



**SAUDE**

ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICO SETÚBAL

MIGUEL JORGE  
ALMEIDA

**PERSPETIVAS DE  
FISIOTERAPEUTAS E UTENTES COM  
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS  
CRÓNICAS, QUANTO À  
INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO  
DO TEMPO PROLONGADO EM  
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO**

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

**ORIENTADORA**

Professora Doutora Madalena Gomes Da Silva

**COORIENTADORA**

Professora Teresa Dias

dezembro 2024



**SAÚDE**

ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICO SETÚBAL

MIGUEL JORGE  
ALMEIDA

**PERSPETIVAS DE  
FISIOTERAPEUTAS E UTENTES COM  
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS  
CRÓNICAS, QUANTO À  
INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO  
DO TEMPO PROLONGADO EM  
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO**

**JÚRI**

*Presidente:* Professora Doutora Carla Pereira,  
Instituto Politécnico de Setúbal

*Orientador:* Professora Doutora Madalena Gomes Da  
Silva, Instituto Politécnico De Setúbal

*Coorientador:* Professora Teresa Dias, Instituto  
Politécnico De Setúbal

*Arguente:* Professora Catedrática Alda Marques,  
Universidade de Aveiro

dezembro 2024

**[DECLARAÇÕES]**

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação/ Trabalho de Projeto é o resultado da minha investigação/ projeto 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, \_\_\_\_\_ Local, .... de ..... de .....

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

A orientadora, \_\_\_\_\_ Local, .... de ..... de .....

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho enche-me de orgulho por toda a exigência, rigor e aprendizagem que exigiu. É com uma sensação de dever cumprido que chego a esta reta final.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer às minhas orientadoras, a professora Doutora Madalena Gomes da Silva e a professora Teresa Dias por todo o apoio, rigor no feedback e acima de tudo pela motivação. Com o passar do tempo, houve momentos em que a exaustão tomou conta de mim, mas rapidamente foi suprimida por palavras de incentivo e de reconforto.

Em segundo lugar agradecer ao Instituto Politécnico De Setúbal, em particular à Escola Superior de Saúde, que foi a minha casa durante 4 anos na licenciatura e agora mais 2 no mestrado. Um local que me ajudou a crescer no início da vida adulta, que me permitiu conhecer professores fantásticos, permitiu tornar-me no fisioterapeuta que sou hoje e, acima de tudo, que me incutiu valores que levarei para o resto da vida.

Em terceiro lugar agradecer aos meus pais e aos meus avós, por sempre acreditarem em mim e na caminhada que tenho vindo a fazer. Obrigado por aturarem o meu humor, os meus desesperos e os incontáveis fins de semana enfiado em casa e de frente para o computador. Para o meu avô Jacinto e para o meu avô Jorge que já cá não estão, todo este trabalho também foi por eles, infelizmente já cá não estão para festejar esta conquista comigo, mas tenho a certeza de que estão lá em cima a olhar por mim, com orgulho.

Em último lugar, agradecer à minha namorada, a Helena, esteve todos os dias comigo, ouviu as minhas dúvidas, esteve comigo nas noites mal dormidas dedicadas a este trabalho e, acima de tudo, por estar sempre perto de mim. Não há palavras suficientes para agradecer por tudo e para mostrar o orgulho que tenho em ti.

Um obrigado a todos

## Resumo

### **Perspetivas de fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário**

Miguel Almeida, Teresa Dias e Madalena Gomes da Silva

**Introdução:** O comportamento sedentário (CS) é um problema comum nas pessoas com condições neurológicas crónicas. A evidência tem explorado formas de reduzir o CS, minimizando o seu impacto nos utentes e contribuindo para uma melhor autogestão da sua condição. Contudo, estes estudos sugerem que nem sempre a intervenção é eficaz, sendo ainda escasso o conhecimento acerca da perceção de fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção na redução do CS. Assim, o objetivo deste estudo é compreender as perspetivas de fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário (TPCS), bem como compreender de que forma o contexto de trabalho dos fisioterapeutas pode influenciar essa intervenção.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo qualitativo do tipo análise temática reflexiva. Foram recrutados, por conveniência 12 fisioterapeutas e respetivos 12 utentes, para a recolha de dados através de entrevistas individuais semiestruturadas. Os dados foram analisados através da análise temática reflexiva, por subgrupo, com uma abordagem do tipo indutivo.

**Resultados:** Foram identificados 3 temas em cada subgrupo da amostra, sendo que em ambos os casos, o 1º influenciou os seguintes. Para o subgrupo dos fisioterapeutas, os 3 temas identificados são: i) Desconhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário, ii) Intervenção na redução do comportamento sedentário e iii) Fatores que influenciam a intervenção para a redução do comportamento sedentário. Para o subgrupo dos utentes, os 3 temas identificados são: i) Desconhecimento sobre a expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário, ii) Nada de específico foi abordado pelos fisioterapeutas e iii) Fatores que influenciam a redução do comportamento sedentário.

**Conclusão:** Os fisioterapeutas e utentes não conhecem a expressão TPCS nem o conceito de CS. Os fisioterapeutas entendem que intervêm nesta problemática, contudo esta intervenção não é percebida da mesma forma, pelos utentes. Ambos os grupos identificaram fatores que interferem na intervenção. O contexto de trabalho, influencia a intervenção para a redução do TPCS, sendo valorizados fatores, por representarem uma influência positiva na intervenção, como maior autonomia, boas infraestruturas e maior tempo disponível para intervir com os utentes.

**Palavras-chave:** Comportamento sedentário, Tempo prolongado em comportamento sedentário, Condições neurológicas crónicas, Fisioterapia

## **Abstract**

### **Perspectives of physiotherapists and patients on reducing prolonged sedentary behaviour in chronic neurological conditions**

Miguel Almeida, Teresa Dias and Madalena Gomes da Silva

**Introduction:** Sedentary behaviour (SB) is a common problem in people with chronic neurological conditions. Evidence has explored ways of reducing SB, minimising its impact on patients and contributing to better self-management of their condition. However, these studies suggest that the intervention is not always effective, and knowledge about the perception of physiotherapists and patients regarding the intervention to reduce SC is still limited. Therefore, the aim of this study is to understand the perspectives of physiotherapists and patients regarding the intervention to reduce prolonged sedentary behaviour (PTSB), as well as to understand how the work context of physiotherapists can influence this intervention

**Methodology:** A qualitative study of the reflective thematic analysis type was carried out. Twelve physiotherapists and 12 patients were recruited for convenience to collect data through individual semi-structured interviews. The data was analysed using reflective thematic analysis, by subgroup, with an inductive approach.

**Results:** Three themes were identified in each subgroup of the sample, and in both cases the first theme influenced the following themes. For the physiotherapist subgroup, the 3 themes identified are: i) Lack of knowledge about the concept of sedentary behaviour, ii) Intervention to reduce sedentary behaviour and iii) Factors that influence intervention to reduce sedentary behaviour. For the subgroup of patients, the 3 themes identified are: i) Lack of knowledge about the expression of prolonged time in sedentary behaviour, ii) Nothing specific was addressed by the physiotherapists and iii) Factors that influence the reduction of sedentary behaviour.

**Conclusion:** Physiotherapists and patients are not familiar with the term PTSB or the concept of SC. Physiotherapists understand that they intervene in this problem, but this intervention is not perceived in the same way by patients. Both groups identified factors that interfere with the intervention. The work context influences the intervention to reduce PTSB, and factors such as greater autonomy, good infrastructures and more time available to intervene with patients were valued as having a positive influence on the intervention.

**Keywords:** Sedentary behaviour, Prolonged time in sedentary behaviour, Chronic neurological conditions, Physiotherapy

## Índice

Introdução .....	10
Metodologia.....	16
Resultados .....	26
Discussão .....	47
Conclusão .....	56
Referências Bibliográficas.....	59
Apêndices .....	70
Apêndice 1- Questionário de caracterização do fisioterapeuta .....	70
Apêndice 2-Questionário de caracterização do utente .....	72
Apêndice 3- Guião da entrevista- Fisioterapeuta .....	74
Apêndice 4- Guião da entrevista- Utente .....	75
Apêndice 5- Ficha informativa do Participante- Fisioterapeuta .....	76
Apêndice 6- Ficha informativa do Participante- Utente.....	78
Apêndice 7- Consentimento informado do participante- Fisioterapeuta .....	80
Apêndice 8- Consentimento informado do participante- Utente .....	81
Anexos.....	82
Anexo 1- Dados normativos para a população portuguesa da Mini-Mental State Examination .....	82
Anexo 2- Mini-Mental State Examination .....	83
Anexo 3- Medida de Independência Funcional (MIF) .....	85
Anexo 4- Aprovação Da Comissão De Ética .....	86

## **Lista De Tabelas**

<b>Tabela 1-</b> Características sociodemográficas, profissionais e de contexto de trabalho dos fisioterapeutas e características sociodemográficas e clínicas dos utentes .....	27
<b>Tabela 2-</b> Temas e subtemas no subgrupo dos fisioterapeutas .....	28
<b>Tabela 3-</b> Temas e subtemas no grupo dos utentes .....	38

## **Lista De Abreviaturas**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD`s** – Atividades Da Vida Diária

**CS** - Comportamento Sedentário

**DAYLs** – Anos De Vida Ajustados Por Incapacidade

**DGS** - Direção Geral Da Saúde

**EM** - Esclerose Múltipla

**ERS** - Entidade Reguladora Da Saúde

**MET`s** – Equivalentes Metabólicos

**MIF**- Medida De Independência Funcional

**MMSE** – *Mini-Mental State Examination*

**PDQ-39**- *The 39 item Parkinson's Disease Questionnaire*

**SNS** - Sistema Nacional De Saúde

**TPCS** – Tempo Prolongado Em Comportamento Sedentário

**WHO** – *World Health Organization*

## Introdução

Os distúrbios neurológicos representam a principal causa de incapacidade no mundo e estão entre as principais causas de morte (Global Burden of Disease Study (GBD) 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024).

Houve um crescimento global nos últimos 25 anos da incidência, prevalência e mortalidade destes distúrbios (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024) e, associado a este crescimento, a prevalência do comportamento sedentário (CS) também tem vindo a aumentar nas condições neurológicas crónicas (Ellis & Motl, 2013). Em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que se encontram numa fase crónica, o CS excede as 10 horas por dia (Saunders et al., 2021; Tiegues et al., 2015). No que diz respeito aos utentes com Esclerose Múltipla (EM) a situação é idêntica, uma vez que as manifestações clínicas da doença como a fadiga ou as limitações físicas agravam numa fase crónica e levam a uma elevada prevalência de CS nesta fase (Fortune et al., 2021; Veldhuijzen van Zante et al., 2016). Em relação aos utentes com doença de Parkinson numa fase crónica, a evidência indica que um estilo de vida predominantemente sedentário, é altamente prevalente (Benka Wallén et al., 2015) e aumenta o risco de outras doenças, conduzindo a uma gestão deficitária da própria doença, podendo levar a uma morte prematura (Speelman et al., 2011).

Em 2021, cerca de 3,40 biliões de indivíduos foram afetados por condições neurológicas, correspondendo a 43% da população mundial (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024). Uma forma de avaliar o impacto destas doenças, é através do número de anos perdidos, ajustados pela incapacidade (DALYs). Sabe-se que estas condições contribuem com 443 milhões de DALYs. Em particular, dentro dos distúrbios neurológicos, o AVC representa 160 milhões de DALYs perdidos em 2021 (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024).

Os distúrbios neurológicos estão ligados a altos níveis de incapacidade, o que pode comprometer severamente a independência do utente. Esta incapacidade pode-se manifestar de forma progressiva e, a longo-prazo, levando frequentemente à procura de cuidados de saúde por mais de 6 meses, resultando na instalação de

condições crónicas, que causam um impacto clínico e social significativo (Baricich et al., 2022).

A cronicidade implícita dessas condições, destaca a necessidade de estratégias efetivas que permitam capacitar o indivíduo a viver com os sintomas e a gerir a evolução da doença. Dentro destas estratégias, podemos incluir a mudança no estilo de vida dos utentes, onde o conceito de autogestão da condição se torna crucial para a mudança de estilo de vida (Kılınç et al., 2022).

O estilo de vida é descrito como *“um padrão único de comportamento pessoal e social característico de um indivíduo ou grupo”* (Veal, 1993, p.247) e tem sido reconhecido como um elemento modificável. A evidência científica tem-se focado em intervenções que tenham como alvo o estilo de vida do utente, demonstrando resultados significativos ao nível da melhoria da qualidade de vida e gestão dos sintomas, nomeadamente por meio de intervenções ao nível da promoção da atividade física e diminuição do CS (Nag et al., 2021).

O CS é definido como *“qualquer comportamento desempenhado por um indivíduo acordado, caracterizado por um consumo de energia inferior ou igual a 1,5 equivalentes metabólicos (MET`s)”* (Tremblay et al., 2017, p.9). A inatividade física, por seu lado, é entendida como *“um nível de atividade física insuficiente para alcançar as recomendações de atividade física atuais”* (Tremblay et al., 2017, p.9), sendo fundamental entender que não se trata de um sinónimo de CS. Um indivíduo pode ser fisicamente ativo e sedentário, em simultâneo, caso siga as recomendações de atividade física, mas por outro lado passe a maior parte do seu dia-a-dia em atividades com baixo gasto energético, neste caso inferior ou igual a 1,5 MET`s (King et al., 2019). Assim sendo, atividade física é definida como *“produção de qualquer movimento do corpo através do músculo esquelético e que requer gasto energético”* (World Health Organization [WHO], 2020, p.7).

Para que o utente tenha a capacidade de reduzir o CS, é essencial o conhecimento da sua definição e da expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário (TPCS), funcionando este conhecimento como um pré-requisito para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde (Baccolini et al., 2021). A literacia em saúde pode ser responsável por influenciar o comportamento

(Baker, 2006) e é definida como “*capacidade de julgar e tomar decisões do seu quotidiano relacionadas com os seus cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde com vista a manter ou melhorar a qualidade de vida*” (Sørensen et al., 2012, p.3).

Deste modo a evidência mostra que o CS é relevante nas condições neurológicas, sendo conhecida uma associação positiva (HR=1,16; IC95%= [1,09; 1,24]) entre o CS e o risco de sofrer um AVC pela primeira vez (Wang et al., 2022). Em utentes com EM, os resultados encontrados por Fortune e colegas (2020), indicam uma associação positiva entre a interrupção do CS e o aumento dos índices de qualidade de vida ( $\beta=31.60$ ; IC95%= [7.25; 55.96];  $p=0.012$ ) e autoeficácia para a função ( $\beta=0.02$ ; IC95%= [0.00; 0.04];  $p=0.032$ ) (Fortune et al., 2021). Na mesma linha, sabe-se que, em doentes de Parkinson numa fase crónica, este comportamento, em grandes quantidades e acumulado por longos períodos de tempo está negativamente associado à qualidade de vida medida através da PDQ-39 ( $p=0.34$ ;  $p<0.05$ ), e a piores resultados nas subescalas de mobilidade, comunicação e processamento cognitivo ( $p$  intervalo= [0.32; 0.41];  $p< 0.05$ ) (Ellingson et al., 2019).

Neste sentido, a relevância da redução do CS, tem sido enfatizada pela evidência científica, reconhecendo-a como um fator de risco independente e modificável para a mortalidade e morbilidade relacionada com a doença cardiovascular (Gardner et al., 2016). Sabe-se que o CS tem múltiplos efeitos negativos do ponto de vista metabólico, cardiovascular e cerebral, estando associado negativamente à saúde da matéria branca cerebral e aos fatores neurotróficos, que têm um papel crucial na saúde cerebral e recuperação após lesão (Maasackers et al., 2022; Tremblay et al., 2010). Para além da quantidade total de CS, o padrão de acumulação é importante sendo que longos períodos de tempo, de forma continuada são os mais prejudiciais para a saúde (English et al., 2014; Lewis et al., 2016). Apesar destes dados, as intervenções frequentemente implementadas visam a promoção da atividade física, contudo estas geralmente não conseguem modificar o TPCS nem o seu conseqüente impacto ao nível da saúde (Gardner et al., 2016).

Neste seguimento, um estudo de Yan e colegas (2020), incluiu utentes com condições neurológicas crónicas, onde identificou uma associação significativa entre o CS e o risco de demência, onde indivíduos expostos a TPCS têm um risco 30 vezes superior de desenvolver demência (RR=1,30; IC95%= [1,12; 1,51]; p=0,000). Saunders e colegas (2020), examinaram os efeitos do CS ao nível da saúde, em indivíduos com condições de saúde crónicas. Os resultados indicam uma associação negativa entre o CS e a qualidade de vida (r= -0,152; IC95%= [-0,206; -0,097]) e demonstraram uma relação entre maior tempo em CS e o risco de desenvolver depressão (RR=1,14; IC95%= [1,06; 1,21]).

Uma vez que o CS apresenta repercussões severas na saúde e funcionalidade dos utentes, torna-se uma responsabilidade do fisioterapeuta, sendo que este é o profissional cuja competência inclui a restauração da função e a promoção de comportamentos saudáveis, onde se inclui a diminuição do tempo em CS (World Physiotherapy, 2023).

Apesar da evidência científica destacar os efeitos negativos do CS nas condições neurológicas, reforçando que estes devem diminuir o tempo em CS, sendo seguro e benéfico para a sua saúde, quando apropriado para o seu nível de atividade, estado de saúde e função física (WHO, 2020), os estudos nesta área ainda são escassos, no que diz respeito a formas de intervir na redução do CS, que componentes abordar, como implementar, duração da intervenção e como esta é percebida pelos fisioterapeutas e utentes (Gardner et al.,2016; Saunders et al., 2021).

