D., Fitzmaurice, C., Naghavi, M., Sadat, N., Shieh, P., ... Murray, C. J. L. (2020). US Health Care Spending by Payer and Health Condition, 1996-2016. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(9), 863–884. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0734>
- Direção Geral de Saúde. (2021). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA*. www.dgs.pt
- Dnes, N., Coley, B., Frisby, K., Keller, A., Suyom, J., Tsui, C., Grant, G., Vader, K., & Hunter, J. (2021). “A little bit of a guidance and a little bit of group support”: a qualitative study of preferences, barriers, and facilitators to participating in community-based exercise opportunities among adults living with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 43(23), 3347–3356. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1742801>
- Felício, D. C., Filho, J. E., de Oliveira, T. M. D., Pereira, D. S., Rocha, V. T. M., Barbosa, J. M. M., Assis, M. G., Malaguti, C., & Pereira, L. S. M. (2022). Risk factors for non-specific low back pain in older people: a systematic review with meta-analysis. In *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery* (Vol. 142, Issue 12, pp. 3633–3642). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00402-021-03959-0>
- Ferreira, M. L., De Luca, K., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopeck, J. A., Ferreira, P. H., Blyth, F. M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Wu, A. M., Safiri, S., Woolf, A. D., Collins, G. S., Ong, K. L., Vollset, S. E., Smith, A. E., Cruz, J. A., ... March, L. M. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(6), e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X)
- Freene, N., Cools, S., & Bissett, B. (2017). Are we missing opportunities? Physiotherapy and physical activity promotion: A cross-sectional survey. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13102-017-0084-y>

- Gabinete de Estudos e Planeamento. (2023). *Perfil Profissional do Fisioterapeuta em Portugal – 2023*. <https://ordemdosfisioterapeutas.pt>
- Guidelines NICE. (2014). *Physical activity: exercise referral schemes*. www.nice.org.uk/guidance/ph54
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karpainen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., van Tulder, M., Anema, J. R., Chou, R., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. In *The Lancet* (Vol. 391, Issue 10137, pp. 2356–2367). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hirase, T., Inokuchi, S., Koshikawa, S., Shimada, H., & Okita, M. (2023). Preventive Effect of an Intervention Program with Increased Physical Activity on the Development of Musculoskeletal Pain in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine (United States)*, 24(5), 507–514. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac164>
- Petra, J., Daniëlle AWMvan derWindt, Henriëtte E van der Horst, Wim AB Stalman, & Lex MBouter. (2007). *Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: Comparison of four instruments*.
- Kraus, V. B., Sprow, K., Powell, K. E., Buchner, D., Bloodgood, B., Piercy, K., George, S. M., & Kraus, W. E. (2019). Effects of Physical Activity in Knee and Hip Osteoarthritis: A Systematic Umbrella Review. In *Medicine and Science in Sports and Exercise* (Vol. 51, Issue 6, pp. 1324–1339). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001944>
- 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>
- Lewis, R., Gómez Álvarez, C. B., Rayman, M., Lanham-New, S., Woolf, A., & Mobasheri, A. (2019). Strategies for optimising musculoskeletal health in the 21 st century. In *BMC Musculoskeletal Disorders* (Vol. 20, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2510-7>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O’Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain

- look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 54, Issue 2, pp. 79–86). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Liu, M., Rong, J., An, X., Li, Y., Min, Y., Yuan, G., Yang, Y., & Li, M. (2025). Global, regional, and national burden of musculoskeletal disorders, 1990–2021: an analysis of the global burden of disease study 2021 and forecast to 2035. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1562701>
- Liu, S., Wang, B., Fan, S., Wang, Y., Zhan, Y., & Ye, D. (2022). Global burden of musculoskeletal disorders and attributable factors in 204 countries and territories: a secondary analysis of the Global Burden of Disease 2019 study. *BMJ Open*, 12(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062183>
- Lowe, A., Gee, M., McLean, S., Littlewood, C., Lindsay, C., & Everett, S. (2018). Physical activity promotion in physiotherapy practice: A systematic scoping review of a decade of literature. *British Journal of Sports Medicine*, 52(2), 122–127. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096735>
- 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>
- Lowe, A., Littlewood, C., McLean, S., & Kilner, K. (2017a). Physiotherapy and physical activity: A cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2017-000290>
- Lowe, A., Littlewood, C., McLean, S., & Kilner, K. (2017b). Physiotherapy and physical activity: A cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2017-000290>
- Luttmann Alwin, Jäger Matthias, & Griefahn Barbara. (2004). *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo*.

- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10070, pp. 736–747). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. In *Archives of Orofacial Sciences* (Vol. 1).
- Nations, U., of Economic, D., Affairs, S., & Division, P. (2019). *World Population Prospects 2019 Highlights*.
- Neil-Sztramko, S. E., Ghayyur, A., Edwards, J., & Campbell, K. L. (2017). Physical activity levels of physiotherapists across practice settings: A cross-sectional comparison using self-report questionnaire and accelerometer measures. *Physiotherapy Canada*, 69(2), 152–160. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-64>
- 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>
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. In *The Lancet* (Vol. 385, Issue 9967, pp. 549–562). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Purcell, K., Taylor, J., West, K., Haynes, A., Hassett, L., & Sherrington, C. (2024). Promotion of physical activity by health professionals in a sample of six public hospitals: A cross sectional study. *Health Promotion Journal of Australia*, 35(1), 176–187. <https://doi.org/10.1002/hpja.730>
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 166, Issue 7, pp. 514–530). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- 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>

- Rossiter, E., Southall-Edwards, R., & Gladwell, V. (2025). Healthcare professionals and physical activity, working together for exercise referral: a scoping review. In *Journal of Public Health (Germany)*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02593-z>
- Rowley, N., Mann, S., Steele, J., Horton, E., & Jimenez, A. (2018). The effects of exercise referral schemes in the United Kingdom in those with cardiovascular, mental health, and musculoskeletal disorders: A preliminary systematic review. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5868-9>
- Safiri, S., Kolahi, A. A., Cross, M., Hill, C., Smith, E., Carson-Chahhoud, K., Mansournia, M. A., Almasi-Hashiani, A., Ashrafi-Asgarabad, A., Kaufman, J., Sepidarkish, M., Shakouri, S. K., Hoy, D., Woolf, A. D., March, L., Collins, G., & Buchbinder, R. (2021). Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years Due to Musculoskeletal Disorders for 195 Countries and Territories 1990–2017. *Arthritis and Rheumatology*, 73(4), 702–714. <https://doi.org/10.1002/art.41571>
- Schwill, C. (2021). Back pain in the primary care setting: Specific back pain. In *Internist* (Vol. 62, Issue 1, pp. 34–46). Springer Medizin. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00919-5>
- ShahAli, S., Shahabi, S., Etemadi, M., Hedayati, M., Anne, B. C., Mojgani, P., Behzadifar, M., & Lankarani, K. B. (2023). Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. *Heliyon*, 9(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20736>
- Shiri, R., Coggon, D., & Falah-Hassani, K. (2018). Exercise for the Prevention of Low Back Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. In *American Journal of Epidemiology* (Vol. 187, Issue 5, pp. 1093–1101). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx337>
- Shirley, D., Van Der Ploeg, H. P., & Bauman, A. E. (2010). *Physical Activity Promotion in the Physical Therapy Setting: Perspectives From Practitioners and Students*. <https://academic.oup.com/ptj/article/90/9/1311/2738092>
- Silva, H. de J., Miranda, J. P. de, Silva, W. T., Fonseca, L. S., Xavier, D. M., Oliveira, M. X., & Oliveira, V. C. (2025). Group-based exercise reduces pain and disability and improves other outcomes in older people with chronic non-specific low back pain: the

