

Autoavaliação dos profissionais de exercício físico na prescrição do mesmo a doentes crónicos: estudo-piloto

Adriana Maria Moita Dias

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Luís Ribeiro Themudo Barata

Abril de 2022

Dedicatória

À minha família que me ensinou que desistir nunca é parte da solução.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, ao Prof. Dr. José Luís Ribeiro Themudo Barata por toda a orientação, empenho e prontidão demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao Prof. José Carlos Reis, presidente da Associação de Ginásios e Academias de Portugal (AGAP), e respetiva instituição pela disponibilidade na partilha dos questionários com os seus associados e divulgação do mesmo na revista desta entidade, denominada Portugal Ativo.

A todos os que perderam um bocadinho do seu tempo a responder a este questionário.

Aos meus pais, que me ensinaram o verdadeiro significado da palavra perseverança e que são responsáveis pela grande maioria deste trabalho, pois foram eles que me criaram e educaram para ser a pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão, que assumiu o papel de revisor informal e que desde sempre vive as minhas vitórias como se fossem as dele.

Aos meus amigos, os que me acompanham desde o início e aqueles que conheci ao longo desta jornada e que muitas vezes me ouviram dizer que não podia porque tinha de estudar.

Ao “agregado familiar da Covilhã e seus acrescentos”, que nunca me deixaram sozinha e mostraram que viver longe de casa é fácil se o caminho for feito com as pessoas certas.

À Covilhã, que me mostrou um novo significado para a palavra “casa”, dando-lhe um sabor agri-doce na hora da partida.

Obrigada.

Resumo

Introdução: Os benefícios da prática regular de atividade física têm um impacto notável quer ao nível da prevenção de doenças crónicas não-transmissíveis quer ao nível da gestão e tratamento das mesmas. Os profissionais de exercício físico constituem uma classe profissional fundamental para a prescrição de exercício físico a doentes crónicos, porém é essencial uma formação que lhes permita adequar as prescrições de exercício físico ao doente, considerando as limitações e barreiras que podem advir de determinada patologia crónica para a prática de exercício físico.

Materiais e métodos: Utilizou-se uma amostra de 100 profissionais de exercício físico com formação em Portugal. Foi construído um questionário com 20 perguntas, para estudar como os profissionais de exercício físico autoavaliavam a sua formação e capacidades na área do exercício e saúde e a comunicação interprofissional entre médicos e profissionais de exercício físico. Aplicaram-se os testes Qui-quadrado e teste Exato de Fisher para avaliar os objetivos descritos previamente.

Resultados: Os resultados demonstraram que a maioria dos inquiridos (80%) reconheceu a necessidade individualização do ramo exercício e saúde durante o curso de técnico especialista de exercício físico, e os profissionais com habilitações literárias mais avançadas referiram mais frequentemente esta necessidade ($p= 0.008$). Relativamente à comunicação interprofissional, o grau de concordância foi máximo (Mediana= 5,0; AIQ=1,0) em relação à existência de unidades curriculares sobre o conhecimento médico relacionado com o exercício físico durante a formação académica e à existência de comunicação direta com os médicos prescritores, e o nível mediano mais baixo foi registado no que toca à recetividade dos médicos em estabelecer uma comunicação direta e a capacidade de entenderem a terminologia usada pelos profissionais de exercício (Mediana= 3,0; AIQ= 1,0).

Conclusão: A maioria dos profissionais de exercício físico reconhece a necessidade de individualizar o ramo Exercício e Saúde já durante os cursos de técnicos de especialista de exercício físico e na Licenciatura em Educação Física ou Desporto. A comunicação interprofissional com a classe médica é essencial, tal como criar unidades curriculares durante a sua formação para assim lhes ser possível um melhor entendimento das patologias crónicas.

Palavras-chave

Exercício físico; exercício clínico; profissionais de exercício físico; doentes crónicos.

Abstract

Introduction: The benefits of regular physical activity have a notable impact both in terms of prevention of non-communicable chronic diseases and in terms of their management and treatment. Physical exercise professionals constitute a fundamental professional class for the prescription of physical exercise to chronic patients, however, training in the prescription of exercise to chronic patients is essential, considering the limitations and barriers that may arise from a certain chronic pathology to the practice of physical exercise.

Materials and methods: A sample of 100 physical exercise professionals trained in Portugal was used. A questionnaire with 20 questions was constructed to study how physical exercise professionals self-assessed their own training and skills in the area of exercise and health as well as interprofessional communication between physicians and physical exercise professionals. Chi-square test and Fisher's Exact test were applied to assess the previously described objectives.

Results: The results showed that the majority of the inquired professionals (80%) recognized the need to emphasize and separate the exercise and health field during the course of specialist physical exercise technician, and professionals with more advanced educational qualifications mentioned this need more often ($p= 0.008$). Regarding interprofessional communication, the degree of agreement was maximum (Median= 5.0; AIQ=1.0) regarding the existence of curricular units on medical knowledge related to physical exercise during academic training and the existence of direct communication with prescribing physicians, and the lowest median level was recorded for physicians' receptiveness to establishing direct communication and their ability to understand the terminology used by exercise professionals (Median=3.0; AIQ=1.0) .

Conclusion: Most physical exercise professionals recognize the need to individualize the Exercise and Health branch already during the courses of physical exercise specialist technicians and in the Degree in Physical Education or Sport. Interprofessional communication with the medical profession is essential, as is the creation of curricular units during their training in order to enable them to better understand chronic pathologies.

Keywords

Physical exercise; clinical exercise; physical exercise professionals; chronic patients.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Fundamentação teórica	1
1.2 Caracterização da realidade nacional	2
1.3 Sobre a preparação dos profissionais de exercício	4
1.4 Objetivos do estudo	5
1.5 Hipóteses Gerais	5
2. Materiais e Métodos	7
2.1 Pesquisa bibliográfica	7
2.2 Tipo de Estudo	7
2.3 Caracterização da população e amostra em estudo	7
2.4 Questionário	8
2.5 Recolha de dados	8
2.6 Métodos estatísticos	9
2.7 Considerações éticas	9
3. Resultados	11
3.1 Adesão ao questionário	11
3.2 Caracterização da amostra	11
3.3 Formação dos profissionais com o título profissional de TEF e contexto laboral	12
3.4 Confiança na prescrição de exercício físico a doentes	15
3.5 Comunicação interprofissional	16
4. Discussão	19
4.1 Limitações do estudo	24
5. Conclusão	25
6. Referências bibliográficas	27
7. Apêndice	31
8. Anexo	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização da amostra	11
Tabela 2 – Opinião sobre a formação dos profissionais com o título profissional de técnico de exercício físico (TEF)	12
Tabela 3 – Opinião sobre o contexto laboral dos profissionais com o título profissional de técnico de exercício físico (TEF)	14
Tabela 4 – Características inerentes à confiança na prescrição de exercício físico a doentes de acordo com as habilitações literárias	15
Tabela 5 – Comunicação entre médicos e profissionais com o título profissional de técnico de exercício físico	16

Lista de Acrónimos

ACSM	American College of Sports Medicine
AF	Atividade Física
AGAP	Associação dos Ginásios e Academias de Portugal
AIQ	Amplitude interquartil
DGES	Direção-Geral do Ensino Superior
DGS	Direção-Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPDJ	Instituto Português do Desporto e Juventude
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TEF	Técnico de exercício físico

1.Introdução

1.1 Fundamentação teórica

Atividade física (AF) refere-se a qualquer forma de movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia, tendo como componente o exercício físico, que se corresponde a uma atividade planeada, estruturada e caracterizada pela sua frequência, intensidade e duração, que tem um objetivo definido(1,2). A prescrição de exercício físico refere-se a um processo que engloba: avaliação inicial da aptidão física e funcional, e composição corporal do utente, seleção e explicação detalhada dos exercícios a realizar em função da aptidão física, situação clínica e limitações, objetivos e motivação do indivíduo, e o acompanhamento e avaliação dos efeitos dos exercícios, sessão e/ou programa, não devendo ser descurada uma abordagem dos riscos que podem advir do mesmo(3).