Deste modo, a revisão sistemática conduzida por Gardner e colegas (2016), identificou uma grande variabilidade na forma de intervir para a redução do CS, onde 61% das intervenções implementadas tinham como alvo o aumento da atividade física e apenas 21% se dedicavam realmente à redução do CS, demonstrando falta de clareza na forma como as estratégias de intervenção são selecionadas e implementadas, sendo algo merecedor de análise futura. Também a investigação de Nieste e colaboradores (2021) aponta no mesmo sentido, destacando que a forma como foram implementadas as estratégias de intervenção, foi altamente heterogénea, desde frequência, formas de contacto e temas

discutidos, sendo necessária investigação futura com o intuito de compreender como os fisioterapeutas podem intervir e qual a sua percepção na redução da acumulação de longos períodos de tempo de CS e não apenas na redução do CS como um todo.

Para além deste aspeto, ambos os estudos destacam a necessidade de investigar a forma como os utentes percecionam este tipo de estratégias, podendo esta percepção estar ligada à sua efetividade e manutenção dos resultados a longo prazo. A preservação dos resultados obtidos pela intervenção na redução do CS, também é merecedora de análise no estudo de Chastin e colegas (2021), sendo frequente a obtenção de resultados positivos na redução do CS, contudo esses desaparecem com o prolongar do tempo. Como tal, é realçada a necessidade de explorar com investigação futura o porquê deste acontecimento, uma vez que a percepção dos utentes relativamente às mudanças que o fisioterapeuta tenta implementar no seu dia-a-dia, no seguimento da sua intervenção, podem não ser bem compreendidas pelos utentes e, como tal, conduzirem a uma perda dos resultados a longo prazo. A forma de abordar o tema do CS, por parte dos fisioterapeutas, e de como podem adaptar a intervenção usualmente implementada em outras condições clínicas, aos utentes com condições neurológicas crónicas e às suas particularidades, também é apontado como uma lacuna na investigação científica da área (Busse & Ramdharry, 2020).

No que diz respeito às perspetivas dos utentes, quanto a este tipo de intervenções a informação é escassa especialmente em utentes com doença de Parkinson e EM. Ao nível dos sobreviventes de AVC, sabe-se que estes estão abertos a intervenções para a redução do CS (Hall et al., 2020), embora os profissionais de saúde não considerem uma prioridade, pelo que não se sabe de que forma este problema é abordado ao longo das sessões de fisioterapia nem como é percecionado pelos respetivos utentes (Alsop et al., 2023).

A implementação de estratégias de intervenção destinadas à redução do CS, segundo a evidência, pode ser influenciada pelo contexto de trabalho (Morton et al., 2022). O espaço físico do local de trabalho, estrutura organizacional, a autonomia e sobrecarga de horários são elementos relacionados com o contexto

de trabalho que, segundo a literatura, podem ter impacto na qualidade de prestação de serviços de fisioterapia (Burri et al., 2022; Morton et al., 2022; Patel & Bartholomew, 2021). Contudo, este fator tem tido pouco destaque quando o CS é alvo de investigação, pelo que não se sabe como é que estas condicionantes podem afetar a intervenção dos fisioterapeutas na redução do TPCS em utentes com condições neurológicas crónicas.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender a perspetiva dos fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, bem como, compreender de que forma o contexto de trabalho influencia a forma como os fisioterapeutas intervêm no tempo prolongado em comportamento sedentário.

## **Metodologia**

De forma a garantir o rigor e precisão na apresentação da investigação foram seguidas a *checklist consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong et al., 2007) e *Standards for reporting qualitative research (SRQR)* (O'Brien et al., 2014).

### **1- Desenho Do Estudo**

Estudo qualitativo utilizando a análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2020). Este desenho metodológico visa descrever e compreender um fenómeno descrito pelos participantes (Braun & Clarke, 2020).

### **2- Participantes**

#### **2.1- População**

Fisioterapeutas, a exercer prática clínica com utentes diagnosticados com uma condição neurológica (AVC ou Parkinson ou EM), numa fase crónica e, respetivos utentes com uma das condições mencionadas anteriormente e que se encontrem a realizar fisioterapia.

#### **2.2- Amostra**

Neste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência. O recrutamento foi realizado na Área Metropolitana de Lisboa, para permitir as deslocações do investigador principal.

O estudo foi divulgado junto dos estudantes do Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS). Foram também identificadas entidades prestadoras de cuidados de fisioterapia na Área Metropolitana de Lisboa, registadas na Entidade Reguladora Da Saúde (ERS), através de pesquisa na plataforma da ERS (<https://www.ers.pt/pt/prestadores/servicos/pesquisa-de-prestadores/>).

#### **2.2.1- Critérios De Inclusão E Exclusão**

**Critérios de inclusão (Fisioterapeutas):**

- Inscrição na Ordem Dos Fisioterapeutas;
- Exerce prática clínica em contexto neurológico, com utentes com AVC ou Parkinson ou EM, numa fase crónica (superior a 6 meses (Mang & Peters, 2021));
- A exercer prática laboral na Área Metropolitana de Lisboa.

#### **Critérios de exclusão (Fisioterapeutas):**

- Não comuniquem na língua portuguesa;
- Fisioterapeutas com menos de 2 anos de experiência de prática clínica.

#### **Critérios de inclusão (Utentes):**

- Diagnóstico médico de uma das seguintes condições neurológicas: AVC ou Parkinson ou EM, em fase crónica (superior a 6 meses (Mang & Peters, 2021));
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- A residir na comunidade há, pelo menos 2 meses (Chastin et al., 2021);
- A realizar fisioterapia.

#### **Critérios de exclusão (Utentes):**

- Défices cognitivos moderados ou severo (pontuação inferior aos dados normativos para a população portuguesa em **anexo 1** (Freitas et al., 2015) e que não sejam autónomos nas suas AVD`s);
- Condições de saúde que pela severidade/instabilidade impossibilitem que o utente possa quebrar o tempo prolongado em comportamento sedentário (nomeadamente: doença neoplásica/imunológica, doença cardíaca severa/instável e condições músculo-esqueléticas, neuromusculares ou psiquiátricas que impossibilitem a quebra do tempo prolongado em comportamento sedentário) (Corey et al., 2023; Gibbs et al, 2016; Reynolds et al., 2021);
- Incapacidade de comunicar verbalmente em língua portuguesa, uma vez que o método de recolha de dados é a entrevista semiestruturada.

### **2.3- Instrumentos de recolha de dados**

#### **2.3.1- Dados de caracterização da amostra:**

Os questionários de caracterização da amostra são específicos para utentes e para fisioterapeutas e foram desenvolvidos pelo investigador.

O questionário destinado ao fisioterapeuta inclui os seguintes itens: sexo, idade, formação pós-graduada, anos de experiência clínica, número de utentes por hora, local de prática clínica e, em média, quantos utentes da área da neurologia segue por semana (**Apêndice 1**). O questionário destinado ao utente (**Apêndice 2**), pretende descrever: sexo, idade, grau de escolaridade, condição clínica, tempo do diagnóstico, nível cognitivo e nível de incapacidade funcional.

O nível cognitivo dos utentes foi avaliado através da *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (**Anexo 2**), instrumento simples, sem a necessidade de formação específica prévia (Folstein et al., 1975). Este instrumento foi aplicado pelo investigador principal. Envolve 30 questões (pontuadas com valor 0 - quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 - quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e Capacidade Construtiva. O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam melhor desempenho (Guerreiro et al., 1994).

Sabe-se que na população portuguesa, este instrumento apresenta excelente sensibilidade (85,8%) e especificidade (70,9%) (Marques & Espírito-Santo, 2021). Apresenta uma boa validade convergente, comprovada por elevadas correlações com outros instrumentos de medida (Montreal Cognitive Assessment ( $r^2=60,8\%$ ;  $p<0,001$ ) e Frontal Assessment Battery ( $r^2=53,2\%$ ;  $p<0,001$ )) e uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach=0,81) (Marques & Espírito-Santo, 2021). Os valores normativos para a população portuguesa foram definidos tendo por base o número de anos de escolaridade e idade do indivíduo (**Anexo 1**) (Freitas et al., 2015). (Marques & Espírito-Santo, 2021)

A incapacidade funcional dos utentes foi avaliada através da Medida De Independência Funcional (MIF) (**Anexo 3**). Foi aplicada pelo investigador principal, tendo sido pedido ao participante que executasse um conjunto de atividades, posteriormente classificadas pelo investigador. Consiste em 18 atividades, com subescalas de autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção,

comunicação e cognição social. Cada item é classificado de 1 (Dependência Total) a 7 (Independência Total), permitindo obter uma pontuação mínima de 18 e máxima de 126 (Independência Total) (Laíns et al., 1993). Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa, mas não se conhece a sua fiabilidade (Laíns et al., 1993).

Apesar de não serem conhecidos valores para a população portuguesa, este instrumento de avaliação é utilizado formalmente no sistema nacional de saúde, sendo amplamente recomendado pela Direção Geral De Saúde (DGS) (DGS, 2011). As suas propriedades psicométricas foram testadas internacionalmente, apresentando uma elevada consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,93) e uma boa validade de construto, avaliada através do teste de hipóteses, demonstrando ser um instrumento de medida capaz de discriminar utentes com base na idade, comorbilidades e capacidade funcional (Dodds et al., 1993).

### **2.3.2- Estratégia De Recolha De Dados**

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada. Tal como recomendado pela literatura, a aplicação eficiente deste método, requer uma preparação prévia, através da construção de um guião, a sua testagem e um treino de competências por parte do investigador (Doody & Noonan, 2013; McGrath et al, 2019).

Assim, de acordo com as recomendações, foram criados dois guiões, um destinado às entrevistas com os fisioterapeutas e outro para as entrevistas com os utentes (**Apêndice 3 e 4**). Após a sua redação e, de forma a permitir o treino de competências do entrevistador, o guião foi testado através de 2 entrevistas com um utente e um fisioterapeuta que cumpriram os critérios de elegibilidade da amostra. Estas entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas, permitindo a identificação de aspetos a melhorar.

Aos fisioterapeutas foram colocadas questões acerca do conhecimento sobre o conceito de tempo prolongado em comportamento sedentário, intervenção aplicada para diminuir esta problemática nos seus doentes, nomeadamente como é realizada, quais as suas crenças e atitudes relativamente ao tema, confiança que sentem na sua implementação e que dificuldades enfrentam (**Apêndice 3**). Dos

utentes, pretendeu-se igualmente perceber o conhecimento sobre o conceito de tempo prolongado em comportamento sedentário, como percecionam as intervenções que têm como alvo a diminuição do tempo prolongado em tempo sedentário, as suas sugestões e que constrangimentos enfrentam (**Apêndice 4**). Os guiões construídos para as entrevistas tiveram por base um estudo prévio na área da promoção da atividade física em condições neurológicas (Corey et al., 2023).

## **2.4 Dimensão Da Amostra**

Segundo Creswell & Creswell (2022), desenhos de estudos do tipo fenomenológico envolvem entre 3 a 10 participantes, sendo que outra publicação aponta para um número de participantes compreendido entre os 5 e 25 (Creswell & Poth, 2018). O tamanho da amostra pode ser definido não num número de participantes, mas tendo por base o conceito de saturação dos dados, definido como a paragem da recolha de dados, assim que deixam de ser gerados novos temas ou novas perspetivas (Creswell & Creswell, 2022). Como tal definiu-se um número mínimo de 10 fisioterapeutas e 10 utentes, tendo por base os valores apresentados, sendo que a recolha de dados terminou no momento da saturação, que sucedeu às 12 entrevistas de utentes e 12 entrevistas de fisioterapeutas.

## **3- Procedimentos**

### **3.1– Recrutamento**

Os estudantes e os que frequentavam o Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia do IPS no ano letivo 2023/2024, foram contactados através do e-mail institucional, com o objetivo de apresentar o estudo e, os que demonstraram interesse em participar, identificaram 2 a 3 utentes com condições neurológicas crónicas que acompanhavam e que poderiam participar no estudo.

As entidades identificadas via ERS, foram também contactadas via e-mail. Quando não foi obtida resposta em 1 semana após o envio do e-mail, foi feito um contacto telefónico com o estabelecimento e, quando necessário, 2 semanas após o contacto inicial, o investigador deslocou-se ao estabelecimento com o objetivo de estabelecer um primeiro contacto presencial, a fim de agendar a apresentação do estudo às entidades e aos respetivos fisioterapeutas.

Quando, nestes locais, existiram fisioterapeutas que cumpriam os critérios de elegibilidade e que demonstraram interesse em participar, foi pedido a identificação de 1 utente com uma condição neurológica crónica, por cada fisioterapeuta, que poderia participar no estudo.

Tanto no recrutamento via ERS como através dos estudantes do Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia do IPS, foi agendado com os potenciais participantes uma data e hora, para que o investigador avaliasse o cumprimento dos critérios de elegibilidade do utente identificado pelo fisioterapeuta que o acompanhava, e pudesse explicar o estudo e os seus procedimentos individualmente, àqueles que cumpriam os critérios e demonstraram interesse em participar. Foram então entregues, a carta explicativa da investigação e, de seguida, o consentimento informado. Apenas após esta etapa, foram recolhidos os dados de caracterização da amostra e posteriormente conduzida a entrevista com cada interveniente.

### **3.2- Procedimento De Recolha De Dados**

A recolha de dados aconteceu, em primeiro lugar, junto dos utentes, de forma a assegurar que a intervenção que o fisioterapeuta tinha planeada, não sofreu alterações, após a respetiva entrevista. O preenchimento dos questionários e respetivas entrevistas com os utentes decorreu no mesmo dia e local. A entrevista decorreu de forma individualizada, sem a presença de outros intervenientes para além do instigador e participante, em formato presencial, num local e hora à escolha dos participantes e onde estes se sentissem confortáveis, seguros, com pouco ruído e livre de interrupções (McGrath et al, 2019). Todos os fisioterapeutas optaram por realizar as entrevistas no seu local de trabalho e, os utentes no local onde se encontravam a realizar fisioterapia.

Assim, em primeiro lugar os utentes foram avaliados quanto ao seu nível cognitivo, através da MMSE, de forma presencial, assegurando o cumprimento dos critérios de elegibilidade e tendo por base os valores de corte (**Anexo 1**). De seguida, caso o nível cognitivo o permitisse, foi preenchido o questionário de caracterização e, posteriormente, avaliada a sua incapacidade funcional, através da aplicação, pelo investigador principal, da MIF.

Quanto aos fisioterapeutas, também preencheram um questionário de auto-reporte, presencialmente, tendo sido recolhidos dados sociodemográficos, bem como alguns dados do seu contexto clínico.

Terminado o preenchimento dos questionários, os utentes e respetivos fisioterapeutas realizaram uma entrevista semiestruturada (**Apêndices 3 e 4**). As entrevistas foram gravadas em formato áudio e transcritas posteriormente, tendo sido feitos os intervalos necessários para garantir a gestão do cansaço.

### **3.3- Análise De Dados**

Os dados correspondentes à caracterização da amostra foram analisados através do software SPSS, utilizando medidas de estatística descritiva (média, desvio padrão e amplitude) e apresentados em forma de tabela.

A análise dos dados provenientes da entrevista foi realizada através da análise temática reflexiva com uma abordagem do tipo indutivo e foram seguidos os respetivos passos que a caracterizam. Este método permite analisar, identificar e reportar temas presentes nos dados (Braun & Clarke, 2020). Uma vez que se trata de um método flexível permite uma análise detalha e relevantes dos dados, não só do seu significado, mas também do contexto onde estão inseridos o que conduz a uma maior profundidade na interpretação de vários aspetos da questão de investigação (Vaismoradi et al., 2013)

Após a realização das entrevistas semiestruturadas pelo investigador principal, estas foram transcritas, pelo mesmo, através do Microsoft Office Word, as notas redigidas durante a entrevista também foram integradas na transcrição, o que corresponde ao primeiro passo da análise temática. Após a transcrição, esta foi devolvida aos participantes para que estes validassem a informação que a transcrição continha.

De seguida, as transcrições foram inseridas no software MAXQDA e, posteriormente analisadas pelo investigador principal. O objetivo desta fase foi ficar a par das ideias gerais das entrevistas, refletindo acerca do seu significado de uma forma geral.

Concluída a etapa anterior, deu-se início ao processo de codificação, que diz respeito ao processo de organizar os dados por segmentos. Neste processo o investigador identificou excertos relevantes, tendo em conta a questão de investigação, destacando estes excertos e nomeando-os de acordo com um termo, normalmente usado pelo participante.

Seguiu-se depois o processo de identificação de temas, analisando os dados recolhidos e reportando padrões comuns, através do agrupar de códigos, sendo que estes devem refletir as perspetivas dos indivíduos e suportados por várias citações dos mesmos.

As etapas de criação dos códigos e posterior identificação de temas, contaram, para além do investigador, com a participação de uma colega do mestrado que teve acesso à transcrição das entrevistas de forma a proceder à codificação e respetiva identificação de temas. Os restantes membros da equipa de investigação também participaram no processo para resolver alguns conflitos que existiram, permitindo chegar a um consenso. Assim, desta forma foram asseguradas diferentes perspetivas, contribuindo para a credibilidade da investigação, através da, triangulação dos investigadores (Braun & Clarke, 2006; Creswell & Creswell, 2022). Por fim, o processo de análise temática terminou com a apresentação dos diversos temas numa tabela síntese e respetiva discussão (Braun & Clarke, 2006).

#### **4- Considerações Éticas**

O estudo em causa foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS) (CE-IPS nº PI 66 A/ 2023- **Anexo 4**). O investigador garantiu que este estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki, o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

A equipa de investigação garantiu o anonimato dos participantes, no momento da assinatura do consentimento informado e no preenchimento dos questionários, através da atribuição de um código alfanumérico, sendo que durante o processo de transcrição das entrevistas foi atribuído um código para identificar o participante. As gravações e transcrições das entrevistas realizadas irão manter-se

armazenadas num computador do investigador principal, protegido por uma palavra passe. O seu armazenamento irá decorrer por um período máximo de 1 ano após a realização do estudo, uma vez que se prevê que o estudo seja publicado neste período. O código e a respetiva correspondência ao nome do participante, são apenas do conhecimento do investigador principal e consta apenas no documento referente ao consentimento informado utilizado. Este último documento, bem como os questionários de caracterização da amostra estão guardados em local seguro, no gabinete da orientadora do estudo, localizado no edifício da Escola Superior De Saúde do Instituto Politécnico De Setúbal, fechado à chave e apenas o investigador e orientadora têm acesso.