- ESCAPE randomised trial. *Journal of Physiotherapy*.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2025.03.003>
- 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>
- Tobi, P., Estacio, E. V., Yu, G., Renton, A., & Foster, N. (2012). Who stays, who drops out? Biosocial predictors of longer-term adherence in participants attending an exercise referral scheme in the UK. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-347>
- Tuna, H., Bozan, O., Elibol, N., & Unver, B. (2022). Are the physical activity habits of Turkish physiotherapists associated with their physical activity promotion and counseling? *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(1), 189–200.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1729909>
- Vital, E., Ferreira, E. L., & Jorge, C. P. (2018). *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*.
- Wanjau, M. N., Möller, H., Haigh, F., Milat, A., Hayek, R., Lucas, P., & Veerman, J. L. (2023). The Potential Impact of Physical Activity on the Burden of Osteoarthritis and Low Back Pain in Australia: A Systematic Review of Reviews and Life Table Analysis. In *Journal of Physical Activity and Health* (Vol. 20, Issue 8, pp. 690–701). Human Kinetics Publishers Inc. <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0541>
- Weigl, M., Angst, F., Aeschlimann, A., Lehmann, S., & Stucki, G. (2006). Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(7), 641–651. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2006.01.001>
- West, K., Purcell, K., Haynes, A., Taylor, J., Hassett, L., & Sherrington, C. (2021). “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>
- Wu, A. M., Cross, M., Elliott, J. M., Culbreth, G. T., Cousin, E., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Hagins, H., Kopec, J. A., Brooks, P. M., Woolf, A. D., Kopansky-Giles, D. R., Walton, D. M., Treleaven, J. M., Dreinhoefer, K. E., Betteridge, N., Abbasifard, M.,

- Abbasi-Kangevari, Z., Addo, I. Y., ... March, L. M. (2024). Global, regional, and national burden of neck pain, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 6(3), e142–e155. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00321-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00321-1)
- Yona, T., Ben Ami, N., Azmon, M., Weisman, A., & Keshet, N. (2019). Physiotherapists lack knowledge of the WHO physical activity guidelines. A local or a global problem? *Musculoskeletal Science and Practice*, 43, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.007>
- Zaina, F., Côté, P., Cancelliere, C., Di Felice, F., Donzelli, S., Rauch, A., Verville, L., Negrini, S., & Nordin, M. (2023). A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Persons With Non-specific Low Back Pain With and Without Radiculopathy: Identification of Best Evidence for Rehabilitation to Develop the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Vol. 104, Issue 11, pp. 1913–1927). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.02.022>
- Zemedikun, D. T., Kigozi, J., Wynne-Jones, G., Guariglia, A., & Roberts, T. (2021). Methodological considerations in the assessment of direct and indirect costs of back pain: A systematic scoping review. In *PLoS ONE* (Vol. 16, Issue 5 May). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251406>
- Zhu, S., Sherrington, C., Jennings, M., Brady, B., Pinheiro, M., Dennis, S., Christie, L. J., Sidhu, B., Haynes, A., Greaves, C., & Hassett, L. (2021). Current practice of physical activity counselling within physiotherapy usual care and influences on its use: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094762>

APÊNDICES

Apêndice A: Carta Explicativa do estudo	46
Apêndice B: Formulário de Consentimento Informado para Participantes	52
Apêndice C: Questionário do Estudo Principal	54
Apêndice D: Relatório do Estudo Piloto.....	69
Apêndice E: Agregação das variáveis categóricas.....	78
Apêndice F: Dados obtidos na análise univariada	80
Apêndice G: Dados obtidos na análise multivariada	85

Apêndice A – Carta Explicativa do estudo

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Promoção da atividade física e referenciação para os serviços na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em utentes com dor músculo-esquelética não específica

Maria Dias Lopes; Sofia Dias Santos; Daniela Costa; Diogo Pires

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante compreender as razões pelas quais, este estudo está a ser conduzido e o 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 onde é apresentada informação sobre o propósito deste estudo; a parte 2 é referente à informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informações por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que precisar 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?

Este estudo tem como principal objetivo caracterizar a prática dos fisioterapeutas portugueses em relação à promoção de atividade física (AF) e referenciação para serviços da comunidade de pessoas com dor músculo-esquelética (ME). Secundariamente pretende-se analisar os fatores associados à promoção da AF e referenciação para os serviços na comunidade por parte dos fisioterapeutas, nomeadamente as suas características sociodemográficas e profissionais, conhecimentos e níveis de AF.

A realização deste estudo irá permitir observar quais as características que poderão facilitar as boas práticas do fisioterapeuta e aquelas que podem ser uma barreira. Dependendo dos resultados poderá ser a base para um conjunto de ações para uma maior aposta na formação dos fisioterapeutas face à AF, tal como no seu conhecimento sobre quais os serviços da comunidade que existem.

Porque foi convidado(a)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo, por ser fisioterapeuta a residir em Portugal; inscrito na ordem dos fisioterapeutas e trabalhar no contexto da músculo-esquelética (CME) com casos regulares de dor ME não específica. A sua participação irá ajudar-nos a caracterizar a prática do fisioterapeuta, entender que fatores influenciam a sua prática e o que acontece à maioria dos utentes com dor ME quando têm alta da fisioterapia.

Tenho mesmo de participar?

A decisão de participar ou não no estudo é sua, e é voluntária. O presente estudo não apresenta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam, e não terá qualquer impacto na sua prática profissional. É livre de não participar ou desistir a qualquer momento, sem que tenha de se justificar. Para tal, basta que interrompa o preenchimento do questionário sem necessidade de entregar ao responsável, ou caso faça em formato online de o submeter.

O que acontece, se aceitar participar?

Se aceitar participar, será disponibilizado um formulário de consentimento informado, o qual deverá ler atentamente, preencher e assinar, selecionando a opção “declaro que aceito participar”. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa, no qual terá o tempo que necessitar para ler e colocar questões. De seguida será solicitado o seu consentimento informado.

O que terei de fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido o preenchimento do questionário “Referenciação e Promoção de Atividade Física pelos Fisioterapeutas em utentes com Dor Músculo-esquelética Inespecífica”.

