

Nadine Sofia Oliveira Barreiras e facilitadores para a
Gomes implementação do programa do
programa Split.OA: um estudo
qualitativo

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em
Condições Músculo-Esqueléticas

Relatório de Projeto de Investigação

ORIENTADORA

Professora Doutora Daniela Costa

COORIENTADOR

Professor Luís Alexandre Moniz

Setúbal, novembro 2023

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizado sob orientação científica da Professora Doutora Daniela Costa e coorientação do Professor Luís Alexandre Meneses Moniz.

[DECLARAÇÕES]

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

O candidato,

(Nadine Sofia Oliveira Gomes)

Setúbal, 20 de novembro de 2023

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

A orientadora,

(Daniela Sofia Albino Costa)

Setúbal, 20 de novembro de 2023

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Daniela Costa, por acreditar neste projeto, sem o apoio, orientação e motivação, isto nunca seria possível. Obrigada pelo voto de confiança dado até ao último momento.

Ao professor Luís Alexandre Moniz, por toda a ajuda prestada, por todos esclarecimentos tirados. É, sem dúvida, um exemplo enquanto fisioterapeuta na área de investigação.

À minha querida amiga e colega de mestrado, Flávia Gonçalves, por partilhar comigo esta viagem atribulada, por nos ajudarmos mutuamente a quilómetros de distância, para além de desafios, o mestrado também nos traz pessoas especiais. Ao Miguel Curto, por também fazer parte desta viagem de dois anos e nos aturar em momentos críticos.

Obrigado aos meus colegas de turma pelo companheirismo e amizade durante este mestrado.

À minha família por me apoiarem nestes dois anos, por suportarem e compreenderem as minhas ausências, obrigada por estarem sempre presentes, imensamente grata pela força que me foram dando.

Aos meus amigos, Carina, Liliana, Marta, Mariana(s), Joana(s), Adriana, Vasco, Valéria por me obrigarem a sair de casa, mas sobretudo, por me animarem sempre e ouvirem os meus desabafos.

A todos os participantes deste estudo, por me terem permitido a minha investigação e pelo trabalho incrível que fazem todos os dias em prol da Fisioterapia.

Por último, mas não menos importante, ao meu melhor amigo e amor João Vieira, por não me deixar desistir em momento algum, por me amparar ao longo destes dois anos de desafios pessoais e profissionais. Por tomar conta da nossa casa, por me fazer refeições, por me animar em dias de desespero. Por estar sempre presente, em todos os momentos, bons e menos bons, sem nunca deixar de cuidar de mim. Nunca vou conseguir expressar por palavras o quão agradecida estou por caminhar comigo, lado a lado. Obrigada pela pessoa que és. Obrigada pela tua paciência nestes dois anos.

RESUMO

Introdução: A literatura revela que o exercício físico é efetivo na redução dos sintomas e melhoria da função e qualidade de vida em pessoas com Osteoartrose da anca ou joelho (OAAJ). Apesar das intervenções que envolvem programas de exercício serem amplamente recomendadas, a literatura revela que a sua utilização é subótima, assim como a aderência dos fisioterapeutas às recomendações para a OAAJ. Implementar novas intervenções envolve mudanças na prática clínica, os profissionais de saúde são um elemento-chave para o sucesso da implementação. Melhorar a adoção de práticas baseadas em evidências implica estudar o comportamento dos principais envolvidos. Este estudo explora as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas à implementação de um programa de exercício estruturado, informado por mudança comportamental, para pessoas com osteoartrose da anca ou joelho (Split.OA), em Portugal. Tem como objetivo identificar os determinantes dos comportamentos dos fisioterapeutas para a implementação do Split.OA ser bem-sucedida.

Metodologia: Foram realizados três grupos focais, com um total de 18 fisioterapeutas portuguesas, com base num guião de entrevista semiestruturado e baseado nos modelos COM-B (capacidade, oportunidade e motivação) e o *Theoretical Domains Framework* (TDF). Os grupos foram realizados através de videoconferência, gravados em formato áudio e vídeo, sendo posteriormente transcritos verbatim. Foi realizada uma análise de conteúdo dedutiva informada pelo COM-B e TDF por dois investigadores independentes.

Resultados: Foram identificadas 13 barreiras (4 componentes do COM-B, 6 domínios do TDF) e 17 facilitadores (5 componentes do COM-B, 11 domínios do TDF) à implementação de uma intervenção de exercício estruturado, informada por mudança comportamental, pelos fisioterapeutas portuguesas. Barreiras como a ausência de conhecimento de mudança comportamental, capacidade para promover a adesão ao exercício e programa, organização atual dos cuidados de saúde foram identificados. O conhecimento das recomendações para osteoartrose, a utilização do exercício nas intervenções e a confiança nas capacidades para implementar o Split.OA foram destacadas.

Conclusões: Este estudo permitiu identificar as barreiras e facilitadores, pela perspetiva dos fisioterapeutas, à implementação do Split.OA. Estes dados vão permitir, posteriormente, informar o desenvolvimento de um programa de formação para os fisioterapeutas, que atue a nível dos determinantes identificados, para suportar os mesmos na implementação do Split.OA e que esta seja bem-sucedida.

Palavras-chave: osteoartrose; mudança comportamental; exercício; abordagem qualitativa; fisioterapia

ABSTRACT

Introduction: The literature indicates that physical exercise is effective in reducing symptoms and improving function and quality of life in individuals with Hip or Knee Osteoarthritis (HKOA). Despite interventions involving exercise programs being widely recommended, their utilization remains suboptimal, as does the adherence of physiotherapists to the recommendations for HKOA. Implementing new interventions involves changes in clinical practice, with healthcare professionals being a key element for successful implementation. Enhancing the adoption of evidence-based practices requires studying the behaviour of key stakeholders. This study explores the barriers and enablers for physiotherapists in implementing a structured exercise program, informed by behavioural change, for individuals with hip or knee osteoarthritis (Split.OA), in Portugal. It aims to identify the determinants of physiotherapists' behaviours for the successful implementation of Split.OA.

Methodology: Three focus groups were conducted, comprising a total of 18 Portuguese physiotherapists, based on a semi-structured interview guide and grounded in the COM-B (Capability, Opportunity, Motivation) models and the Theoretical Domains Framework (TDF). The groups were conducted via videoconference, recorded in audio and video formats, and subsequently transcribed verbatim. A deductive content analysis informed by COM-B and TDF was performed by two independent researchers.

Results: 13 barriers (4 components of COM-B, 6 domains of TDF) and 17 facilitators (5 components of COM-B, 11 domains of TDF) to the implementation of a structured exercise intervention, informed by behavioural change, by Portuguese physiotherapists were identified. Barriers such as the absence of knowledge about behavioural change, capacity to promote adherence to the exercise and program, and the current organization of healthcare were identified. Knowledge of osteoarthritis recommendations, the use of exercise in interventions, and confidence in the capabilities to implement Split.OA were highlighted.

Conclusions: This study identified barriers and facilitators, from the perspective of physiotherapists, to the implementation of Split.OA. These findings will subsequently inform the development of a training program for physiotherapists, targeting the identified determinants, to support them in the successful implementation of Split.OA.

Keywords: osteoarthritis; behavioral change; exercise; qualitative approach; physiotherapy

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. METODOLOGIA.....	7
2.1. Desenho do estudo	7
2.2. Considerações éticas	8
2.3. Contexto	8
2.4. Recrutamento e definição dos participantes.....	9
2.5. Recolha de dados.....	9
2.6. Análise de dados.....	10
2.7. Estratégias utilizadas para garantir a qualidade dos dados qualitativos	11
3. RESULTADOS	12
3.1. Barreiras e facilitadores à implementação do Split.OA pela perspectiva dos fisioterapeutas	12
3.1.1. Capacidade Psicológica	15
3.1.1.1. Conhecimento.....	15
3.1.1.2. Aptidões cognitivas e interpessoais.....	15
3.1.1.3. Memória, atenção e processos de decisão	17
3.1.1.4. Regulação Comportamental	18
3.1.2. Oportunidade Social	18
3.1.2.1. Influências sociais	18
3.1.3. Oportunidade Física.....	19
3.1.3.1. Contexto ambiental e recursos	19
3.1.4. Motivação Reflexiva.....	22
3.1.4.1. Papel social/ profissional e identidade	22
3.1.4.2. Crenças sobre as capacidades.....	22
3.1.4.3. Crenças sobre as consequências	23

3.1.4.4.	Intenção	25
3.1.5.	Motivação automática.....	26
3.1.5.1.	Reforço	26
4.	DISCUSSÃO	27
4.1.	Barreiras e facilitadores.....	27
4.2.	Forças e limitações	34
4.3.	Implicações Futuras.....	35
5.	CONCLUSÃO.....	36
6.	BIBLIOGRAFIA	37
7.	APÊNDICES	i
	Apêndice 1 – Definição das componentes do modelo COM-B e dos domínios do TDF	i
	Apêndice 2 - Carta Explicativa do Estudo para os Fisioterapeutas Participantes.....	iii
	Apêndice 3 – Aprovação da Comissão de Ética	viii
	Apêndice 4 – Consentimento Informado dos Participantes	xi
	Apêndice 5 – Questionário Caracterização Socio-Demográfica dos Fisioterapeutas Participantes.....	xiv
	Apêndice 6 – Guião de Entrevista dos Grupos Focais.....	xvi
	Apêndice 7 – Matriz de codificação para a análise das transcrições dos grupos focais	xxii
	Apêndice 8 – <i>Feedback</i> do envio das transcrições aos fisioterapeutas participantes.....	xxiii
	Apêndice 9 – <i>Feedback</i> do envio dos resultados aos fisioterapeutas participantes	xxiv
	Apêndice 10 – Barreiras e Facilitadores de cada GFs e respetivas citações	xxv

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

BCW – *Behaviour Change Wheel*

CP – Clínica Privada

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GF – Grupo Focal

GFs – Grupos Focais

MRC – *Medical Research Council*

OA – Osteoartrose

OAAJ – Osteoartrose Anca e/ou Joelho

OAJ – Osteoartrose Joelho

OAMPs – *Osteoarthritis Management Programs*

RCMFR – Rede Convencionada de Medicina Física e de Reabilitação

TDF – *Theoretical Domains Framework*

TMCs – Técnicas de Mudança Comportamental

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1- Características sociodemográficas dos fisioterapeutas participantes</i>	<i>12</i>
Tabela 2- Barreiras e Facilitadores dos fisioterapeutas à implementação de um programa de exercício estruturado, informado por mudança comportamental, obtidas a partir dos grupos focais.....	14
Tabela 3 - Barreiras e citações do 1º GF	xxv
Tabela 4 -Facilitadores e Citações do 1º GF	xxvi
Tabela 5- Barreiras e Citações 2º GF	xxviii
Tabela 6 - Facilitadores e Citações do 2º GF	xxx
Tabela 7- Barreiras e Citações do 3º GF	xxxv
Tabela 8 - Facilitadores e Citações do 3ºGF	xxxvii

1. INTRODUÇÃO

A osteoartrose (OA) é uma doença articular crónica que afeta habitualmente as articulações do joelho, da anca e da mão (Bennell et al., 2014). Envolve alterações estruturais na cartilagem hialina, no osso subcondral, ligamentos, cápsula sinovial e músculos peri-articulares (Bennell et al., 2014; Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). Ao contrário das descrições habituais, a OA não é uma condição de desgaste ou degenerativa, mas sim uma alteração dinâmica decorrente de um desequilíbrio entre a reparação e a destruição dos tecidos articulares (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). As pessoas com OA, habitualmente referem a presença de dor, dificuldade em realizar atividades da vida diária bem como problemas de sono e fadiga, o que contribui para a diminuição gradual da qualidade de vida (Bennell et al., 2014; Hawker, 2019).

É uma condição comum e incapacitante, caracterizada pelo encargo substancial e crescente para a saúde, com implicações para as pessoas afetadas e para os sistemas de cuidados de saúde (Hunter et al., 2014; Prieto-Alhambra et al., 2014). Estima-se que a OA afete cerca de 527 milhões de pessoas (Cieza et al., 2020) sendo uma das maiores causas de incapacidade, responsável por 18.9 milhões de anos vividos com incapacidade (Cieza et al., 2020). Portugal não é exceção. A prevalência combinada da OA da anca e/ou joelho (OAAJ) é de 14.1%, afetando cerca de 1.1 milhões de portugueses (Costa et al., 2021). A OA do joelho (OAJ) tem uma prevalência global de 12.4%, sendo mais expressiva nas mulheres (15.8%) que nos homens (8.6%) (Branco et al., 2016). Já a OA da anca tem uma prevalência de 2.9% em que 3.0% é nas mulheres e 2.9% nos homens (Branco et al., 2016).