A prática regular de atividade física tem um papel crucial na saúde dos indivíduos, sendo que os benefícios que advêm da mesma têm um impacto notável quer ao nível da prevenção e tratamento de várias doenças crónicas não-transmissíveis, quer ao nível da manutenção de uma boa saúde mental, qualidade de vida e bem-estar. Em 2019, segundo as Estatísticas da Saúde elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), as mortes causadas por doenças representaram 95,5% do total de óbitos na população residente, sendo que as doenças do aparelho circulatório, onde se incluem as doenças cerebrovasculares e as cardíacas isquémicas, e os tumores malignos foram responsáveis por 55% das mesmas. Do total de mortes por doenças, aproximadamente um terço pode ser atribuído a fatores de risco comportamentais, entre os quais se destacam o tabagismo, comportamentos alimentares, consumo de álcool e baixo nível de AF(4). Sabe-se que níveis de AF adequados evitariam 4,5% dos eventos de doença cerebrovascular e 4,0% dos eventos de doença coronária no mundo, podendo estes valores ser superiores na Europa, uma vez que esta tem uma maior prevalência de inatividade física quando comparada com outras regiões do mundo(5).

Com o devido crédito atribuído na área da prevenção, a prática regular de atividade física e de níveis adequados da mesma, é fundamental também na gestão e tratamento de um vasto grupo de patologias crónicas, nomeadamente cardiovasculares, oncológicas, pulmonares, metabólicas, psiquiátricas, neurológicas e músculo-esqueléticas(6). Nas doenças oncológicas o exercício físico melhora a saúde mental, diminui a fadiga, promove o bem-estar e diminui os sintomas da doença; na diabetes mellitus tipo 2, níveis de exercício adequados associam-se a reduções na hemoglobina A_{1c} e no risco de desenvolver complicações relacionadas com a diabetes; por sua vez nas doenças cardiovasculares, sabe-se que, quando aplicado em programas de reabilitação cardíaca, o exercício melhora a qualidade de vida e reduz as hospitalizações após os tratamentos; nas doenças neurológicas, o exercício assegura uma melhor condição física destes doentes, tendo, também, possíveis efeitos nas funções cognitivas, o que os torna menos

limitados nas suas atividades de vida diária; nas doenças músculo-esqueléticas, verificou-se que o exercício, quando usado como tratamento de lombalgias crónicas atenua a dor, otimiza a função e associa-se a melhores resultados no regresso ao trabalho; entre outros exemplos(6–8). Neste tipo de populações, cada vez mais prevalentes, a prescrição de exercício deve também privilegiar os componentes do mesmo que vão originar maiores benefícios e ter em vista o risco aumentado pelos contextos clínicos em jogo.

A American College of Sports Medicine (ACSM) já desenvolveu vários projetos que demonstram a importância da prática regular de exercício físico em pessoas com doenças crónicas, ressaltando a importância dos benefícios do exercício físico na manutenção da qualidade de vida(9). Por sua vez, nas recomendações internacionais de atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2020, foram incluídas, pela primeira vez, recomendações específicas para subgrupos populacionais, tendo em consideração doenças crónicas e/ou incapacidade, período de gravidez e pós-parto(10,11). A OMS recomenda que adultos com idade igual ou superior a 18 anos e patologia ou incapacidade crónica pratiquem pelo menos 150 a 300 minutos, por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou 75-150 minutos, por semana de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa (ou combinação equivalente). Recomendam, ainda, que sejam feitas atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior às da vida diária, que envolvam os principais grupos musculares, no mínimo 2 vezes por semana, sendo também reforçada a importância de incluir atividades físicas que promovam o equilíbrio e a manutenção do repertório psico-motor, sobretudo a partir dos 65 anos. Salientam, igualmente, a importância de limitar os comportamentos sedentários, sendo que os períodos gastos neste tipo de comportamentos devem ser substituídos por atividades físicas de qualquer intensidade, incluindo-se aqui as atividades de intensidade leve(10). Portanto, ser portador de uma patologia crónica não deve ser uma barreira à participação em atividade física e/ou à prescrição de exercício. No entanto é importante que os cuidados adequados sejam tomados, construindo-se prescrições apropriadas, de modo a ser possível dar resposta às necessidades de cada indivíduo, orientando esta prescrição em função das suas comorbilidades e/ou multimorbilidades e outras características. Tal só é possível com um profissional de exercício diferenciado que saiba adequar o exercício à condição do doente(8,12).

1.2 Caracterização da realidade nacional

No ano de 2017, foi implementado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) um projeto-piloto de promoção de atividade física, com os seguintes objetivos estratégicos: reforçar a integração da promoção da atividade física nos cuidados de saúde, melhorar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde para promover a atividade física e articular a ação dos cuidados de saúde com os recursos promotores de atividade física e exercício na comunidade. De modo a concretizar estes objetivos, a partir de abril de 2019, foram postas em prática duas intervenções distintas em unidades de Cuidados de Saúde Primários: a primeira, que consiste no aconselhamento breve para a atividade física e se dirige a todos os utentes que não possuem

qualquer contraindicação à prática de atividade física não supervisionada, sendo efetuada pelos profissionais de saúde, tais como médicos de Medicina Geral e Familiar; e a segunda, que se destina a utentes com doenças crónicas não transmissíveis, que de um modo direto beneficiam da prática regular de atividade física, tendo-se limitado a amostra apenas a doentes com depressão e diabetes mellitus tipo 2. Esta segunda intervenção, designada por consulta de atividade física, consiste numa consulta multidisciplinar efetuada de início por um médico de Medicina Desportiva e a seguir por um profissional de exercício físico, com licenciatura e, preferencialmente, com um mestrado na área de exercício e saúde(3,13,14). Porém, este projeto foi interrompido a partir de março de 2020 devido à COVID-19 e os resultados aguardam publicação(3).

A criação deste tipo de projetos vem realçar a importância do trabalho multidisciplinar e das cooperações entre instituições de diferente cariz, o que é um pouco avesso ao modo de estar e de trabalhar nacionais.

- Em relação à necessidade do trabalho multidisciplinar, ela é ilustrada pelo exemplo acima apontado, em que se procurou articular profissionais de saúde e de exercício sob a égide do SNS. Exemplos precursores deste, igualmente no seio do SNS, já haviam decorrido como é o caso do Serviço de Nutrição e Atividade Física do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, na Covilhã(15).
- A necessidade de cooperação interinstitucional decorre de no SNS não existirem condições logísticas para a prática de exercício físico supervisionado às populações anteriormente referidas com doenças crónicas. Assim, pelo menos numa primeira fase, deveriam ser estabelecidas parcerias entre o SNS e a comunidade, nomeadamente ginásios e academias de fitness, sendo que é aqui, na maioria dos casos, que será realizado o exercício físico prescrito.

Em relação a estes espaços, é crucial saber quais os meios disponíveis, e se os mesmos possibilitam o encaminhamento de utentes em segurança, considerando as condições de saúde e limitações que estes têm, não descurando a importância de planos de treino individualizados ao invés de planos padrão, uma vez que estes últimos têm em pouca consideração o tipo de limitações, comorbilidades e/ou outras características do indivíduo(8,16). Em todo o caso, as intervenções postas em prática no SNS ainda não estão estruturadas o suficiente para conseguir dar resposta às necessidades de todos os doentes crónicos que beneficiariam de uma prática de exercício regular (3).

Por outro lado, ser-se cliente de um ginásio não assegura o acompanhamento por um profissional de exercício com um mestrado na área de exercício e saúde ou nem mesmo com uma licenciatura, uma vez que para ter acesso ao título profissional de técnico de exercício físico (TEF) de acordo com o Decreto-Lei nº 39/2012, de 28 de agosto, é necessário que se satisfaça um dos seguintes requisitos: - licenciatura na área do desporto ou da educação física, tal como identificada pela Direção-Geral do Ensino Superior (DGES); - ou qualificação, na área da

manutenção da condição física (*fitness*), no âmbito do sistema nacional de qualificações, por via da formação ou através de competências profissionais adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida, reconhecidas, validadas e certificadas, nos termos do artigo 12º do Decreto-Lei nº 396/2007, de 31 de dezembro, e da respetiva regulamentação; qualificações profissionais reconhecidas nos termos da Lei nº9/2009, de 4 de março(17).