O questionário inicia com algumas perguntas sociodemográficas de forma a caracterizar os participantes do estudo, mantendo sempre o anonimato do próprio. Irá avaliar-se também a componente profissional através da prática corrente, do conhecimento, referência para os serviços da comunidade e as barreiras e facilitadores para promoção da AF e formações na área.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos garantir que este estudo o(a) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá promover o conhecimento aprofundado relativo à sua prática, com foco no aconselhamento para a prática de AF e respetiva referência para os serviços da comunidade. Deste modo pretende-se dar resposta às lacunas entre a evidência e a prática podendo potenciar uma aposta na formação dos fisioterapeutas portugueses face à AF, bem como no conhecimento sobre os serviços da comunidade disponíveis. Espera-se que tenha um impacto significativo nos utentes com dor músculo-esquelética que recebem tratamentos de Fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas ou riscos para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado, poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação, sendo apenas necessário que não preencha/ envie o questionário.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial. Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Relatório de Investigação do Mestrado em

Fisioterapia – CME, e em nenhum momento os dados serão apresentados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após três anos.

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

Parte 2 – A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de se justificar. Se decidir não participar, ou se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito. Esta decisão não terá impacto no desempenho da sua atividade profissional, atual ou no futuro.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através dos contactos fornecidos no fim deste documento.

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 CE-IPS, através do endereço: comissao.etica@ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim, a sua participação será confidencial. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. A informação recolhida através dos questionários será introduzida de forma codificada numa base de dados para posterior análise. Toda a documentação

(questionários e base de dados) será armazenada num local seguro, apenas acessível aos investigadores deste estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

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

Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas, à sua prática clínica e ao seu nível de AF. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar os participantes neste estudo, no seu conjunto. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. Em nenhuma circunstância ser-lhe-ão pedidas informações ou dados que possam de forma direta ou indireta identificá-lo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Relatório de Investigação do Mestrado em Fisioterapia - CME, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Serão utilizados exclusivamente para fins 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, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos. Os questionários serão preservados por um período máximo de três anos após o término do estudo.

Muito obrigada por ler este documento,

Maria Dias Lopes, Sofia Dias Santos, Diogo Pires e Daniela Costa

Investigadores:

Maria Dias Lopes (230512011@estudantes.ips.pt)

Sofia Dias Santos (230512019@estudantes.ips.pt)

Daniela Sofia Costa (daniela.costa@nms.unl.pt)

Diogo Pires (diogo.pires@ess.ips.pt)

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

Telephone: 265709391

Apêndice B – Formulário de Consentimento Informado para Participantes

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Promoção da atividade física e referenciação para os serviços na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em utentes com dor músculo-esquelética não específica

Maria Dias Lopes; Sofia Dias Santos; Daniela Costa; Diogo Pires

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO - SURVEY

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, com a Nova Medical Scholl/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pelas discentes Maria Dias Lopes e Sofia Dias Santos, sob orientação científica da Professora Daniela Costa e do Professor Diogo Pires.

Este estudo tem como principal objetivo caracterizar a prática dos fisioterapeutas portugueses em relação à promoção de atividade física (AF) e referenciação para serviços da comunidade de pessoas com dor músculo-esquelética (ME). Secundariamente pretende-se analisar os fatores associados à promoção da AF e referenciação para os serviços na comunidade por parte dos fisioterapeutas, nomeadamente as suas características sociodemográficas e profissionais, conhecimentos e níveis de AF.

Assim, reconheço que os procedimentos e o objetivo da investigação descritos na carta explicativa anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais. A minha identidade será preservada, através de um sistema de codificação, o que permitirá que o estudo funcione em anonimato. As respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade dos

investigadores. A utilização dos resultados será realizada apenas para fins de investigação e uma vez apresentados, os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após 3 anos.

Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em o fazer não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

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

Data: _____

Participante: _____

Assinatura _____ do _____ participante:

Investigadores _____ principais:

Investigadores:

Maria Dias Lopes (230512011@estudantes.ips.pt)

Sofia Dias Santos (230512019@estudantes.ips.pt)

Daniela Sofia Costa (daniela.costa@nms.unl.pt)

Diogo Pires (diogo.pires@ess.ips.pt)

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

Telefone: 265709391

Apêndice C – Questionário do Estudo Principal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Promoção da atividade física e referenciação para os serviços na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em utentes com dor músculo-esquelética não específica

Maria Dias Lopes; Sofia Dias Santos; Daniela Costa; Diogo Pires

QUESTIONÁRIO SOBRE REFERENCIAÇÃO E PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PELOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES EM UTENTES COM DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NÃO ESPECÍFICA

Código Numérico: _____

O objetivo principal deste estudo é avaliar e caracterizar a prática dos fisioterapeutas portugueses, em relação à promoção da atividade física e referenciação para serviços da comunidade de pessoas com condições de dor músculo-esquelética (ME) não específica.

O estudo é dirigido a:

- 1) fisioterapeutas residentes em Portugal;
- 2) inscritos na Ordem dos Fisioterapeutas;
- 3) estejam a trabalhar em contexto de ME, nomeadamente em casos de dor não específica (pelo menos 25% dos casos de uma semana típica).

A sua participação é vital para o sucesso da recolha de dados e desenvolvimento desta investigação. Assegura-se o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos.

O tempo previsto para preencher este questionário é de aproximadamente 10 minutos.

Neste questionário:

- **População alvo** são utentes com dor músculo-esquelética (ME) não específica, sem alterações estruturais identificáveis, tais como: dor lombar, dor cervical, dor no ombro, fibromialgia e dor associada a osteoartrose;

- **Atividade física:** qualquer movimento corporal que aumente o gasto calórico em relação ao repouso (ACSM, 2018). Exemplos: deslocar-se a pé, caminhar nas compras, realizar tarefas domésticas ou participar de atividades em grupo;
- **Atividade Física recreativa:** atividade física de lazer. Exemplos: dança, yoga, jardinagem ou caminhadas em grupo;
- **Exercício Físico:** tipo de atividade física planeada, estruturada, repetitiva e centrada na melhoria e/ou manutenção de uma ou mais componentes da aptidão física (ACSM, 2018);
- **Desporto:** todos tipos de atividade física, casuais ou organizadas, que procuram melhorar a aptidão física, as relações sociais, o bem-estar mental e alcançar resultados em qualquer nível competitivo;
- **Atividade física na comunidade:** programas destinados a promover o aumento da atividade física em espaços comunitários, fora do contexto clínico, como ginásios, clubes desportivos, centros de lazer, juntas de freguesia ou associações.

Folha em Branco

Informação sociodemográfica:

1) Idade: _____

2) Sexo Biológico:

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Prefiro não dizer

3) Local de prática (selecione todas as que se apliquem):

☐ Hospital Privado

☐ Hospital Público

☐ Lar

☐ Gabinete/Clínica Privado

☐ Clínica Convencionada

☐ Domicílio

☐ Cuidados de Saúde Primários

☐ Outro _____

4) Anos de experiência profissional: _____

5) Habilitações académicas:

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Pós-graduação Área: _____

☐ Mestrado Área: _____

☐ Doutoramento Área _____

Prática atual:

6) Geralmente quantos **utentes com dor ME** trata por **hora**?