A presença desta condição acarreta custos financeiros consideráveis não apenas para o indivíduo, mas também a nível global (Bowden et al., 2020). Os custos diretos de saúde são amplamente atribuídos à cirurgia de substituição total da articulação ou aos custos ocorridos durante a espera pela cirurgia (Hunter et al., 2014b). Estima-se que os valores médios anuais por paciente vão desde 6.7 mil € (sem cirurgia) até 10.8mil€ (com cirurgia), passando por 7.4mil€ (aguardando cirurgia) (Salmon et al., 2016). Portugal apresentou a maior taxa de crescimento em cirurgias de substituição total do joelho, entre os países da OCDE, com um aumento de 20% na taxa de incidência destes procedimentos entre 2005 e 2011, abrangendo pessoas com idade superior e inferior a 65 anos (Pabinger et al., 2015). Em Portugal, os custos indiretos anuais estimados foram de 656 milhões € (2.061€ por utente) principalmente devido à necessidade de reformas antecipadas de pessoas com

OA (Laires et al., 2018). Em 2013, os custos indiretos com OA em Portugal representaram 0.4% do Produto Interno Bruto (PIB) (Laires et al., 2018).

O excesso de peso, a inatividade física, as lesões articulares anteriores e o envelhecimento são os principais fatores de risco para o aparecimento e aumento da gravidade da OAAJ (Silverwood et al., 2015). Na população portuguesa, o sexo feminino, a idade avançada, as várias comorbilidades, o nível de atividade física e a incapacidade física apresentaram um fator de correlação positivo ao diagnóstico de OA em adultos com mais de 50 anos (Duarte et al., 2017).

Sendo a OA uma doença de progressão lenta com alterações estruturais irreversíveis e na qual se podem desenvolver fenótipos de dor crónica (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019), carece de uma prevenção e gestão precoce para lidar com o impacto da mesma (Allen et al., 2016). Atualmente, não existe cura para a OA (NICE, 2020). A redução da dor articular e a melhoria da funcionalidade após um programa de exercício tem sido amplamente demonstrado na literatura (Fransen et al., 2015; Y. Li et al., 2015; Uthman et al., 2014).

O exercício é uma subcategoria da atividade física que é estruturada e planeada, com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física (Caspersen et al., 1985). Hurley et al., (2018) conduziram uma revisão mista (21 estudos e 12 estudos qualitativos) para avaliar a efetividade de programas de exercício em pessoas com dor persistente devido à OA, explorando a relação entre dor, impactos psicossociais, função física e exercício. Os resultados quantitativos mostraram que existe evidência moderada para a redução da dor com o exercício (SMD=-0,20; 95% IC -0,28 a -0,11), melhora a função física (SMD=-0,27 95% IC -0,37 a -0,17), e pequenos benefícios na depressão (SMD=-0,16; 95% IC -0,29 a -0,02), mas sem efeitos significativos na ansiedade. Também indicou um aumento na autoeficácia e na qualidade de vida (Hurley et al., 2018).

Mais recentemente, Goh et al., (2019) demonstrou que as intervenções com ‘apenas exercício’ versus ‘cuidados habituais’, melhoram os resultados clínicos, nomeadamente na redução da dor, melhoria da função e aumento da performance. Dados provenientes de 77 ensaios clínicos randomizados (RCTs) com 6472 participantes confirmaram benefícios estatisticamente significativos do exercício para a dor (ES 0,56, IC 95% 0,44–0,68), função (0,50, 0,38–0,63), desempenho (0,46, 0,35–0,57) e qualidade de vida (0,21, 0,11–0,31) no período, ou o mais próximo, das 8 semanas (Goh et al., 2019). No entanto, a efetividade do exercício, em relação aos cuidados habituais, foi maior aos 2 meses após

o início do exercício, e foi gradualmente reduzindo ao longo do tempo, até não ser melhor do que os cuidados habituais aos 9 a 18 meses (Goh et al., 2019).

O exercício físico, bem como a educação, a manutenção de um peso saudável e a autogestão dos sintomas são consideradas intervenções de primeira linha para a OA. (Bannuru et al., 2019; Brosseau et al., 2017; NICE, 2020; Rausch et al., 2018). Assim, estas são as principais recomendações para a intervenção em pessoas com OA para a melhoria da dor, função e qualidade de vida, já que se focam na modificação dos fatores de risco (Bannuru et al., 2019; Brosseau et al., 2017; NICE, 2020; Rausch et al., 2018). Intervenções que envolvam programas de exercício são uma das estratégias não farmacológicas, amplamente recomendadas nas *guidelines* de cuidados de saúde, para ajudar pessoas com OA dos membros inferiores a gerirem os seus sintomas (Fernandes et al., 2013; Hochberg et al., 2012; McAlindon et al., 2014; NICE, 2020).

Apesar da evidência científica parecer demonstrar os benefícios do exercício como parte do tratamento para pessoas com OA, mas a prescrição de exercícios ainda ser subutilizada (Bennell et al., 2014) Estudos sugerem que existe um desfasamento entre aquilo que são as recomendações para a OA e a prática clínica, tanto na prevenção, como na utilização de práticas baseadas em evidência (Li et al., 2011; Østerås et al., 2015; Verhagen et al., 2014).

Além disso, a literatura tem mostrado que os efeitos positivos do exercício parecem não se manter a médio (6 meses) e longo prazo (12 meses) (Fransen et al., 2015), ocorrendo um retorno à presença de dor e perda de funcionalidade (Willett et al., 2019). Pisters et al., (2010) identificou alguns fatores que justificam este fenómeno, incluindo a limitada eficácia a longo prazo da intervenção prescrita, a progressão da severidade clínica da OA, uma gradual redução da adesão do utente às recomendações feitas pelo profissional de saúde e a incapacidade de manter as alterações aos seus comportamentos relacionados com o exercício (Pisters et al., 2010). Este facto pode também ser atribuído a uma combinação de fatores relacionados com o profissional, incluindo lacunas no conhecimento, crenças, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação a esta intervenção (Nissen et al., 2021).

Um inquérito realizado no Reino Unido a 2000 fisioterapeutas, com entrevistas semiestruturadas a uma subamostra, revelou que muitos fisioterapeutas não estavam confiantes sobre os benefícios do exercício para pessoas com OA, em parte devido à falta de conhecimento das recomendações mais recentes para a OA (Holden et al., 2009). A

literatura tem demonstrado que apenas metade dos fisioterapeutas aplica as recomendações para os utentes com condições músculo-esqueléticas, e que nem sempre incluem as recomendações de exercício físico e controlo de peso como parte da intervenção (Li et al., 2011; Zadro et al., 2019). Adicionalmente, uma revisão sistemática que compara estudos experimentais com observacionais, indicou que os fisioterapeutas têm dificuldades na promoção do exercício e que têm dificuldade em motivar os seus utentes (Kunstler et al., 2018), sugerindo que é importante que as intervenções em saúde englobem teorias ou técnicas de mudança comportamental (TMCs) (Keogh et al., 2015; Nicolson et al., 2018; Willett et al., 2019).

Egerton et al., (2017) analisou as barreiras e facilitadores à implementação das recomendações para a OA pelos profissionais de saúde, identificando como barreiras à implementação: a disponibilidade temporal dos profissionais de saúde para realizar intervenções complexas, a falta de suporte para a mudança comportamental por parte dos profissionais, as intervenções de primeira linha não valorizadas, bem com a ausência de conhecimento sobre a condição e gestão das expectativas dos utentes (Egerton et al., 2017).

Dado este cenário, a implementação de programas que promovam a prática baseada em evidência tem sido apontada como prioridade de investigação (Eyles et al., 2019). Face ao paradigma nacional, surge então o programa Split.OA. Este é um programa de exercício estruturado e personalizado, informado por teorias de mudança comportamental, focado na promoção da adoção da prática regular de exercício e pela prevenção do declínio funcional em pessoas com OAAJ. O Split.OA, segue a estrutura de um *Osteoarthritis Management Programs* (OAMPs), que têm sido desenvolvidos e implementados com sucesso a nível internacional (Allen et al., 2016). Os OAMPs assentam em quatro componentes, nomeadamente, a intervenção adequada às necessidades individuais do paciente com OA, a reavaliação longitudinal e progressão dos cuidados, dois ou mais componentes das intervenções *core*, não cirúrgicas e não farmacológicas (educação, exercício e perda de peso), bem como tratamentos adjuvantes opcionais baseados em evidência (Eyles et al., 2019). Estes têm como objetivo a criação de serviços coordenados, personalizados e individualizados, adequados às necessidades das pessoas (Eyles et al., 2019).

As intervenções complexas, como por exemplo, o programa Split.OA, contêm vários componentes que interagem entre si, bem como a variabilidade na gama de resultados possíveis e no número de comportamentos exigidos por quem realiza e recebe a

intervenção (French et al., 2012). O Split.OA foi orientado pelo *Medical Research Council* (MRC) que informa que o desenvolvimento de intervenções complexas deve ser direcionado ao contexto onde são implementadas, com base em teorias de implementação (Skivington et al., 2021).

A implementação de programas, como o Split.OA, pode envolver uma mudança na prática clínica, tornando os profissionais de saúde um elemento-chave para o sucesso na implementação das mesmas (Davy et al., 2015; Grol & Wensing, 2004). As barreiras contextuais à prestação de novas intervenções diferem consoante o contexto da prática, podendo o comportamento dos fisioterapeutas ser influenciado por uma série de fatores, como os recursos do local de trabalho ou a cultura organizacional (Davis et al., 2015; Nilsen & Bernhardsson, 2019). Além disso, foi reconhecido que uma intervenção pode funcionar melhor se for permitido um determinado grau de adaptação aos contextos locais (French et al., 2012).

Para potenciar a adesão dos profissionais de saúde a novas intervenções, como a implementação do Split.OA, torna-se necessário o estudo dos seus comportamentos, nomeadamente a identificação dos fatores que os influenciam, para, posteriormente, utilizar estratégias de intervenção que atingem esses mesmos fatores (Atkins et al., 2017; Glasgow et al., 2012). Para isso é importante avaliar as necessidades (barreiras e facilitadores) dos fisioterapeutas portugueses, compreendendo o que é preciso mudar para atingir o comportamento-alvo (a implementação do Split.OA) para, posteriormente, definir a formação necessária e otimizar a intervenção, para a implementação do programa ser bem-sucedida (Ris et al., 2021).

Estas intervenções complexas, normalmente, fornecem um suporte comportamental para promover a adesão ao comportamento alvo (Hurley et al., 2016). As teorias comportamentais fornecem uma declaração explícita dos processos estruturais e psicológicos que, segundo as hipóteses, regulam o comportamento e a mudança de comportamento e são, por isso, relevantes para investigar problemas de implementação e informar as intervenções de implementação (Atkins et al., 2017).

Assim, foi utilizada a *Behavior Change Wheel* (BCW) (Michie et al., 2011). A abordagem baseia-se numa análise causal do comportamento e questiona: “Que condições internas aos indivíduos e no seu ambiente social e físico devem existir para que um determinado comportamento seja alcançado?” (Michie et al., 2011) A BCW engloba 3 fases para o desenho de uma intervenção. A 1ª fase corresponde à compreensão do comportamento, a

2ª fase permite a identificação das opções de intervenção e a 3ª fase identifica os conteúdos e as opções de implementação (Michie et al., 2014) .

Sendo a 1ª fase aquela em que nos encontramos, esta engloba 4 passos: definir o problema em termos comportamentais; selecionar o comportamento alvo; especificar o comportamento alvo com o máximo de detalhes possível e identificar o que é preciso mudar para atingir o comportamento alvo. Para compreender o comportamento dos fisioterapeutas portugueses, e para a otimização da intervenção do programa Split.OA, a BCW engloba o modelo COM-B, que representa C-capacidade, O-oportunidade, M-motivação e B-comportamento. Este modelo reconhece que o comportamento faz parte de um sistema interativo que envolve todos os componentes referidos, em que os três interagem para gerar um comportamento que, por sua vez, influencia-os também (Michie et al., 2014). A capacidade engloba a capacidade física e psicológica, dentro da oportunidade está a oportunidade física e a social, enquanto na motivação temos a motivação reflexiva e a automática. Para avaliar e investigar os determinantes do comportamento que podem afetar a implementação foi também utilizado o *Theoretical Domains Framework* (TDF), que fornece uma lente teórica através do qual podemos observar as influências cognitivas, afetivas, sociais e ambientais no comportamento em estudo (Atkins et al., 2017). O TDF sintetiza construtos de 33 teorias de mudança comportamental em 14 domínios: conhecimento, as capacidades, a identidade e papel social/ profissional, as crenças sobre as capacidades, o otimismo, as crenças sobre as consequências, o reforço, as intenções, os objetivos, a memória, atenção e tomada de decisão, o contexto ambiental e recursos, as influências sociais, a emoção e a regulação comportamental (Michie et al., 2014). A combinação do COM-B e TDF permite uma compreensão mais detalhada dos comportamentos, atingindo um diagnóstico comportamental.