O poder-se proporcionar aos doentes fazer o exercício que necessitam, ou seja, a criação desta cooperação interinstitucional, sem detrimento da segurança e eficácia da prescrição do exercício, não tem forçosamente que colidir com interesses, compromissos ou vínculos laborais existentes. Bastará que venha a ser regulamentado pelas autoridades competentes que determinadas populações, que sejam medicamente enviadas para este tipo de locais, tenham de ser acompanhadas e estar sob a responsabilidade de profissionais com as qualificações universitárias e experiência profissional exigíveis.

1.3 Sobre a preparação dos profissionais de exercício

Segundo informação disponibilizada pela DGES na sua plataforma digital, em Portugal, no ano letivo de 2020/2021, existiam cerca de 108 cursos na área do desporto, sendo que aqui se incluíam 13 cursos técnicos superiores profissionais, 40 licenciaturas (1º ciclo), 47 mestrados (2º ciclo) e 8 doutoramentos (3º ciclo). Desta ampla oferta formativa, em relação a exercício e saúde existiam, apenas, 2 licenciaturas com este ramo, 9 mestrados e 1 doutoramento(18). Relativamente a cursos de técnico de especialista de exercício físico, no início de setembro de 2021, existiam 304 cursos certificados que permitiam o acesso ao título profissional de TEF(19).

De acordo com dados do Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), dos títulos profissionais de TEF válidos, 71% correspondem a indivíduos com licenciatura em educação física ou desporto obtida em Portugal, acrescentando 9% que possuem uma licenciatura na mesma área, mas realizada no estrangeiro. Admite-se que 20% dos títulos válidos pertencem a não licenciados e que, desta percentagem, 18% têm um curso de técnico de especialista de exercício físico(20).

Em Portugal, um profissional com o título de TEF está apto à prescrição de exercício em doentes crónicos, independentemente de ser detentor de uma licenciatura e/ou mestrado em exercício e saúde. Em alguns países, dos quais são exemplo a Alemanha, Austrália, África do Sul, Canadá, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido, entre outros, existem profissionais em exercício clínico, ou seja, profissionais responsáveis única e exclusivamente pelo acompanhamento de doentes crónicos. Por profissionais em exercício clínico entende-se: técnicos de exercício considerados profissionais de saúde com licenciatura ou mestrado e com experiência clínica que se especializaram na prescrição de exercício a doentes crónicos ou com elevado risco de desenvolver estas patologias, o que pressupõe estudá-las com alguma profundidade(16,21,22).

Os indivíduos com doença crónica ou com um problema de saúde prolongado que carece de exercício adequado representavam, em 2020, 43,2% da população portuguesa com idade igual ou superior a 16 anos, pelo que a prescrição de exercício físico nesta população não deve ser menosprezada(4). Apesar de os médicos serem fundamentais num primeiro contacto sobre a importância da atividade física e alterações de estilo de vida, é possível que não tenham tempo em consulta nem motivação suficientes para abordar o tema com a devida atenção, além de que estão menos capacitados que os profissionais de exercício para criar planos de exercício eficazes e ir monitorizando os progressos obtidos, procedendo aos necessários ajustes ao programa(23,24).

Sendo o binómio medicina-exercício físico essencial para a prestação de cuidados adequados a doentes crónicos, é primordial que existam profissionais de exercício diferenciados, que saibam adequar as características que advêm da patologia com os benefícios que podem ser alcançados com a prática de exercício físico e que partilhem com os médicos uma linguagem e preocupações comuns(16,23). Esse espírito, *medicalizado*, conhecimentos e capacidades deverão ser provenientes das escolas superiores de origem, naqueles alunos que desejem dedicar-se a este ramo de importância crescente.

1.4 Objetivos do estudo

Os principais objetivos definidos para este estudo são analisar como os profissionais de exercício físico com formação em Portugal autoavaliam:

- a formação e capacidades que possuem na área do exercício e saúde e as necessidades de melhoria na mesma;
- a existência de dificuldades na comunicação com a classe médica e a necessidade de estabelecer uma linguagem comum, a propósito dos pacientes a quem ministram programas de exercício.

1.5 Hipóteses gerais

As hipóteses que se colocam, considerando a literatura consultada durante a realização deste trabalho, são:

- H1: Profissionais de exercício com maior grau de formação académica sentem-se mais confiantes em prescrever exercício a doentes crónicos;
- H2: Os profissionais de exercício reconhecem as vantagens de estabelecer uma linguagem comum com os médicos na prescrição de exercício físico;
- H3: Os profissionais de exercício reconhecem a importância de prescrições de exercício a doentes crónicos integrados em equipas multidisciplinares.

2. Materiais e Métodos

2.1 Pesquisa bibliográfica

O trabalho foi iniciado pela seleção do tema a estudar, tendo sido efetuada uma pesquisa bibliográfica de modo a construir uma base teórica sólida, sendo esta essencial para a análise fundamentada da oferta existente em Portugal, tanto a nível de profissionais de exercício físico e do modo como os mesmos podem intervir na gestão de doentes crónicos, como da importância desta intervenção. Assim, foi feita a pesquisa em bases de dados de referência, englobando-se artigos cujo idioma fosse o inglês ou o português. A bibliografia cujo conteúdo foi considerado relevante para o projeto em questão foi incluída, independentemente do ano no qual havia sido publicada. Salienta-se que os artigos encontrados nesta área e referentes a Portugal foram poucos, uma vez que a maioria destes estudos reporta informação relativa a países onde o *exercício clínico* é um conceito com um papel bem definido e estruturado.

Com o intuito de ter conteúdo representativo da realidade nacional em relação à regulamentação da formação necessária para ser portador do título profissional de TEF e dos benefícios que advêm da prática de exercício pelos doentes crónicos, consultaram-se documentos produzidos pela DGES, IPDJ, DGS, INE (ver significado das siglas destas entidades da lista de acrónimos), bem como legislação publicada em Diário de República.

2.2 Tipo de Estudo

Este trabalho corresponde a um estudo observacional transversal, retrospectivo.

2.3 Caracterização da população e amostra em estudo

A população-alvo do presente trabalho de investigação foram os profissionais de exercício físico com o título profissional de TEF, segundo os requisitos publicados no Decreto-Lei nº39/2012, de 28 de agosto.

Neste estudo não foram realizados cálculos para a determinação do tamanho da amostra necessária, tendo-se a intenção de incluir o maior número possível de indivíduos com o título profissional de TEF que respondessem a um questionário por nós elaborado e enviado.

A amostra teve como critérios de inclusão profissionais de exercício com mestrado e/ou licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto e curso de técnico especialista de exercício físico (sem nível universitário).

Relativamente a critérios de exclusão, considerou-se o reconhecimento de qualificações obtidas no estrangeiro, nos termos da lei nº 9/2009 de 4 de março, pois apesar de tal conferir um grau

em igualdade de circunstâncias e válido para a obtenção da carteira profissional, o projeto incide na formação académica, ou outra, disponíveis em Portugal.

2.4 Questionário

Com o intuito de encontrar um questionário que permitisse dar resposta aos objetivos definidos para o presente trabalho de investigação, foi feita uma pesquisa bibliográfica. Dos poucos questionários encontrados, nenhum satisfazia os requisitos do projeto em causa. Assim, optou-se pelo desenvolvimento de um inquérito cujas questões fossem pertinentes para o tema em estudo.

A construção do questionário foi feita por etapas, tendo sido efetuadas diversas alterações até se conseguir chegar à versão final do mesmo, onde se pretendia assegurar que as questões eram adequadas, válidas e enquadradas com o tema. Esta versão foi finalizada com a concordância dos elementos da equipa de investigação e está disponível para consulta no Apêndice 1.

No momento em que abriam o questionário, os participantes tinham disponível uma explicação sumária sobre o projeto e o consentimento informado. Posto isto, numa primeira parte as questões incidiam na recolha de informação relativa a dados sociodemográficos e habilitações literárias. A segunda parte englobava perguntas relacionadas com a formação académica e profissional dos TEF, sendo que, nesta secção apenas quem respondesse afirmativamente à questão 6 tinha acesso à questão 7, avançando os outros diretamente para a questão 8; e o mesmo acontecia na questão 11, sendo que apenas os que respondiam “sim” acediam à questão 12, passando os restantes para a questão 13. A terceira parte do questionário, abordava os TEF sobre a comunicação com a classe médica, terminando com uma pergunta de resposta aberta relativa a sugestões de melhoria para a criação de uma linguagem comum entre médicos e TEF e/ou para facilitar a comunicação entre os mesmos.