- ☐ 1 utente/hora
- ☐ 2 utentes/ hora
- ☐ 3-4 utentes/hora
- ☐ + 4 utentes/hora

7) Qual o seu **nível de confiança** para discutir e aconselhar atividade física de uma forma efetiva com os seus utentes:

- ☐ Nada confiante
- ☐ Pouco confiante
- ☐ Parcialmente confiante
- ☐ Confiante
- ☐ Muito Confiante

8) Numa semana normal, com que **frequência realiza as seguintes atividades** com os seus utentes:

	Nunca	Raramente (1-24%)	Às vezes (25-49%)	Muitas vezes (50-74%)	Frequentemente (>75% dos utentes com dor ME)
Abordar e discutir o tema da atividade física no geral					
Indicar estratégias específicas para aumento da atividade física (exemplo: aumentar o nº de passos diários)					
Abordar e discutir o tema da atividade física na comunidade					
Avaliar de forma geral a atividade física através de um questionário, monitor de atividade ou pedómetro					
Definir objetivos relacionados com a atividade física com os seus utentes					

Investigar oportunidades de atividade física na comunidade para os seus utentes					
--	--	--	--	--	--

- 9) Numa semana normal, com que **frequência estabelece contacto** com os prestadores destes serviços (na comunidade) para os seus utentes:

	Nunca	Raramente (1-24%)	Às vezes (25-49%)	Muitas vezes (50-74%)	Frequentemente (>75% dos utentes com dor ME)
Exercício físico (ex: programas individuais de ginásio)					
Atividade Física Recreativa (ex: aulas ou caminhadas em grupo, zumba)					
Desporto (ex: futebol, paddle, natação)					

- 10) Que **tipo de programas sugere** aos seus utentes?

- ☐ Nenhum programa
- ☐ Exercícios para fazer em casa
- ☐ Exercício Físico (ex: programas individuais de ginásio)
- ☐ Atividade Física Recreativa (ex: aulas de grupo, caminhadas em grupo)
- ☐ Desporto (ex: futebol, paddle, natação)
- ☐ Outro: _____

11) Numa semana normal, com que **frequência recomenda** aos seus utentes que

	Nunca	Raramente (1-24%)	Às vezes (25-49%)	Muitas vezes (50-74%)	Frequentemente (>75% dos utentes com dor ME)
Exercícios para fazer em casa					
Exercício físico (ex: programas individuais de ginásio)					
Atividade Física Recreativa (ex: aulas ou caminhadas em grupo, zumba)					
Desporto (ex: futebol, paddle, natação)					

praticuem:

12) Conhece as **recomendações para a atividade física** nos utentes com **dor ME não específica**?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não tenho a certeza

13) Considere uma utente do sexo feminino com história de dor lombar ligeira há 4 anos, com múltiplos episódios de exacerbação de sintomas a cada ano. Tendo em conta que a utente está numa fase onde os sintomas estão controlados. **Por semana**, quantos **minutos de atividade física moderada e vigorosa** sugeria que a mesma fizesse e **com que frequência** (número de dias)?

Atividade Física moderada: _____ min N° de dias por semana _____

Atividade Física vigorosa: _____ min N° de dias por semana _____

14) No passado realizou algum **tipo de desporto**?

☐ Sim

☐ Não

15) Numa semana normal, quantos **minutos** **despende** para realizar este **tipo de atividades**:

Atividade física **moderada** ou caminhadas de forma a aumentar a sua frequência cardíaca ou respiratória acima do normal, por exemplo transportar pesos, andar de bicicleta ou jogar ténis (em minutos):

Atividade física **vigorosa** que o faz suar ou ficar ofegante, por exemplo jogging, levantar cargas elevadas, treino aeróbio ou ciclismo rápido (em minutos):

16) Até que ponto acredita, que o facto de ser Fisioterapeuta fisicamente ativo influencia os seus utentes?

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Às vezes

☐ Muitas vezes

☐ Frequentemente

Barreiras e facilitadores para o envolvimento na atividade física e Formação

17) Para cada uma das seguintes questões refira o seu **nível de concordância** relativamente à **promoção de atividade física**:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Na opinião dos utentes, o tópico não está alinhado com o papel do fisioterapeuta					
Não faz parte das funções para as quais fui recrutado/a					
O envolvimento na prática de atividade física não é uma prioridade para o meu grupo de utentes					
Existem outras coisas que merecem maior foco durante a sessão					
Praticar atividade física geralmente não é um objetivo dos meus utentes					

Os utentes apresentam resistência a discutir o tema					
Sinto falta de confiança em discutir o tema, de forma eficaz, com os meus utentes					
Experiências anteriores negativas ou ineficazes, de atividade física referidas pelos utentes					

18) Para cada uma das seguintes afirmações refira a **frequência** com que cada um dos fatores o **impedem** de sugerir aos seus utentes que participem em **oportunidades específicas** de atividade física **na comunidade**.

	Nunca	Raramente (1-24%)	Às vezes (25-49%)	Muitas vezes (50-74%)	Frequentemente (≥75% dos utentes com dor ME)
--	--------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---

Considero que os meus utentes não beneficiam da participação em atividade física na comunidade					
Não tenho conhecimento de oportunidades de atividade física na comunidade					
As oportunidades de atividade física que tenho conhecimento não vão de encontro às necessidades dos meus utentes					
Não encontro opções que sejam adequadas para os meus utentes na comunidade					
Não sei como identificar quais as oportunidades de atividade física na comunidade, que seriam adequadas para os meus utentes					

Não sei como localizar as oportunidades adequadas de atividade física na comunidade					
Não tenho tempo para localizar as oportunidades adequadas de atividade física na comunidade					
Não sei como referenciar para as oportunidades de atividade física na comunidade					
Não tenho tempo para referenciar para as oportunidades de atividade física na comunidade					
Os meus utentes não têm acesso ao financiamento ou apoio para a participação nestes programas					

Os meus utentes não têm acesso a transporte para permitir a participação nestes programas					
Os familiares/cuidadores dos meus utentes não conseguem apoiá-los na participação nestes programas (ex: outras responsabilidades familiares, falta de tempo, dinheiro ou problemas de transporte)					
Participar em atividade física na comunidade não é um objetivo do meu utente					
Não é prática habitual do meu local de trabalho referenciar para programas de atividade física na comunidade					
A referenciação para a atividade física na comunidade não faz parte da minha função profissional					

Utentes/família/cuidadores são resistentes à discussão na participação deste tipo de programas					
Estou preocupada/o que possa existir um resultado negativo para os meus utentes					
Não estou confiante na capacidade dos instrutores de atividade física na comunidade para gerir o meu utente					
O meu utente e/ou a família/cuidadores relataram experiências anteriores negativas no âmbito da atividade física					

19) Já participou previamente em alguma **formação de promoção de atividade física** para a população alvo??