Este estudo tem como objetivo explorar as perspetivas dos fisioterapeutas acerca das barreiras e facilitadores à implementação do programa Split.OA, com base no modelo COM-B e o TDF. Os resultados deste estudo vão informar a formação dada aos fisioterapeutas que vão implementar o split.OA, de forma a otimizar a sua implementação.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo

As recomendações de orientação do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas (Skivington et al., 2021) e a BCW foram usados para orientar este estudo. É um estudo qualitativo, com recolha de dados através de grupos focais (GFs) informada pelo modelo COM-B e pelo TDF. Estes modelos foram usados na análise de conteúdo dedutiva, como método de análise de dados, sendo que as definições das componentes do COM-B e TDF encontram-se no **Apêndice 1**.

Este estudo está enquadrado no desenvolvimento do programa Split.OA, que tem como objetivo principal capacitar as pessoas com OAAJ para adotarem exercício de forma regular e prevenir o declínio funcional. O protótipo deste programa está desenhado para 12 semanas, com sessões de exercício personalizado, segundo as aptidões físicas de cada utente, aplicação de estratégias de mudança comportamental e entrevista motivacional. As 12 semanas são divididas em dois blocos. As 6 semanas iniciais devem ter duas sessões presenciais, individuais ou em grupo, mas sempre personalizadas (uma obrigatoriamente supervisionada) e uma sessão de exercício autónoma. As 6 semanas finais são compostas por sessões de exercício autónomas, monitorizadas à 9^a e à 12^a semana, para monitorização e atualização pelo fisioterapeuta que acompanha o utente.

No início de cada grupo focal houve uma pequena introdução para os fisioterapeutas, onde foi abordado o panorama atual da OA, global e em Portugal, o exercício como intervenção para a OA, o que justifica a necessidade do programa split.OA (paradigma entre a efetividade do exercício e a adesão dos utentes) e uma breve apresentação do Split.OA (objetivos, público-alvo, estrutura e componentes).

Os GFs tiveram como objetivo explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas ao comportamento-alvo, a implementação de um programa de exercício estruturado, informado por mudança comportamental, para promover a adesão regular ao exercício (Split.OA). O “*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies*” (COREQ) foi usado para guiar o desenho de estudo e consequente análise de dados (Tong et al., 2007)

2.2. Considerações éticas

De acordo com a declaração de Helsínquia, foi enviado a todos os participantes um convite para participação no estudo e uma carta explicativa (**Apêndice 2**), via email, contendo as informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, as vantagens e desvantagens de participação, bem como a informação sobre a confidencialidade. Os participantes foram também informados que os dados recolhidos seriam conservados num local seguro e acessível à equipa de investigação, destruídos após um período de cinco anos. A quem aceitou participar foi enviado uma hiperligação para um formulário de consentimento informado (apêndice 2). A aprovação ética foi atribuída pela Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (CEEI-ESS) (Parecer 87/AFP/2022) (**Apêndice 3**).

2.3. Contexto

Foram realizados GFs com fisioterapeutas de vários contextos do sistema de saúde português: cuidados de saúde primários (CSP), clínicas privadas da comunidade (CP) e regime convencionado de medicina física e reabilitação (RCMFR). No sistema de saúde em Portugal, os fisioterapeutas desempenham funções distintas dependendo do contexto em que trabalham.

O Sistema Nacional de Saúde, a nível região é regulado pelas Administrações Regionais de Saúde, responsáveis pela gestão de centros de CSP (De Almeida et al., 2017). Nos CSP, a fisioterapia é frequentemente encaminhada pelos médicos de família, normalmente os fisioterapeutas podem ter liberdade para decidir se as sessões serão individuais ou em contexto de grupo, os utentes geralmente são apenas responsáveis pelo pagamento de taxas moderadoras. No contexto de CP, a dinâmica muda, pode ocorrer autorreferenciação ou os utentes podem ser encaminhados por um médico especialista. As CP podem, ou não, ter acordos com subsistemas de saúde e pacotes de tratamento com um número fixo de sessões. Nas clínicas privadas que trabalham com o RCMFR, a fisioterapia é normalmente prescrita por um fisiatra, e os fisioterapeutas trabalham num regime de vários utentes por hora.

2.4. Recrutamento e definição dos participantes

Inicialmente, foram contactados, via e-mail, os coordenadores de vários centros de saúde e clínicas de Fisioterapia de diferentes regiões do país, sendo questionado o possível interesse na implementação do Split.OA e participação neste estudo. Após o contacto inicial com o coordenador de cada instituição de saúde, através do método de *snowball*, foi pedido a cada coordenador que identificasse outros fisioterapeutas potencialmente interessados no estudo. Desta forma foram contactadas instituições de vários pontos do país, em diferentes contextos, e fisioterapeutas com diferentes níveis de experiência profissional e formação, de forma a ter múltiplas perspetivas, consoante as suas experiências clínicas distintas. Esta heterogeneidade foi crucial para a identificação de barreiras e facilitadores em diferentes contextos. Nos GFs realizados houve participantes da Região Centro, Beira-Baixa, Beira-Alta, Alentejo e Ilha da Madeira.

Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram: fisioterapeutas que trabalhem em unidades de saúde, atualmente, a trabalhar com utentes com condições músculo-esqueléticas.

2.5. Recolha de dados

Antes dos GFs foi enviado aos participantes, por e-mail, um questionário online de caracterização sociodemográfica (género, idade, escola de formação base, formação académica, local de trabalho atual, anos de experiência, anos de experiência em prática privada ou CSP, formação na área em estudo) (**Apêndice 4**) para cada fisioterapeuta preencher.

Um guião de entrevista semiestruturado (**Apêndice 5**) foi desenvolvido para explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas à implementação do programa Split.OA. O desenvolvimento deste guião foi informado pelo modelo COM-B e os 14 domínios do TDF, utilizando as recomendações de (Michie et al., 2014) e Atkins et al., (2017). As questões presentes no guião, para a discussão em GF procurou explorar barreiras e facilitadores à potencial implementação do programa Split.OA.

Os GFs foram realizados por via videoconferência, através da plataforma ZOOM, onde estiveram presentes os investigadores (AM, NG e DC) e os participantes. Foram moderados por um investigador (AM), fisioterapeuta, com mestrado na área músculo-esquelética, tendo experiência na condução de investigação qualitativa na área das

doenças músculo-esqueléticas e comoderados por uma investigadora (NG), também fisioterapeuta na área das condições músculo-esqueléticas, a realizar mestrado. Não existia relação prévia entre os investigadores e os fisioterapeutas participantes. Os participantes dos GFs tinham sido informados do objetivo do estudo e da sua finalidade. A organização dos grupos focais seguiu as recomendações de (Finch & Lewis, 2014): definição do contexto e regras básicas; introdução individual; tópico de abertura; discussão; discussão final.

Antes da discussão do GF acontecer, o moderador (AM) realizou uma apresentação do programa Split.OA, uma breve fundamentação do programa, a sua estrutura e objetivos. Após esta apresentação, foi iniciada a discussão em grupo que durou cerca de 90 minutos. A comoderadora, (NG) tirou notas durante o decorrer dos GFs e foi realizada gravação áudio e vídeo, para posterior transcrição e análise.

Os GFs permitiram aumentar a compreensão sobre as perspetivas dos fisioterapeutas através da discussão interativa entre os vários elementos dos grupos, gerando novas perspetivas sobre o programa e sua implementação.

2.6. Análise de dados

As entrevistas dos GFs foram posteriormente anonimizadas e transcritas *verbatim*, por um investigador (NG) e revistas por outro investigador (DC). Antes de iniciar a análise de dados foi realizada a familiarização com os dados e as transcrições lidas na íntegra. A análise dedutiva de conteúdo foi realizada por dois revisores independentes (NG e FG) e codificada por uma matriz de codificação baseada nos domínios do COM-B e TDF (**Apêndice 6**). As divergências foram resolvidas através de discussão e consenso, quando não foi possível chegar a um consenso, um terceiro investigador (DC) interveio.

Os resultados foram categorizados em barreiras ou facilitadores dos fisioterapeutas à implementação do programa Split.OA. Os resultados obtidos foram enviados, por email, aos fisioterapeutas participantes, sendo que todos concordado com os mesmos. As citações dos participantes foram apresentadas para destacar os resultados obtidos.

2.7. Estratégias utilizadas para garantir a qualidade dos dados qualitativos

Para assegurar a fiabilidade e validade dos dados qualitativos deste estudo foram considerados os critérios de credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade (Korstjens & Moser, 2018).

Para confirmar o critério de credibilidade, as transcrições foram realizadas por um investigador (NG) e, um segundo investigador (DC) confirmou o rigor das transcrições. As transcrições foram enviadas, por email, aos fisioterapeutas participantes e estes não apontaram alterações (**Apêndice 7**). Ainda na credibilidade, os dados foram analisados de forma independente por dois investigadores (NG e FG), sendo feita, posteriormente, a comparação e discussão das divergências até obter um consenso entre três investigadores (NG, FG, DC; triangulação do investigador). Os resultados obtidos (barreiras e facilitadores) foram enviados para os fisioterapeutas participantes (**Apêndice 8**). para analisarem e darem feedback (verificação pelos membros participantes) (Korstjens & Moser, 2018).

A transferibilidade está presente pela descrição e caracterização da amostra de participantes, descrição completa da recolha de dados e, especificando, o contexto em que foi realizada a recolha.

Para assegurar a confirmabilidade, em que os resultados obtidos são derivados dos dados, e não nas interpretações subjetivas dos investigadores (neutralidade) (Korstjens & Moser, 2018), foi incluída a descrição e documentação do processo de recolha e análise.

3. RESULTADOS

Foram realizados 3 GFs, um com fisioterapeutas que trabalham em CSP (n=6) e 2 GFs com fisioterapeutas que trabalhavam em contexto privado (n=12), havendo fisioterapeutas que trabalhavam em CP e outros que trabalhavam em contexto RCMFR num total de 18 fisioterapeutas (tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas dos fisioterapeutas participantes

Características Sociodemográficas		N	%
Género	Feminino	10	56%
	Masculino	8	44%
Idade	< 30	6	33%
	30- 45	9	50%
	> 45	3	17%
Grau académico	Bacharelato	1	6%
	Licenciatura	10	55%
	Mestrado	7	39%
Anos de experiência profissional	≤ 5	4	22%
	6-10	6	33%
	> 10	8	44%
Setor dos cuidados de saúde	Cuidados de saúde primários	6	33%
	Clínica privada	8	44%
	Clínica privada com regime convencionado	4	22%
Região do país	Ilhas - Madeira	3	17%
	Região Centro	9	50%
	Beira Baixa	3	17%
	Beira Alta	2	11%
	Alentejo	1	6%

3.1. Barreiras e facilitadores à implementação do Split.OA pela perspetiva dos fisioterapeutas

A partir da análise dedutiva, tendo em conta o COM-B e o TDF, identificaram-se 17 facilitadores, que se enquadram em 11 domínios do TDF: conhecimento, aptidões cognitivas e interpessoais; memória, atenção e processos de decisão; regulação comportamental; papel social/profissional e identidade; crenças sobre as capacidades; crenças sobre as consequências; intenção; reforço; influências sociais e contexto ambiental e recursos. Não foram identificados facilitadores nos domínios objetivos, otimismo e emoções.

Em relação às barreiras, foram identificadas 13, havendo 6 domínios do TDF presentes: conhecimento; aptidões cognitivas e interpessoais; memória, atenção e processos de decisão; crenças sobre as capacidades; influências sociais e contexto ambiental e recursos. Assim, 8 domínios do TDF não foram encontrados nas barreiras identificadas: regulação comportamental; papel social/profissional e identidade; crenças sobre as consequências; objetivo; intenção; otimismo; emoções e reforço. No **Apêndice 9** encontram-se as barreiras e facilitadores identificados em cada GF, de forma isolada. Os resultados encontrados serão descritos de forma mais detalhada abaixo, usando o TDF e a componente do COM-B correspondente, detalhando as barreiras e facilitadores encontrados para cada domínio (Tabela 2).