Foram disponibilizadas uma ficha informativa do estudo (**Apêndice 5 e 6**) e uma folha de consentimento informado (**Apêndice 7 e 8**). O consentimento informado foi recolhido após a disponibilização da folha informativa ao participante e respetivo esclarecimento de dúvidas. O participante foi informado de que era livre de abandonar o estudo a qualquer momento, por qualquer motivo, sem prejuízo na prestação de cuidados e sem obrigação de apresentar explicações, sendo que para tal bastava informar o investigador principal através do endereço de email fornecido. O participante teve o tempo que desejava para considerar as informações e oportunidade de esclarecer dúvidas. A saída do estudo resultou na eliminação permanente dos dados desse participante da análise.

## **5- Características do Investigador e Reflexibilidade**

A equipa de investigação foi composta por dois membros do sexo feminino e um do sexo masculino. O investigador principal (MA), é do sexo masculino, cidadão português, é fisioterapeuta desde 2021 e encontra-se a frequentar o Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia da ESS-IPS. Exerceu prática clínica em clínica convencionada com o sistema nacional de saúde e prática privada, onde se encontra atualmente. Atualmente acompanha, maioritariamente utentes com condições neurológicas crónicas, sendo as suas áreas de interesse: as condições neurológicas, a análise do movimento humano e o exercício clínico. Os restantes dois membros (MGDS e TD) da equipa de

investigação são fisioterapeutas com experiência na prática clínica e experiência de docência no ensino superior.

As diferentes experiências de vida, académicas e de prática clínica poderão ter influenciado a interpretação dos dados, por parte da equipa de investigação, contudo essa mesma experiência, como a compreensão detalhada das particularidades e desafios da prática clínica de fisioterapia, vieram dar contributos valiosos para o avanço da investigação e conhecimento sobre o tema. Reuniões frequentes com os restantes membros da equipa de investigação (MGDS e TD) foram realizadas para acompanhar o desenrolar da investigação e monitorizar e controlar o impacto das crenças e eventuais viéses, conscientes e inconscientes do investigador principal. A credibilidade do estudo foi assegurada pela utilização de citações representativas, provenientes das transcrições e pela triangulação dos investigadores, uma vez que desde a fase inicial todos os membros da equipa estiveram envolvidos no planeamento da recolha e análise de dados e respetiva escrita dos resultados, assegurando várias perspetivas. De forma a garantir a fiabilidade do estudo o desenho e processo de recolha de dados foi descrito ao detalhe. A estabilidade dos dados foi garantida através da leitura das transcrições e discussão com a equipa de investigação até alcançar um acordo.

O Investigador principal foi responsável pela divulgação do estudo, recolha de dados e respetiva análise, pelo que esteve a seu cargo as entrevistas teste, bem como todas as entrevistas destinadas à recolha de dados. Em relação ao procedimento de recolha de dados, este decorreu fora do local de trabalho do investigador sendo que este conhecia previamente 4 dos fisioterapeutas entrevistados e nenhum dos utentes, sendo que estes últimos apenas conheciam o motivo da investigação, o seu objetivo e os detalhes que estavam presentes na ficha informativa do utente (**Apêndice 6**) e respetivo consentimento informado (**Apêndice 8**). O investigador principal apresentou-se aos fisioterapeutas e utentes como fisioterapeuta e estudante de mestrado e que este estudo qualitativo fazia parte da obtenção do grau de mestre do investigador principal.

## Resultados

### Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 24 indivíduos, dos quais 12 eram fisioterapeutas e 12 utentes. As entrevistas do grupo dos fisioterapeutas tiveram uma duração média de  $22,8 \pm 5,5$  minutos, e as dos utentes tiveram uma duração média de  $16,9 \pm 5,3$  minutos, sendo que nenhuma entrevista necessitou de ser repetida. Não existiram desistências e apenas um fisioterapeuta recusou participar no estudo, por falta de disponibilidade horária para agendar a entrevista.

Metade dos fisioterapeutas eram do sexo masculino e, a outra metade do sexo feminino, com idades variáveis entre os 21 e os 59 anos, situando-se a maioria entre os 21 e 29 anos (58,3%). A grande parte dos fisioterapeutas não tinha formação complementar concluída na área de neurologia nem na área do comportamento sedentário (58,3%), e apresentou entre 2 a 10 anos de experiência clínica (66,6%).

A maioria dos fisioterapeutas trabalhava em contexto de clínica (58,3%), sendo que deste grupo, a maior parte estava em clínica convencionada com o SNS (41,6%). Cada fisioterapeuta acompanhava em média 3 utentes individualmente em cada hora de trabalho (41,7%) e acompanhava entre 1 a 5 utentes diferentes, com condições neurológicas, por semana (83,3%). Dados relativos à caracterização do subgrupo dos fisioterapeutas encontram-se apresentados na tabela 1.

No grupo dos utentes, 7 eram do sexo masculino (58,3%) e 5 do sexo feminino (41,7%), com as idades mais frequentes a estarem situadas nos 60 ou mais anos (50%) e, entre os 50 e 59 anos (41,7%), tendo a maioria concluído o ensino secundário (41,7%). Dos utentes, 6 tinham sofrido AVC (50%), 4 tinham diagnóstico médico de Doença de Parkinson (33,3%) e 2 de EM (16,7%), apresentando a maioria um tempo de diagnóstico igual ou superior a 5 anos (41,7%). A incapacidade funcional, avaliada através da MIF, obteve uma pontuação média de  $111,9 (\pm 8,5)$ , com uma pontuação mínima de 98 e máxima de 123. As pontuações obtidas demonstram que a maioria dos utentes apresenta uma independência completa/modificada (83,3%), o que corresponde a uma pontuação

entre os 104 e 126, e significa que o utente é independente na realização das tarefas ou necessita de alguma modificação, como uma ajuda técnica ou ortótese. Apenas 2 utentes apresentam uma pontuação total igual ou inferior a 103 pontos (16,7%), o que representa uma dependência modificada, isto é, que o utente necessita de assistência até 25% na tarefa. Dados relativos ao subgrupo dos utentes encontram-se apresentados em detalhe na tabela 1.

**Tabela 1**

*Características sociodemográficas, profissionais e de contexto de trabalho dos fisioterapeutas e características sociodemográficas e clínicas dos utentes*

Subgrupo	Característica	Categoria	n (%)
Fisioterapeutas	Sexo	Masculino	6 (50)
		Feminino	6 (50)
	Idade	21-29 anos	7 (58,3)
		30-39 anos	2 (16,7)
		40-49 anos	2 (16,7)
		50-59 anos	1 (8,3)
	Formação pós-graduada na área de neurologia ou na área do comportamento sedentário	Pós-graduação	1 (8,3)
		Mestrado	3 (25)
		Cursos de curta duração	1 (8,3)
		Nenhuma	7 (58,3)
	Anos de experiência clínica	2-5 anos	4 (33,3)
		6-10 anos	4 (33,3)
		11-15 anos	1 (8,3)
		20-25 anos	2 (16,7)
		26-30 anos	1 (8,3)
	Nº Utentes/hora	1 utente	4 (33,3)
		2 utentes	3 (25)
		3 utentes	5 (41,7)
	Local de prática clínica	Clínica Privada	2 (16,7)
		Clínica Convencionada	5 (41,6)
Unidade De Fisioterapia		5 (41,6)	
Nº de utentes diferentes com condições neurológicas seguidos/semana	1-5 utentes	10 (83,3)	
	6-10 utentes	2 (16,7)	
Utentes	Sexo	Masculino	7 (58,3)
		Feminino	5 (41,7)
	Idade	18-29 anos	1 (8,3)
		50-59 anos	5 (41,7)
		≥ 60 anos	6 (50)
	Grau de escolaridade completo	1º Ciclo	3 (25)
		3º Ciclo	3 (25)
		Ensino Secundário	5 (41,7)
		Licenciatura	1 (8,3)
	Condição Clínica	AVC	6 (50)
Doença De Parkinson		4 (33,3)	
Esclerose Múltipla		2 (16,7)	

Tempo desde o diagnóstico	6 meses-12 meses	2 (16,7)
	<1-2 anos	4 (33,3)
	<3-4 anos	1 (8,3)
	Mais de 5 anos	5 (41,7)
MIF	Média ± DP	111,9 ± 8,5
	Mín-Máx	98-123

Legenda: DP- Desvio padrão; MIF- Medida De Independência Funcional; Máx- Máximo; Mín- Mínimo

Os resultados da análise temática serão apresentados sob o formato de temas, estando divididos pelos subgrupos de fisioterapeutas e utentes.

### Temas do subgrupo dos Fisioterapeutas

Através do processo de análise temática reflexiva emergiram 3 temas relativos ao subgrupo dos fisioterapeutas: i) **Desconhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário**, ii) **Intervenção na redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)** e iii) **Fatores que influenciam a intervenção para a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**.

O primeiro tema identificado corresponde ao “**Desconhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário**”, tendo sido identificados os subtemas: “Comportamento sedentário como a ausência de prática de exercício físico” e “Comportamento sedentário como inatividade física”.

O segundo tema corresponde às “**Intervenção na redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**”, tendo emergido os subtemas: “Comunicação oral como estratégia para alterar o comportamento sedentário”, “Promoção de atividade física e exercício físico” e “Fisioterapeutas como modelo a seguir”.

O terceiro e último tema, “**Fatores que influenciam a intervenção dirigida à redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**”, surgindo deste, quatro subtemas: “Doença neurológica diminui a disponibilidade anímica para a redução do comportamento sedentário”, “Idade do utente condiciona a mudança comportamental”, “Dilema entre autonomia e segurança” e “Características do contexto de trabalho influenciam a intervenção dos fisioterapeutas”.

### Tabela 2

## *Temas e subtemas no subgrupo dos fisioterapeutas*

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
1. Desconhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário	1.1 Comportamento sedentário como a ausência de prática de exercício físico 1.2 Comportamento sedentário como inatividade física
2. Intervenção na redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)	2.1 Comunicação oral como estratégia para alterar o comportamento sedentário 2.2 Promoção de atividade física e exercício físico 2.3 Fisioterapeutas como modelo a seguir
3. Fatores que influenciam a intervenção dirigida à redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)	3.1 Doença neurológica diminui a disponibilidade anímica para a redução do comportamento sedentário 3.2 Idade do utente condiciona a mudança comportamental 3.3 Dilema entre autonomia e segurança 3.4 Características do contexto de trabalho influenciam a intervenção dos fisioterapeutas

Os resultados serão apresentados na forma de temas e respetivos subtemas e ilustrados com excertos relevantes para a sua compreensão. Os excertos serão identificados com a sigla “FT” acompanhada pelo código do participante e a posição na transcrição da entrevista, com o número das linhas da mesma.

### **1. Desconhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário**

A análise dos resultados centra-se no conceito do comportamento sedentário (CS) e não na noção de tempo prolongado em comportamento sedentário (TPCS), uma vez que à exceção de 2 fisioterapeutas, os restantes participantes, ao serem questionados sobre a expressão de TPCS, não valorizaram a questão temporal, focando-se essencialmente na presença ou ausência de CS, não considerando relevante a quantidade de tempo neste tipo de comportamento. Assim, o primeiro tema reflete o desconhecimento, de 10 dos 12 fisioterapeutas sobre a noção de TPCS, bem como do CS. Na perspetiva destes profissionais, o significado atribuído aos referidos conceitos baseia-se na ausência de atividade física e exercício físico, como espelhado pelos subtemas identificados, nomeadamente “**Comportamento**

**sedentário como a ausência da prática de exercício físico” e “Comportamento sedentário como inatividade física”.** Assim é possível compreender que a definição atribuída por estes ao conceito de CS, difere da definição aceite internacionalmente, isto é, “qualquer comportamento desempenhado por um indivíduo acordado, caracterizado por um consumo de energia inferior ou igual a 1,5 MET`s” (Tremblay et al., 2017, p.9).

### **1.1 Comportamento sedentário como a ausência da prática de exercício físico**

A maioria dos fisioterapeutas entende CS exclusivamente como a ausência de prática de exercício físico. Destaca-se a importância que atribuem à realização de uma prática continuada de exercício para os utentes.

*“Ter um comportamento sedentário é não ter uma atividade de exercício físico que faça um fortalecimento mais geral do corpo.” FT19, 52-54*

*“Tudo aquilo que seja a não prática de exercício físico, quem não fizer todos dias, 2 ou 3 horas por dia, eu já considero sedentarismo.” FT6, 65-68*

### **1.2 Comportamento sedentário como inatividade física**

Os restantes fisioterapeutas demonstram uma perceção diferente da apresentada anteriormente, destacando-se o conhecimento das recomendações internacionais para a prática de atividade física, por parte da OMS (WHO, 2020). Estes entendem CS como inatividade física, estabelecendo uma relação em que utentes que não cumprem as recomendações de atividade física para adultos, nomeadamente 150 a 300 minutos semanais de atividade física moderada ou, 75 a 150 minutos semanais de atividade física vigorosa, apresentam elevados níveis de CS.

*“Normalmente diz-se pelo menos 30 minutos diários de atividade física, mas se a pessoa não cumprir, não fizer uma coisa que seja regular, isso é sedentarismo.” FT10, 77-82*

*“É a questão da inatividade física (...) É na atividade física que já estamos a eliminar aqui um bocadinho o comportamento sedentário.” FT12, 65-68*

Apesar da perspectiva de alguns fisioterapeutas se focar na definição de CS como a inatividade física, o entendimento que estes apresentam sobre o conceito, por vezes, contempla mais do que uma perspectiva. Neste caso, como mencionado inicialmente, 2 fisioterapeutas apresentam um entendimento baseado na inatividade física, contudo, em simultâneo, referem princípios como a redução do gasto energético ou o tempo prolongado na posição de sentado, o que se aproxima mais da definição de CS encontrada na literatura (Tremblay et al., 2017).

*"Comportamento sedentário, é onde a pessoa reduz o seu nível de atividade. Nós temos guidelines estabelecidas para o mínimo que uma pessoa deve realizar de atividade física por semana, se não cumprir considera-se que há um comportamento sedentário, o muito tempo sentado também considero que possa ser um comportamento sedentário." FT14, 61-66*

*"O comportamento sedentário, é quando os utentes deixam de praticar atividade física. Não cumprem com as recomendações. Para além disso, também é importante as horas que a maior parte deles passam sentados, chegam a ultrapassar 8." FT7, 46-50*

## **2. Intervenção na redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**

As estratégias apresentadas pelos fisioterapeutas estão condicionadas pelo entendimento quanto ao conceito de CS, dada a divergência de significados atribuídos. Os fisioterapeutas reportaram estratégias de intervenção como a utilização da comunicação oral, a promoção de atividade física e exercício físico e a utilização do fisioterapeuta como modelo a seguir.

### **2.1 Comunicação oral como estratégia para alterar o comportamento sedentário**

Um das estratégias identificadas pelos fisioterapeutas consiste na utilização da comunicação oral como forma de transmitir informação e educar os utentes. A estratégia de comunicação oral foi referida como sendo a mais utilizada, pretendendo-se através desta, motivar os utentes, esclarecer dúvidas com linguagem perceptível para os mesmos e alertá-los para aspetos relevantes do seu comportamento, com o objetivo de levar à redução do CS.

*"Eu acho que tenho de explicar as coisas, porque é que elas têm que ser feitas e explicar com alerta, ser assertivo, meter medo, avisando as pessoas da desnutrição que existe nos membros se não fizerem exercício" FT17, 170-174*

*"Acabo por tentar educá-los, fazê-los perceber os benefícios do exercício e perceber as consequências do comportamento sedentário. Temos de explicar com calma, com palavras que eles percebam e consigam replicar no dia-a-dia, caso contrário entra por um lado e sai pelo outro." FT14, 103-105*

## **2.2 Promoção da atividade física e exercício físico**

Uma das estratégias mais implementadas pelos fisioterapeutas, prende-se com a promoção de atividade física e exercício. Na sua perspetiva, a introdução destes hábitos, de uma forma gradual e confortável na vida do utente permite fazer com que adquiram gosto por este tipo de comportamentos. Assim, estes são incentivados fora das sessões ou em breves períodos da própria sessão, com o objetivo de que o utente os passe a realizar no seu dia-a-dia de forma autónoma, ou seja, promove-se a substituição de CS pelo exercício e atividade física. Esta implementação é personalizada de acordo com as necessidades dos utentes, aumentando a probabilidade de sucesso.

*"Há exercícios que vamos dando às pessoas para irem fazendo em casa. Se nós conseguirmos passar o gosto, e transmitir à pessoa, que não precisa de sair de casa para praticar atividade física(...) Já é um passo para que a seguir se torne um hábito e que a partir daí venham novas rotinas que impliquem, menos comportamento sedentário e mais prática de atividade física regular." FT10, 96-102*

*"É tentar mostrar à pessoa que realmente pode ter benefícios, ao ter um estilo de vida mais ativo e fazer com que elas experimentarem isso gradualmente. Não podemos impor isso de uma forma muito radical, porque se não faziam nada antes, agora têm 150 minutos de atividade por semana, vai ser um bocadinho contraproducente e não vai haver tanta adesão." FT6, 127-132*

De forma a promover este tipo de comportamentos, os fisioterapeutas capacitam os utentes com competências chave para que possam ter um papel ativo na sua reabilitação e no aumento da atividade física e realização de exercício físico, substituindo o CS por este tipo de comportamentos. As competências transmitidas

variaram consoante o utente e a sua condição de saúde, como estratégias para lidar com episódios de *freezing* no caso da doença de Parkinson, estratégias para gerir a fadiga no caso dos utentes com EM e, de uma forma global, como estes podem potencializar a própria rotina diária com vista à realização de exercício.