☐ Sim

☐ Não

Apêndice D – Relatório do Estudo Piloto



ESCOLA SUPERIOR · POLITÉCNICO SETÚBAL



Relatório – Estudo Piloto

O estudo piloto desenvolvido serviu para testar a utilização do *software LimeSurvey* e avaliar a construção do questionário *online*, nomeadamente a nível do seu funcionamento e preenchimento, de modo a perceber se o mesmo se encontrava pronto a ser disponibilizado para o estudo principal.

Para a realização deste estudo, foram adicionadas 4 questões dicotómicas “sim/não” (com a respetiva justificação) e 1 questão para sugestões no final de cada uma das secções do questionário.

O estudo piloto esteve disponível durante 3 semanas, com envio de lembretes após 1 e 2 semanas do *e-mail* inicial de convite, para maximizar a taxa de resposta.

Início: 13/01/2020 - **Fim:** 31/01/2020

Número de convites enviados: 10

Número de respostas obtidas: 10

Questões:

No final de cada secção	1. Considera os itens desta secção claros e fáceis de compreender?
	2. Considera algum item/palavra pouco clara ou ambígua?
	3. Considera as instruções do formulário claras e fáceis de compreender?
	4. Considera que a maioria dos itens são relevantes tendo em conta o objetivo do estudo?
	5. Sugestões e/ou críticas acerca da secção

Análise das respostas obtidas:

Secção 1

Questão	Respostas “Sim”	Respostas “Não”	Justificação	Considerações
1	9	1	O grau académico de licenciatura e bacharelato não deve conter a secção da área realizada	Este comentário foi tido em conta, contudo do ponto de vista da formatação não era possível fazê-lo no <i>LimeSurvey</i>
2	1	9	A pergunta 5 questionar apenas o último grau académico	Foi tido em consideração esta situação, contudo numa primeira instância ficaríamos sem acesso à progressão e diversidade de formações
3	9	1	Indicações contraditórias, quanto ao local de prática “selecione todas as que se apliquem” e “selecione no máximo 4”	Este comentário foi tido em conta tendo sido ajustada a informação na questão do local de prática
4	10	0		

Sugestões e/ou críticas desta secção do questionário	Considerações
“Provavelmente, se as discentes acharem necessidade de colocar, qual a instituição em que foram tiradas as licenciaturas, pós-graduação, etc. Devido a diferença ou atualidade de conteúdos do mesmo.”	Para os objetivos específicos do estudo, esta informação não era relevante

“Na minha opinião, logo no início poderia estar organizado por faixas etárias e não só dizer o número, creio que é mais claro para uma recolha de informação. Uma questão acerca do estudo, os Fisioterapeutas serão portugueses? Ou que trabalham cá?”	Relativamente ao primeiro aspeto, optou-se por recolher apenas a idade em número, pois permite a transformação em faixas etárias e o inverso não é possível. Este dado está especificado nos critérios de inclusão do estudo
---	--

Secção 2

Questão	Respostas “Sim”	Respostas “Não”	Justificação	Considerações
1	9	1	19 a 21. Existe uma transição do foco na intervenção com os utentes para a atividade física realizada pelo fisioterapeuta. Neste sentido, parece-me importante que esta transição seja clara, nomeadamente, com a adição de uma referência nas questões 20 e 21, como por exemplo: Considerando o seu caso em particular, realizou algum tipo de desporto no passado? OU Considerando a sua prática de atividade física atualmente, numa semana normal quantos minutos despende para realizar este tipo de atividade”.	Este comentário foi tido em conta, e juntamente com os restantes nas questões seguintes alterou-se a ordem das questões para ficar mais claro a quem se dirigia as questões
2	2	8	Creio que a pergunta 18, poderia estar mais explícita, no sentido de compreensão se o valor de atividade tem de ser introduzido,	Este comentário não foi explícito quanto à necessidade de

			independentemente. Coisa que não fiz, imaginei apenas o cenário real de uma utente.	mudança, contudo modificou-se o enunciado para o objetivo da pergunta ser mais concreto.
			Pergunta 13 Substituir pedômetro por pedómetro; 14 e 15. Colocar os mesmos exemplos na atividade física recreativa. Numa questão surge o tai chi e na outra não. 18. Substituir nº vezes; por número de vezes;	Este comentário foi considerado pertinente tendo se ajustado toda a informação, contudo na pergunta 18 substitui-se nº de vezes por número de dias por semana
3	9	1	Pergunta 17: Colocar como obrigatoriedade seleccionar apenas uma opção e não todas as que se apliquem.	O comentário foi considerado pertinente e muito oportuno pelo que se alterou conforme o participante sugeriu
			Pergunta 18, não é claro se os minutos pedidos são por dia ou por semana	O comentário foi tido em conta tendo-se alterado o enunciado de forma a destacar que seriam minutos “Por

				semana, quantos minutos de atividade física moderada e vigorosa sugeria que a mesma fizesse (...)"
4	10	0		

Sugestões e/ou críticas desta secção do questionário	Considerações
"Creio que existe uma parte bastante densa, se existir outra maneira de apresentar"	Fora eitos ajustes à ordem das perguntas que permitiu que o questionário ficasse menos denso
"13. Faria-me sentido ter mais uma opção de resposta relacionada com a identificação de barreiras para a prática de atividade física. 19. Considero que a questão 19 poderá influenciar a resposta às questões seguintes (20 e 21), pelo que esta deveria surgir apenas no fim."	Quanto à sugestão da pergunta 13, não foi alterado uma vez que as barreiras se encontravam na secção seguinte do questionário. Relativamente à pergunta 19 houve concordância que a mesma podia influenciar as questões seguintes pelo que passou para o fim da secção

Secção 3

Questão	Respostas “Sim”	Respostas “Não”	Justificação	Considerações
1	6	4	“Parece-me que a construção da introdução a secção de perguntas não está clara e as opções que me dão para responder as perguntas também não está intuitivo”	O comentário foi considerado pertinente pois houve mais do que um participante a referir, levando a uma reestruturação da pergunta 27 e 28, não só no enunciado como nas categorias de resposta
			Pergunta 27. “Na opinião dos outros” - Não é claro quem são os outros. “Experiências anteriores negativas ou ineficazes, de atividade física para os utentes” - Não é claro o âmbito da questão: Experiências dos próprios utentes? ou experiências negativas do fisioterapeuta com a recomendação para a prática? Pergunta 28. Utentes/família/cuidadores são resistentes à discussão. O âmbito deste item não é claro. São	Relativamente à pergunta 27 foi especificado quem são os outros, passando para utentes e quanto às experiências anteriores foi reformulada para ser explícito que se trata dos utentes, passando para “Experiências anteriores negativas ou ineficazes, de atividade física referidas pelos utentes” Quanto à pergunta 28 também se reformulou a afirmação para: “Utentes/família/cuidadores são resistentes à discussão na participação deste tipo de programas”

			resistentes à discussão em relação a quê exatamente?	
			Ambas as tabelas podiam ter o enunciado e as opções de resposta numa sequência frásica, como se o enunciado fosse uma pergunta e a opção fosse a resposta, de forma mais clara	O comentário foi considerado pertinente pois houve mais do que um participante a referir, levando a uma reestruturação da pergunta 27 e 28, não só no enunciado como nas categorias de resposta
			Os itens, individualmente, são fáceis de compreender, mas tive de rever frequentemente a questão inicial para garantir uma resposta adequada. Além disso, a tipologia das respostas parece mais adequada para categorias de 'concordo' e 'discordo' do que para frequências	O comentário foi pertinente tendo-se alterado a tipologia das respostas na pergunta 27, de frequência para o grau de concordância
2	6	4	28. A seleção da palavra “oportunidade” parece-me vaga. Talvez equacionar substituir por “iniciativas”; ou “programas”	Este comentário não foi considerado pertinente uma vez que consideramos que a palavra “oportunidade” abrange o universo de programas e iniciativas que surjam na comunidade