No total, o questionário contava com 20 questões, sendo o tempo de resposta aproximadamente 6 minutos.

2.5 Recolha de dados

O questionário foi disponibilizado em formato online em *Google Forms*® e divulgado via e-mail pela Associação dos Ginásios e Academias de Portugal (AGAP) aos seus associados, além de ter sido anunciado na revista desta entidade, denominada Portugal Ativo. Esteve disponível entre os meses de novembro de 2021 e fevereiro de 2022.

Posteriormente, os dados foram processados estatisticamente de modo que fosse possível dar-se resposta às hipóteses formuladas.

2.6 Métodos estatísticos

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 25 e *Microsoft Office Excel*®, versão 16.59.

As variáveis que seguiam uma Escala do tipo *Likert* foram representadas sob a forma de mediana e amplitude interquartil e as variáveis categóricas através da sua frequência relativa (%) e absoluta (n). Os testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher foram usados para estabelecer associações significativas entre as habilitações literárias dos inquiridos e a confiança na prescrição de exercício físico a doentes crónicos. Nas questões cujo número disponível de respostas variou em relação à amostra total, o número total de casos válidos foi reportado.

A significância estatística foi aceite para valores de p inferiores a 0.05, para um intervalo de confiança de 95%.

2.7 Considerações éticas

Todos os dados processados foram obtidos de forma anónima e confidencial. A participação no estudo era totalmente voluntária, não existindo qualquer tipo de recompensa. O projeto foi submetido a avaliação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, tendo sido aprovado a 21 de setembro de 2021 (Anexo 1).

3. Resultados

3.1 Adesão ao questionário

101 indivíduos responderam ao inquérito. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi excluído um caso devido ao reconhecimento de qualificações obtidas no estrangeiro, nos termos da lei n.º 9/2009 de 4 de março, ficando a amostra final é composta por 100 respostas.

3.2 Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por TEF do sexo masculino (63,0%) e com idades compreendidas entre os 26 e 35 anos (41,0%), estando o intervalo de idades compreendido entre os 18 e os 55 anos. Dos inquiridos, 50,0% possuía uma Licenciatura, 45,0% um mestrado na área da Educação Física ou do Desporto e 5,0% um curso de técnico especialista de exercício físico. O principal fator a ter em conta na escolha desta área profissional foi o interesse pelo tema (90,0%), seguido das saídas profissionais (25,0%). 5,0% dos TEF que responderam ao questionário referiram outro motivo que levou a esta escolha (Tabela 1).

TABELA 1 | Caracterização da amostra.

Variável, % (n)	(n=100)
Faixa etária	
18 a 25 anos	30 (30,0)
26 a 35 anos	41 (41,0)
36 a 45 anos	18 (18,0)
46 a 55 anos	9 (9,0)
Maior ou igual a 56 anos	2 (2,0)
Género	
Masculino	63 (63,0)
Feminino	37 (37,0)
Habilitações literárias	
Curso de técnico especialista de exercício físico	5 (5,0)
Licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto	50 (50,0)
Mestrado na área da Educação Física ou do Desporto	45 (45,0)
Motivos para a escolha da área profissional	
Interesse pelo tema	90 (90,0)
Saídas profissionais	25 (25,0)
Outro	5 (5,0)

3.3 Formação dos profissionais com o título profissional de TEF e contexto laboral

59,0% dos profissionais admitiu que a sua formação profissional estava vocacionada para a prescrição de exercício físico, tanto a pessoas saudáveis como a doentes, e apenas 9,0% referiu uma prescrição de exercício físico preferencial em indivíduos doentes, sendo que 32% prefere prescrever exercício físico a saudáveis. 76,0% dos inquiridos mencionou ter interesse em trabalhar na área do exercício clínico, e destes, 76,3% sentiam ter a formação mínima necessária para serem um profissional em exercício clínico, enquanto 19,7% acreditava não possuir a formação mínima para tal. 11,0% dos indivíduos que respondeu à questão sobre o interesse em trabalhar na área do exercício clínico, isto é, em programas de exercício em que este é terapêutico, mas em que pode ter riscos acrescidos, refiram não ter interesse e 13% responderam “não sei ou nunca pensei no assunto” (Tabela 2).

TABELA 2 | Opinião sobre a formação dos profissionais com o título profissional de técnico de exercício físico (TEF).

Variável	% (n)	N
A sua formação profissional está mais vocacionada para:		100
Prescrição de exercício a doentes	9 (9,0)	
Prescrição de exercício a saudáveis	32 (32,0)	
Ambos	59 (59,0)	
Tem interesse em trabalhar na área do exercício clínico, ou seja, em programas de exercício em que este é terapêutico, mas que pode ter riscos acrescidos?		100
Não	11 (11,0)	
Sim	76 (76,0)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	13 (13,0)	
Sente que tem a formação mínima necessária para ser um profissional em exercício clínico?		76
Não	15 (19,7)	
Sim	58 (76,3)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	3 (3,9)	

N, número de casos disponíveis.

Os ginásios (87,0%) e os Centros de Reabilitação Física (49,0%) foram os locais mais referidos, quando os TEF foram inquiridos relativamente ao contexto laboral em que se sentem mais capazes de exercer a sua atividade profissional. Somente 24,0% mencionou sentir-se capaz de exercer a sua atividade laboral também em meio hospitalar. A maioria (80,0%) considerou que durante o curso de técnico especialista de exercício físico, bem como na licenciatura em Educação Física ou em Desporto, deveria existir uma individualização no ramo Exercício e Saúde, apesar de 73,0% afirmar que os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde disponíveis fornecem as ferramentas necessárias para a prescrição de exercício a doentes (Tabela 3).

Quase todos os inquiridos (93,0%) referiram desejar que certos profissionais de exercício fossem vistos como um profissional de saúde através do exercício físico, sendo que, dos que responderam afirmativamente a esta questão, 55,9% gostavam de ser vistos como um profissional de saúde por serem um profissional de exercício clínico (Tabela 3).

TABELA 3 | Opinião sobre o contexto laboral dos profissionais com o título de técnico de exercício físico (TEF).

Variável	% (n)	N
Contexto laboral em que se sente mais capaz de exercer a sua atividade		100
Meio hospitalar	24 (24,0)	
Ginásios	87 (87,0)	
Centros de reabilitação física	49 (49,0)	
A individualização do ramo exercício e saúde, como licenciatura ou mestrado, deveria estar presente durante o curso de técnico especialista de exercício físico ou na licenciatura em Educação Física ou em Desporto?		100
Não	9 (9,0)	
Sim	80 (80,0)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	11 (11,0)	
Acha que os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde permitem obter as ferramentas necessárias para se ser competente a prescrever exercício a doentes?		100
Não	17 (17,0)	
Sim	73 (73,0)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	10 (10,0)	
À semelhança dos fisioterapeutas, acha que faz sentido que certos profissionais de exercício se sintam e sejam vistos como profissionais de saúde através do exercício físico?		100
Não	5 (5,0)	
Sim	93 (93,0)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	2 (2,0)	
Uma vez ter respondido sim na questão anterior, gostaria mais de se ver em que papel?		93
Profissional de saúde como profissional de exercício clínico	52 (55,9)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	8 (8,6)	
Profissional de exercício em geral	33 (35,5)	

N, número de casos disponíveis.

3.4 Confiança na prescrição de exercício físico a doentes

A Tabela 4 analisa a relação entre o nível académico e a confiança na prescrição de exercício físico pelos TEF a doentes crónicos. Os profissionais com habilitações literárias mais avançadas referiram mais frequentemente haver uma necessidade de individualização do ramo exercício e saúde durante o curso de TEF ($p=0.008$). No entanto, a preferência de prescrição de exercício físico consoante o estado clínico dos utentes ($p=0.792$) ou a opinião sobre a adequação dos cursos de Exercício e Saúde ($p=0.634$) não diferiram significativamente de acordo com as habilitações literárias.

TABELA 4 | Características inerentes à confiança na prescrição de exercício físico a doentes de acordo com as habilitações literárias.