*"Tento adaptar e explicar os exercícios para as pessoas, para compreenderem o que é que está a acontecer com o seu corpo. Assim conseguem replicar em casa e isso faz com que elas se sintam mais envolvidas no processo de recuperação."* FT24, 92-96

*"O freezing era uma coisa que o incomodava bastante e nós tentámos arranjar-lhe estratégias para combater isso. Fazer atividades que tenham ritmo, que ajudam bastante. Optei por tentar dar atividades rítmicas, mas o que resultou bastante com ele foi as passadas largas."* FT10, 239-244

### **2.3 Fisioterapeuta como modelo a seguir**

O fisioterapeuta vê-se como um exemplo a seguir, no que diz respeito ao comportamento diário e hábitos de vida saudáveis. Na opinião dos fisioterapeutas o facto de demonstrarem que eles próprios adotam estilos de vida saudáveis, nomeadamente prática de exercício físico, aumenta a probabilidade de os utentes replicarem esses comportamentos.

*"Foi o coping, ou seja, falar sobre exercício ou, por exemplo, o que é que eu fiz no dia anterior no ginásio e depois, ele também quer tentar replicar um pouco."* FT14, 142-145

*"Sou atleta e pratico cerca de 8 a 10 horas de exercício semanal e digo isso aos meus utentes. Óbvio que para eles comporta-se de maneira diferente, tem de ser adaptado, mas eles têm de perceber que não falamos da boca para fora e, se formos um exemplo para eles, torna-se mais fácil."* FT7, 244-248

### **3. Fatores que influenciam a intervenção para a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**

Este tema remete para a existência de fatores com preponderância na intervenção para a redução do CS, segundo os fisioterapeutas. Estes podem

influenciar, quer positiva quer negativamente a intervenção. Na perspectiva expressa pelos fisioterapeutas são identificados alguns fatores que podem ser responsáveis por aumentar a adesão e a própria eficácia da intervenção na redução do CS. Por outro lado, são reportados outros fatores que preocupam os fisioterapeutas e que acabam por condicionar a intervenção na redução do CS.

### **3.1 Doença neurológica diminui a disponibilidade anímica para a redução do comportamento sedentário**

A doença neurológica é identificada como uma transformação complexa, é responsável por desencadear alterações significativas no utente, que em alguns casos podem ser irreversíveis. Estas mudanças são responsáveis por gerar uma diminuição da autonomia e limitações na mobilidade física, conduzindo a um complexo processo de auto-aceitação. Esse processo tem influência na reabilitação, uma vez que estes utentes são considerados, pelos fisioterapeutas, mais dependentes, inseguros, com maior risco de queda e com uma habitual menor disponibilidade psicológica para o movimento e processo de recuperação, levando a consequências ao nível da adesão e motivação para a intervenção na redução do CS.

*“Estes utentes são mais dependentes, temos de estar muito atentos, não os podemos deixar sozinhos. Depois têm aqui uma falta de motivação, de visão, dizem-me que isto [perna] já não vai mexer mais, já deu o que tinha a dar. Depois desistem, começam a andar mais parados e aparece o sedentarismo” FT5, 164-168*

*“(…) Sinto que a pessoa que tem algum problema neurológico, seja AVC, seja doença de Parkinson, Alzheimer (...) Normalmente está deprimida, não quer fazer nada (...) Estão ligadas a um certo tipo de sedentarismo, são pessoas que não fazem [atividade física], menos motivadas, não praticam muito atividade física” FT10, 119-127*

### **3.2 Idade do utente condiciona a mudança comportamental**

A idade do utente tem um impacto significativo na redução do CS. Segundo os fisioterapeutas, utentes com idade mais avançada e que ao longo desses anos apresentaram elevados níveis de CS, tendem a apresentar maior resistência em

alterar esses hábitos, uma vez que já se tornou algo instituído. Assim, acabam por não seguir as estratégias propostas pelos fisioterapeutas para reduzir o CS.

*“A maior parte das pessoas que procuram os nossos cuidados, pertencem à população idosa e a população idosa é mais sedentária.” FT14, 78-80*

*“Pessoas mais idosas e com pouca atividade física, estão mais predispostos a terem algum tipo de condição neurológica e são este tipo de pessoas, que nos aparecem. É mais difícil fazer algum tipo de mudança comportamental.” FT10, 129-135*

Por sua vez, na perspetiva dos fisioterapeutas, os utentes mais jovens apresentam uma maior disposição e conhecimento para reduzir este tipo de comportamento.

*“Com as pessoas mais novas, consegues mais facilmente, abrir alguma brecha com mudança de hábitos. Em pessoas mais idosas, eu sinto essa dificuldade, já é um hábito, está instituído, a pessoa já era assim e não é agora que vai fazer uma mudança radical” FT6, 297-301*

*“As pessoas que trato são uma população maioritariamente envelhecida, claro que há exceções, mas parece-me que culturalmente, a fisioterapia para as pessoas não está associada à questão do exercício, não é? As pessoas mais velhas não querem fazer, não estão para isso” FT12, 108-111*

### **3.3 Dilema entre autonomia e segurança**

A sensação reportada pelo fisioterapeuta, de conflito interior entre manter a segurança do utente e a promoção da sua autonomia, reflete uma perspetiva que surgiu de forma consistente ao longo das entrevistas. Aos olhos destes, a maioria dos utentes com condições neurológicas apresentam uma diminuição do equilíbrio e conseqüentemente um elevado risco de queda, pelo que as quedas são frequentes e minam a confiança e segurança do utente, dificultando a redução do CS. Como tal, existe uma preocupação acrescida em garantir que esse risco seja minimizado, de forma a promover a diminuição do CS.

*“É uma balança complicada, porque tu não queres que a pessoa caia e faça uma fratura e perca completamente a autonomia, mas ao mesmo tempo, também*

*não queres que ela esteja sempre parada e então é uma balança sempre constante." FT22, 134-136*

*"Por exemplo, se eu acho que há risco de a pessoa deambular na rua sozinha, tento sempre incluir alguém que eu veja que seja próximo da pessoa (...) Ou, por exemplo, dar-lhe algumas estratégias, como a bancada da cozinha. Aumentar a segurança, pelo menos numa fase inicial, são essas as medidas que eu tento sempre tomar para minimizar os riscos." FT6, 247-251*

### **3.4 Características do contexto de trabalho influenciam a intervenção dos fisioterapeutas**

As características do contexto de trabalho apresentam uma influência significativa na intervenção para a redução do CS. A maioria dos fisioterapeutas considera que quanto menor o número de utentes por hora, melhor é o acompanhamento que conseguem proporcionar aos utentes. Uma vez que quando esse rácio de utentes por hora é elevado, confere maior stress ao fisioterapeuta e menor disponibilidade para abordar questões como a redução do CS. Assim, na perspetiva dos fisioterapeutas, o cenário ideal corresponde ao rácio de um utente por hora, que permite ter um acompanhamento mais próximo, individualizado e mais tempo para abordar temas como o CS.

*"Num contexto em que tu tens, 3 ou 4 por hora, em que tens que fazer muito trabalho seguido, e a cabeça está com um utente, mas já tens outro à espera (...) Certas coisas, acabam por não ser abordadas no momento efetivo da sessão, porque tens que trabalhar vários aspetos." FT10, 278-285*

*"Sim, eu acho que o tempo em clínica, acaba por nos limitar um bocadinho nessa abordagem. Aqui temos 2 doentes por hora quando são esse tipo de casos, mas mesmo assim às vezes falta tempo para estarmos com eles: para o tratamento em si, para o ensino, para conversarmos, pronto." FT3, 258-262*

Os fisioterapeutas sentem que, se o seu contexto de trabalho lhes conferir autonomia no que diz respeito à possibilidade de gerir o seu horário, permite ao fisioterapeuta recolher informação detalhada e ter tempo para o utente, para o compreender e identificar as suas necessidades específicas, conseguem

personalizar a intervenção e melhorar a prestação de cuidados de fisioterapia, no sentido de diminuir o CS.

*"Também o nós compreendermos, e termos espaço para isso, permite-nos estar atento a muitas outras questões (...) Ou seja, às vezes para eu perceber o que é que é importante para aquela pessoa, tenho que ouvir. E o facto de ter tempo para ouvir faz com que ela, comece a adotar determinada estratégia e quebre este ciclo de sedentarismo que pode estar enraizado." FT24, 199-206*

*"Normalmente não são mais do que 2 utentes por hora, independentemente da condição, mas acabamos por ter sempre aqui um bocadinho em conta as especificidades dos doentes neurológicos, temos flexibilidade para isso aqui" FT12, 46-49*

As infraestruturas do local de trabalho, como o acesso a equipamento para a prática de exercício físico, foi identificado como influencia positiva para a intervenção.

*"Acho que a clínica facilita nesse sentido, pelo material para a prática de exercício físico, pelo próprio espaço. Pela questão do jardim aqui perto, dá para fazer treino de marcha lá fora com piso irregular e para perceber qual é o comportamento do utente no dia-a-dia. Então também acaba por facilitar muito a questão de termos aqui estas condições." FT2, 135-140*

*"Em termos de organização do espaço, temos 2 pisos, podemos levar os utentes para onde quisermos. Portanto, temos dois ginásios de fisioterapia, equipados no sentido de podermos dar o máximo de atividades aos utentes. Depois temos a facilidade de ter um ginásio, eu posso agarrar no meu paciente e ir ao ginásio, trabalhar outro tipo de abordagem." FT7, 152-157*

### **Temas do subgrupo dos Utentes**

Através do processo de análise temática reflexiva emergiram 3 temas relativos ao subgrupo dos utentes: i) **Desconhecimento sobre a expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário**, ii) **Nada de específico foi abordado pelos fisioterapeutas** e iii) **Fatores que influenciam a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**.

O primeiro tema identificado corresponde ao “**Desconhecimento sobre a expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário**”, tendo sido identificados os subtemas: “Expressão desconhecida” e “Comportamento sedentário como ausência de atividade física”.

O segundo tema corresponde ao “**Nada de específico foi abordado pelos fisioterapeutas**”, tendo sido identificados os subtemas: “Não foi abordado pelos fisioterapeutas” e “Falta de especificidade e de objetivos na abordagem à redução do comportamento sedentário”

O terceiro e último tema corresponde aos “**Fatores que influenciam a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**”, surgindo os subtemas: “Apoio de outros utentes, cuidadores e/ou familiares como incentivo à prática de atividade física”, “Hábitos de exercício físico pré-diagnóstico como condicionantes aos hábitos atuais”, “Consequências da condição neurológica aumentam o comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)” e “Demora em alcançar objetivos diminui motivação para o movimento”.

### **Tabela 3**

#### *Temas e subtemas no grupo dos utentes*

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
1. Desconhecimento sobre a expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário	1.1 Expressão desconhecida 1.2 Comportamento sedentário como ausência de atividade física
2. Nada de específico foi abordado pelos fisioterapeutas	2.1 Não foi abordado pelos fisioterapeutas 2.2 Falta de especificidade e de objetivos na abordagem à redução do comportamento sedentário

---

3. Fatores que influenciam a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)	3.1 Apoio de outros utentes, cuidadores e/ou familiares como incentivo à prática de atividade física
	3.2 Hábitos de exercício físico pré-diagnóstico como condicionantes aos hábitos atuais
	3.3 Consequências da condição neurológica aumentam o comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)
	3.4 Demora em alcançar objetivos diminui motivação para o movimento

---

Os resultados serão apresentados na forma de temas e respetivos subtemas e ilustrados com excertos relevantes para a sua compreensão. Os excertos serão identificados com a sigla “UT” acompanhada pelo código do participante e a posição na transcrição da entrevista, com o número das linhas da mesma.

### **1. Desconhecimento sobre a expressão de tempo prolongado em comportamento sedentário**

Os utentes desconhecem o significado da expressão TPCS. A maioria dos utentes revelaram não ter qualquer conhecimento acerca da expressão, perspetiva suportada no subtema “Expressão desconhecida”. Os restantes utentes apresentam uma visão diferente da anterior, atribuindo, frequentemente um significado baseado na ausência de atividade física suficiente, como refletido no subtema “Comportamento sedentário como ausência de atividade física”, diferindo da definição de CS, aceite internacionalmente, isto é, “qualquer comportamento desempenhado por um indivíduo acordado, caracterizado por um consumo de energia inferior ou igual a 1,5 MET`s” (Tremblay et al., 2017, p.9).

#### **1.1 Expressão desconhecida**

Na perspetiva da maioria dos utentes, a expressão de TPCS não lhes é conhecida, não lhe atribuindo, assim, nenhum significado. Este desconhecimento do significado da expressão mantém-se, após o investigador no momento da recolha de dados, lhes ter apresentado a definição da mesma.

*"Não, não sabia o que era, não estava a levar para aí." UT11, 19*

*"Não, eu nunca ouvi." UT4, 72*

#### **1.2 Comportamento sedentário como ausência de atividade física**

Os restantes 3 utentes consideram o CS como a ausência de prática de atividade física, mencionando que não praticam atividade física em quantidade suficiente. Este conjunto de utentes foca-se no entendimento quanto ao CS e não na noção TPCS, valorizando a quantidade de atividade física e não a questão temporal associada ao comportamento.

*“Sim sei o que é, é não fazermos nenhuma atividade física. E eu fazia bastante e acabei por parar por causa do cansaço que a doença me provocava, por isso acho que sou sedentária.” UT20, 62-64*

*“Tem a ver com a atividade física (...) Eu continuo a fazer quase todos os dias, quase ... Faço isso de acordo com as minhas possibilidades, o importante é fazer o máximo de vezes possível (...)” UT23, 112-115*

Apesar da perspetiva de alguns utentes se centrar no CS como ausência de atividade física, por vezes este entendimento contempla mais do que uma perspetiva. Neste caso, dois utentes apresentam uma perspetiva que também se centra na quantidade de tempo passado na posição de sentado, o que se aproxima da definição de CS aceite internacionalmente (Tremblay et al., 2017), e, em simultâneo, mantêm um entendimento baseado na ausência de atividade física.

*“Sim, o não fazer atividade física. Eu estava muito tempo sentado, via muita televisão que também não é bom. Não tinha assim, muitas atividades físicas. Agora faço a mesma coisa, mas dou umas voltinhas todos os dias.” UT1, 124-126*

*“O comportamento sedentário sempre ouvi dizer que é nós não fazermos atividade física. Há pessoas que passam o tempo sentadas e isso também é mau (...) O melhor que nós devemos fazer para não entrarmos no sedentarismo é fazemos atividade física.” UT8, 63-68*

## **2. Nada de específico foi abordado pelos fisioterapeutas**

A grande maioria dos utentes não reconheceu a abordagem dos fisioterapeutas em relação à redução do CS, sentindo que não são traçados objetivos direcionados a este problema. Por outro lado, dois utentes consideraram que existiu uma abordagem em relação à redução do CS, contudo, sentiram que essa abordagem foi pouco específica.

## **2.1 Não foi abordado pelos fisioterapeutas**

Na perspectiva dos utentes o tema da redução do CS não foi abordado, através de comunicação oral, pelos fisioterapeutas e os conhecimentos que estes possuem sobre o tema, foram apreendidos de forma autónoma e, na maioria das vezes, em outros contextos que não relacionados com os profissionais de saúde.

*“Não, sobre o comportamento sedentário não falámos, ninguém me explicou nada sobre o comportamento sedentário, eu decidi por mim.” UT20, 127-128*

*“Ninguém falou comigo sobre isso [comportamento sedentário]. O que aprendi foi na televisão (...) Já ouvi na televisão e eles dizem que é mau, para evitar ao máximo” UT21, 39-40*

## **2.2 Falta de especificidade e de objetivos na abordagem à redução do comportamento sedentário**

O estabelecimento de objetivos específicos sobre o tema da redução do CS não se verificou. Os utentes, sentem que os objetivos estão centrados em outros aspetos da sessão como a realização de exercício físico e recuperação das sequelas pós-condição de saúde e, como tal, sentem que aspetos como a redução do CS, ao não serem incluídos, não têm influência no seu processo de recuperação.

*“Não, nunca me falaram sobre isso. A prioridade dele é que eu volte a andar, fazemos vários exercícios em pé, equilíbrio e a ver se ganho força nas pernas como antes.” UT18, 47-49*

*“Não, não se falou do comportamento sedentário. O nosso objetivo tem sido voltar a ganhar movimento no braço e pernas como antigamente. Fazemos alguns exercícios com esse objetivo.” UT8, 87-89*

Por outro lado, dois utentes, excecionalmente, reconheceram que o tema da redução do CS foi abordado pelos seus fisioterapeutas, contudo consideraram que os conselhos transmitidos foram pouco específicos em relação às recomendações do comportamento que deveriam adotar.

*“Às vezes sim, fazem uma conversa para eu dar um giro e fazer um exercício, mas não passou disso. Mas assim uma coisa de recomendar (...) você faça assim ou faça assado, nem por isso.” UT1, 163-166*

*"Não me recomendaram nada propriamente dito, não. Mas foi-me dizendo para não estar muito tempo parado, que é coisa que eu já faço." UT13, 101-102*

### **3. Fatores que influenciam a redução do comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**

Os utentes identificaram um conjunto de fatores preponderantes para a redução do CS. Os fatores mencionados têm em conta o conhecimento dos utentes acerca da expressão de TPCS, onde a maioria revelou não reconhecer a expressão, mesmo após a apresentação da definição pelo investigador. Os restantes utentes reconhecem a expressão de TPCS como ausência de atividade física. Como tal, os fatores identificados, pelos utentes, com influência na redução do CS, podem atuar positiva ou negativamente na quantidade de atividade física realizada e assim, no entendimento dos utentes, ter repercussões na redução do CS.

#### **3.1 Apoio de outros utentes, cuidadores e/ou familiares como incentivo à prática de atividade física**

Na perspetiva dos utentes, as atividades sociais são extremamente valorizadas e como tal desempenham um papel relevante no processo de reabilitação de uma condição neurológica. As sequelas da doença muitas das vezes são responsáveis pela diminuição da funcionalidade e aumento da incapacidade e da dependência de terceiros, afetando a participação dos utentes nas atividades da vida diária. Contudo, estes sentem que ao estar junto de outros utentes com limitações na mobilidade, conseguem partilhar experiências, ajudar-se mutuamente, sentir-se mais integrados e úteis, conferindo-lhes maior nível de satisfação e contribuindo para redução do CS.