			“localizar”	A afirmação foi reformulada, contudo manteve-se a palavra “localizar”
3	7	3	Questões 28 e 29 foram mais difíceis de compreender, mas à primeira. Questão de leitura com atenção. De resto, bastante compreensível.	Tanto par o primeiro como para o segundo comentário, devido à sua pertinência foram reestruturadas as perguntas 27 e 28, não só no enunciado como nas afirmações de resposta
			Algumas das questões poderão ser confusão, pois poderão indicar dupla negação	
4	10	0		

Sugestões e/ou críticas desta secção do questionário	Considerações
-	-

Apêndice E - Agregação das variáveis categóricas

Variáveis	Subcategorias	Frequência absoluta (Fa)	Agregação	Frequência absoluta
Idade	Variável Contínua	31,65 anos ($\pm$ 8,04 anos)	<30 anos	200
			30-40 anos	122
			>40 anos	54
Anos de experiência profissional	Variável Contínua	9,551 anos ($\pm$ 8,47 anos)	0-5 anos	188
			6-10 anos	65
			11-15 anos	44
			>15 anos	77
Habilitações Acadêmicas	Bacharelato	4	Bacharelato	4
	Licenciatura	216	Licenciatura	216
	Pós-Graduação	87	Pós-Graduação	87
	Mestrado	66	Doutoramento + Mestrado	69
	Doutoramento	3		
Número de Utentes/hora	1 utente /hora	246	1 utente /hora	246
	2 utentes/hora	59	2 utentes/hora	59
	3-4 utentes/hora	61	3 ou mais utentes/hora	71
	+ 4 utentes/hora	10		
Nível de Confiança para Discutir e aconselhar AF	Nada confiante	0	Não Confiante	37
	Pouco confiante	1		
	Parcialmente confiante	36		
	Confiante	196	Confiante	339
	Muito confiante	143		
Frequência de abordar e discutir AF na comunidade	Nunca	12	Não Promove AF através da abordagem e discussão de AF na comunidade	208
	Raramente (1-24%)	51		
	Às vezes (25-49%)	105		
	Muitas vezes (50-74%)	121	Promove AF através da abordagem e discussão de AF na comunidade	168
	Frequentemente (>75%)	87		
Frequência de investigar oportunidade de AF na comunidade	Nunca	28	Não Promove AF através da investigação de oportunidades de AF na comunidade	142
	Raramente (1-24%)	76		
	Às vezes (25-49%)	130		
	Muitas vezes (50-74%)	92	Promove AF através da investigação de AF na comunidade	234
	Frequentemente (>75%)	50		
Conhece as recomendações para a AF nos utentes com dor músculo-esquelética não específica	Não	25	Não conhece	187
	Não tenho a certeza	162		
	Sim	189	Conhece	189

Minutos de AF moderada do Fisioterapeuta	Variável Contínua	143,66 minutos ($\pm$ 112,341 minutos)	Ativo	141
			Não Ativo	207
Minutos de AF vigorosa do Fisioterapeuta	Variável Contínua	133,98 minutos ($\pm$ 116,599 minutos)	Ativo	198
			Não Ativo	134
Acredito que ser fisicamente ativo influência os meus utentes	Nunca	3	Não Influência	54
	Raramente	9		
	Às vezes	42		
	Muitas vezes	117	Influência	322
	Frequentemente	205		

Apêndice F - Dados obtidos na análise univariada

Análise univariada de Abordar e discutir AF na comunidade

Variável	OR	p-valor
Idade (contínua)	1	0,994
Grupo etário	-	0,937
<30*	1	-
30-40	1,087	0,719
>40	1,044	0,890
Sexo Biológico	-	-
Feminino*	1	-
Masculino	1,064	0,775
Anos de experiência profissional (contínua)	0,999	0,930
Grupo de anos de experiência profissional	-	0,690
0-5 anos*	1	-
6-10 anos	0,886	0,674
11-15 anos	1,413	0,317
>15 anos	0,969	0,908
Habilitações académicas: Pós-graduação	-	-
Não*	1	-
Sim	1,528	0,092
Habilitações académicas: Doutoramento + Mestrado	-	-
Não*	1	-
Sim	0,988	0,964
Nº de utentes hora	-	0,004
3 ou mais utentes/hora*	1	-
2 utentes/hora	0,578	0,127
1 utente/hora	1,519	0,123
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Não Confiante*	1	-
Confiante	3,279	0,002
Perceção de conhecimento das recomendações para AF nos utentes com DMNE	-	-
Não Conhece*	1	-

Conhece	2,681	<0,001
Prática desportiva passada	-	-
Não*	1	-
Sim	1,579	0,240
Minutos de AF moderada	-	-
Não ativo*	1	-
Ativo	1,824	0,008
Minutos de AF vigorosa	-	-
Não ativo*	1	-
Ativo	1,286	0,267
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	1	-
Influência	2,879	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	1	-
Sim	2,802	<0,001

Legenda: *: Classes de referência

Resultados p<0,2: Abordar e discutir AF na comunidade

Variável	OR	p-valeu
Habilitações académicas:	-	-
Pós-graduação	-	-
Não*	1	-
Sim	1,528	0,092
Habilitações académicas: Doutoramento + Mestrado	-	-
Não*	1	-
Sim	0,988	0,964
Nº de utentes hora	-	0,004
3 ou mais utentes/hora*	1	-
2 utentes/hora	0,578	0,127
1 utente/hora	1,519	0,123
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Não Confiante*	1	-
Confiante	3,279	0,002

Percepção de conhecimento das recomendações para AF nos utentes com DMNE	-	-
Não Conhece*	1	-
Conhece	2,681	<0,001
Minutos de AF moderada	-	-
Não ativo*	1	-
Ativo	1,824	0,008
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	1	-
Influência	2,879	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	1	-
Sim	2,802	<0,001