Questão	Habilitações literárias na área da Educação Física ou Desporto			Valor P
	Curso técnico (n=5)	Licenciatura (n=50)	Mestrado (n=45)	
A sua formação profissional está mais vocacionada para a prescrição de exercício a doentes ou a saudáveis?				0.792
Prescrição de exercício a doentes	0 (0,0)	5 (10,0)	4 (8,9)	
Prescrição de exercício a saudáveis	2 (40,0)	18 (36,0)	12 (26,7)	
A ambos	3 (60,0)	27 (54,0)	29 (64,4)	
A individualização do ramo exercício e saúde, como licenciatura ou mestrado próprio, em alternativa ao de treino desportivo, deveria estar presente durante o curso de técnico especialista de exercício físico ou na licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto?				0.008
Não	0 (0,0)	5 (10,0)	4 (8,9)	
Sim	2 (40,0)	42 (84,0)	36 (80,0)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	3 (60,0)	3 (6,0)	5 (11,1)	
Acha que os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde permitem obter as ferramentas necessárias para se ser competente a prescrever exercício a doentes?				0.634
Não	2 (40,0)	8 (16,0)	7 (15,6)	
Sim	3 (60,0)	36 (72,0)	34 (75,6)	
Não sei ou nunca pensei no assunto	0 (0,0)	6 (12,0)	4 (8,9)	

3.5 Comunicação interprofissional

A Tabela 5 representa o nível de concordância com afirmações relativas à comunicação entre os profissionais com o título profissional de TEF e os médicos. Por AIQ entende-se amplitude interquartil.

O nível mediano mais baixo foi registado no que toca à recetividade dos médicos em estabelecer uma comunicação direta com os TEF (Mediana= 3,0; AIQ= 1,0) e à capacidade dos médicos entenderem terminologia utilizada pelos TEF (Mediana= 3,0; AIQ= 1,0).

No que diz respeito à necessidade de existirem unidades curriculares sobre o conhecimento médico relacionado com o exercício físico durante a formação dos TEF e da existência de comunicação direta com os médicos prescritores o grau de concordância foi máximo (Mediana= 5,0; AIQ=1,0).

TABELA 5 | Comunicação entre médicos e profissionais com o título profissional de técnico de exercício físico (TEF).

Questão	Mediana	AIQ
Sinto-me capaz de entender a linguagem dos médicos quando eles indicam os objetivos clínicos da prática de determinados exercícios e/ou dos seus riscos e/ou das suas contraindicações?	4,0	2,0
Acho que a classe médica entende a terminologia utilizada pelos técnicos de exercício físico, quando estes se referem aos diferentes tipos de exercícios ou suas intensidades?	3,0	1,0
Na formação em exercício e saúde/clínico deveriam existir unidades curriculares necessárias para compreender a linguagem médica, as doenças, limitações funcionais e riscos destas relacionados com o exercício.	5,0	1,0
Gostaria de ter comunicação direta com os médicos que me enviassem pacientes para fazer exercício.	5,0	1,0
Durante a minha prática profissional já senti falta de ter uma linha de comunicação direta ou reuniões com os médicos para discutir o caso de um cliente.	4,0	2,0
Acho que os médicos estão recetivos a uma linha de comunicação direta com os TEF ou instituições a quem enviam os seus doentes.	3,0	1,0
No curso de Medicina deveriam existir unidades curriculares que permitissem entender a linguagem usada pelos TEF, os efeitos provocados pelo exercício e padrões de movimentos, para facilitar uma linguagem comum.	4,0	1,0

AIQ, amplitude interquartil; TEF, técnico de exercício físico.

Em relação à questão 20, cuja resposta era aberta, obteve-se um grau elevado de heterogeneidade nas opiniões dadas e deste modo as respostas dadas foram agrupadas em dois grupos: um grupo onde se consideraram as respostas dos indivíduos que não tinham qualquer tipo de sugestão, e um segundo grupo que englobava pontos comuns como o reforço do número de reuniões multidisciplinares e a criação de disciplinas em comum entre o currículo médico e o dos cursos que permitem o acesso ao título profissional de TEF. Neste segundo grupo registaram-se 65 sugestões.

4. Discussão

A prática regular de atividade física, bem como a necessidade de níveis adequados da mesma, é um tema amplamente disseminado e com créditos devidamente atribuídos na área da prevenção. São vários os estudos que comprovam o seu papel fundamental como terapêutica não farmacológica em diversas patologias, quer sejam estas agudas ou crónicas. O SNS já reconheceu a importância quer da atividade física quer do exercício físico nos doentes crónicos, desenvolvendo projetos para a promoção AF, porém, existem dificuldades no que toca à prescrição de exercício físico a este subgrupo populacional. Estes entraves à prescrição prendem-se com diversos motivos, dos quais se podem destacar: a carência de formação adequada e motivação dos médicos na prescrição de exercício físico; a falta de recursos logísticos no SNS que possibilitem a prática de exercício físico por doentes crónicos; e por último, mas não menos importante, a necessidade de profissionais de exercício competentes e com formação adequada à prescrição de exercício físico a estes indivíduos, que lhes possam proporcionar uma supervisão adequada e dirigida às suas necessidades(3,13–15).

Deste modo, o presente trabalho tinha como objetivo analisar como os profissionais de exercício físico, com formação em Portugal, autoavaliavam a formação e capacidades que possuem na área do Exercício e Saúde e as dificuldades na comunicação com a classe médica. Pretendia-se, também, objetivar se existiam diferenças no grau de confiança a prescrever exercício a um doente crónico, consoante o nível de habilitações literárias que o TEF prescriptor possuir. Utilizou-se uma amostra de 100 indivíduos com o título profissional de TEF.

Os resultados deste estudo demonstram que no que toca às habilitações literárias, 50,0% dos TEF têm uma Licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto, 45,0% um mestrado na mesma área e 5,0% um curso de técnico de especialista de exercício físico, sendo que aquando da escolha da área profissional, 90,0% refere que o principal fator a ter em conta foi o interesse pelo tema. Estes achados referentes às habilitações literárias vão de encontro à realidade nacional de acordo com dados fornecidos pelo IPDJ(20).

Os resultados obtidos relativamente à opinião que os TEF com formação em Portugal têm desta, revelam que: 59,0% tem uma formação profissional vocacionada para a prescrição de exercício tanto a indivíduos saudáveis como a doentes, sendo que apenas 9,0% refere ter formação profissional para prescrever exercício físico a indivíduos doentes. 76,0% menciona ter interesse em trabalhar na área do exercício clínico, e destes, 76,3% sente ter a formação mínima para tal, mas 19,7% acredita não ter a formação mínima necessária para essa finalidade apesar de ter vontade de trabalhar nesta área. Ainda que 73,0% afirme que os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde, passíveis de serem realizados, permitam a obtenção das ferramentas mínimas necessárias para a prescrição de exercício a doentes, a grande maioria, isto é, 80,0%, refere que, tanto durante o curso de técnico de especialista de exercício físico, como na

licenciatura em Educação Física ou em Desporto, já deveria existir uma individualização no ramo Exercício e Saúde. Acrescentar a isto, vem o facto de que, em relação ao contexto laboral no qual os TEF se sentem mais capazes de exercer a sua atividade profissional, 87,0% prefere fazê-lo em ginásios, 49,0% em centros de reabilitação física, e somente 24,0% se sentem capazes de exercer em meio hospitalar. Estes dados objetivados refletem as particularidades que existem no uso de exercício físico como um dos pilares na gestão de doentes crónicos descritas na literatura, uma vez que é reconhecido pelos TEF, que responderam ao questionário, a necessidade de formação direcionada para orientar portadores de patologias crónicas. Da análise deste trabalho, obteve-se também que, à semelhança do que acontece com os fisioterapeutas, 93,0% acha que certos profissionais de exercício deveriam ser vistos como um profissional de saúde através do exercício físico, e destes, 55,9% gostaria de ser considerado um profissional de saúde por ser um profissional de exercício clínico.

Aquando da realização de testes de inferência estatística para averiguar se existiam diferenças significativas entre o nível académico e a confiança na prescrição de exercício físico pelos TEF a doentes crónicos, pôde-se averiguar que profissionais com habilitações académicas mais avançadas, referem mais comumente a necessidade de individualização do ramo Exercício e Saúde durante os cursos disponíveis para a obtenção do título profissional desta classe. Tais resultados mostram que uma maior qualificação universitária permite uma melhor identificação dos riscos, facilmente mesuráveis, que podem advir de uma intervenção desadequada a um doente crónico no âmbito de uma prescrição de exercício físico que não tenha em consideração as limitações, interações e necessidades especiais das quais estes indivíduos podem ser portadores.