Tabela 2- Barreiras e Facilitadores dos fisioterapeutas à implementação de um programa de exercício estruturado, informado por mudança comportamental, obtidas a partir dos grupos focais

COM-B	TDF	Barreiras	Facilitadores
Capacidade psicológica	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de conhecimento de técnicas de mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento da importância do exercício físico Conhecimento das recomendações para a OA
	Aptidões Cognitivas e interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> Não usar frequentemente instrumentos de avaliação e medida Dificuldades em personalizar o exercício físico Necessidade de desenvolver as capacidades de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidade para implementar o Split.OA
	Memória, atenção e processo de decisão	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de experiência na implementação de programas 	<ul style="list-style-type: none"> Exercício como intervenção rotineira para a OA
	Regulação Comportamental		<ul style="list-style-type: none"> Split.OA como orientador da prática clínica
Oportunidade Social	Influências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> Resistência da equipa de trabalho a novas práticas Expetativas dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> Colaboração entre equipas profissionais
Oportunidade Física	Contexto ambiental e recursos	<ul style="list-style-type: none"> Não ter espaço e material para implementar o Split.OA Organização atual dos cuidados de saúde (tempo restrito, uso de prescrição médica, acompanhamento do utente) Custos financeiros para os utentes Sustentabilidade do negócio 	<ul style="list-style-type: none"> Espaço, tempo e recursos materiais para implementar
Motivação Reflexiva	Papel social/profissional e identidade		<ul style="list-style-type: none"> Identificação com o Split.OA
	Crenças sobre as capacidades	<ul style="list-style-type: none"> Pouca capacidade para a promoção da adesão do utente Comunicação da relevância do exercício físico ao utente 	<ul style="list-style-type: none"> Confiança nas capacidades de implementação
	Crenças sobre as consequências		<ul style="list-style-type: none"> Oferecer um programa estruturado e personalizado para o utente Benefícios clínicos para os utentes Estratégias para motivar a adesão ao exercício físico Uniformização da prática clínica Benefícios para a profissão Melhorar a gestão do trabalho - Responsabilidade partilhada
	Intenção		<ul style="list-style-type: none"> Elevada prioridade para implementação do Split.OA
Motivação Automática	Reforço		<ul style="list-style-type: none"> Implementação para motivação dos fisioterapeutas

3.1.1. Capacidade Psicológica

3.1.1.1. Conhecimento

No domínio “conhecimento” foi identificada uma barreira, a ausência de conhecimento de TMCs. Os fisioterapeutas questionaram se terão o conhecimento suficiente em TMCs para a implementação do programa, uma vez que essas técnicas não são muito exploradas durante a licenciatura em fisioterapia, e que será importante um reforço da formação nesta área em específico.

“(...) a questão da mudança comportamental, que é um grande desafio. Acho que...olhando pró fisioterapeuta, ah...eu não sei até que ponto é que todos nós temos as estratégias para aplicar esse programa.” (António, CP, GF3, p.4, l.39)

“Penso que onde falta, onde falho mais a nível de skill, primariamente é na parte da teoria comportamental, (...) falamos nisso obviamente quando estamos a tirar formação de fisioterapeuta, mas não é necessariamente uma coisa muito abordada ou muito desenvolvida.” (José, CP, GF2, p.9, l.369)

Pelo contrário, vários fisioterapeutas revelaram conhecer as recomendações para a OA, nomeadamente a prática de exercício físico, a educação do utente, bem como a gestão do peso corporal, sendo este um facilitador no domínio “conhecimento”.

“isto é uma combinação de, de várias estratégias. (...) o exercício será altamente importante (...). A educação terá um processo, um papel chave (...). (...) algum trabalho multidisciplinar, principalmente do ponto de vista da parte nutricional por causa das questões da obesidade e excesso de peso.” (Francisco, CP, GF2, p.11, l.446)

Destas recomendações, os fisioterapeutas exploraram principalmente a relevância do exercício físico neste tipo de condição, é também um facilitador para a implementação do Split.OA.

“Eu acho que a melhor técnica e o melhor tratamento é sempre o exercício.” (Beatriz, CP, GF2, p.11, l.423)

“(...) já vejo resultados nessa área do exercício, na gestão da dor da osteoartrose, por isso acho que não há grande dúvida de que é uma boa opção.” (Madalena, GF3, RCMFR, GF3, p.8, l.299)

3.1.1.2. Aptidões cognitivas e interpessoais

Quando considerado o domínio das “aptidões”, identificou-se como barreira o facto de alguns fisioterapeutas não usarem, frequentemente, testes de aptidão física com os

utentes. Apesar de terem reconhecido o desuso dos mesmos, concluíram que essas capacidades se adquirem e que também poderão não ser uma barreira por essa razão.

“Eventualmente, em relação a alguns instrumentos...teria de relembrar os critérios porque alguns deles não os aplico regularmente.” (Marta, CSP, GF1, p.11, l.402)

Adicionalmente, alguns fisioterapeutas, que atuam em CP, manifestaram sentir necessidade de desenvolver as capacidades de comunicação com o utente, referindo que na formação base também não é algo onde se incida, ou que seja muito desenvolvido.

“Ah...a parte da comunicação acho que seria extremamente necessária, porque realmente é uma coisa que, tal como o José disse, não é, é falado ao longo da nossa formação, não é tão trabalhada e acho que pecamos um bocado por aí.” (Rodrigo, CP, GF2, p.10, l.387)

Também na CP os fisioterapeutas reconheceram dificuldades na prescrição de exercício adaptado ao utente, justificando que poderão existir utentes com barreiras a este tipo de intervenção, pois não é algo habitual no seu quotidiano, o que tornará a implementação mais desafiante.

“(...) esta questão de personalizar o exercício físico penso que, se calhar, vai ser assim o desafio, porque personalizar exercício físico, eu tenho pessoas aqui que pouco ou nada ainda se mexem (...) então até chegar ali ah acho que é o mais difícil, digamos assim. O mais desafiante.” (Filipa, CP, GF3, p.12, l.451)

Embora alguns fisioterapeutas tenham destacado limitações sobre as suas aptidões para implementar o Split.OA, outros consideraram as suas competências como um facilitador para a implementação. Consideraram que o programa está ajustado e alinhado com as competências do fisioterapeuta, seja em termos da utilização de instrumentos de avaliação e medida, bem como na prescrição de planos de exercício.

“Sim, acho que eu e os meus colegas temos competências para implementar este tipo de projeto. (...) Não vejo dificuldades em competências, nem de recursos (...).” (Marta, CSP, GF1, p.11, l.393, l.397).

“Em relação às capacidades, eu acho que o programa, pronto, é um programa ajustado àquilo que é a realidade da fisioterapia e pode não ser de todos, mas que seria a ideal. Exige formação específica que falámos antecipadamente, volto a referir isso, mas, fora isso, acho que os conhecimentos que o fisioterapeuta tem são, são, são bem desenhados neste programa.” (António, CP, GF3, p.11, l.439)

“A questão técnica de implementação técnica, instrumentos de medida, escalas, desenhar planos de exercícios penso que tenho competência e experiência para isso.” (Miguel, GF1, CSP, p.12, l.420)

3.1.1.3. Memória, atenção e processos de decisão

Em relação à barreira identificada, os fisioterapeutas salientaram não ter experiência prévia na participação e implementação em projetos semelhantes, o que não permite reter informação de uma experiência anterior. Relataram alguns contextos em que já participaram em intervenções estruturadas, nomeadamente na realização de projetos académicos, embora sem o rigor que o Split.OA implica.

“Eu nunca tive experiência, ou seja, apenas ouvi, já fiz alguns, mas nunca foi para avanço de implementação.” (Filipa, CP, GF3, p.13, l.508)

“Ah...pronto, a experiência, grande experiência que eu tenho nisso é, foi, a implementação a minha tese de mestrado com pessoas com dor lombar, mas nós não tínhamos ah...ah...ou seja, não havia esta questão de, tanto da personalização.” (Patrícia, CP, GF3, p.13, l.515)

Referiram ainda, dentro desta barreira, que os planos com que estão familiarizados, são derivados do próprio conhecimento e não de programas estruturados e validados para condições específicas.

“É viável de aplicar. Uma das dificuldades que eu sinto e os colegas também devem sentir é que os programas que temos somos nós que os construímos, vamos à literatura e vemos as guidelines, mas não podemos dizer que é um programa válido, que está estudado.” (Afonso, CSP, GF1, p.3, l.90)

Como facilitador para a implementação do Split.OA, os fisioterapeutas, na sua generalidade, referiram que já integram rotineiramente o uso do exercício como intervenção em pessoas com OAAJ.

“(...) porque eu vou pedindo para mostrar como fazem os exercícios, vou insistindo e tentando trabalhar mais esta questão de lhes dar autonomia e entender que a prática de exercício tem de ser integrada na rotina (...)” (Ana, CSP, GF1, p.2, l.75)

3.1.1.4. Regulação Comportamental

No domínio da “regulação comportamental”, os fisioterapeutas sugeriram que a estrutura do Split.OA atua como um guia para a prática clínica e que esse planeamento de ações torna-se um facilitador para a própria prática clínica. Referiram que como é um programa organizado, com definição de objetivos e tempos de duração, e que isso facilita não só a intervenção dos fisioterapeutas, mas também as orientações que podem dar aos utentes.

“(...) nós temos um programa que nos dará uma base, uma guia, acho que isso é muito importante. E vai-nos guiar também de qual é o melhor tratamento, qual a melhor opção para aquela pessoa. Apesar de cada caso ser um caso, mas ter uma base orientadora acho que é um bom método.” (Beatriz, GF2, CP, p.6, l.213)

“Pois, e agora com isto tudo, eu estava a pensar o facto de estar ordenado ou coordenado desta forma, por vezes torna-se mais fácil, porque a pessoa tem uma meta, tem um objetivo definido e conseguimos ter assim um caminho delineado de forma mais, não à toa, digamos assim.” (Filipa, CP, GF3, p.11, l.406)

3.1.2. Oportunidade Social

3.1.2.1. Influências sociais

Os fisioterapeutas identificaram a colaboração favorável com a equipa de trabalho e a colaboração com a equipa médica, como facilitadores à implementação. Na ótica dos fisioterapeutas, a articulação com o médico prescriptor é essencial para o encaminhamento de utentes para o Split.OA. Referiram que o facto de atualmente os utentes já serem referenciados para tratamentos focados no exercício, pode ser um facilitador à adesão dos mesmos ao programa. Em relação à equipa de fisioterapia, manifestaram que, sendo equipas ativas e atentas às evidências mais recentes, também se articularão para dar resposta às necessidades que a implementação do Split.OA possa ter.

“(...) o nosso médico tem abertura, acho que para nós apresentarmos o projeto e ele contextualizar os casos concretamente com a prescrição, que nos vai potenciar depois a nossa intervenção, ou seja, (...) o médico abordando e talvez já podendo dar (...) alguma palavra sobre o mesmo ao utente, isso pode logo dar início à contextualização e a integração do utente no projeto. (Ricardo, RCMFR, GF2, p.15, l.610)

“O próprio contexto de trabalho dentro daquilo que são as dinâmicas da equipa e aquilo que são também as orientações da direção clínica, (...) é uma equipa que procura também

reger-se por aquilo que é que é o melhor conhecimento até hoje e onde procura essencialmente ter uma abordagem ativa.” (Francisco, CP, GF2, p.13, l.535)

No entanto, foi reportado por alguns participantes que nem sempre o descrito acontece. Surgiu uma barreira relacionada com a resistência da equipa de trabalho à mudança e à implementação de algo novo, seja por estarem acomodados com a sua prática clínica, seja por não estarem atualizados em relação às recomendações para intervenções em pessoas com OA.

“Porque eu acho que há muitas colegas, pelo menos é a perceção que eu tenho, que estão bem nessa zona de conforto e que sair seria um pouco problemático.” (Madalena, RCMFR, GF3, p.17, l.671)

Foi identificada como barreira a gestão das expectativas dos utentes, pelos fisioterapeutas do contexto privado. Os utentes procuram intervenções passivas, a presença de terapia manual e não unicamente componentes ativas, o que pode ser uma barreira à implementação do Split.OA, face à não correspondência de expectativas e ao custo financeiro de um privado.