Legenda: *: Classes de referência

Análise univariada de investigar oportunidades de AF na comunidade

Variável	OR	p-valor
Idade (contínua)	1,011	0,390
Grupo etário	-	0,311
<30*	-	-
30-40	1,164	0,524
>40	1,601	0,130
Sexo Biológico	-	-
Feminino*	-	-
Masculino	1,001	0,997
Anos de experiência profissional (contínua)	1,008	0,527
Grupo de anos de experiência profissional	-	0,866
0-5 anos*	-	-
6-10 anos	0,944	0,849
11-15 anos	1,086	0,811
>15 anos	1,226	0,460
Habilitações académicas:	-	-
Pós-graduação	-	-
Sim	1,219	0,428
Não*	-	-

Habilitações académicas: Doutoramento + Mestrado	-	-
Sim	0,854	0,572
Não*	-	-
Nº de utentes hora	-	0,015
1 utente/hora	2,365	0,005
2 utentes/hora	1,629	0,212
3 ou mais utentes/hora*	-	-
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Confiante	2,009	0,0808
Não Confiante*	-	-
Perceção de conhecimento das recomendações para AF nos utentes com DMNE	-	-
Conhece	2,599	<0,001
Não Conhece*	-	-
Prática desportiva passada	-	-
Sim	2,471	0,055
Não*	-	-
Minutos de AF moderada	-	-
Ativo	1,132	0,578
Não ativo*	-	-
Minutos de AF vigorosa	-	-
Ativo	1,213	0,401
Não ativo*	-	-
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	-	-
Influência	3,519	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	-	-
Sim	3,347	<0,001

Legenda: *: Classes de referência

Resultados $p < 0,2$: investigar oportunidade de AF na comunidade

Variável	OR	p-valor
Nº de utentes hora	-	0,015
1 utente/hora	2,365	0,005
2 utentes/hora	1,629	0,212
3 ou mais utentes/hora*	-	-
Nível de confiança para discutir e aconselhar AF	-	-
Confiante	2,009	0,0808
Não Confiante*	-	-
Perceção de conhecimento das recomendações para AF nos utentes com DMNE	-	-
Conhece	2,599	<0,001
Não Conhece*	-	-
Prática desportiva passada	-	-
Sim	2,471	0,055
Não*	-	-
Crença de que ser um fisioterapeuta ativo influencia os utentes	-	-
Não influência*	-	-
Influência	3,519	<0,001
Formação anterior	-	-
Não*	-	-
Sim	3,347	<0,001

Legenda: *: Classes de referência

Apêndice G - Dados obtidos na análise multivariada

Promoção da AF através da Abordagem e discussão de AF na comunidade:

R2 Nagelkerke:

Resumo do modelo			
Etapa	Verossimilhança de log -2	R quadrado Cox & Snell	R quadrado Nagelkerke
1	429.590 ^a	.126	.169
4	434.176 ^a	.114	.153

a. Estimação finalizada no número de iteração 4 porque as estimativas de parâmetro mudaram foram alteradas para menos de ,001.

Teste de Hosmer and Lemeshow:

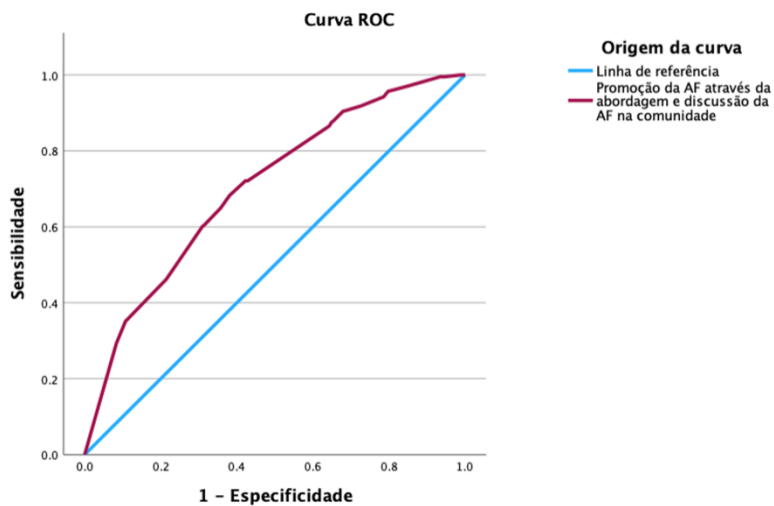
Teste de Hosmer e Lemeshow			
Etapa	Qui-quadrado	df	Sig.
1	4.867	8	.772
4	2.295	6	.891

Variáveis na Equação:

Etapa 4 ^a	Percepção do conhecimento(1)	.735	.233	9.916	1	.002	2.086	1.320	3.295
	Categorias Utentes/hora			8.316	2	.016			
	Categorias Utentes/hora (1)	.264	.306	.745	1	.388	1.302	.715	2.372
	Categorias Utentes/hora (2)	-.658	.396	2.760	1	.097	.518	.238	1.126
	Nível de confiança dos fisios(1)	.789	.423	3.479	1	.062	2.201	.961	5.042
	Participação prévia em formações no âmbito da promoção da AF na população alvo(1)	.765	.236	10.509	1	.001	2.149	1.353	3.413
	Constante	-1.239	.448	7.659	1	.006	.290		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Percepção do conhecimento, Categorias Utentes/hora, Nível de confiança dos fisios, Ser ativo influencia a AF do utente, Participação prévia em formações no âmbito da promoção da AF na população alvo, Minutos de Atividade Moderada Fisio, [Pós-graduação] Habilitações Académicas (indique-nos em que área foi realizada):.

Curva ROC:



Área sob a curva ROC

Variável(eis) de resultado de teste: 1º Variável Sofia Final

Área	Estatística do teste Padrão ^a	Sig. assintótico ^b	Intervalo de Confiança 95% Assintótico	
			Limite inferior	Limite superior
.704	.027	.000	.651	.756

A variável ou variáveis de resultado de teste: 1º Variável Sofia Final possuem pelo menos um empate entre o grupo de estado real positivo e o grupo de estado real negativo. As estatísticas podem ser enviesadas.

a. Sob a suposição não paramétrica

b. Hipótese nula: área verdadeira = 0,5

Promoção da AF através da investigação de oportunidades de AF na comunidade

R2 Nagelkerke:

Resumo do modelo

Etapa	Verossimilhança de log -2	R quadrado Cox & Snell	R quadrado Nagelkerke
1	440.503 ^a	.143	.195
3	442.245 ^b	.139	.189

- a. Estimação finalizada no número de iteração 5 porque as estimativas de parâmetro mudaram foram alteradas para menos de ,001.
- b. Estimação finalizada no número de iteração 4 porque as estimativas de parâmetro mudaram foram alteradas para menos de ,001.