Consoante as habilitações literárias do grupo estudado, não foram encontradas diferenças significativas relativamente à prescrição de exercício físico considerando o estado de saúde de um indivíduo ou a opinião sobre os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde.

É de conhecimento consensual que a orientação de indivíduos saudáveis em relação à prática de exercício físico difere, em muitos aspetos da que deve ser feita a doentes crónicos(9). Vários são os países que reconheceram a importância de ter profissionais em exercício clínico como os responsáveis pela prescrição de exercício e seu acompanhamento em doentes crónicos. O grau de profissional em exercício clínico está disponível apenas a pessoas com uma licenciatura ou mestrado e experiência clínica que se dedicaram ao estudo de patologias crónicas com um mínimo de profundidade, o que lhes possibilita, assim, uma prescrição de exercício orientada e estruturada de acordo com as comorbilidades e/ou multimorbilidades das pessoas que façam parte deste grupo (16,21,22). Existem licenciaturas com o ramo de exercício e saúde, mestrados e até doutoramentos nesta área em Portugal. Contudo sabe-se que, no nosso país, um indivíduo com o título profissional de TEF, independentemente das habilitações literárias que lhe permitiram a obtenção do mesmo, está apto para a prescrição de exercício físico a um portador

de uma patologia crónica(17). Idealmente, tal não deveria acontecer visto que, não obstante a formação que é disponibilizada a estes profissionais no campo de anatomia, fisiologia do corpo humano e patologias mais prevalentes, não existe, tal como nos países onde o exercício clínico tem um papel já bem claro, transmissão de conhecimentos aprofundados relativamente às doenças que levam as pessoas a serem encaminhadas para programas de exercício físico, aos riscos aumentados do exercício que nelas podem causar ou, ainda, a eventuais interações importantes da farmacoterapia utilizada com o exercício, o grau de limitações funcionais que os problemas médicos presentes acarretam e as limitações que irão, conseqüentemente, condicionar a escolha dos planos de treino a serem realizados(18,21,25).

O SNS, tendo conhecimento das barreiras existentes nas qualificações universitárias e experiência profissional dos TEF, bem como da pouca sensibilidade da maioria dos médicos para a AF e exercício físico e seus escassos conhecimentos nesta área, tentou colmatar estes défices com a promoção do trabalho multidisciplinar e cooperação interprofissional entre a classe médica e os profissionais de exercício, ao criar projetos como os que foram previamente mencionados na introdução deste trabalho. Todos estes projetos têm em comum o facto de que é essencial que os médicos possam encaminhar os utentes, cujas patologias sejam suscetíveis de melhoria com a prática de exercício físico, para ambientes capacitados de dar resposta às mesmas. Atualmente, e tendo em conta o défice que existe na regulamentação por autoridades competentes para que estes utentes sejam acompanhados por profissionais com formação adequada e direcionada para o Exercício e Saúde, uma das soluções para o problema assenta numa boa e fácil relação entre profissionais da classe médica e do exercício.

Efetivamente, dado que 43,2% da população portuguesa com idade igual ou superior a 16 anos padece de alguma doença ou um problema de saúde prolongado devido a uma prática de exercício inadequado, torna-se impensável, quer em termos médicos quer monetários, não garantir a assistência adequada a estes indivíduos no que toca à prática de exercício físico(4).

Os recursos são escassos e a regulamentação precária, o que, conseqüentemente, nos leva a repensar o modo de trabalhar e de cooperar, só assim garantindo uma melhor prestação de serviços aos utentes. Um pilar essencial para esta entajuda é, sem dúvida, uma comunicação entre médicos e TEF mais acessível e facilitada. Todavia, a imprescindibilidade desta comunicação esbarra na muito diferente capacidade de entender em que consistem as doenças, os riscos e limitações que elas conferem ao exercício e as suas eventuais necessidades de formas específicas de exercício, entre os profissionais da medicina e do exercício bem como na terminologia corrente utilizada por uns e outros.

A única solução para esta barreira passa pelas universidades de uns e outros, que deverão: - aos alunos de medicina proporcionar conhecimentos sobre AF e EF, seus efeitos benéficos e maléficis e familiarizar os futuros médicos com a terminologia corrente neste contexto; - e aos alunos de exercício e saúde dar-lhes uma linguagem e raciocínio mais “*medicalizados*”, fazendo-

os entender em que consistem as doenças dos seus utentes de programas de EF e tornando-os aptos a entender a terminologia médica a tal propósito.

Na sequência destes pressupostos, abordou-se o tema da comunicação interprofissional entre médicos e TEF, obtendo-se os seguintes resultados: no que concerne à necessidade da existência de unidades curriculares sobre o conhecimento médico relacionado com o exercício físico durante a formação dos TEF, e à existência de comunicação direta com os médicos que enviam os seus doentes para a prática de exercício físico, o grau de concordância foi máximo (Mediana= 5,0; AIQ= 1,0); por sua vez, obteve-se um nível mediano mais baixo no que diz respeito à recetividade dos médicos em estabelecer uma comunicação direta com os TEF, ou instituições para quem enviam os seus doentes, e à capacidade dos médicos entenderem os termos utilizados pelos TEF (Mediana= 3,0; AIQ= 1,0).

Por último, os TEF inquiridos responderam a uma questão com resposta aberta em relação a sugestões para a criação de uma linguagem comum entre médicos e profissionais de exercício físico e/ou para melhorar a comunicação já existente entre eles. Como seria de esperar, houve uma disparidade considerável nas respostas dadas, mas obtiveram-se 65 sugestões, todas elas focando a necessidade de reforçar o número de reuniões multidisciplinares e a criação de disciplinas em comum entre o currículo formativo médico e o dos cursos que permitem o acesso ao título profissional de TEF.

Indubitavelmente, os TEF reconhecem que é primordial criar disciplinas durante a sua formação que lhes possibilitem obter conhecimentos médicos capitais para compreenderem os motivos pelos quais um indivíduo com determinada patologia é enviado para programas de exercício, sendo, também, de extrema importância uma linha de comunicação com os clínicos que enviam estes mesmos doentes para estes programas, e que estes compreendam a terminologia usada pelos TEF. Tais dados obtidos podem ser corroborados pela literatura consultada para a elaboração do presente estudo. *Maiorana et al*, num artigo que visava opinar sobre o facto de a prescrição de exercício físico não ser apenas para médicos, havendo benefícios na partilha dos cuidados fornecidos a portadores de doenças crónicas com os profissionais de exercício físico, fala da importância e necessidade crescentes de uma comunicação bidirecional entre estas classes profissionais. O autor e os seus colegas, descreviam, por exemplo, o envio de relatórios escritos pelos TEF, aos médicos, com os progressos do doente e, caso este desenvolva novos sintomas ou agrave os pré-existentes, tal também deve constar no relatório, sendo que o médico tem a função de rever os mesmos, ajustar o tratamento caso necessário, antes da prática de exercício físico voltar a ser retomada(22). Tal só pode ser possível caso haja um domínio adequado das terminologias usadas por ambas as classes profissionais, na medida em que só assim se conseguem diminuir as barreiras que podem advir de uma inadequada compreensão dos termos empregues, quer por médicos quer por TEF.

Por outro lado, é reconhecido pelos inquiridos que esta comunicação por vezes é dificultada por uma recetividade escassa por parte dos médicos. Apesar dos esforços direcionados à pesquisa,

educação e legislação para tornar o exercício físico como um alicerce da prevenção secundária e terciária, em vez de apenas ser um dos constituintes da prevenção primordial e da primária, estes ainda estão aquém do que pode efetivamente ser feito. No momento da prescrição, ainda são poucos os médicos que preferem experimentar uma abordagem não farmacológica em detrimento de uma farmacológica(26). Este entrave à cada vez mais falada e mais necessária medicina do estilo de vida, de que a AF e exercício físico são constituintes, tem a ver sobretudo com o sistema de ensino médico tradicional, a que a indústria farmacêutica também não será estranha. Culturalmente assiste-se, ainda, à ideia de que tratar uma doença passa primeiro pelo controlo de sintomas e só talvez mais tarde pelo tratamento da etiologia, e com este modo de pensar é mais eficaz a prescrição de determinado fármaco ao invés de incentivar à integração em programas de exercício físico, sendo que estes últimos têm um efeito mais demorado(23,24). É importante salientar, que de modo nenhum defendemos a ideologia de que a medicina do estilo de vida, em geral e o exercício físico, em particular, devam ser vistos como alternativas às terapêuticas farmacológicas na gestão de doentes crónicos, mas sim como formas terapêuticas insubstituíveis, eficazes e de reduzido custo.