*"Eu gosto de ir à clínica, apanho lá outras pessoas como eu, com algumas dificuldades em mexer-me, mas sempre bem-dispostos e vamo-nos ajudando uns aos outros. Divirto-me, é bom estar com outras pessoas, conversar, em vez de estar sozinho e dá-me motivação para me mexer, ser menos sedentário." UT9, 54-58*

*"Acho que foi uma grande ajuda a proximidade com todos. Receberam-me muito bem, estavam sempre dispostos a ajudar-me e a darem-me apoio. Eu tinha 5 pessoas comigo e ajudavam-me, isto motivava-me a fazer mais. Puxavam por*

*mim na sessão e depois queria corresponder a fazer mais em casa, passava o menos possível parado." UT5, 49-54*

Para além da proximidade com outros utentes, outro aspeto destacado pelos utentes refere-se ao apoio que recebem de família/cuidadores e que é fundamental do ponto de vista motivacional, atuando como promotores de diversas atividades físicas e assim reduzir o comportamento sedentário (no seu entendimento de comportamento sedentário)

*"Sou um calão e se não tenho a minha assistente a trabalhar comigo, eu não faço nada, se fosse assim era completamente sedentário." UT11, 43-46*

*"Eu tenho feito exercício em casa, mas é o meu irmão que me puxa. Porque se não, se calhar, se fosse sozinho, não fazia isso, tornava-me sedentário." UT5, 195-19*

### **3.2 Hábitos de exercício físico pré-diagnóstico como condicionantes aos hábitos atuais**

O estilo de vida anterior à condição de saúde é muito variável entre utentes, sendo caracterizado por extremos onde alguns apresentavam níveis de atividade física muito baixos e até alguma repulsa pela sua prática e outros o oposto, onde a prática de desporto e atividade física era parte integrante do dia-a-dia. Como tal, é importante lembrar que uma parte dos utentes, tal como apresentado anteriormente, mostra um entendimento de CS, baseado na ausência de atividade física. Apesar deste entendimento, uma parte dos utentes nunca praticou atividade física, por isso apresenta alguma aversão a esse tipo de comportamentos. Esta repulsa, acaba por explicar, na perspetiva dos utentes, o aumento do CS e serve como justificação para as dificuldades em alterar esse hábito.

*"Eu não gosto nada de exercício, nunca fiz nada antes do AVC e agora é um pouco complicado começar a fazer. É que não tinha paciência nenhuma para fazer, mais ainda depois do trabalho, vinha muito cansada e eu não gosto mesmo de fazer exercício por isso eu sei que era sedentária." UT18, 151-154*

*“É assim, eu agora ainda estou mais sedentário. Antes deste problema não fazia grande coisa, era casa trabalho e vice-versa, nunca gostei muito de exercício, de ginásios e por aí fora. Então agora com limitações ainda pior” UT5, 106-108*

Noutro sentido, alguns utentes apresentam um passado ligado à atividade física e à prática de desporto e, como tal, sentem que estão mais aptos para lidar com o pós-condição de saúde e reduzir o CS.

*"Eu sempre pratiquei muito desporto sempre. Sempre corri muito, fazia muita atividade física, por isso acho que ainda me consigo organizar para não ser sedentário" UT23, 42-44*

*"Entretanto estivemos ligados ao desporto, porque a minha mulher foi atleta (...) Eu e ela sempre estivemos ligados ao desporto, tudo menos sedentários. E agora continuo a ter algumas noções e vou lutando para não ser sedentário " UT9, 31-37*

### **3.3 Consequências da condição neurológica aumentam o comportamento sedentário (segundo o seu entendimento do conceito)**

A condição neurológica surge na vida do utente de forma inesperada e pode ser responsável por causar alterações significativas no seu dia-a-dia. As consequências podem ser várias, com diferentes intensidades e dependentes da condição neurológica, conduzindo frequentemente a alterações da mobilidade e funcionalidade, levando assim, a um aumento do CS do utente e dificuldades no planeamento do seu dia-a-dia.

*"Por exemplo, se eu tiver espasmos, tens que me ir deitar, eu não faço mais nada. Eu tenho períodos em que os sintomas disparam, digamos assim, e que tenho de me deitar, ser sedentária e esperar que passe." UT16, 141-143*

*"Eu tento ser o mais ativo possível. Mas tudo o que implica usar braço é chato e dificulta fazer coisas. Tomo banho sozinho, visto-me sozinho, mas dificulta mais não ter movimento do braço, torno-me mais sedentário à custa disso" UT5, 184-186*

As elevadas quantidades de medicação e respetivos efeitos secundários são outro dos fatores que, na perspetiva dos utentes, interferem significativamente com a sua capacidade para reduzir o CS.

*"Sim consigo fazer tudo, lentamente, como sabe um dos sintomas é movimentos lentos. Se eu não tomo o sinemet àquelas horas, as pernas ficam rígidas, faz com que os pés fiquem colados ao chão. Se bem que há dias em que estou bloqueado e não sou capaz de ir a lado nenhum. Já tivemos de alterar o horário das sessões para ainda estar dentro do período do medicamento." UT9, 82-86*

*"Eu, faço medicação para uma síndrome que tenho. São tudo coisas que dão sono, se eu parar, eu deixo-me dormir, mas eu sei que é por causa da minha medicação." UT16, 123-126*

O quadro clínico decorrente da condição neurológica pode tornar o utente mais predisposto ao surgimento de intercorrências, como o aumento do número de quedas ou uma maior fragilidade do sistema imunitário que pode levar ao surgimento de outras doenças. Estas transformações que podem surgir durante o processo de reabilitação podem afetar negativamente o processo de redução do CS, uma vez que diminuem a mobilidade do utente, e podem levar a que este se torne dependente de terceiros.

*"E curiosamente agora, quando foi a questão da gripe, senti muita falta daquilo que já tinha conquistado, porque naquela altura tive que pedir um pouco de ajuda à família para ir à casa de banho. Já não estava habituado a essa parte (...) A perder a minha autonomia e ver-me obrigado a reduzir os níveis de atividade" UT13, 41-43*

*"Posso cair e espalhar-me, evito sair de casa agora, porque tenho partes do dia em que, nem uma perna consigo arrastar. Antes disto era muito mais ativo" UT9, 137-141*

### **3.4 Demora em alcançar objetivos diminui motivação para o movimento**

O processo de reabilitação de uma condição neurológica, na perspetiva dos utentes, é um processo longo, moroso e em que alguns objetivos demoram a ser

alcançados. Esta demora/falha em atingir os resultados esperados, leva frequentemente a uma diminuição da motivação e sensação de frustração, trazendo repercussões, como o aumento dos níveis de CS.

*“É uma doença muito chata. Vou andando e vejo pouca recuperação, sinto-me abatida e depois, quanto mais em baixo estás menos vontade tens de fazer alguma coisa (...) Uma pessoa entrega-se e depois cada vez é mais sedentário.”* UT21, 61-64

*“Se ninguém puxar por mim eu não faço nada, e já ando há tempo nisto. Eu não gosto de estar parado e de estar quieto, mas por vezes acontece-me isso, fico cansado. Não é bem, só de me ver assim, mas também saber o caminho e o tempo que ainda vai levar é que assusta um pouco e depois acabo também por ser mais sedentário.”* UT23, 75-79

Para além do processo de reabilitação, lidar com as sequelas e a forma como estas interferem com o dia-a-dia dos utentes, gera uma intensa revolta, acompanhada por uma diminuição da motivação e da participação no processo de recuperação e conseqüentemente o aumento do CS.

*“É a revolta de ter esta doença (...). Penso que é necessário um maior apoio psicológico nestes casos, porque a revolta é muito grande e mexe comigo, quero desistir de tudo. Acabou tudo para mim, é complicado com a doença, deixei de fazer atividades e fico por casa.”* UT11, 114-117

*“Eu não quero ser trágico, nem pronto, mas já tive dias, apetecia-me tudo, entende o que é que eu quero dizer, não é? São dores aqui, ali e acolá, não consegui mover-me, depois vou para uma posição e começa a doer-me o corpo e não sou capaz de sair dessa posição, fico agarrado”* UT9, 68-72

## Discussão

Este estudo teve como objetivo compreender as perspectivas de fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção em fisioterapia para a redução do TPCS, em condições neurológicas crónicas, e de que forma o contexto de trabalho do fisioterapeuta influencia essa intervenção.

Foi possível compreender que os fisioterapeutas reconhecem a importância de intervir na redução do CS. Contudo não valorizam a noção de TPCS, não considerando a questão temporal e a sua relevância e, em simultâneo, desconhecem o conceito de CS, de acordo com a definição internacionalmente aceite. Estes consideram que intervêm na redução do CS junto dos seus utentes, sendo que as estratégias de intervenção utilizadas se focam em aumentar a prática de atividade física e exercício físico. Consideram os utentes neurológicos complexos e identificam um conjunto de fatores que influenciam a intervenção dirigida à redução do CS, nomeadamente, o estado anímico após doença neurológica, a idade dos utentes, o dilema entre autonomia e segurança do utente e as características do contexto de trabalho. Os utentes reportam um desconhecimento global sobre a expressão de TPCS e sobre o conceito de CS e, apresentam uma perspetiva oposta à dos profissionais de saúde, sentindo que, os fisioterapeutas que os acompanham, não abordam o tema do CS durante as sessões de fisioterapia. Os utentes identificam um conjunto de fatores que condicionam a sua capacidade para reduzir o CS, como o apoio que recebem de outros intervenientes, os hábitos de exercício físico pré-diagnóstico, as consequências da própria condição neurológica e a demora em alcançar os objetivos pretendidos.

O desconhecimento sobre a expressão de TPCS e sobre o conceito de CS, foi semelhante entre fisioterapeutas e utentes. Ambos os grupos atribuíram significados que se afastam da definição aceite internacionalmente, sendo que o grupo dos utentes também manifestou um desconhecimento total sobre a expressão de TPCS e sobre o conceito de CS. Os nossos resultados estão alinhados com o estudo de Alsop e colegas (2023), onde os fisioterapeutas sugerem que a definição de CS, corresponde à ausência de atividade física. Um

outro estudo, onde foi investigado o conhecimento dos fisioterapeutas acerca das *guidelines* de promoção da atividade física e diminuição do CS, foi possível observar que a grande maioria dos fisioterapeutas identifica corretamente as recomendações dirigidas à atividade física, contudo, apenas um quarto dos fisioterapeutas inquiridos de um total de 257, sabe identificar as recomendações destinados ao CS (Freene et al., 2017).

Os utentes relevaram um desconhecimento absoluto da expressão de TPCS, sendo que alguns consideram que o significado desta expressão corresponde à ausência de atividade física. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Compernelle e colegas (2020) e de Simpson e colegas (2022), onde os utentes entrevistados não foram capazes de distinguir entre CS e atividade física. Uma outra investigação de Biswas e colegas (2018), concluiu que os utentes confundem frequentemente CS, com ausência de atividade física ou com ausência de prática de exercício físico, sentindo que ao serem fisicamente ativos e praticando exercício físico de forma regular não apresentam elevados níveis de CS.

Numa perspetiva oposta, uma investigação de Kinnett-Hopkins e colegas (2019) explorou a interpretação dos conceitos de exercício físico, atividade física e CS em utentes diagnosticados com EM, onde a maioria dos utentes apresentou uma definição de atividade física e exercício físico inconsistente com a definição aceite internacionalmente, contudo ao nível do CS, os participantes aproximaram-se da definição aceite a nível internacional. A justificação apontada para este fenómeno, sugere que a maioria destes participantes apresenta elevados padrões de CS e, como tal, reconhecem mais facilmente este comportamento e a sua definição. É também importante destacar algumas características dos participantes do estudo anterior, que podem explicar esta diferente perspetiva, sendo na sua maioria mulheres, com idade inferior a 60 anos, com elevados níveis educacionais (licenciatura ou mais), elevado rendimento salarial anual e níveis moderados de incapacidade. As características mencionadas anteriormente, estão associadas a maiores níveis de literacia em saúde, contrastando com a maioria dos participantes do estudo atual, o que pode explicar, em parte, o desconhecimento no presente estudo (Baccolini et al., 2021).

O desconhecimento por parte dos fisioterapeutas sobre o TPCS limita a sua capacidade para transmitir recomendações aos utentes, que por sua vez se sentem perdidos no que diz respeito ao tema do CS. Estes, apresentam baixa literacia em saúde sobre o tema e privilegiam outras formas de aprendizagem, menos fidedignas, como programas de televisão. Este facto, torna-se num problema pois, embora o conhecimento sobre a problemática não seja suficiente para mudar o comportamento, torna-se um pré-requisito fundamental tomar uma decisão que leve à mudança comportamental (Arlinghaus & Johnston, 2017; Kinoshita et al., 2024; Walters et al., 2020)

A intervenção dos fisioterapeutas na redução do CS, foi caracterizada pela implementação de um plano de intervenção, que assenta no pressuposto, de que a intervenção para a redução do CS, passa por promover uma mudança comportamental. Esta mudança é conseguida com o aumento dos níveis de prática de atividade física e exercício físico. Esta visão da intervenção está alinhada com o entendimento que os próprios fisioterapeuta têm do conceito de CS, apresentado anteriormente. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Alexander e colegas (2012) e Martín-Martín e colegas (2021), onde os fisioterapeutas procederam à implementação de um plano de intervenção com vista em substituir o CS por atividade física e exercício físico. Uma das intervenções analisadas neste estudo, contempla estratégias semelhantes às identificadas pelos fisioterapeutas na investigação atual, nomeadamente, o treino de competências para a técnica de exercício físico e de competências para superar dificuldades associadas à sua condição clínica, no momento da prática do exercício físico. Outra estratégia identificada ao longo do estudo, remonta para a identificação do próprio fisioterapeuta como um modelo a seguir, estratégia esta que é valorizada pelos fisioterapeutas e que vem descrita na literatura como no estudo de Kunstler e colegas (2018) como sendo prática comum na intervenção destinada à mudança comportamental em utentes que não têm condições neurológicas. Contudo, apesar de amplamente utilizada não é claro que em utentes com condições neurológicas esta seja uma estratégia de intervenção valorizada pelos utentes, pois fatores como a diminuição da motivação e confiança e as próprias sequelas físicas podem limitar a replicação do comportamento demonstrado pelo fisioterapeuta (Mulligan et al.,

2012; Newitt et al. 2016). A utilização da comunicação oral, como forma de aconselhamento e educação foi outra estratégia de intervenção valorizada pelos fisioterapeutas, onde estes esclarecem dúvidas, fornecem conselhos e recomendações no que diz respeito à sua experiência anterior com comportamentos de saúde e tendo por objetivo a redução do CS, no seu entendimento do conceito (Alexander et al., 2012; Gardner et al., 2016).

No que diz respeito aos utentes, estes têm a perceção de que a redução do CS não é um tema debatido nas sessões de fisioterapia. Esta visão, contrasta com a dos fisioterapeutas, uma vez que estes últimos, consideram que abordam o tema, fornecendo recomendações aos seus utentes, intervindo especificamente no tema da redução do CS. O estudo de Simpson e colegas (2022), onde foi estudada a perceção dos utentes sobre os fatores que contribuem para o CS, demonstrou que estes também não identificam a receção, por parte do fisioterapeuta, de quaisquer recomendações sob formas de reduzir o CS e sobre a quantidade de tempo passado na posição de sentado e, quando assim é, tendem a procurar outras fontes de informações, sejam online ou através de outras estratégias que tendencialmente são pouco fidedignas e com reduzido rigor científico. Estes dados vão também ao encontro dos resultados obtidos no estudo atual uma vez que os utentes mencionaram ao longo das entrevistas, que os conhecimentos que têm, foram adquiridos de forma autónoma e com recurso a outras fontes de informação, como os meios televisivos.

A ausência de definição de objetivos direcionados ao CS, contribui para a sensação, por parte dos utentes, de que a redução do CS não é abordada nas sessões, nem é um tema relevante na sua intervenção, sentindo que há temas mais valorizados que o CS. A desvalorização deste tema é algo que vai ao encontro do estudo de Roaldsen e colegas (2022), onde é visível uma disparidade da visão de fisioterapeutas e utentes, os primeiros, focam-se na atividade física e em estabelecer objetivos funcionais, deixando de parte o CS, uma vez que pensam que os utentes apresentam objetivos irrealistas. Por outro lado, os segundos, querem recomendações e objetivos concretos e pretendem realizar atividades que os façam sentir como antes da condição de saúde. Os utentes sentem que, se participarem na definição de objetivos específicos e se lhe derem recomendações

específicas e claras, conseguem aumentar o seu nível de confiança, tornando-se mais independentes e reduzindo os níveis de CS (Simpson et al., 2022). Assim, um aspeto chave desta investigação é o facto de os utentes não sentirem que o CS é um tema abordado pelos seus fisioterapeutas. Esta desigualdade de visões e dificuldade dos fisioterapeutas em serem específicos na abordagem à redução do CS, pode dever-se ao facto de estes considerarem os utentes neurológicos mais complexos, sendo necessário abordar diversos aspetos ao longo da reabilitação e, ao apresentarem outras prioridades no plano de intervenção, deixam de parte o CS. A apresentação de um pobre conhecimento no que diz respeito à definição do conceito de CS, acaba por se refletir em pouca capacidade na transmissão de conhecimentos e recomendações aos utentes sobre o tema.

Os resultados destacam múltiplos fatores que, na perspetiva dos fisioterapeutas, podem ser responsáveis por influenciar a intervenção na redução do CS. Dentro desses fatores destacam-se as consequências da condição neurológica, que provocam frequentemente um conjunto de mudanças a diferentes níveis e onde a componente física tem uma grande relevância. Estas alterações levam a repercussões a nível da funcionalidade e autonomia, tendo como consequência uma diminuição na adesão e motivação para a intervenção na redução do CS. Este fenómeno verificou-se em outros estudos, onde as sequelas motoras (Compernelle et al., 2020) e sequelas psicológicas e cognitivas (Ezeugwu et al., 2017), são apontados pelos fisioterapeutas como responsáveis por elevados padrões de CS. Também Hall e colegas (2020) destacam a interferência do quadro clínico da condição neurológica na redução do CS, nomeadamente as sequelas físicas que provocam dificuldades para assumir a posição de pé, dificuldades em recrutar e envolver o membro superior em atividades funcionais, conduzindo a numa diminuição da mobilidade e da participação social e gerando alterações anímicas, que conferem uma menor participação na intervenção e um respetivo aumento do CS, tal como verificado no estudo atual.