“(…) lá está, nós somos prestadores privados e as pessoas que nos procuram pagam, não é? E as expectativas das pessoas relativamente ao tratamento podem não estar e muito, frequentemente, não estão de acordo com esta nossa visão não é, de do que nós queremos implementar na prática, relacionada com a evidência científica. Como é que nós, como é que vocês propõem que tenhamos adesão, não é, ou durante esse tempo, porque eu acredito, lá está, eu acredito que eu para ter alguma adesão de algumas pessoas que eu tenho, vou ter que, vou ter de fazer uma fisioterapia mais multimodal (...)”. (Patrícia, CP, GF3, p.2, l.79)

3.1.3. Oportunidade Física

3.1.3.1. Contexto ambiental e recursos

O domínio “contexto ambiental e recursos”, do TDF, foi o mais relevante na identificação de barreiras para a implementação. A oportunidade dos fisioterapeutas para implementar o Split.OA está dependente se têm recursos materiais e espaço para o fazer. Os fisioterapeutas de CSP e de RCMFR identificaram como barreira o espaço e material para implementar o programa.

“Aqui a questão mais complicada tem a ver com aquisição de material, já tenho um espaço, mas não tenho material. Tenho algumas almofadas, material de ginásio (colchoes, bastões, pequenas e grandes bolas) não tenho nada, zero.” (Miguel, CSP, GF1, p.5, l.157)

“(…) requer tempo e não temos um ginásio muito grande que dê para as pessoas fazerem o plano completo lá, porque se não ia se juntar muitas pessoas e, visto que já temos aquelas, aquelas três pessoas por hora, estar a manter lá mais as pessoas, têm de fazer o exercício, não tínhamos espaço (…).” (Raquel, RCMFR, GF3, p.16, l.631)

A organização atual dos cuidados que se verifica no contexto convencionado, onde existe a restrição do tempo durante as sessões presenciais com o utente, é algo referido como barreira de contexto à implementação do Split.OA. Os fisioterapeutas referiram que tendo em conta o tempo necessário para implementar o plano em todos os seus processos, e o tempo limitado definido para cada sessão, torna difícil a sua execução.

“Na clínica onde eu trabalho, como é convencionada, poderíamos ter acesso a muitas pessoas que possam ser referenciadas com osteoartrose, mas em termos de tempo para implementar o programa, conseguir avaliar, conseguir ajudar a pessoa, ah...explicar os exercícios e fazer essas coisas não, seria uma barreira, não conseguiríamos ter tempo para acompanhar a pessoa.” (Raquel, RCMFR, GF3, p.15, l.573)

Também o facto de ser necessário cumprir uma prescrição médica, é identificado como uma barreira a execução do programa, uma vez que limita a flexibilidade do fisioterapeuta em termos do que executar em cada sessão.

“Mas depois, quando queremos uma prática mais rigorosa, até para o ensino, porque depois há tempos para aplicar a prescrição médica, não é? Porque nós estamos limite, temos de cumprir isso, temos que, ao contrário dos colegas que estão de um para um, nós temos que cumprir uma prescrição médica (…).” (Ricardo, RCMFR, GF2, p.12, l.483)

Os fisioterapeutas do RCMFR, abordaram ainda a dificuldade de acompanhamento posterior às sessões presenciais, já que o sistema convencionado funciona por blocos de sessões presenciais, não estando contemplado o restante acompanhamento. Assim considera-se este fator também como uma barreira.

“(…) a barreira prende-se sobretudo com aquilo que nós estávamos a falar no princípio, é com, com a parte do acompanhamento, ok? (...) depois só outra questão aqui, depois à parte do acompanhamento do utente, que é, seja no caso, nós trabalhamos com 12 sessões, a acompanhar o utente com aquelas 12 sessões (…).” (João, RCMFR, GF2, p.7, l.282)

“A primeira coisa que eu pensei tendo em conta os utentes que vêm ter comigo com osteoartrose, que é mais no contexto convencionado, foi em conseguir ter 12, acompanhá-los as 12 semanas seguidas, porque, normalmente, agora são prescritas 12 sessões seguidas, o que daria duas semanas e pouco.” (Madalena, RCMFR, GF2, p.1, l.22)

Já no contexto privado, alguns fisioterapeutas referiram que os custos financeiros para o utente, devido aos atendimentos privados e ao número de sessões necessárias para o Split.OA pode tornar-se uma barreira à implementação.

“Temos as questões que eu levantei anteriormente, que era a questão das 12 semanas que poderá ser um entrave para alguns utentes, conseguir ter esse acompanhamento tão prolongado, visto que se trata de uma vertente privada, mas é como tudo há de haver quem tenha possibilidades para isso e quem não tenha (...)”. (Rodrigo, CP, GF2, p.8, l.319)

Ainda no contexto privado da fisioterapia, outra das barreiras identificadas, relaciona-se com a presença de sessões autónomas do utente no Split.OA, e não existindo um lucro dessas sessões, comprometendo a vertente financeira de uma CP.

“(...) talvez possa existir aqui um bocadinho esta questão do conflito daquilo que é querer promover a independência e a autonomia da pessoa, mas ao mesmo tempo querer olhar para aquilo que é a sustentabilidade do negócio, digamos assim, pronto.” (Francisco, GF2, p.14, l.550)

Contrariamente às barreiras identificadas, os fisioterapeutas também identificaram facilitadores no domínio “contexto ambiental e recursos”. Estes destacaram como facilitador o facto de terem tempo, espaço e recursos materiais para a implementação ser bem-sucedida, sendo este facilitador percecionado principalmente por fisioterapeutas do contexto privado.

“Em termos do contexto de trabalho, o local favorece, sim, porque acho que não há (...), não vejo barreiras à implementação do programa. Nós temos uma clínica onde temos um espaço amplo para fazer exercício.” (António, CP, GF3, p.14, l.563)

“Eu acho que o nosso contexto (...) favorece a implementação do projeto, porque nós temos 1 hora para dedicar à pessoa e também trabalhamos em contexto de gabinete (...). E nós também temos espaço e material para que a pessoa possa fazer exercício e até fazermos outro tipo de trabalho e acho que isso também é e também é importante.” (Beatriz, CP, GF2, p.13, l.517)

3.1.4. Motivação Reflexiva

3.1.4.1. Papel social/ profissional e identidade

No que concerne ao domínio “papel social/profissional e identidade”, surge como único facilitador o facto dos fisioterapeutas se identificarem e reverem em termos profissionais com a abordagem e proposta do programa. Referiram que na sua prática clínica, as abordagens que utilizam no tratamento de casos de OAAJ, vão de encontro à forma como o estudo está desenhado, embora não tão estruturadas.

“Acho que é um programa perfeitamente viável na minha prática clínica, tenho vários utentes de joelho e anca, apesar de não ser a patologia mais referenciada. Identifico-me com a abordagem que é feito e tento ir nessa linha de implementação de exercício. (...) Nós queremos responsabilizar, mas a nossa presença não deve desaparecer no total, se não isto não faz muito sentido. (...) Identifico-me com isto, de uma forma menos arrumada que a vossa, mas faz todo o sentido.” (Marta, CSP, GF1, p.4, l.133, l.140)

3.1.4.2. Crenças sobre as capacidades

No domínio “crenças sobre as capacidades”, os fisioterapeutas revelaram-se, no geral, convictos sobre a sua autoconfiança para a implementação do Split.OA. Esta confiança deveu-se ao otimismo e motivação que os impulsiona, atuando como facilitador para a implementação do programa.

“É assim no que depender de mim vou superconfiante para implementar (...). Portanto, se calhar pode ser um bocadinho por a parte motivacional que eu estava a falar, no facto de andar já aqui um bocadinho de saturado que as pessoas não consigam associar (...) a parte da atividade e do exercício ao benefício que advém disso mesmo, ok? Portanto, quero na máxima exaustão possível tentar traduzir isso para um reforço positivo. Pronto, acho que se traduz sobretudo, sobretudo nisso.” (João, RCMFR, GF2, p.7, l.282, p.8, l.305)

Contrariamente ao facilitador descrito acima, foram identificadas duas barreiras no mesmo domínio. Uma das barreiras é a capacidade para a promoção da adesão do utente. Os fisioterapeutas classificaram a sua confiança num nível médio devido à insegurança presente na promoção da adesão do utente ao programa Split.OA e à adesão ao exercício. Esta deve-se à dificuldade que reconheceram em modificar hábitos de vida nos utentes, sobretudo na promoção da prática de exercício, principalmente em casa.

“(...) portanto, o 7¹, por todo o conhecimento que que já tenho e porque também já aplico exercício em doentes com osteoartrose, mas fico de facto aqui com este, ou seja, para o 10¹, para o meu nível de confiança, para o 10¹, a questão da adesão e se de facto vou conseguir ou não que todos esses doentes tenham uma boa adesão ao programa e ao exercício.” (Mafalda, CP, GF2, p.9, l.342)

Ainda neste domínio, destacou-se também como barreira a comunicação da relevância do exercício físico ao utente. Os fisioterapeutas manifestaram dificuldade em comunicar aos utentes que a prática de exercício físico adaptado, traz benefícios para a sua condição de saúde.

“(...) ah... uma das maiores dificuldades que eu tenho tido, é explicar que a prática de exercício físico controlado, de que a carga adaptada, todo um programa específico a cada utente que é benéfico para o mesmo sobretudo nesta condição que vocês falam de osteoartrose do joelho e da anca. Ou seja, pronto para nós que trabalhamos em parte convencional, às vezes, é um bocadinho difícil de explicar que toda a prática de exercício e da atividade é um fator positivo” (João, RCMFR, GF2, p.3, l.122)

3.1.4.3. Crenças sobre as consequências

O domínio das “crenças sobre as consequências” foi o que mais se expressou na identificação de facilitadores. Segundo os fisioterapeutas, os utentes irão ter como benefícios das sessões focadas em exercício e mudança comportamental, a promoção de ganhos em autonomia, funcionalidade e adaptação. Salientaram sobretudo a aquisição de ferramentas pelos utentes para a autogestão da sua condição, independentemente da fase dos sintomas em que se encontrem. Assim, concluíram que será possível uma melhoria da qualidade de vida e empoderamento do utente.

“(...) trazer mais benefícios, como, por exemplo, a pessoa vai saber gerir melhor a sua condição autonomamente. Ah... obviamente vai ter os benefícios que a gente já consegue logo prever, que é a melhoria de ganhos funcionais, seja de amplitude articular, se for necessário para melhorar a mobilidade, seja de flexibilidade, seja de níveis de força.” (José, CP, GF2, p.4, l.150)

¹Para os fisioterapeutas atribuírem um nível de confiança para a implementação do Split.OA, foi utilizado como estratégia de medida, uma escala numérica em que, a pontuação foi de 0 a 10 em que 0 – sem confiança e 10 máxima confiança.

“A grande mais-valia deste tipo de programa é possibilitar às pessoas a continuidade de tratamentos e autocuidado, podendo fazer num futuro sem depender de nós.” (Afonso, CSP, GF1, p.8, l.271)

“Dotar os doentes dessas ferramentas para que possam ser mais ativos e até mesmo terem ferramentas de autogestão da sua própria condição, ou seja, quando tiverem períodos que têm mais dor ou que têm mais agudização, saberem que exercícios e que tarefas é que podem fazer para aliviar a dor com esses exercícios.” (Mafalda, CP, GF2, p.5, l.171)

Os fisioterapeutas, neste domínio, identificaram ainda como facilitador à implementação do Split.OA a futura aquisição de estratégias para motivar a adesão ao exercício físico. Sendo um programa estruturado e baseado em TMC's, os fisioterapeutas esperam adquirir estratégias que lhes permitam proporcionar mudanças comportamentais nos utentes e, conseqüentemente, uma alteração dos seus hábitos de exercício.

“(…) penso que os colegas concordam todos que um dos principais problemas deste tipo de programas com exercício terapêutico é a falta de adesão. Portanto, eu acho que isto vai ser benéfico, porque eu imagino que vocês nos vão dar algumas estratégias para nós conseguirmos convencer os nossos doentes todos a fazer exercício.” (Mafalda, CP, GF2, p.6, l.219)

Salientaram também a importância de poder a possibilitar uma inovação da prática clínica para uma intervenção “hands-off” com benefícios para a profissão.

“Para mim a grande vantagem é o hands-off. A minha experiência clínica foi sempre mãos nos doentes e nos cuidados de saúde primários não podemos usar os mesmos tratamentos, para mim isso é uma grande vantagem” (Maria, CSP, GF1, p.9, l.306)

Os fisioterapeutas destacaram ainda as intervenções que se traduzem em cuidados de saúde de valor e a uniformização da prática clínica em casos de OA. Ao ser um programa estruturado e adaptado aos diferentes contextos, permite a sua utilização nas várias realidades, e uma comparação de resultados entre elas.