Estudos desenvolvidos pelo Programa Nacional para a Promoção da AF revelam que o número de médicos a promover a prática de atividade física é elevado. Contudo promover atividade física é diferente de prescrever exercício físico(1,2, 3). Outros dados publicados pela mesma entidade, fazem referência ao facto de que, em Portugal não existem ainda guias práticos de referência para a prescrição de exercício físico em populações com doença crónica ou *populações especiais*, sendo que a criação destes é necessária no nosso país, apesar de a mesma já se ter iniciado em 2021. O aparecimento destas orientações dirigidas vai permitir uma adequação daquilo que os médicos recomendam em termos de exercício físico às características destes subgrupos populacionais(3).

Os primeiros passos já estão dados no sentido de melhorar o SNS, no que diz respeito às recomendações da prescrição de exercício a doentes crónicos, ficando a faltar o reaproveitamento e reestruturação dos recursos já disponíveis, mesmo fora dele, mediante parcerias e acordos de cooperação, educar mais e melhor os intervenientes nestas ações, e propiciar ambientes com profissionais capacitados para pôr em prática as medidas adotadas.

Ouvir ambas as partes e perceber as dificuldades que existem no terreno é essencial para conseguir dar resposta às fragilidades existentes, resolvendo-as quando possível e contornando-as caso não exista uma alternativa viável. As recomendações criadas devem ser feitas em parceria com as diferentes entidades que podem ajudar neste processo de forma a tornar a prescrição de exercício físico e sua exequibilidade, no sentido clínico do mesmo, como prática comum no nosso país.

O exercício físico, enquanto coadjuvante terapêutico no controlo de doenças crónicas, é suportado na íntegra pela literatura científica existente. O estudo da importância dos TEF para

alcançar os potenciais benefícios dos programas de exercício físico na gestão de doentes crónicos é algo pouco explorado em Portugal. Assim eles sejam adequadamente enquadrados.

Considera-se que os dados objetivados com a realização do presente estudo assumem particular relevância, na medida em que se estão a dar passos importantes no seio do SNS para integrar o exercício físico como estratégia a ser considerada aquando da abordagem de um doente crónico, havendo poucos trabalhos que explorem a realidade nacional em relação a esta perspetiva.

5.1 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações nomeadamente no campo da amostra. Apesar de não terem sido efetuados cálculos para a determinação do tamanho da amostra, pretendendo-se incluir o maior número possível de respostas, acredita-se que esta tenha um número diminuto de elementos tendo em conta a população-alvo em estudo. Por isso o consideramos um estudo piloto.

O facto de não existir um outro estudo semelhante, realizado na mesma população, impede uma comparação atual dos resultados obtidos.

A análise deste trabalho por uma equipa composta por uma estudante do Mestrado Integrado em Medicina e um médico especialista na área, pode induzir um viés na interpretação dos resultados que foram obtidos, uma vez que tais foram analisados da perspetiva médica.

5. Conclusões

A maioria dos TEF inquiridos possuía uma Licenciatura em Educação Física ou Desporto ou um mestrado e o fator preponderante que os levou a escolher esta área profissional foi o interesse no tema. Somente uma percentagem reduzida referiu ter uma formação profissional mais vocacionada para a prescrição de exercício físico a indivíduos doentes. Apesar de uma percentagem considerável dos inquiridos dizerem ter interesse em trabalhar na área do exercício clínico, quase um quinto acredita não possuir as qualificações necessárias para tal.

De um modo geral, os TEF consideram que existem cursos cujo tema é o Exercício e Saúde que permitem obter as ferramentas necessárias para prescrever exercício a doentes crónicos. A grande maioria considera, também, que é importante individualizar o ramo Exercício e Saúde já durante os cursos de técnicos de especialista de exercício físico e na Licenciatura em Educação Física ou Desporto. Relativamente às habilitações literárias, destaca-se que TEF com uma formação académica mais diferenciada reconhecem a necessidade desta individualização mais precocemente.

Os TEF assentem que a comunicação interprofissional com a classe médica é essencial, tal como criar unidades curriculares durante a sua formação para assim lhes ser possível um melhor entendimento das patologias crónicas e capacitá-los para a referida comunicação.

Considera-se oportuno o desenvolvimento de novas investigações neste tema, uma vez que o mesmo é ainda pouco explorado e o presente trabalho tem as limitações referidas.

6. Bibliografia

1. Caspersen C, Powell K, Christenson G. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research Synopsis. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126–31.
2. Dasso NA. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nursing Forum.* 2019 Jan 1;54(1):45–52.
3. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física [Internet]. Lisboa; 2020 Dec. Available from: www.dgs.pt
4. INE. Estatísticas da Saúde: 2019 [Internet]. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2021 [consultado em janeiro de 2022]. Disponível em: www.ine.pt/xurl/pub/257483090
5. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet.* 2016 Jul 27;388(10051):1311–24.
6. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports.* 2015 Sep 16;25:1–72.
7. Bullard T, Ji M, An R, Trinh L, MacKenzie M, Mullen SP. A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: Cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health.* 2019 May 24;19(1):1–11.
8. Barker K, Eickmeyer S. Therapeutic Exercise. *Med Clin North Am.* 2020 Mar;104(2):189–98.
9. Durstine JL, Moore GE, Painter PL, American College of Sports Medicine. ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. 4th ed. United States: Champaign, IL : Human Kinetics; 2016. 1–416 p.
10. WHO. WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR [Internet]. World Health Organization. 2020 [consultado em fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
11. Okely AD, Kontsevaya A, Ng J, Abdeta C. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. *Sports Medicine and Health Science.* 2021 Jun 1;3(2):115–8.

12. Sinnott C, Hugh SM, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* [Internet]. 2013;3.
13. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 8932/2017 | DRE [Internet]. Diário da República nº 195/2017, Série II. 2017 [consultado em fevereiro de 2022]. p. 22878–9. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8932-2017-108275649>
14. Mendes R, Silva MN, Silva CS, Marques A, Godinho C, Tomás R, et al. Physical activity promotion tools in the portuguese primary health care: An implementation research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan 28;17(3).
15. FCS. DGS Reconhece o Pioneirismo do Serviço de Nutrição do CHUCB [Internet]. FCS- Universidade da Beira Interior. 2019 [consultado em fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.ubi.pt/Sites/fcsaude/pt/Noticia/445>
16. Soan EJ, Street SJ, Brownie SM, Hills AP. Exercise physiologists: Essential players in interdisciplinary teams for noncommunicable chronic disease management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2014 Jan 29;7:65–8.
17. Assembleia da República. Lei n.º 39/2012 [Internet]. Diário da República n.º 166/2012, Série I de 2012-08-28. 2012 [consultado em janeiro de 2022]. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/303177/lei-39-2012-de-28-de-agosto>
18. DGES. Pesquisa de Cursos e Instituições | DGES [Internet]. Direção Geral do ensino superior. [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/pt/pesquisa_cursos_instituicoes?canal=sou-estudante&instituicao=&cursos=desporto&distrito=&tipo_ensino=&tipo_estabelecimento=&rea=&tipo_curso=
19. IPDJ. Técnico de Exercício Físico - IPDJ [Internet]. Instituto Português do Desporto e Juventude. 2021 [consultado em setembro de 2021]. Disponível em: <https://ipdj.gov.pt/tecnico-de-exercicio-fisico>
20. IPDJ. Infografia dos Técnicos de Desporto em Portugal [Internet]. Departamento de Formação e Qualificação do IPDJ, IP. 2022 [consultado em março de 2022]. Disponível em: https://ipdj.gov.pt/documents/20123/124130/infografiaDFQ_2022_100322.pdf/6e13de49-76bb-7a61-5d62-7d1b823aad16?t=1647021646391
21. Franklin B, Fern A, Fowler A, Spring T, Dejong A. Exercise physiologist's role in clinical practice. *British Journal of Sports Medicine*. 2009 Dec 2;43(2):93–8.