Teste de *Hosmer and Lemeshow*:

Teste de Hosmer e Lemeshow

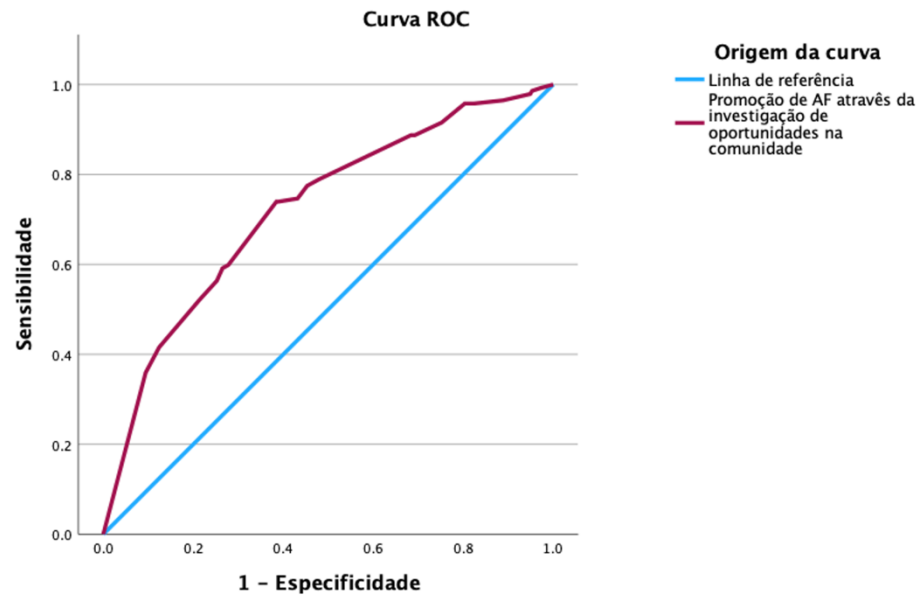
Etapa	Qui-quadrado	df	Sig.
1	2.734	8	.950
3	4.630	8	.796

Variáveis na Equação:

Etapa 3 ^a	Perceção do conhecimento(1)	.662	.238	7.762	1	.005	1.939	1.217	3.090
	Categorias Utentes/hora			6.548	2	.038			
	Categorias Utentes/hora (1)	.815	.324	6.340	1	.012	2.260	1.198	4.263
	Categorias Utentes/hora (2)	.520	.415	1.571	1	.210	1.683	.746	3.796
	Ser ativo influencia a AF do utente(1)	.977	.404	5.854	1	.016	2.657	1.204	5.864
	Participação prévia em formações no âmbito da promoção da AF na população alvo(1)	1.042	.233	19.978	1	<.001	2.835	1.795	4.476
	Constante	-2.868	.486	34.820	1	<.001	.057		

- a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Perceção do conhecimento, Categorias Utentes/hora, Nível de confiança dos fisios, Prática desportiva no passado, Ser ativo influencia a AF do utente, Participação prévia em formações no âmbito da promoção da AF na população alvo.

Curva ROC:



Área sob a curva ROC

Variável(eis) de resultado de teste: 2º Variável Sofia Final

Área	Estatística do teste Padrão ^a	Sig. assintótico ^b	Intervalo de Confiança 95% Assintótico	
			Limite inferior	Limite superior
.722	.027	.000	.668	.775

A variável ou variáveis de resultado de teste: 2º Variável Sofia Final possuem pelo menos um empate entre o grupo de estado real positivo e o grupo de estado real negativo. As estatísticas podem ser enviesadas.

a. Sob a suposição não paramétrica

b. Hipótese nula: área verdadeira = 0,5

ANEXOS

Anexo A – Parecer da comissão de Ética



Identificação do documento: CE-IPS – PI nº 129A/2024

Título do projeto: “Promoção da atividade física e referência para os serviços na comunidade pelos fisioterapeutas portugueses em utentes com dor músculo-esquelética não específica”

Investigador principal: Diogo Pires

Equipa de investigação: Daniela Costa, Maria Lopes e Sofia Santos

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde (ESS)

Outras Unidades/Participantes: Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Documentos recebidos

Foram recebidos os seguintes documentos:

- Requerimento dirigido à presidente da CE-IPS;
- Parecer favorável de encarregado de proteção de dados referente a “registo das atividades de recolha e tratamento de dados do IPS”;
- Formulário “Pedido de parecer para projetos de investigação” e anexos: cronograma; carta convite para participação no estudo; declaração de consentimento informado; instrumentos de recolha de dados; termo de responsabilidade; e Curriculum Vitae (CV) das estudantes de mestrado.

Análise e justificação do Parecer

1. O estudo enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Relatório de Investigação do 2.º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas (ME) e tem como objetivo “Caracterizar a prática dos fisioterapeutas portugueses em relação à promoção de atividade física (AF) e referência para serviços da comunidade de pessoas com condições de dor ME; e secundariamente “analisar os fatores associados à promoção da AF e referência para os serviços na comunidade por parte dos fisioterapeutas, nomeadamente as suas características sociodemográficas e profissionais, conhecimentos e níveis de AF”.
2. Será realizado um estudo observacional do tipo transversal numa amostra de Fisioterapeutas Portugueses com prática clínica, em pessoas com dor não específica no contexto da ME.
3. A equipa pretende recrutar fisioterapeutas residentes em Portugal, inscritos na ordem dos fisioterapeutas e a trabalhar em contexto de ME, nomeadamente com casos de dor ME não específica (pelo menos 25% dos casos de uma semana típica). Para a primeira fase estima-se recrutar cerca de 10 fisioterapeutas, porém, para a segunda fase não é apresentado o cálculo amostral.
4. A recolha de dados decorrerá em formato digital ou presencial através de questionário composto por i) Informação demográfica; ii) prática clínica corrente; iii) conhecimento (através de uma “clinical vignettes”; iv) barreiras e facilitadores para suporte do envolvimento na atividade física; v) formações. Sendo garantido

o anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados através de procedimentos de codificação, quer no formato papel como em formato digital. Foi retirado o item "nome" no questionário e substituído pelo código numérico atribuído ao respetivo participante.

5. A análise dos dados será realizada no software IBM SPSS V.24 através de estatística descritiva e inferencial.
6. A carta explicativa aos participantes a facultar cumpre os requisitos previstos, tendo sido esclarecido sobre a destruição dos dados num prazo de 3 anos, Porém, continua sem constar informação ao potencial participante sobre o tempo que deverá despende com o estudo- neste caso o tempo estimado para o preenchimento do referido questionário.
7. O formulário de consentimento informado apresentado cumpre a generalidade dos requisitos previstos. Em relação à supervisão, continua a constar a orientação apenas de Diogo Pires, devendo ser adicionada a de Daniela Costa, conforme consta na carta explicativa.
8. Foi clarificado a composição da equipa, sendo o responsável do projeto: Diogo Pires, devendo ser o requerente do formulário.

Parecer

Em conclusão, a CE-IPS considera que foram integradas todas as recomendações apresentadas no parecer anterior e que, na sua apresentação atual e considerando a informação referida no ponto 6, o estudo preenche os requisitos éticos. Com a inclusão da recomendação patente no ponto 6, a Comissão emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido, a partir da data deste parecer, não sendo necessária nova submissão à CE-IPS.

Presidente da CE-IPS

Assinado por: **Lucília Rosa Mateus Nunes**
Num. de Identificação: 06064421
Data: 2025.02.04 10:30:39+00'00'