“(…) eu acho que isto vai ser de facto interessante para a profissão (...), na questão de menos de 50% dos utentes recebe este tipo de cuidados, ou seja, que nos diz que de uma, na grande maioria, não é...os cuidados em fisioterapia nestes contextos não são, à partida, os mais atualizados ou de acordo com a melhor evidência disponível (...). Portanto, eu acho que a profissão beneficiará disso, não é? E depois, assumindo que, na medida em que terá uma abordagem mais transversal nos diferentes contextos. (Francisco, CP, GF2, p.6, l.252).

“Uma das coisas boas deste programa é a uniformização a nível nacional, em termos de comparação de resultados, em termos de estarmos a usar a mesma metodologia e comparar localmente também acaba por ser uma vantagem.” (Afonso, CSP, GF1, p.9, l.300)

O facto de a implementação do programa poder permitir melhorar a gestão do trabalho (aumentar a capacidade de resposta) foi identificado como um facilitador, principalmente pela perspetiva dos fisioterapeutas em CSP e dos que trabalham em RCMFR, dada a responsabilidade partilhada com o utente. Os fisioterapeutas referiram que a possibilidade do acompanhamento à distância, a possibilidade do trabalho em grupo, e a coresponsabilização do utente pelo trabalho em casa, pode aumentar os tempos livres disponíveis, canalizando assim os recursos para utentes mais urgentes, que necessitam efetivamente de um acompanhamento presencial, reduzindo, por exemplo, listas de espera.

“Há pouco falavam da lista de espera, sendo individualizado ou em grupo a forma como este programa nos foi apresentado, o seu desenho vai nos ajudar na gestão do tempo, na medida em que estamos a responsabilizar e dar poder de decisão ao utente da realização do plano. Estamos a coresponsabilizar o utente. Muitas das sessões que seria de esperar serem presenciais (mas não são) estamos aí a poupar tempo, e podemos multiplicar o tempo que temos para trabalhar com outros utentes. Podemos acabar por ver mais pessoas tendo em conta o desenho que nos apresentaram.” (Miguel, CSP, GF1, p.9, l.310)

3.1.4.4. Intenção

No domínio “intenção”, os fisioterapeutas atribuíram um nível elevado de prioridade para implementarem o Split.OA como facilitador. Manifestaram que o nível de prioridade atribuído deve-se à necessidade de uma prática clínica informada pela evidência, com possibilidade de ser replicada e com consequências na prática.

“(…) Daria 10¹, a prioridade máxima, tudo o resto que vem a seguir, se podemos dizer assim, se fazem parte das minhas crenças pessoais e profissionais, eu iria colocar sempre em segundo plano, porque, pronto, é obrigatório para nós termos pelo menos aquilo que é informado pela evidência, ser esse o principal, portanto, a minha prioridade seria 10.” (António, CP, GF3, p.9, l.326).

“Sim, e que sobretudo a longo prazo, consiga ser replicável, ah... e que lá está a prioridade, seja máxima ou quase máxima, para que para que consiga ser A prática e não uma possibilidade prática.” (Filipa, CP, GF3, p.9, l.339)

3.1.5. Motivação automática

3.1.5.1. Reforço

No domínio “reforço” a implementação do Split.OA foi identificada como um incentivo e impulso à mudança, dado o aumento motivacional que irá trazer aos profissionais, quer devido à utilização de novas ferramentas, mas também devido às perspetivas e orientações que podem dar aos utentes, principalmente relacionadas com a manutenção da qualidade de vida em relação à sua condição.

“Isto para mim ou para nós vai ser um boom motivacional, porque eu até costumo dizer aos meus utentes que eles são a primeira pessoa a quererem ficar bem, eu sou o segundo, ok? (...) para nós, vai ser todas estas ferramentas vão ser uma motivação extraordinária, em todos os aspetos. Portanto, acho que vai funcionar muito nesse sentido, da motivação.” (João, RCMFR, GF2, p.6, l.238)

4. DISCUSSÃO

4.1. Barreiras e facilitadores

Os resultados deste estudo, providenciam perspectivas sobre as barreiras e facilitadores à implementação de um programa de exercício informado por teoria de mudança comportamental para pessoas com OAAJ, o Split.OA.

No decorrer da análise dos resultados obtidos, constatou-se que 5 componentes do modelo COM-B e 11 domínios do TDF se revelaram importantes para a compreensão do comportamento dos fisioterapeutas em relação à implementação do Split.OA. Foram identificadas 14 barreiras e 18 facilitadores que influenciam a capacidade, motivação e oportunidade dos fisioterapeutas na execução do programa.

Na componente “*Capacidade Psicológica*” do COM-B e nos domínios “*Conhecimento*” e “*Aptidões cognitivas e interpessoais*”, os fisioterapeutas dos GFs concordam que as suas competências e conhecimentos profissionais são facilitadores para a implementação do Split.OA. Referiram conhecer as recomendações existentes para intervir em casos de OA, bem como a importância do exercício físico nestes casos, usando de forma rotineira o exercício como forma de intervenção. (*COM-B Capacidade Psicológica, TDF Memória, atenção, processos de decisão*).

O facto de os mesmos reconhecerem as *guidelines* para a OA, bem como a mais-valia do exercício físico nestas situações clínicas, é algo que contrasta com a literatura recente. Estas mostram uma lacuna entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e as recomendações para a prática clínica. A *scoping review* de Nissen et al., (2021), que se focou nas crenças dos profissionais e atitudes em relação à atividade física e ao exercício como tratamento da OAAJ, analisou de forma temática os dados qualitativos de quatro categorias de profissionais (fisioterapeutas, médicos de família, ortopedistas e reumatologistas) e identificaram uma relativa falta de conhecimento e interesse sobre o exercício físico como intervenção para gestão da OA (Nissen et al., 2021). O mesmo é referido na revisão sistemática de Egerton et al., (2017), onde analisou as barreiras e facilitadores que influenciam a implementação de intervenções eficazes em OA em CSP. Esta revelou que parte dos profissionais de saúde não se sentem preparados para atuar junto destes casos, que as crenças pessoais dos profissionais de saúde nem sempre se encontram alinhadas com as recomendações clínicas atuais e que há uma falta de clareza e conhecimento das mesmas (Egerton et al., 2017).

No estudo de MacKay et al., (2020) os fisioterapeutas consideraram que têm conhecimento, competências e formação no que diz respeito ao tratamento do utente com OA. Este estudo demonstra que as experiências dos fisioterapeutas e o seu desenvolvimento profissional contínuo, influenciam significativamente a perspetiva que têm sobre a intervenção em OAJ, a tomada de decisão clínica e a abordagem com os utentes (MacKay et al., 2020). Indica ainda que para muitos fisioterapeutas, o conhecimento empírico obtido através da experiência prática pode ter precedência sobre a adesão às *guidelines* ou intervenções baseadas em evidência científica (MacKay et al., 2020).

O protótipo da intervenção Split.OA é informado por TMCs. As TMCs foram identificadas por todos os GFs como sendo uma das barreiras à implementação do programa, dada a ausência de conhecimento sobre as estratégias de mudança comportamental, bem como da sua aplicação na prática. Embora os fisioterapeutas possam ter capacidades para promover atividade física, a literatura sugere que estes profissionais não possuem o conhecimento necessário de teorias ou TMCs para as aplicar efetivamente na sua prática clínica (Alexanders et al., 2015; Bouma, Van Beek, et al., 2022), o que pode limitar a eficácia na implementação de programas como o Split.OA. Paralelamente, Lawford et al., (2019), determinou até que ponto os fisioterapeutas implementaram os princípios de prática centrada na pessoa e as TMCs após 2 dias de treino, demonstrando que os fisioterapeutas mostraram um desempenho moderado na prestação de cuidados centrados no utente, mas que continuam a necessitam de melhorar as suas capacidades em relação às TMCs (Lawford et al., 2019).

Além da barreira anterior, houve também alguns fisioterapeutas dos GFs que destacaram como limitações no uso de instrumentos de avaliação e medida, as dificuldades na personalização do exercício físico e a necessidade de melhorar as capacidades de comunicação. Estas barreiras refletem hipóteses levantadas pela literatura como por exemplo a falta de conhecimento e de formação dos fisioterapeutas sobre como aconselhar atividade física ou como prescrever exercício a pessoas com condições músculo-esqueléticas (Barton et al., 2021). Os profissionais de saúde aplicam frequentemente exercícios terapêuticos de forma sub-ótima e não parametrizada (Holden et al., 2023).

No domínio “*regulação comportamental*” do TDF, foi identificado um facilitador para a implementação do Split.OA. Huijg et al., (2015) considera este domínio um dos importantes preditores para a implementação de intervenções de atividade física pelos

fisioterapeutas (Huijg et al., 2015). Os participantes deste estudo veem a implementação do Split.OA como um facilitador da prática clínica, um guia para intervir em casos de OAAJ, uma vez que têm uma estrutura para seguir, que lhes permite a aquisição de novos conhecimentos e competências pela aplicabilidade do programa.

Os fisioterapeutas dos GFs consideram a estrutura do programa, bem como as suas componentes, pertinentes. Este facto, faz com que se identifiquem e alinhem com o Split.OA, considerando-se assim como um facilitador do domínio “*papel social/profissional e identidade*”. No estudo de Ris et al., (2021) que investigou as perspetivas dos profissionais à implementação do programa *GLAD:Back*, uma intervenção educacional com exercício, mas para pessoas com dor lombar, obteve resultados similares. Foram identificados como facilitadores para a implementação deste tipo de programa os ganhos pessoais, como o desenvolvimento de competências, o aumento do conhecimento e a própria participação num projeto de investigação (Ris et al., 2021).

A confiança dos fisioterapeutas nas próprias capacidades e nas dos colegas (*Com B-Motivação reflexiva, TDF - “crença sobre as capacidades”*) alinha-se com os requisitos do programa Split.OA, sugerindo que o programa está adaptado ao conjunto de competências existentes dos fisioterapeutas portugueses, nos diferentes contextos. Este achado também se verifica no estudo de Ris et al., (2021) onde é referido como facilitador para a implementação do programa *GLAD:Back* as crenças dos profissionais, onde estes refletem sobre serem profissionais capacitados e capazes de aplicar o programa.

Apesar disto, os fisioterapeutas do GF da CP, expressaram algumas dúvidas em relação às capacidades para promover a adesão do utente ao exercício e ao programa Split.OA. A literatura mostra que a falta de interesse e motivação dos utentes são os principais desafios na promoção do exercício, reforçando que os fisioterapeutas podem precisar de adquirir mais competências para conseguir contornar a desmotivação dos utentes (Eisele et al., 2020). Estes resultados corroboram a ideia de que, apesar dos fisioterapeutas dos GFs confiarem nas suas capacidades, isto não se traduz necessariamente em competências para aplicar eficazmente as teorias de mudança comportamental na prática clínica.

No domínio “*crenças sobre as consequências*” (*COM-B Motivação reflexiva*) foi onde se identificaram mais facilitadores para a implementação do Split.OA. Os GFs analisados são concordantes nos benefícios e na melhoria de resultados que o programa Split.OA pode trazer para os utentes com OAAJ, nomeadamente na promoção da educação e autonomia do utente, bem como nos planos de intervenção personalizados e adaptados à

fase da condição clínica. Ainda neste domínio, os fisioterapeutas participantes reforçam como facilitadores a aquisição de estratégias motivacionais para as suas sessões com os utentes, os benefícios para a profissão e a melhoria na gestão do trabalho, através da responsabilidade partilhada com o utente. A necessidade de mudança na prática clínica e a melhoria da gestão de trabalho justificam a elevada prioridade (*COM B Motivação Reflexiva; TDF Intenção*) que os fisioterapeutas atribuem para a futura implementação do Split.OA. Adicionalmente, a implementação do Split.OA surge como um impulso motivacional para os fisioterapeutas (*COM B Motivação Automática; TDF Reforço*).

Bouma et al., (2022) investigaram as barreiras e facilitadores dos profissionais de saúde de cuidados primários e secundários em relação à implementação de intervenções de mudança de estilo de vida em pacientes com OAAJ. Os facilitadores identificados estavam relacionados com uma boa colaboração interdisciplinar, com uma perceção positiva do papel dos profissionais de saúde na implementação de mudanças de estilo de vida, com o conteúdo ou estrutura das intervenções e com uma atitude positiva dos profissionais de saúde em torno das mesmas (Bouma et al., 2022). Noutro estudo do mesmo autor, foram identificados fatores que influenciam a implementação de intervenções de estilo de vida no sistema de saúde holandês em pacientes com OAAJ, seja a nível individual (conhecimento, atitude e responsabilidade dos profissionais), seja a nível ambiental (incluindo aspetos interpessoais, organizacionais e do contexto social) (Bouma, van Beek, et al., 2022). Destacaram ainda a importância da colaboração interprofissional nas discussões dos GFs (Bouma, van Beek, et al., 2022).