22. Maiorana A, Levinger I, Davison K, Smart N, Coombes J. Exercise prescription is not just for medical doctors: the benefits of shared care by physicians and exercise professionals. Vol. 0, British journal of sports medicine. NLM (Medline); 2016. p. 879–80.
23. O'Regan A, Pollock M, D'Sa S, Niranjan V. ABC of prescribing exercise as medicine: a narrative review of the experiences of general practitioners and patients. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2021 Jun 2;7(2).
24. Matheson GO, Klügl M, Dvorak J, Engebretsen L, Meeuwisse WH, Schwellnus M, et al. Responsibility of sport and exercise medicine in preventing and managing chronic disease: Applying our knowledge and skill is overdue. Vol. 45, *British Journal of Sports Medicine.* BMJ Publishing Group; 2011. p. 1272–82.
25. Simonson SR. Establishing common course objectives for undergraduate exercise physiology. *Adv Physiol Educ [Internet].* 2015;39:295–308.
26. Associatins for Physical Activity P. *Physical Actitivty in the Prevention of Treatment and Desease.* 2nd ed. swedish national institute of public health r 2010:14; 2010.

7. Apêndice

Apêndice 1: Questionário relativo à autoavaliação dos profissionais de exercício físico na prescrição do mesmo a doentes

Autoavaliação dos Profissionais de Exercício Físico na Prescrição do Mesmo a Doentes

Na sua qualidade de profissional de exercício físico, pedimos-lhe que gaste cerca de seis minutos a responder ao presente questionário sobre “Autoavaliação dos Profissionais de Exercício Físico na Prescrição do Mesmo a Doentes”.

O objetivo do estudo é analisar como os profissionais de exercício se autoavaliam na sua capacidade de prescrição de exercício aos doentes que dele necessitam.

Foi elaborado por uma equipa de investigação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, liderada pelo professor desta universidade, Prof. Dr. J.L. Themudo Barata, especialista em Medicina Desportiva e os dados obtidos servirão para a elaboração da tese de Mestrado Integrado da aluna finalista de Medicina da referida universidade, Adriana Maria Moita Dias e também para serem publicados como artigo científico.

Os investigadores não terão benefícios financeiros ou quaisquer outros, para além do seu objetivo académico e científico. A confidencialidade de quem responde está assegurada a três níveis:

- Os dados fornecidos apenas serão acedidos pelos investigadores;
- As respostas não poderão ser ligadas a quem as deu, pois serão utilizadas sob codificação, tendo a metodologia sido aprovada pelo Concelho de Ética da universidade;
- Os dados recolhidos servirão apenas para uso neste trabalho de investigação.

Qualquer questão, dúvida ou informação adicional da qual sinta necessidade para a sua decisão, poderá ser-nos transmitida para o endereço de e-mail: a35315@fcsaude.ubi.pt ou para tbarata@fcsaude.ubi.pt.

Dados sócio-demográficos e dados relativos à atividade profissional

1. Faixa etária

- 18 a 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- 46 a 55 anos
- Maior ou igual a 56 anos

2. Género

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Prefiro não dizer

3. Formação para a obtenção do título profissional de Técnico de Exercício Físico:

- Curso de técnico especialista de exercício físico (sem nível universitário)
- Reconhecimento de qualificações obtidas no estrangeiro, nos termos da lei nº. 9/2009 de 4 de março.
- Licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto
- Mestrado na área da Educação Física ou do Desporto

Formação Académica e Profissional

Assinale APENAS 1 resposta por pergunta EXCEPTO nas questões 4 e 8 (assinaladas com **), as quais permitem mais do que uma opção de resposta.

Exercício clínico- exercício em doentes ou com limitações

4. ** Quais os motivos que o/a levaram a escolher a sua área profissional?

- Saídas profissionais
- Interesse pelo tema
- Outro

5. Na sua opinião a sua formação profissional está mais vocacionada para a prescrição de exercício a doentes ou a saudáveis?

- Prescrição de exercício a doentes
- Prescrição de exercício a saudáveis
- A ambos
- Não sei ou nunca pensei no assunto

6. Tem interesse em trabalhar na área do exercício clínico, ou seja, em programas de exercício em que este é terapêutico, mas que pode ter riscos acrescidos?

- Sim
- Não
- Não sei ou nunca pensei no assunto

7. Sente que tem a formação mínima necessária para ser um profissional em exercício clínico?

- Sim
- Não
- Não sei ou nunca pensei no assunto

8. ** Em que contexto laboral se sente mais capaz de exercer a sua atividade como profissional de exercício?

- Meio hospitalar
 Centros de reabilitação Física
 Ginásios

9. Na sua opinião, a individualização do ramo exercício e saúde, como licenciatura ou mestrado próprio, em alternativa ao de treino desportivo, deveria estar presente durante o curso de técnico especialista de exercício físico ou na licenciatura na área da Educação Física ou do Desporto?

- Sim
 Não
 Não sei ou nunca pensei no assunto

10. Acha que os cursos, mestrados e/ou pós-graduações em Exercício e Saúde permitem obter as ferramentas necessárias para se ser competente a prescrever exercício a doentes?

- Sim
 Não
 Não sei ou nunca pensei no assunto

11. À semelhança dos fisioterapeutas, acha que faz sentido que certos profissionais de exercício se sintam e sejam vistos como profissionais de saúde através do exercício físico?

- Sim
 Não
 Não sei ou nunca pensei no assunto

12. Uma vez ter respondido sim na questão anterior, gostaria mais de se ver em que papel?

- Profissional de exercício em geral
 Profissional de saúde como profissional de exercício clínico
 Não sei ou nunca pensei no assunto

Comunicação com os Médicos

Nesta parte cada questão tem uma resposta numerada de 1 a 5, que corresponde:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo na maioria
- 3- Indiferente
- 4- Concordo na maioria
- 5- Concordo totalmente

13. Sinto-me capaz de entender a linguagem dos médicos quando eles indicam os objetivos clínicos da prática de determinados exercícios e/ou dos seus riscos e/ou das suas contraindicações?

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

14. Acho que a classe médica entende a terminologia utilizada pelos técnicos de exercício físico quando estes se referem aos diferentes tipos de exercícios ou suas intensidades?

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

15. Na formação dos futuros profissionais de exercício e saúde e/ou de exercício clínico deveriam existir Unidades Curriculares que lhe dessem capacidade para compreender a linguagem médica, bem como em que consistem as doenças que levam as pessoas a ser enviadas para programas de exercício físico, os riscos aumentados do exercício que elas podem causar ou ainda eventuais interações importantes da medicação com o exercício, ou ainda o grau de limitações funcionais que o(s) problema(s) médico(s) presente(s) acarreta(m) e as limitações ao exercício a que obrigam.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

Autoavaliação dos TEF na prescrição de exercício físico a doentes crónicos: estudo-piloto

16. Gostaria de ter comunicação direta com os médicos que me enviassem pacientes para fazer exercício.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

17. Durante a minha prática profissional já senti falta de ter uma linha de comunicação direta com os médicos das pessoas que vêm ter comigo, ou reuniões com eles para discutir o caso de um cliente.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

18. Acho que os médicos estão receptivos a uma linha de comunicação direta com os técnicos de exercício ou instituições para quem enviam os seus doentes.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

19. Entendo que no curso de Medicina deveriam existir Unidades Curriculares que dessem capacidades aos futuros médicos de entender a linguagem usada pelos técnicos de exercício físico e para conhecerem os diferentes efeitos provocados pelas diversas formas e intensidades de exercício e padrões de movimentos, de modo a facilitar uma linguagem comum entre médicos e profissionais de exercício.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

20. Tem alguma sugestão para a criação de uma linguagem comum entre médicos e técnicos de exercício físico e/ou para facilitar a comunicação entre eles?

Nesta questão pede-se uma resposta curta com um limite máximo de 150 caracteres.

8. Anexo

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-055:ID1067

Na sua reunião de 21 de setembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Autoavaliação dos profissionais de exercício físico na prescrição do mesmo a doentes**”, da proponente **Adriana Maria Moita Dias**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-055.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS
SANTOS
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2021.10.08 09:42:07+01'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)