A idade dos utentes, foi outro fator identificado pelos fisioterapeutas como tendo influência na redução do CS. Este fator está alinhado com outros estudos, onde foi demonstrado que utentes com idade mais avançada apresentam maiores dificuldades na redução do CS, uma vez que este comportamento se tornou

habitual na sua rotina e os faz sentirem-se confortáveis, estando associado a uma sensação de prazer e bem-estar (Biswas et al., 2018; Compernelle et al., 2020). Também a investigação de Ezeugwu e colegas (2017), refere que utentes com idades avançadas, têm dificuldades na definição de objetivos relacionados com a atividade do dia-a-dia, bem como nos objetivos a atingir com a recuperação, esta situação pode condicionar a motivação do utente no processo de reabilitação e, consequentemente influenciar negativamente a redução do CS e o processo de mudança comportamental. Ainda em relação ao fator idade, foi notório ao longo das entrevistas, a perspetiva dos fisioterapeutas, que consideram os utentes mais jovens, com maior disposição e mais capacitados para a redução do CS. Esta visão demonstra uma forma de discriminação, associado à idade e ao estilo de vida anterior ao evento de saúde, quanto à capacidade que os utentes com mais idade e mais anos com elevados níveis de CS, têm para alterar o seu estilo de vida e reduzir o CS.

O conflito entre a promoção de autonomia e a segurança dos utentes, condiciona a abordagem dos fisioterapeutas. Surge um dilema entre a promoção da mobilidade e redução do CS e, a preocupação com a diminuição do risco de queda. Os fisioterapeutas do presente estudo, partilham a perspetiva de que os utentes com condições neurológicas são inseguros e apresentam um elevado risco de queda, pelo que os tendem a proteger, o que dificulta a intervenção para a redução do CS. Esta abordagem dos fisioterapeutas revela desconhecimento por parte dos mesmos da necessidade de diminuir a adoção de uma postura passiva na posição de sentado (Palmer et al., 2019), bem como do desconhecimento de que existem formas de diminuir o TPCS, sem que para isso o utente tenha de assumir a posição de pé, associando, de forma constante, a posição de sentado, a CS. Esta visão vai de encontro à dos fisioterapeutas do estudo de Compernelle e colegas (2020), onde consideram que estes utentes apresentam um elevado risco de queda, ou mesmo episódios frequentes de queda, o que leva a que os fisioterapeutas sugiram atividades na posição de sentado com um consumo energético inferior a 1,5 MET's e, consequentemente a aumentarem os níveis de CS. Quando surge este confronto ente autonomia e segurança e existe pouca confiança na capacidade dos utentes, os fisioterapeutas tendem a privilegiar a

segurança e quando assim é, desaconselham a realização de movimento/atividades que possam colocar em risco o utente, influenciando negativamente a redução do CS (Simpson et al., 2022).

A prioridade da segurança deve ser reconhecida aquando da conceção de intervenções para estes utentes, explorando alternativas para garantir que a intervenção para a redução do CS, não seja afetada no momento da sua implementação. O desconhecimento da definição do CS, demonstrado pelos fisioterapeutas, juntamente com a não aplicação das recomendações para a redução do CS em utentes com condições neurológicas crónicas na literatura, pode criar incerteza sobre como atuar nesta problemática, neste tipo de população.

As condições do local de trabalho dos fisioterapeutas desempenham um papel extremamente relevante e, por vezes deixado de parte, no diz respeito à influência que exercem na intervenção dirigida à redução do CS (Jasper et al., 2023). Os fisioterapeutas deste estudo realçam a autonomia para gerir o horário e o tempo alocado a cada utente como sendo fatores chave, destacando que, se possível, o cenário adequado corresponde a um utente por hora, pois só assim conseguem ter tempo para abordar e intervir sobre o CS. Esta visão vai de encontro ao estudo de Monaco e colegas (2022) onde é valorizado o tempo disponível para abordar o utente como um todo e explorar os diferentes objetivos da intervenção. Na perspetiva dos fisioterapeutas, as infraestruturas internas como a existência de um espaço amplo, o acesso prático a recursos que possam ser usados na intervenção do utente, com destaque para os equipamentos que permitam a realização de exercício físico funcionam como um fator positivo e que na sua visão conferem maior motivação e confiança para reduzir o TPCS. Esta visão é partilhada pelo estudo de Shannon e colegas (2019), que consideram que a organização do espaço físico e as infraestruturas disponíveis acabam por serem fatores valorizados pelos fisioterapeutas e podem ser considerados fatores com influência na reabilitação neurológica, podendo atuar como facilitador da mudança comportamental.

Os fisioterapeutas entrevistados expressaram de forma notória o impacto que as condições do local de trabalho exercem na capacidade para implementar

uma intervenção adequada e explorar conceitos como o CS. A maioria presta cuidados a mais do que um utente por hora, tendo recursos e tempo insuficiente, o que interfere com a sua capacidade para explorar todas as componentes necessárias na reabilitação de um utente com condições neurológicas. Esta situação gera elevadas cargas de trabalho e muitas das vezes insatisfação com a estrutura organizacional, conferindo elevados níveis de stress físico e psicológico. Tais fatores estão identificados na literatura como responsáveis por diminuir a qualidade dos serviços prestados e por serem fatores de risco para o *burnout* nos fisioterapeutas (Burri et al., 2022). Assim, a exposição a estes fatores pode influenciar a disponibilidade mental do fisioterapeuta, levando a situações de menor motivação e de menor qualidade na comunicação que podem influenciar negativamente a forma como presta cuidados de saúde e como aborda o tema do CS junto dos seus utentes

Os fisioterapeutas entrevistados provieram de diversos locais de prática clínica, com diferentes organizações, diferentes políticas de prestação de cuidados de saúde e com um número de utentes que o fisioterapeuta seguia por hora também variável consoante o local de trabalho. Apesar desta variabilidade de contextos, a forma de intervir na redução do CS não pareceu ser diferente, sendo transversal o desconhecimento sobre o conceito de CS e da expressão de TPCS, bem como as estratégias de intervenção, assentes na promoção de atividade física e exercício físico, que se afastam das recomendações da literatura. Estes dados sugerem que, apesar de considerarem fatores chave como a autonomia na gestão do horário, maior tempo disponível para intervir com os utentes, e um acesso vasto a recursos, estes fatores não demonstraram ter influência na forma como o fisioterapeuta aborda o CS, nem na forma como os utentes percecionam essa intervenção. Estes dados sugerem que, tendo em conta o desconhecimento sobre o conceito de CS e de TPCS e, conseqüentemente da desvalorização da intervenção a este nível, o contexto de trabalho não assume um papel preponderante na intervenção para a redução do CS. Caso existisse uma perspetiva diferente, quer por parte dos fisioterapeutas, quer por parte dos utentes, acerca do conhecimento sobre a temática e valorização da sua intervenção, o contexto de trabalho poderia vir a influenciar a intervenção e a forma como esta seria percecionada. Assim, uma

conjugação de fatores como o desconhecimento generalizado sobre o conceito, o enfoque da intervenção em outros problemas, deixando de parte a intervenção com vista à mudança comportamental, acabam por condicionar a intervenção para a redução do CS.

No que diz respeito aos utentes desta investigação, também foram identificados um conjunto de fatores, que podem influenciar a abordagem na redução do CS. Um desses fatores diz respeito ao apoio de terceiros, como familiares, cuidadores e outros utentes que fornecem um maior apoio ao utente com condição neurológica, atuando como incentivo à prática de atividade física, contribuindo positivamente para a redução do CS. A visão anterior é partilhada por outros estudos na área, nomeadamente Compennolle e colegas (2020), Roaldsen e colegas (2022) e Hall e colegas (2020) onde o apoio de amigos, cuidadores e familiares é visto como facilitador da redução do CS, uma vez que dão supervisão aos utentes, aumentando a sua confiança e permitindo realizar atividades físicas em conjunto, ocupando um vazio após a condição de saúde, o que na ótica dos utentes, contribui para a redução do CS. Outra investigação, de Simpson e colegas (2022), realça o papel dos familiares e de outros utentes, destacando o papel dos primeiros no incentivo ao movimento e apoio à redução do CS, reforçando que outros utentes com dificuldades semelhantes, podem ser muito importantes ou até mais relevantes que outros grupos, no fornecimento de suporte e ajuda.

O nível de exercício físico antes do diagnóstico demonstrou também ser um fator relevante na redução do CS na perspetiva dos utentes. Os hábitos de exercício físico são muito oscilantes de utente para utente. Alguns apresentam uma rejeição ao exercício que se mantém após o diagnóstico, o que vai de encontro ao estudo de Hall e colegas (2020), onde os utentes tentam manter os padrões de exercício físico que tinham antes da condição de saúde, contudo sentem que apesar desse esforço, após o momento do diagnóstico, o CS aumenta e, à medida que o tempo passa torna-se mais difícil diminuir o CS. Por outro lado, utentes que apresentavam hábitos de exercício físico pré-diagnóstico tendem a manter esse comportamento e sentem que estão mais bem preparados para lidar com as dificuldades inerentes ao seu diagnóstico clínico. Estes dados vão de encontro a outros estudos, onde os utentes reconhecem a importância do exercício físico na sua saúde e tendem a

substituir o tempo na posição de sentado por exercício físico, que no seu entendimento, permite reduzir o CS (Ezeugwu et al., 2017; Simpson et al., 2022).

O diagnóstico de condição neurológica pode interferir significativamente na vida do utente, surgindo diversas consequências, que são acompanhadas de quantidades excessivas de medicação e respetivos efeitos secundários e um aumento de intercorrências, sendo que todos estes acontecimentos contribuem para a redução da mobilidade, levando ao aumento do CS. Um estudo de Ezeugwu e colegas (2017), demonstrou que os utentes sentem que o quadro clínico decorrente da condição neurológica é responsável por provocar sequelas motoras, dificuldades na marcha e sintomas como fadiga que atuam como barreiras à redução do CS. Segundo Roaldsen e colegas (2022), os utentes têm a percepção que devem substituir o CS, por atividade física, contudo as sequelas físicas e a terapêutica relacionada com a condição neurológica, limitam a realização de atividade física, o que no seu entendimento gera um aumento do CS. O estudo de Hall e colegas (2020) destaca os altos níveis de incapacidade que normalmente surgem após o diagnóstico da condição neurológica e acabam por gerar uma diminuição da participação e tornam o utente mais suscetível a intercorrências que podem levar ao aumento do CS.

Por fim, os utentes do nosso estudo identificam a reabilitação, como sendo um processo moroso e sem certezas de recuperação, sendo notório que a demora em alcançar os objetivos na reabilitação neurológica gera uma falta de motivação nos utentes contribuindo para o aumento do CS. Esta visão está de acordo com a investigação de Ezeugwu e colegas (2017), onde a incerteza na recuperação e a dificuldade habitual em atingir os objetivos previamente definidos pode levar à depressão e interferir com a redução do CS. Assim, a conceção e sucesso dos programas de intervenção para a redução do CS, deve-se em parte à capacidade de os fisioterapeutas identificarem e mitigarem a influência destes fatores, considerando a participação de terceiros, avaliando os níveis de atividade física/exercício físico pré-condição de saúde, a influência do diagnóstico da condição neurológica e a incerteza da reabilitação neurológica, tal como identificando pelos utentes (Lowe et al., 2018; Rafferty et al., 2022).

Estes resultados devem ser analisados tendo em conta as limitações deste estudo. Os utentes incluídos na amostra encontravam-se a realizar fisioterapia e podem apresentar maiores índices de mobilidade e/ou motivação do que aqueles que não estejam a realizar fisioterapia. Embora a amostragem intencional tenha sido criada com o objetivo de representar as condições neurológicas crónicas mais representadas no território nacional, apenas foram incluídos utentes que sofreram AVC, e diagnóstico médico de doença de Parkinson e de EM. Uma amostragem, que envolva utentes com maior diversidade de diagnósticos médicos no âmbito das condições neurológicas e mais abrangente, poderia ter produzido respostas mais diversificadas. Este estudo foi limitado à área metropolitana de Lisboa, uma área onde existe mais oferta de cuidados de saúde e de maior desenvolvimento ao nível económico e da saúde, pelo que a recolha de dados em outras áreas geográficas, como áreas mais rurais, com menor oferta e maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, poderia trazer perspetivas diferentes que iriam enriquecer os resultados. Apesar de terem sido recolhidos dados sobre a incapacidade funcional, através da MIF, a pontuação média foi elevada, o que significa que a maioria dos utentes apresenta uma independência completa/modificada. Assim uma amostra de utentes com níveis de incapacidade maiores poderia levar a perspetivas diferentes sobre a intervenção e enriquecer o estudo. Os utentes entrevistados foram informados de que o investigador principal era fisioterapeuta e, como tal, poderão ter apresentado dificuldades em refletir e/ou criticar as sessões de fisioterapia, normalmente pela sensação de que isso poderá ter consequências no seu tratamento futuro, o que também poderá ter limitado os dados recolhidos acerca da sua perspetiva sobre a intervenção na redução do CS.

## **Conclusão**

Este estudo permitiu concluir que quer fisioterapeutas, quer utentes desconhecem a expressão de TPCS e do conceito de CS.

Para reduzir o CS, os fisioterapeutas focam-se no aumento da atividade física e do exercício físico. Por oposição, os utentes deste estudo consideram que o tema do TPCS e CS não é abordado nas sessões de fisioterapia e, que os seus fisioterapeutas não recomendam orientações nesse sentido.

Utentes e fisioterapeutas identificaram um conjunto de fatores que influenciam a intervenção para a redução do CS. Os fisioterapeutas identificaram fatores como: o estado anímico após doença neurológica, a idade dos utentes e o dilema entre autonomia e segurança do utente. Os utentes identificaram como fatores que limitam a redução do CS, o apoio que recebem de outros intervenientes, os hábitos de exercício físico pré-diagnóstico, as consequências da própria condição neurológica e a demora em alcançar os objetivos pretendidos.

A influência do contexto de trabalho na intervenção para a redução do CS, foi destacada pelos fisioterapeutas, considerando que um elevado número de utentes seguidos por hora, reduzida autonomia profissional e infraestruturas do local de trabalho debilitadas, como sendo fatores que podem afetar negativamente a forma como prestam cuidados de saúde, ao nível da redução do CS. Contudo, apesar do destaque dado pelos fisioterapeutas, tendo em conta o desconhecimento sobre o conceito de CS e de TPCS, as características do local de trabalho não adotam um papel relevante na intervenção para a redução do CS.

Considerando que o desconhecimento sobre a definição de CS e do TPCS, foi um dos destaques desta investigação, com influência direta na intervenção sobre o CS e na forma como os utentes e fisioterapeutas a percebem, sugere-se que investigação futura se foque na validação destes resultados numa amostra mais alargada, assim como no desenvolvimento de estratégias que sejam eficazes na nivelção do conhecimento sobre estes conceitos.

## Referências Bibliográficas

- Alexander, J., Bambury, E., Mendoza, A., Reynolds, J., Veronneau, R., & Dean, E. (2012). Health education strategies used by physical therapists to promote behaviour change in people with lifestyle-related conditions: A systematic review. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 30(2), 57–75. <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2012.07.003>
- Alsop, T., Woodforde, J., Rosbergen, I., Mahendran, N., Brauer, S., & Gomersall, S. (2023). Perspectives of health professionals on physical activity and sedentary behaviour in hospitalised adults: A systematic review and thematic synthesis. *Clinical rehabilitation*, 37(10), 1386–1405. <https://doi.org/10.1177/02692155231170451>
- Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. (2017). Advocating for Behavior Change With Education. *American journal of lifestyle medicine*, 12(2), 113–116. <https://doi.org/10.1177/1559827617745479>
- Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G. P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Romano, F. (2021). What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 36(3), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Baricich, A., Spitoni, G. F., & Morone, G. (2022). Editorial: Long term disability in neurological disease: A rehabilitation perspective. *Frontiers in neurology*, 13, 964664. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.964664>
- Benka Wallén, M., Franzén, E., Nero, H., & Hagströmer, M. (2015). Levels and Patterns of Physical Activity and Sedentary Behavior in Elderly People With Mild to Moderate Parkinson Disease. *Physical therapy*, 95(8), 1135–1141. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140374>

- Biswas, A., Faulkner, G. E., Oh, P. I., & Alter, D. A. (2018). Patient and practitioner perspectives on reducing sedentary behavior at an exercise-based cardiac rehabilitation program. *Disability and rehabilitation*, 40(19), 2267–2274. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334232>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Burri, S. D., Smyrk, K. M., Melegy, M. S., Kessler, M. M., Hussein, N. I., Tuttle, B. D., & Clewley, D. J. (2022). Risk factors associated with physical therapist burnout: a systematic review. *Physiotherapy*, 116, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2022.01.005>
- Busse, M., & Ramdharry, G. (2020). Targeting sedentary behaviour in neurological disease. *Practical neurology*, 20(3), 187–188. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2019-002491>
- Chastin, S., Gardiner, P. A., Harvey, J. A., Leask, C. F., Jerez-Roig, J., Rosenberg, D., Ashe, M. C., Helbostad, J. L., & Skelton, D. A. (2021). Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD012784. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012784.pub2>
- Compernelle, S., De Cocker, K., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., & Van Dyck, D. (2020). Older Adults' Perceptions of Sedentary Behavior: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *The Gerontologist*, 60(8), 572–582. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz127>
- 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>