Os resultados anteriores também se verificam nos GFs realizados. Foi identificado pelos fisioterapeutas como facilitador (*COM-B Oportunidade social; TDF Influências Sociais*) não só a colaboração entre colegas de equipa no mesmo contexto de trabalho, mas também a colaboração e participação com equipas médicas (fisiatras, ortopedias), bem como equipas multidisciplinares, onde focaram a nutrição pelas questões do excesso de peso e obesidade.

Contrariamente, a não colaboração entre equipas de trabalho (*COM-B Oportunidade social; TDF Influências Sociais*), pela possibilidade de resistência à implementação de novas práticas, assim como as expectativas dos utentes (*COM-B Oportunidade social; TDF Influências Sociais*), foram referidas como barreiras à implementação do Split.OA. Estas barreiras identificadas estão também presentes na literatura, nomeadamente no estudo de Bouma, et al., (2022) onde podemos perceber que as barreiras mais

frequentemente na implementação de intervenções de estilo de vida identificadas estão relacionadas com a colaboração interdisciplinar não otimizada, com as crenças negativas dos pacientes, com a falta de conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde sobre as intervenções de estilo de vida ou a promoção de mudança comportamental. As discrepâncias entre as expectativas dos utentes e a intervenções efetuadas, podem comprometer a adesão dos utentes a programas de exercício, influenciando as suas preferências (Meade et al., 2021). A barreira “*expectativas dos utentes*” foi principalmente identificada por fisioterapeutas do GF do contexto privado, onde as expectativas dos pacientes podem ter um impacto considerável nas decisões clínicas. A existência de procura por tratamentos passivos, pode influenciar de forma negativa a implementação de programas como o Split.OA.

Os fatores relacionados com a “*oportunidade física*” (COM-B) parecem ser um fator chave para a implementação do Split.OA. No entanto, dependentemente do contexto em que os fisioterapeutas dos GFs se encontram, assim podem atuar como facilitadores ou barreiras à implementação de uma nova intervenção. O domínio “*contexto ambiental e recursos*” (TDF), na sua generalidade, é considerado uma barreira à implementação do programa por parte dos fisioterapeutas participantes. As barreiras vão desde não ter espaço para a implementação, tempo restrito com o utente, limitações em relação ao acompanhamento futuro do utente e a obrigatoriedade de uma prescrição médica, que se destaca no RCMFR. Nos CSP, destacam-se duas barreiras relacionadas com este domínio, nomeadamente a necessidade de autorização superior para o sucesso de implementação, bem como de espaço e material. Já no CP, os fisioterapeutas referem os custos financeiros para o utente e a própria sustentabilidade do negócio como possíveis barreiras à implementação. Estudos anteriores identificaram constrangimentos com o tempo, aspetos de financiamento da implementação, volume de trabalho, entre outros (Bouma et al., 2022; Huijg et al., 2013; Lau et al., 2016; Ris et al., 2021; Swaithe et al., 2020).

Apesar disto, alguns fisioterapeutas dos GFs consideraram estes fatores como sendo também um facilitador, já que manifestaram que dispunham de tempo, espaço e recursos materiais para aplicarem o Split.OA (*COM-B Oportunidade Física; TDF contexto ambiental e recursos*).

A revisão sistemática das revisões de Lau et al., (2016) reforça a importância do contexto local para maximizar a adoção de intervenções complexas em CSP. Os profissionais de saúde e as organizações responsáveis pelos serviços devem considerar a variedade de

fatores contextuais existentes para existir um ajuste entre a intervenção e as circunstâncias locais. No caso do Split.OA poderá significar adaptar o programa às particularidades do contexto de trabalho dos fisioterapeutas portugueses (se trabalham em CSP, CP ou RCMFR), às particularidades do sistema de saúde português e às características dos utentes com OAAJ.

Quanto ao domínio “*emoções*”, no nosso estudo não se verificou a presença do mesmo. No entanto, segundo um estudo de Huijg et al., (2015) onde aborda os fatores que influenciam a implementação de intervenções de atividade física por fisioterapeutas nos Países Baixos recorrendo ao TDF, as emoções positivas (sentirem-se confortáveis, alegres, entusiasmados no seu trabalho), o conhecimento, as aptidões, as crenças sobre capacidades e consequências, a regulação comportamental e o reforço (motivação automática) são preditores importantes da fidelidade na implementação destas intervenções (Huijg et al., 2015).

A análise através do BCW (COM-B e TDF) permitiu identificar os determinantes do comportamento-alvo, possibilitando explorar quais as mudanças necessárias na prática dos fisioterapeutas participantes, para a futura criação de uma intervenção que otimize os fisioterapeutas para a implementação do Split.OA.

Estudo futuros seguirão os passos do BCW, nas etapas dois e três, “identificar as opções de intervenção” e “identificar os conteúdos e as opções de implementação”, respetivamente. Com os resultados deste estudo é possível antever de forma genérica, funções de intervenção e TMCs possíveis a considerar para a implementação do split.OA. Assim, de acordo às barreiras e facilitadores encontrados neste estudo, a intervenção junto dos fisioterapeutas portugueses poderá incluir um programa de formação e de treino, tendo em conta os determinantes identificados, e conter estratégias para aumentar e apoiar o sucesso da implementação do Split.OA. Lawford et al., (2017) elucida que um programa de formação de prática centrada no utente pode alterar as crenças dos fisioterapeutas sobre o seu papel na intervenção em pessoas com OA, aumentando os seus sentimentos de responsabilidade para promover a adoção dos utentes ao exercício e às restantes recomendações (Lawford et al., 2017). Para promover a implementação de intervenções de forma eficaz, os fisioterapeutas devem receber formação adequada e os efeitos desta formação devem ser avaliados, de modo a garantir que são competentes para executar os programas conforme previsto e para otimizar a eficácia da intervenção (Borrelli, 2011).

No projeto SOLAS (Hurley et al., 2016), os fisioterapeutas receberam treino para implementar o projeto, visto que o mesmo engloba uma intervenção complexa, com mudança comportamental, sendo esta uma lacuna reconhecida para os profissionais de saúde. Este achado é semelhante ao do nosso estudo, onde parece também existir uma falta de conhecimento por parte dos fisioterapeutas sobre as TMCs. O estudo de Keogh et al. (2018), avaliou a viabilidade do programa de treino dos fisioterapeutas para implementar o SOLAS, reforçando a necessidade de futuros programas incluírem sessões de *feedback* ou até *coaching* individualizados para melhorar a performance dos fisioterapeutas em relação à aplicação de TMCs juntos dos utentes (Keogh et al., 2018).

Seguindo o BCW, e tendo os domínios das barreiras identificadas no TDF, podemos antever as TMCs e possíveis estratégias a usar juntos dos fisioterapeutas participantes para otimizar na prática a implementação do Split.OA (Michie et al., 2014). Para o domínio “*conhecimento*”, poderá ser utilizada a *TMC 5.1 - fornecer informações sobre as consequências da prática e da não prática*, e a *TMC 4.1 - instrução sobre como realizar o comportamento*, realizando sessões de educação e formação acerca da mudança comportamental e utilização de TMCs, indo assim ao encontro da barreira identificada neste domínio. Para as “*aptidões cognitivas e interpessoais*”, a *TMC 4.1 – instruções sobre como realizar o comportamento*; *TMC 8.1 – prática comportamental*, fazendo demonstrações do uso de testes de aptidão física; sessões de treino da utilização dos testes; simular a prática da entrevista motivacional e praticar o uso das TMCs. Já no domínio “*crenças sobre as capacidades*”, *TMC 1.2 – resolução de problema*; *TMC 15.1 - persuasão verbal sobre a capacidade*; *TMC 6.1 – demonstração do comportamento*. Para as “*influências sociais*”, a *TMC 6.3 -informação sobre a aprovação dos outros*; *TMC 3.2 - suporte social prático*, promovendo a interação entre colegas e a discussão em grupo de fisioterapeutas. Por último, para o “*contexto ambiental e recursos*”, a *TMC 12.1 – reestruturação do ambiente físico* e a *TMC 12.2- reestruturação do ambiente social*.

Os facilitadores identificados também devem ser alvos durante o programa de formação, para reforçar os mesmos. Por exemplo, os facilitadores associados ao domínio “*regulação comportamental*” poderão ser utilizados para otimizar a definição de objetivos e planeamento de ações para a implementação do Split.OA. Já no domínio “*influências sociais*” promover a interação entre colegas e a discussão em grupo de fisioterapeutas irá reforçar a “*colaboração entre equipas*”. Para promover o facilitador associado ao domínio “*crenças sobre as capacidades*”, poderá ser reforçado o *feedback* positivo,

quando atingidas metas e objetivos do Split.OA, mantendo assim e evoluindo os níveis de confiança.

Estes são apenas alguns exemplos, de modo como este estudo poderá ajudar a desenvolver uma intervenção para os fisioterapeutas participantes, contornando ou otimizando as barreiras e os facilitadores identificados, a implementarem o Split.OA com sucesso.

A percepção dos fisioterapeutas sobre o programa Split.OA aparenta revelar uma perspectiva otimista, mas cautelosa sobre a sua implementação. Embora haja um reconhecimento do alinhamento do programa com uma prática baseada em evidência e dos seus potenciais benefícios para os utentes e desenvolvimento da profissão, a implementação bem-sucedida do Split.OA poderá estar dependente da resolução de barreiras, quer ao nível do conhecimento dos fisioterapeutas portugueses, quer ao nível dos diferentes contextos de saúde em que os fisioterapeutas trabalham. Sendo de extrema importância o treino dos fisioterapeutas para o sucesso da implementação.

4.2. Forças e limitações

As principais forças do estudo estão relacionadas com a utilização de GFs, uma vez que permitiu uma visão detalhada das percepções e experiências dos fisioterapeutas portugueses em relação à implementação de um programa de exercício estruturado e informado por mudança comportamental, em pessoas com OAAJ. Esta abordagem qualitativa permite explorar as complexidades das barreiras e facilitadores, que por métodos quantitativos não seria possível.

O facto de o estudo ter como base metodológica o modelo COM-B e o TDF, permitiu uma análise estruturada da interação entre os comportamentos individuais dos fisioterapeutas, o contexto ambiental e as estruturas organizacionais. Esta abordagem é consistente com a literatura no uso de ferramentas teóricas para compreender e abordar a mudança de comportamento em contextos de saúde/clínicos (Michie et al., 2011).

Adicionalmente, a escolha do modelo COM-B e TDF para análise dos dados, que envolve uma estrutura teoricamente fundamentada, facilitou a interpretação e categorização das barreiras e facilitadores à implementação do Split.OA. A diversidade dos participantes, em termos de experiência profissional e contextos de trabalho (CSP, CP e RCMFR) permite uma visão mais abrangente, das perspectivas dos fisioterapeutas, nas diferentes realidades da fisioterapia em Portugal.

Quanto às limitações, que também devem ser consideradas, estão relacionadas com o facto de ser um estudo qualitativo, em que a utilização de GFs pode levar à presença do viés da desejabilidade social. A seleção da amostra e a organização dos GFs foram realizados pelos investigadores, o que se poderá traduzir num viés de seleção. A moderação dos GFs pelos próprios investigadores do estudo pode ter introduzido um viés de desejabilidade social, e ter condicionado o conteúdo das entrevistas.

O tamanho da amostra ser limitado a 18 fisioterapeutas, pode não permitir a generalização dos resultados para a população portuguesa de fisioterapeutas, na sua globalidade. Adicionalmente, o facto de as perspetivas dos fisioterapeutas poderem ser influenciadas pelas suas experiências e contexto de trabalho pode não ser transponíveis para outras regiões do país. Outra limitação ao estudo é o facto de não terem sido realizados os testes de saturação de dados, podendo haver perspetivas que não foram recolhidas ou identificadas (Moser & Korstjens, 2018).

4.3. Implicações Futuras

Este estudo representa a fase inicial do programa Split.OA, cujo objetivo é avaliar as necessidades e identificar os determinantes à implementação do programa. A fase seguinte será continuar os passos da BCW, passando à segunda e terceira fase.

Estudos futuros poderão centrar-se na criação do programa de treino dos fisioterapeutas para a implementação do programa Split.OA, seguindo as fases subsequentes da BCW, e na avaliação da sua efetividade.