- Creswell, J. W., & David Creswell, J. (2022). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (6th ed). SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J.W. and Poth, C.N. (2018) *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing among Five Approaches*. (4th ed). SAGE Publications, Inc.
- Direção Geral De Saúde (DGS). (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma nº 054/2011. Direção Geral De Saúde [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral\\_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf)
- Dodds, T. A., Martin, D. P., Stolov, W. C., & Deyo, R. A. (1993). A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 74(5), 531–536. [https://doi.org/10.1016/0003-9993\(93\)90119-u](https://doi.org/10.1016/0003-9993(93)90119-u)
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse researcher*, 20(5), 28–32. <https://doi.org/10.7748/nr2013.05.20.5.28.e327>
- Ellingson, L. D., Zaman, A., & Stegemöller, E. L. (2019). Sedentary Behavior and Quality of Life in Individuals With Parkinson's Disease. *Neurorehabilitation and neural repair*, 33(8), 595–601. <https://doi.org/10.1177/1545968319856893>
- Ellis, T., & Motl, R. W. (2013). Physical activity behavior change in persons with neurologic disorders: overview and examples from Parkinson disease and multiple sclerosis. *Journal of neurologic physical therapy : JNPT*, 37(2), 85–90. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e31829157c0>
- English, C., Manns, P. J., Tucak, C., & Bernhardt, J. (2014). Physical activity and sedentary behaviors in people with stroke living in the community: a systematic review. *Physical therapy*, 94(2), 185–196. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130175>

- Ezeugwu, V. E., Garga, N., & Manns, P. J. (2017). Reducing sedentary behaviour after stroke: perspectives of ambulatory individuals with stroke. *Disability and rehabilitation*, 39(25), 2551–2558.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1239764>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fortune, J., Norris, M., Stennett, A., Kilbride, C., Lavelle, G., Hendrie, W., de Souza, L., Abdul, M., Brewin, D., David, L., Anokye, N., Victor, C., & Ryan, J. M. (2020). 'I can do this': a qualitative exploration of acceptability and experiences of a physical activity behaviour change intervention in people with multiple sclerosis in the UK. *BMJ open*, 10(3), e029831.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029831>
- Fortune, J., Norris, M., Stennett, A., Kilbride, C., Lavelle, G., Hendrie, W., Victor, C., & Ryan, J. M. (2021). Patterns and correlates of sedentary behaviour among people with multiple sclerosis: a cross-sectional study. *Scientific reports*, 11(1), 20346. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99631-z>
- Freene, N., Cools, S., & Bissett, B. (2017). Are we missing opportunities? Physiotherapy and physical activity promotion: a cross-sectional survey. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, 9, 19.  
<https://doi.org/10.1186/s13102-017-0084-y>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied neuropsychology. Adult*, 22(4), 311–319.  
<https://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>
- Gardner, B., Smithjasper, L., Lorencatto, F., Hamer, M., & Biddle, S. J. (2016). How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*, 10(1), 89–112.  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1082146>

- Global Burden of Disease Study (GBD) 2021 Diseases and Injuries Collaborators (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 403(10440), 2133–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hall, J., Morton, S., Fitzsimons, C. F., Hall, J. F., Corepal, R., English, C., Forster, A., Lawton, R., Patel, A., Mead, G., & Clarke, D. J. (2020). Factors influencing sedentary behaviours after stroke: findings from qualitative observations and interviews with stroke survivors and their caregivers. *BMC public health*, 20(1), 967. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09113-6>
- Jasper, U., Visvanathan, R., Dollard, J., Yu, S., & Jadczyk, A. D. (2023). Exploring the perspectives of clinicians on solutions to tackling physical inactivity and sedentary behaviour in older hospital patients. *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 34(1), 41–47. <https://doi.org/10.1002/hpja.630>
- Kılınc, S., Erdem, H., Healey, R., & Cole, J. (2022). Finding meaning and purpose: a framework for the self-management of neurological conditions. *Disability and rehabilitation*, 44(2), 219–230. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1764115>
- King, A. C., Whitt-Glover, M. C., Marquez, D. X., Buman, M. P., Napolitano, M. A., Jakicic, J., Fulton, J. E., Tennant, B. L., & 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2019). Physical Activity Promotion: Highlights from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Systematic Review. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1340–1353. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001945>

- Kinnett-Hopkins, D., Learmonth, Y., Hubbard, E., Pilutti, L., Roberts, S., Fanning, J., Wójcicki, T., McAuley, E., & Motl, R. (2019). The interpretation of physical activity, exercise, and sedentary behaviours by persons with multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*, *41*(2), 166–171. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1383519>
- Kinoshita, S., Hirooka, N., Kusano, T., Saito, K., & Aoyagi, R. (2024). Does health literacy influence health-related lifestyle behaviors among specialists of health management? A cross-sectional study. *BMC primary care*, *25*(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02263-1>
- Kunstler, B. E., Cook, J. L., Freene, N., Finch, C. F., Kemp, J. L., O'Halloran, P. D., & Gaida, J. E. (2018). Physiotherapists use a small number of behaviour change techniques when promoting physical activity: A systematic review comparing experimental and observational studies. *Journal of science and medicine in sport*, *21*(6), 609–615. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.10.027>
- Lewis, L. K., Hunt, T., Williams, M. T., English, C., & Olds, T. S. (2016). Sedentary Behavior in People with and without a Chronic Health Condition: How Much, What and When?. *AIMS public health*, *3*(3), 503–519. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.3.503>
- Lowe, A., Littlewood, C., & McLean, S. (2018). Understanding physical activity promotion in physiotherapy practice: A qualitative study. *Musculoskeletal science & practice*, *35*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.01.009>
- Maasackers, C. M., Weijs, R. W. J., Dekkers, C., Gardiner, P. A., Ottens, R., Olde Rikkert, M. G. M., Melis, R. J. F., Thijssen, D. H. J., & Claassen, J. A. H. R. (2022). Sedentary behaviour and brain health in middle-aged and older adults: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *140*, 104802. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104802>
- Mang, C. S., & Peters, S. (2021). Advancing motor rehabilitation for adults with chronic neurological conditions through increased involvement of kinesiologists: a perspective 18 review. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, *13*(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s13102-021-00361-6>

- Marques, B. J. A., Espírito- Santo, H. (2021). *Propriedades Psicométricas do Minimal State Examination (MMSE) em pessoas Institucionalizadas com idade Superior a 60 anos* [Dissertação de Mestrado em Psicologia- Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1284>
- Martín-Martín, J., Roldán-Jiménez, C., De-Torres, I., Muro-Culebras, A., Escriche-Escuder, A., Gonzalez-Sanchez, M., Ruiz-Muñoz, M., Mayoral-Cleries, F., Biró, A., Tang, W., Nikolova, B., Salvatore, A., & Cuesta-Vargas, A. I. (2021). Behavior Change Techniques and the Effects Associated With Digital Behavior Change Interventions in Sedentary Behavior in the Clinical Population: A Systematic Review. *Frontiers in digital health*, 3, 620383. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.620383>
- McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical teacher*, 41(9), 1002–1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>
- Morton, S., Hall, J., Fitzsimons, C., Hall, J., English, C., Forster, A., Lawton, R., Patel, A., Mead, G., & Clarke, D. J. (2022). A qualitative study of sedentary behaviours in stroke survivors: non-participant observations and interviews with stroke service staff in stroke units and community services. *Disability and rehabilitation*, 44(20), 5964–5973. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1955307>
- Mulligan, H. F., Hale, L. A., Whitehead, L., & Baxter, G. D. (2012). Barriers to physical activity for people with long-term neurological conditions: a review study. *Adapted physical activity quarterly : APAQ*, 29(3), 243–265. <https://doi.org/10.1123/apaq.29.3.243>
- Nag, N., Lin, X., Yu, M., Simpson-Yap, S., Jelinek, G. A., Neate, S. L., & Levin, M. (2021). Assessing Lifestyle Behaviours of People Living with Neurological Conditions: A Panoramic View of Community Dwelling Australians from 2007-2018. *Journal of personalized medicine*, 11(2), 144. <https://doi.org/10.3390/jpm11020144>

- Newitt, R., Barnett, F., & Crowe, M. (2016). Understanding factors that influence participation in physical activity among people with a neuromusculoskeletal condition: a review of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.996676>
- Nieste, I., Franssen, W. M. A., Spaas, J., Bruckers, L., Savelberg, H. H. C. M., & Eijnde, B. O. (2021). Lifestyle interventions to reduce sedentary behaviour in clinical populations: A systematic review and meta-analysis of different strategies and effects on cardiometabolic health. *Preventive medicine*, 148, 106593. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106593>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Palmer, V. J., Gray, C. M., Fitzsimons, C. F., Mutrie, N., Wyke, S., Deary, I. J., Der, G., Chastin, S. F. M., Skelton, D. A., & Seniors USP Team (2019). What Do Older People Do When Sitting and Why? Implications for Decreasing Sedentary Behavior. *The Gerontologist*, 59(4), 686–697. <https://doi.org/10.1093/geront/gny020>
- Patel, R. M., & Bartholomew, J. (2021). Impact of Job Resources and Job Demands on Burnout among Physical Therapy Providers. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12521. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312521>
- Rafferty, M. R., Held Bradford, E. C., Fritz, S., Hutchinson, K. J., Miczak, K., Resnick, A., & Billinger, S. A. (2022). Health Promotion and Wellness in Neurologic Physical Therapy: Strategies to Advance Practice. *Journal of neurologic physical therapy: JNPT*, 46(2), 103–117. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000376>
- Reynolds, H., Steinfors, S., Tillyard, J., Ellis, S., Hayes, A., Hanson, E. D., Wijeratne, T., & Skinner, E. H. (2021). Feasibility and adherence to moderate intensity cardiovascular fitness training following stroke: a pilot randomized controlled

trial. *BMC neurology*, 21(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02052-8>

Roaldsen, K. S., Walter, C., Gäverth, J., & Dohrn, I. M. (2022). Between commitment and avoidance - working age stroke survivors' perceptions of physical activity and sedentary behaviour: a qualitative study. *BMC neurology*, 22(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02704-3>

Saunders, T. J., Mclsaac, T., Douillette, K., Gaulton, N., Hunter, S., Rhodes, R. E., Prince, S. A., Carson, V., Chaput, J. P., Chastin, S., Giangregorio, L., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Kho, M. E., Poitras, V. J., Powell, K. E., Ross, R., Ross-White, A., Tremblay, M. S., & Healy, G. N. (2020). Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 45(10 (Suppl. 2)), S197–S217. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0272>

Saunders, D. H., Mead, G. E., Fitzsimons, C., Kelly, P., van Wijck, F., Verschuren, O., Backx, K., & English, C. (2021). Interventions for reducing sedentary behaviour in people with stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD012996. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012996.pub2>

Shannon, M. M., Elf, M., Churilov, L., Olver, J., Pert, A., & Bernhardt, J. (2019). Can the physical environment itself influence neurological patient activity?. *Disability and rehabilitation*, 41(10), 1177–1189. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1423520>

Simpson, D. B., Jose, K., English, C., Gall, S. L., Breslin, M., & Callisaya, M. L. (2022). "Factors influencing sedentary time and physical activity early after stroke: a qualitative study". *Disability and rehabilitation*, 44(14), 3501–3509. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867656>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU) (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of

definitions and models. *BMC public health*, 12, 80.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Speelman, A. D., van de Warrenburg, B. P., van Nimwegen, M., Petzinger, G. M., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2011). How might physical activity benefit patients with Parkinson disease?. *Nature reviews. Neurology*, 7(9), 528–534.  
<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.107>

Tieges, Z., Mead, G., Allerhand, M., Duncan, F., van Wijck, F., Fitzsimons, C., Greig, C., & Chastin, S. (2015). Sedentary behavior in the first year after stroke: a longitudinal cohort study with objective measures. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(1), 15–23.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.015>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 35(6), 725–740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>

Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., Chinapaw, M. J. M., & SBRN Terminology Consensus Project Participants (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

- Veal, A. J. (1993). The concept of lifestyle: A review. *Leisure Studies*, 12(4), 233–252. <https://doi.org/10.1080/02614369300390231>
- Veldhuijzen van Zanten, J. J., Pilutti, L. A., Duda, J. L., & Motl, R. W. (2016). Sedentary behaviour in people with multiple sclerosis: Is it time to stand up against MS?. *Multiple sclerosis*, 22(10), 1250–1256. <https://doi.org/10.1177/1352458516644340>
- Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0>
- Wang, Z., Jin, X., Liu, Y., Wang, C., Li, J., Tian, L., & Teng, W. (2022). Sedentary behavior and the risk of stroke: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 32(12), 2705–2713. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2022.08.024>
- World Health Organization. (2020, 8 de outubro). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://iris.who.int/handle/10665/336656>
- World Physiotherapy. (2023, 8 de outubro). *Policy statement: Description of physiotherapy*. <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>
- Yan, S., Fu, W., Wang, C., Mao, J., Liu, B., Zou, L., & Lv, C. (2020). Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*, 10(1), 112. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0799-5>

## Apêndices

### Apêndice 1- Questionário de caracterização do fisioterapeuta

Código do participante:	
Idade:	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Formação na área de neurologia ou na área do comportamento sedentário	<input type="checkbox"/> Pós-graduação Qual? /Quais? _____ <input type="checkbox"/> Mestrado Qual? /Quais? _____ <input type="checkbox"/> Doutorado Qual? /Quais? _____ <input type="checkbox"/> Cursos de curta duração. Qual? /Quais? _____
Ano(s) de experiência	<input type="checkbox"/> 2- 5 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> 5 - 10 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> 10 - 15 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> 15 - 20 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> 20 - 25 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> 25 - 30 anos (inclusive) <input type="checkbox"/> > 30 anos
Número de utentes por hora	<input type="checkbox"/> 1 utente <input type="checkbox"/> 2 utentes <input type="checkbox"/> 3 utentes

	<input type="checkbox"/> 4 utentes <input type="checkbox"/> Mais de 4 utentes
Contexto de trabalho	<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Domicílio
Número de utentes (diferentes) com condições neurológicas, por semana	<input type="checkbox"/> 1 - 5 utentes (inclusive) <input type="checkbox"/> 5 - 10 utentes (inclusive) <input type="checkbox"/> 10 - 15 utentes (inclusive) <input type="checkbox"/> 15 - 20 utentes (inclusive) <input type="checkbox"/> > 20 utentes <input type="checkbox"/> Apenas condições neurológicas

## Apêndice 2-Questionário de caracterização do utente

Código do participante:	
Idade:	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Nível de escolaridade	<input type="checkbox"/> Não sei ler nem escrever <input type="checkbox"/> 1º ciclo (1ª a 4º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> 2º ciclo (5ª a 6º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> 3º ciclo (7º a 9º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º a 12º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento Outro: _____
Condição Clínica	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (AVC) <input type="checkbox"/> Demência Com Défice Cognitivo Ligeiro <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla Outra (Formas de demência): _____

Tempo de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 6 meses – 3 anos (inclusive)</li><li><input type="checkbox"/> 3– 6 anos (inclusive)</li><li><input type="checkbox"/> 6 - 9 anos (inclusive)</li><li><input type="checkbox"/> 9 - 12 anos (inclusive)</li><li><input type="checkbox"/> 12 - 15 anos (inclusive)</li><li><input type="checkbox"/> Mais de 15 anos</li></ul>
----------------------	--

### **Apêndice 3- Guião da entrevista- Fisioterapeuta**

Obrigado por ter aceite participar nesta entrevista. Antes de dar início à entrevista vou relembrar qual o objetivo desta entrevista:

- Entender o conhecimento, atitude e crenças quanto às intervenções destinadas à diminuição tempo passado em comportamento sedentário, em condições neurológicas crónicas;
- Explorar o papel do fisioterapeuta na promoção da redução do tempo passado em comportamento sedentário;

Vou relembrar o consentimento que preencheu anteriormente (abordar pontos-chave), e acrescentar de que não existem respostas certas ou erradas nesta entrevista e que pode optar por não responder a qualquer pergunta. Fique à vontade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão e relembro, ainda, que apenas o áudio da entrevista será gravado, tenho o seu consentimento para dar início?

Perguntas introdutórias:

1. Gostaria de ouvir como é o seu contexto de trabalho e com que tipo de condições de saúde trabalha?
2. Para si o que significa comportamento sedentário?

Agora eu gostaria que nos focássemos a discussão no papel do fisioterapeuta e como é que este, na sua prática clínica, pode contribuir para a redução do comportamento sedentário em condições neurológicas crónicas.

3. Qual considera ser o papel do fisioterapeuta na redução do tempo passado em comportamento sedentário?
4. Utiliza estratégias para reduzir o comportamento sedentário na prática clínica com a população neurológica crónica?
5. Na sua opinião, que benefícios vê da redução do comportamento sedentário nas condições neurológicas crónicas? E que riscos vê?
6. De que forma o seu contexto de trabalho (Nrº de utentes, organização do local) influencia a intervenção para reduzir o tempo prolongado em comportamento sedentário, em doentes com condições neurológicas crónicas?
7. Como é que os fisioterapeutas podem melhorar na intervenção junto destes doentes, na redução do tempo gasto em atividade sedentária?
8. Tem algo que gostaria de acrescentar, que ainda não tenhamos abordado?

Obrigado pela sua presença.

## Apêndice 4- Guião da entrevista- Utente

Obrigado por ter aceite participar nesta entrevista. Antes de dar início à entrevista vou relembrar qual o objetivo desta entrevista:

- Entender o conhecimento, atitude e crenças quanto ao tempo passado em comportamento sedentário;
- Explorar as formas como a fisioterapia/fisioterapeuta afetou as suas crenças quanto ao tempo passado em comportamento sedentário;

Vou relembrar o consentimento que preencheu anteriormente (abordar pontos-chave), e acrescentar de que não existem respostas certas ou erradas nesta entrevista e que pode optar por não responder a qualquer pergunta. Fique à vontade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão e relembro, ainda, que apenas o áudio da entrevista será gravado, tenho o seu consentimento para dar início?

As questões presentes no guião, não serão colocadas em simultâneo, pelo que é importante clarificar de que será dado tempo ao utente para responder a cada pergunta.

Pergunta introdutória:

1. Gostaria de ouvir a sua “história” sobre a sua condição? Há quanto tempo foi diagnosticado? Como é que isso afetou a sua visão sobre o que consegue fazer?

Agora eu gostaria que nos focássemos a discussão no comportamento sedentário.

2. Descreva-me a sua experiência com a fisioterapia? A diminuição do tempo prolongado em tempo sedentário foi algo abordado pelo fisioterapeuta?
3. O que sabe sobre o comportamento sedentário? Como obteve essa informação?
4. Quando entrou na fisioterapia, estava preocupado com a quantidade de tempo que passava em comportamento sedentário? Se sim, porquê?
5. Consegue pensar numa estratégia que o seu fisioterapeuta tenha usado para o estimular com sucesso, a reduzir a quantidade de tempo em atividade sedentário? Se sim, o que fez dessa experiência um sucesso?
6. Tem algo que gostaria de acrescentar, que ainda não tenhamos abordado?

Obrigado pela sua presença.

### Carta explicativa

Este estudo intitula-se “**Perspetivas de fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário**”, tem como investigador principal o Fisioterapeuta Miguel Jorge Almeida, estudante do Mestrado em prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Madalena Gomes da Silva e a Professora Teresa Dias, ambas do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). O objetivo do projeto é compreender a experiência dos fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, durante o processo de reabilitação, de utentes com condições neurológicas crónicas.

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

### Porque fui convidado/a?

Foi convidado/a para participar neste estudo por ser fisioterapeuta a exercer a minha prática clínica junto de utentes com um diagnóstico de um distúrbio neurológico (AVC ou Demências com Défice Cognitivo Ligeiro ou Parkinson ou Esclerose Múltipla) com mais de 6 meses

### Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. É livre de não participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que dar justificação. Para isso bastará informar um dos membros da equipa de investigação da sua intenção. A sua decisão não afetará a sua prática clínica ou os seus direitos legais.

### O que acontece, se aceitar participar?

Se aceitar participar neste estudo iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído/a no estudo. Será contactado/a pelo investigador para agendar um local, dia e hora para aferir dos critérios e solicitar o posterior preenchimento de um questionário de caracterização da prática clínica. O tempo máximo estimado para o preenchimento do questionário é de 5 minutos. Irá, de seguida, participar numa entrevista presencial, em formato individual, com o investigador principal. Esta entrevista num local e hora à sua escolha e onde se sinta confortável, seguro, com pouco ruído e livre de interrupções. O tempo máximo estimado para a sua realização é de 60-90 minutos.

### Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar?

Não é esperada qualquer implicação negativa para as pessoas que participem neste estudo. Porém, se, tem alguma preocupação ou dúvida sobre algum aspeto do estudo poderá contactar os membros da equipa de investigação responsável pela avaliação: Madalena Gomes da Silva, através do email: [madalena.silva@ess.ips.pt](mailto:madalena.silva@ess.ips.pt). e Teresa Dias, através do e-mail: [teresa.dias@ess.ips.pt](mailto:teresa.dias@ess.ips.pt). Caso

pretenda fazer uma reclamação, poderá fazê-lo para a Comissão de Ética do IPS, através do email: [comissao.etica@ips.pt](mailto:comissao.etica@ips.pt) ou telefonicamente, contactando a Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal, a Professora Lucília Nunes: 265709396.

### **Quais as possíveis vantagens, se decidir participar?**

Esperamos que o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudar indivíduos com distúrbios neurológicos em estado crónico, de modo a sensibilizar os fisioterapeutas para esta temática e otimizar as estratégias de intervenção na diminuição do tempo passado em comportamento sedentário. A visão do utente é, assim incorporada, colocando-o no centro da tomada de decisão e capacitando-o para a autogestão da sua condição, contribuindo para uma prática baseada nas recomendações da evidência científica e centrada no utente

### **A minha participação será confidencial?**

Toda a informação acerca dos seus dados sociodemográficos, da sua prática clínica e entrevista será mantida em confidencialidade. Os dados serão codificados de forma a que não haja referência ao seu nome. Adicionalmente, toda a informação será mantida em computadores protegidos por uma chave de acesso, apenas do conhecimento da equipa do projeto. Os dados serão mantidos durante um período máximo de 2 anos após a sua participação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

### **O que irá acontecer com os resultados deste estudo?**

Assim que o estudo esteja finalizado, será apresentado e defendido no final do ano letivo 2023/2024 na ESS/IPS e podem ser publicados em congressos/revistas da especialidade ou outras formas de divulgação.

No relatório e outros documentos com apresentação dos resultados do estudo, nunca será apresentada informação individual dos participantes. Os resultados serão, sempre, divulgados de forma agregada, nunca possibilitando a sua identificação.

### **Quem reviu este estudo?**

Este estudo foi revisto pela Comissão de Ética do IPS.

Muito obrigada pela atenção dispensada,

## Apêndice 6- Ficha informativa do Participante- Utente



### Carta explicativa

Este estudo intitula-se “**Perspetivas de fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário**”, tem como investigador principal o Fisioterapeuta Miguel Jorge Almeida, estudante do Mestrado em prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Madalena Gomes da Silva e a Professora Teresa Dias, ambas do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). O objetivo do projeto é compreender a experiência dos fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, durante o processo de reabilitação, de utentes com condições neurológicas crónicas.

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

### Porque fui convidado/a?

Foi convidado/a para participar neste estudo por se encontrar a realizar fisioterapia e apresentar um diagnóstico de um distúrbio neurológico (AVC ou Demências com Défice Cognitivo Ligeiro ou Parkinson ou Esclerose Múltipla) com mais de 6 meses

### Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. É livre de não participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que dar justificação. Para isso bastará informar um dos membros da equipa de investigação da sua intenção. A sua decisão não afetará o seu futuro tratamento ou os seus direitos de saúde e legais.

### O que acontece, se aceitar participar?

Se aceitar participar neste estudo iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído/a no estudo. Será contactado/a pelo investigador para agendar um local, dia e hora para aferir dos critérios e solicitar o posterior preenchimento de dois instrumentos de medida e um questionário: i) *Mini-Mental State Examination\**, para avaliar o seu nível cognitivo ii) caracterização sociodemográfica e iii) Medida de Independência Funcional (MIF)\*, para avaliar a sua incapacidade. O tempo máximo estimado para o preenchimento das escalas e questionário é de 35 minutos. Irá, de seguida, participar numa entrevista individual com o investigador. O tempo máximo estimado para a sua realização é de 60-90 minutos.

\*os instrumentos de medida i) e iii) serão apenas aplicados aos utentes

### Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar?

Não é esperada qualquer implicação negativa para as pessoas que participem neste estudo. Porém, se, tem alguma preocupação ou dúvida sobre algum aspeto do estudo poderá contactar os membros da equipa de investigação responsável pela avaliação: Madalena Gomes da Silva, através do email: [madalena.silva@ess.ips.pt](mailto:madalena.silva@ess.ips.pt). e Teresa Dias, através do e-mail: [teresa.dias@ess.ips.pt](mailto:teresa.dias@ess.ips.pt). Caso pretenda fazer uma reclamação, poderá fazê-lo para a Comissão de Ética do IPS, através do email: [comissao.etica@ips.pt](mailto:comissao.etica@ips.pt) ou telefonicamente, contactando a Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal, a Professora Lucília Nunes: 265709396.

### **Quais as possíveis vantagens, se decidir participar?**

Esperamos que o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudar indivíduos com distúrbios neurológicos em estado crónico, de modo a sensibilizar os fisioterapeutas para esta temática e otimizar as estratégias de intervenção na diminuição do tempo passado em comportamento sedentário. A visão do utente é, assim incorporada, colocando-o no centro da tomada de decisão e capacitando-o para a autogestão da sua condição, contribuindo para uma prática baseada nas recomendações da evidência científica e centrada no utente

### **A minha participação será confidencial?**

Toda a informação acerca dos seus dados sociodemográficos, clínicos, bem como as suas respostas aos questionários e entrevistas será mantida em confidencialidade. Os dados serão codificados de forma a que não haja referência ao seu nome. Adicionalmente, toda a informação será mantida em computadores protegidos por uma chave de acesso, apenas do conhecimento da equipa do projeto. Os dados serão mantidos durante um período máximo de 2 anos após a sua participação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

### **O que irá acontecer com os resultados deste estudo?**

Assim que o estudo esteja finalizado, será apresentado e defendido no final do ano letivo 2023/2024 na ESS/IPS e podem ser publicados em congressos/revistas da especialidade ou outras formas de divulgação.

No relatório e outros documentos com apresentação dos resultados do estudo, nunca será apresentada informação individual dos participantes. Os resultados serão, sempre, divulgados de forma agregada, nunca possibilitando a sua identificação.

### **Quem reviu este estudo?**

Este estudo foi revisto pela Comissão de Ética do IPS.

Muito obrigada pela atenção dispensada,

## Apêndice 7- Consentimento informado do participante- Fisioterapeuta



### Consentimento Informado

No âmbito do projeto: **“Perspetivas de fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário”**, realizado por uma equipa de investigadores do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito do Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, foi-me proposta a participação no projeto, com o objetivo de compreender a experiência dos fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, durante o processo de reabilitação, de utentes com condições neurológicas crónicas. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Madalena Gomes da Silva e a Professora Teresa Dias, ambas do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

Declaro que li e compreendi a informação disponibilizada na ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo e tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas com a equipa de investigação;

Autorizo a que os dados que irei fornecer ao longo do projeto sejam sujeitos a uma análise por parte dos responsáveis do mesmo, com o único intuito de que essas informações sejam utilizadas no âmbito académico e profissional. Compreendo, também, que a confidencialidade e o anonimato dos meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, que os dados recolhidos não serão cedidos a terceiros e serão conservados por um período máximo de 1 ano.

- Autorizo a gravação da minha voz para posterior análise de informação, tendo a garantia da total proteção dos meus dados. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.
- Compreendi o tempo estimado para a minha participação no estudo.
- Reconheço o direito de não participar ou interromper a minha participação no presente projeto a qualquer momento, sem quaisquer consequências e necessidade de justificação da minha decisão, bastando comunicá-la a um membro da equipa.
- Fui também informado/a quanto à ausência de quaisquer riscos potenciais, do ponto de vista social, legal e financeiro.
- Aceito participar neste projeto.

Nome: \_\_\_\_\_

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

Código do participante (A preencher pelo investigador) \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

O consentimento será assinado em duplicado e será entregue um exemplar ao participante.

## Apêndice 8- Consentimento informado do participante- Utente



### Consentimento Informado

No âmbito do projeto: “**Perspetivas de fisioterapeutas e utentes com condições neurológicas crónicas, quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário**”, realizado por uma equipa de investigadores do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito do Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, foi-me proposta a participação no projeto, com o objetivo de compreender a experiência dos fisioterapeutas e utentes quanto à intervenção para a redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, durante o processo de reabilitação, de utentes com condições neurológicas crónicas. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Madalena Gomes da Silva e a Professora Teresa Dias, ambas do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

Declaro que li e compreendi a informação disponibilizada na ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo e tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas com a equipa de investigação;

Autorizo a que os dados que irei fornecer ao longo do projeto sejam sujeitos a uma análise por parte dos responsáveis do mesmo, com o único intuito de que essas informações sejam utilizadas no âmbito académico e profissional. Compreendo, também, que a confidencialidade e o anonimato dos meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, que os dados recolhidos não serão cedidos a terceiros e serão conservados por um período máximo de 1 ano.

- Autorizo a gravação da minha voz para posterior análise de informação, tendo a garantia da total proteção dos meus dados. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.
- Compreendi o tempo estimado para a minha participação no estudo.
- Reconheço o direito de não participar ou interromper a minha participação no presente projeto a qualquer momento, sem quaisquer consequências e necessidade de justificação da minha decisão, bastando comunicá-la a um membro da equipa.
- Fui também informado/a quanto à ausência de quaisquer riscos potenciais, do ponto de vista social, legal e financeiro.
- Aceito participar neste projeto.

Nome: \_\_\_\_\_

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

Código do participante (A preencher pelo investigador) \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

O consentimento será assinado em duplicado e será entregue um exemplar ao participante.

## Anexos

### Anexo 1- Dados normativos para a população portuguesa da Mini-Mental State Examination

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

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

## Anexo 2- Mini-Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

Nota: \_\_\_\_\_

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

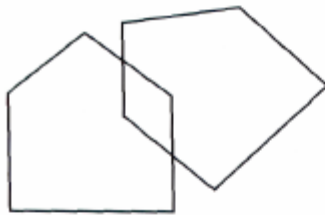
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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



Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

<p><u>Considera-se com defeito cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos <math>\leq</math> 15 pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade <math>\leq</math> 22</li><li>• com escolaridade superior a 11 anos <math>\leq</math> 27</li></ul>
---

### Anexo 3- Medida de Independência Funcional (MIF)

Código do participante:

#### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

<b>NIVEIS</b>	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	<b>SEM AJUDA</b>						
	<b>Dependência modificada</b> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (individuo >=75%) 3 Ajuda moderada (individuo >=50%) <b>Dependência completa</b> 2 Ajuda máxima (individuo >=25%) 1 Ajuda total (individuo <25%)	<b>AJUDA</b>						
		SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M		
		DATA	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/
<b>AUTO-CUIDADOS</b>								
A. Alimentação								
B. Higiene pessoal								
C. Banho								
D. Vestir metade superior								
E. Vestir metade inferior								
F. Utilização da sanita								
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>								
G. Bexiga								
H. Intestino								
<b>MOBILIDADE</b>								
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas								
J. Sanita								
K. Banheira, Duche								
<b>LOCOMOÇÃO</b>								
L. Marcha/Cadeira de Rodas		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
M. Escadas		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
<b>COMUNICAÇÃO</b>								
N. Compreensão		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
O. Expressão		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>								
P. Interação social								
Q. Resolução dos problemas								
R. Memória								
<b>TOTAL</b>								
NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1								

## Anexo 4- Aprovação Da Comissão De Ética



Identificação do documento: CE-IPS nº PI 66 A/ 2023

Título do projeto: Perspetivas da díade fisioterapeuta-utente na redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, em condições neurológicas crónicas

Investigador principal: Miguel Jorge Almeida

Equipa de investigação:

Miguel Jorge Almeida, fisioterapeuta, mestrando do Mestrado de Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Professora Doutora Madalena Gomes da Silva, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS)

Professora Teresa Dias, Professora do Departamento De Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS)

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde

Outras Unidades/Participantes: não aplicável

### ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

#### Documentos recebidos

Foram recebidos os seguintes documentos:

- Pedido de apreciação de projeto por email
- Protocolo do estudo, que apresenta sinopse do estudo onde se encontram definidas as várias características do estudo, nomeadamente:
  - Tipo de estudo
  - Instrumentos de colheita de dados
  - Informação aos participantes
  - Formulário de consentimento informado
  - Declaração de não existência de conflito de interesses e incompatibilidades, pelo IR
  - Compromisso de boas práticas
  - Declaração/ termo de responsabilidade assinado pelo IR e por um dos orientadores
  - Parecer do encarregado de proteção de dados
  - Curriculum vitae sintético do IR e link para CV dos restantes da equipa
  - Não apresentava cronograma. Foi acrescentado o cronograma como solicitado.

### **Análise e justificação do Parecer**

O protocolo do estudo, onde estão incluídos quase todos os documentos necessários, apresenta quase sempre linguagem clara e esclarecedora das várias informações necessárias.

1. Assim, o estudo em questão é um estudo qualitativo, a ser desenvolvido com fisioterapeutas e utentes.
2. As características do estudo apresentam-se claras e objetivas; é clara e objetiva a definição e tamanho da amostra e os critérios de inclusão quer dos fisioterapeutas, quer dos utentes.
3. Os critérios de exclusão dos fisioterapeutas também é claro, mas no que concerne aos utentes (p.7), os critérios de exclusão deixam dúvidas (“Sem outras condições que impossibilitem quebrar o tempo em comportamento sedentário...; Capacidade de se expressar e compreender em língua portuguesa”). Os critérios de exclusão foram clarificados: “Condições de saúde que pela severidade/instabilidade impossibilitem que o utente possa quebrar o tempo prolongado em comportamento sedentário (nomeadamente: doença neoplásica/imunológica, doença cardíaca severa/instável e condições músculoesqueléticas, neuromusculares ou psiquiátricas que impossibilitem a quebra do tempo prolongado em comportamento sedentário) (Corey et al., 2023; Gibbs et al, 2016; Reynolds et al., 2021); Incapacidade de comunicar verbalmente em língua portuguesa, uma vez que o método de recolha de dados é a entrevista semiestruturada.”
4. Os instrumentos de recolha de dados bem como a explicitação da sua aplicação (procedimentos) é clara e objetiva e estão contemplados todos os instrumentos a utilizar.
5. O recrutamento dos indivíduos da amostra também está bem explicado e não levanta dúvidas.
6. A análise e tratamento dos dados, bem como os princípios éticos também foram adequadamente contemplados.
7. É apresentada carta explicativa do estudo para os fisioterapeutas e para os utentes. Em ambas as cartas sugerimos que seja alterada na 3ª linha a denominação de aluno de mestrado para estudante de mestrado, tendo em conta o atual contexto. Foi alterado conforme recomendado.
8. Sugerimos que seja explícito que instituição aprovou cientificamente o estudo (subentende-se, mas não é explícito). Foi acrescentado que “O estudo em causa foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS).”
9. Do mesmo modo sugerimos que nas páginas 28 e 30 seja corrigido: Coordenadora da Comissão de Ética para Presidente da Comissão de Ética. Foi feita a correção solicitada.
10. No consentimento informado, quer para os fisioterapeutas, quer para os utentes, deve ser resolvida a discrepância no que concerne ao período de guarda dos dados e que seja feita em conformidade com o parecer do encarregado de dados. Foi alterado o consentimento informado para a seguinte versão: “os dados serão conservados por um período máximo de 1 ano”.
11. O documento não apresenta cronograma. Portanto, não é claro que a colheita de dados se inicia apenas após o parecer da CE. Foi incluído cronograma como solicitado.

### **Parecer final**

Tendo sido verificada a integração das recomendações propostas pela Comissão de Ética,, o parecer é favorável.

Relatora: Filomena Matos

Aprovação CE-IPS.

Presidente da Comissão de Ética do IPS