Poderão ainda considerar a utilização de uma abordagem metodológica mista que poderá ser vantajosa, combinando métodos qualitativos e quantitativos, para obter uma compreensão mais exaustiva das barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas à implementação de um programa de exercício estruturado e informado por mudança comportamental, para promover a adesão dos utentes com OAAJ.

Adicionalmente, será importante investigar o impacto da formação dos fisioterapeutas na adesão ao programa de exercício a longo prazo e na alteração do declínio funcional, por parte dos utentes com OAAJ.

5. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar e explorar as barreiras e facilitadores dos fisioterapeutas, à implementação de um programa personalizado de exercício e informado por mudança comportamental, para promover a adesão regular ao exercício físico de pessoas com OAAJ. Identificar as barreiras e facilitadores corresponde à primeira fase do BCW, em que se diagnostica o que é necessário mudar para atingir o comportamento desejado.

Os resultados deste estudo destacam a presença de 13 barreiras (4 componentes do COM-B, 6 domínios do TDF) e 17 facilitadores (5 componentes do COM-B, 11 domínios do TDF) à implementação de uma intervenção de exercício estruturado informada por mudança comportamental. As barreiras que mais se destacaram à implementação do Split.OA, por parte dos fisioterapeutas, foram relacionadas com a “capacidade psicológica”, como por exemplo, a ausência de conhecimento de TMCs e as dificuldades em personalizar o exercício físico, bem como a ausência de experiência na implementação de programas. Por outro lado, os facilitadores que mais se expressaram inserem-se na “motivação reflexiva”, nomeadamente, a identificação dos fisioterapeutas com o programa Split.OA, dado reconhecerem os diversos benefícios clínicos para os utentes, para os próprios fisioterapeutas e para o desenvolvimento da profissão

Recorrendo ao BCW, através da identificação das funções de intervenção e TMCs, será possível desenvolver um programa de formação para os fisioterapeutas portugueses para garantir o sucesso da implementação do Split.OA.

6. BIBLIOGRAFIA

- Alexanders, J., Anderson, A., & Henderson, S. (2015). Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: A systematic review of therapists' perceptions and practice. In *Physiotherapy (United Kingdom)* (Vol. 101, Issue 2, pp. 95–102). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.008>
- Allen, K. D., Choong, P. F., Davis, A. M., Dowsey, M. M., Dziedzic, K. S., Emery, C., Hunter, D. J., Losina, E., Page, A. E., Roos, E. M., Skou, S. T., Thorstensson, C. A., van der Esch, M., & Whittaker, J. L. (2016). Osteoarthritis: Models for appropriate care across the disease continuum. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (Vol. 30, Issue 3, pp. 503–535). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.09.003>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R., & Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Bannuru, R. R., Osani, M. C., Vaysbrot, E. E., Arden, N. K., Bennell, K., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Kraus, V. B., Lohmander, L. S., Abbott, J. H., Bhandari, M., Blanco, F. J., Espinosa, R., Haugen, I. K., Lin, J., Mandl, L. A., Moilanen, E., Nakamura, N., Snyder-Mackler, L., Trojian, T., ... McAlindon, T. E. (2019). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 27(11), 1578–1589. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>
- Barton, C. J., King, M. G., Dascombe, B., Taylor, N. F., de Oliveira Silva, D., Holden, S., Goff, A. J., Takarangi, K., & Shields, N. (2021). Many physiotherapists lack preparedness to prescribe physical activity and exercise to people with musculoskeletal pain: A multi-national survey. *Physical Therapy in Sport*, 49, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.02.002>
- Bennell, K. L., Dobson, F., & Hinman, R. S. (2014). Exercise in osteoarthritis: Moving from prescription to adherence. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (Vol. 28, Issue 1, pp. 93–117). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.01.009>

- Borrelli, B. (2011). The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x>
- Bouma, S. E., van Beek, J. F. E., Alma, M. A., Diercks, R. L., van der Woude, L. H. V., van den Akker-Scheek, I., & Stevens, M. (2022). What affects the implementation of lifestyle interventions in patients with osteoarthritis? A multidisciplinary focus group study among healthcare professionals. *Disability and Rehabilitation*, 44(26), 8283–8293. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2011438>
- Bouma, S. E., Van Beek, J. F. E., Diercks, R. L., Van Der Woude, L. H. V., Stevens, M., & Van Den Akker-Scheek, I. (2022). Barriers and facilitators perceived by healthcare professionals for implementing lifestyle interventions in patients with osteoarthritis: A scoping review. In *BMJ Open* (Vol. 12, Issue 2). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056831>
- Bowden, J. L., Hunter, D. J., Deveza, L. A., Duong, V., Dziedzic, K. S., Allen, K. D., Chan, P. K., & Eyles, J. P. (2020). Core and adjunctive interventions for osteoarthritis: efficacy and models for implementation. In *Nature Reviews Rheumatology* (Vol. 16, Issue 8, pp. 434–447). Nature Research. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0447-8>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira Da Costa, L., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., & Coelho, P. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 13, 22. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>
- Brosseau, L., Taki, J., Desjardins, B., Thevenot, O., Fransen, M., Wells, G. A., Imoto, A. M., Toupin-April, K., Westby, M., Gallardo, I. C. Á., Gifford, W., Laferrière, L., Rahman, P., Loew, L., Angelis, G. de, Cavallo, S., Shallwani, S. M., Aburub, A., Bennell, K. L., ... McLean, L. (2017). The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part one: Introduction, and mind-body exercise programs *. *Clinical Rehabilitation*, 31(5), 582–595. <https://doi.org/10.1177/0269215517691083>

- Bunzli, S., O'Brien Bhealthsci, P., Ayton, D., Dowsey, M., Gunn, J., Choong, P., & Manski-Nankervis, J. A. (2019). Misconceptions and the Acceptance of Evidence-based Nonsurgical Interventions for Knee Osteoarthritis. A Qualitative Study. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 477(9), 1975–1983. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000784>
- CASPERSEN, C. J., POWELL, K. E., & CHRISTENSON, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. In *Public Health Rep* (Vol. 100).
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Costa, D., Rodrigues, A. M., Cruz, E. B., Canhão, H., Branco, J., & Nunes, C. (2021). Driving factors for the utilisation of healthcare services by people with osteoarthritis in Portugal: results from a nationwide population-based study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07045-4>
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Family Practice*, 16(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0319-5>
- De Almeida, J., Gonçalo, S., Augusto, F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Health Systems in Transition - Portugal. In *Portugal Health system review* (Vol. 19, Issue 2).
- Duarte, N., Rodrigues, A. M., Branco, J. D. C., Canhão, H., Hughes, S. L., & Paúl, C. (2017). Health and lifestyles factors associated with osteoarthritis among older adults in Portugal. *Frontiers in Medicine*, 4(NOV). <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00192>

- Egerton, T., Diamond, L. E., Buchbinder, R., Bennell, K. L., & Slade, S. C. (2017). A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 25, Issue 5, pp. 625–638). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.12.002>
- Eisele, A., Schagg, D., & Göhner, W. (2020). Exercise promotion in physiotherapy: A qualitative study providing insights into German physiotherapists' practices and experiences. *Musculoskeletal Science and Practice*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.102104>
- Eyles, J. P., Hunter, D. J., Bennell, K. L., Dziedzic, K. S., Hinman, R. S., van der Esch, M., Holden, M. A., Bowden, J. L., Quicke, J., Skou, S. T., Risberg, M. A. G., Roos, E. M., Thorstensson, C., Hurley, M., Nelson, A., Jinks, C., Briggs, A., Egerton, T., Allen, K., ... Hao, L. J. (2019). Priorities for the effective implementation of osteoarthritis management programs: an OARSI international consensus exercise. *Osteoarthritis and Cartilage*, 27(9), 1270–1279. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.05.015>
- Fernandes, L., Hagen, K. B., Bijlsma, J. W. J., Andreassen, O., Christensen, P., Conaghan, P. G., Doherty, M., Geenen, R., Hammond, A., Kjekken, I., Lohmander, L. S., Lund, H., Mallen, C. D., Nava, T., Oliver, S., Pavelka, K., Pitsillidou, I., Da Silva, J. A., De La Torre, J., ... Vliet Vlieland, T. P. M. (2013). EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. In *Annals of the Rheumatic Diseases* (Vol. 72, Issue 7, pp. 1125–1135). <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-202745>
- Finch, H., & Lewis, J. (2014). Focus Groups. In Publishing. SAGE (Ed.), *Qualitative Research Practice: A guide for social science students and researchers* (2 edition).
- Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van Der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee: A Cochrane systematic review. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 49, Issue 24, pp. 1554–1557). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095424>
- French, S. D., Green, S. E., O'Connor, D. A., McKenzie, J. E., Francis, J. J., Michie, S., Buchbinder, R., Schattner, P., Spike, N., & Grimshaw, J. M. (2012). Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into

- practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-38>
- Glasgow, R. E., Vinson, C., Chambers, D., Khoury, M. J., Kaplan, R. M., & Hunter, C. (2012). National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1274–1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300755>
- Goh, S. L., Persson, M. S. M., Stocks, J., Hou, Y., Lin, J., Hall, M. C., Doherty, M., & Zhang, W. (2019). Efficacy and potential determinants of exercise therapy in knee and hip osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. In *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (Vol. 62, Issue 5, pp. 356–365). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.04.006>
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(S6), S57–S60. <https://doi.org/https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>
- Hawker, G. A. (2019). Osteoarthritis is a serious disease. *Clinical and Experimental Rheumatology*.
- Hochberg, M. C., Altman, R. D., April, K. T., Benkhalti, M., Guyatt, G., McGowan, J., Towheed, T., Welch, V., Wells, G., & Tugwell, P. (2012). American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care and Research*, 64(4), 465–474. <https://doi.org/10.1002/acr.21596>
- Holden, M. A., Metcalf, B., Lawford, B. J., Hinman, R. S., Boyd, M., Button, K., Collins, N. J., Cottrell, E., Henrotin, Y., Larsen, J. B., Master, H., Skou, S. T., Thoma, L. M., Rydz, R., Wellsandt, E., White, D. K., & Bennell, K. (2023). Recommendations for the delivery of therapeutic exercise for people with knee and/or hip osteoarthritis. An international consensus study from the OARSI Rehabilitation Discussion Group. *Osteoarthritis and Cartilage*, 31(3), 386–396. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2022.10.009>
- Holden, M. A., Nicholls, E. E., Young, J., Hay, E. M., & Foster, N. E. (2009). UK-based physical therapists' attitudes and beliefs regarding exercise and knee osteoarthritis: Findings from a mixed-methods study. *Arthritis Care & Research*, 61(11), 1511–1521. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/art.24829>

- Huijg, J. M., Crone, M. R., Verheijden, M. W., van der Zouwe, N., Middelkoop, B. J. C., & Gebhardt, W. A. (2013). Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. *BMC Family Practice*, *14*(1), 142. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-142>
- Huijg, J. M., Dusseldorp, E., Gebhardt, W. A., Verheijden, M. W., Van Der Zouwe, N., Middelkoop, B. J. C., Duijzer, G., & Crone, M. R. (2015). *Factors Associated With Physical Therapists' Implementation of Physical Activity Interventions in the Netherlands*. <https://academic.oup.com/ptj/article/95/4/539/2686360>
- Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. In *The Lancet* (Vol. 393, Issue 10182, pp. 1745–1759). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)
- Hunter, D. J., Schofield, D., & Callander, E. (2014). The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. In *Nature Reviews Rheumatology* (Vol. 10, Issue 7, pp. 437–441). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.44>
- pp. 437–441). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.44>
- Hurley, D. A., Murphy, L. C., Hayes, D., Hall, A. M., Toomey, E., McDonough, S. M., Lonsdale, C., Walsh, N. E., Guerin, S., & Matthews, J. (2016). Using intervention mapping to develop a theory-driven, group-based complex intervention to support self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS). *Implementation Science*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/S13012-016-0418-2>
- Hurley, M., Dickson, K., Hallett, R., Grant, R., Hauari, H., Walsh, N., Stansfield, C., & Oliver, S. (2018). Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: A mixed methods review. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010842.pub2>
- Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R., & Hurley, D. A. (2018). Feasibility of Training Physical Therapists to Deliver the Theory-Based Self-Management of Osteoarthritis and Low Back Pain Through Activity and Skills (SOLAS) Intervention Within a Trial Background. Provider training programs are frequently underevaluated, leading to. In *Physical Therapy* □ (Vol. 98, Issue 2). <https://academic.oup.com/ptj>

- Keogh, A., Tully, M. A., Matthews, J., & Hurley, D. A. (2015). A review of behaviour change theories and techniques used in group based self-management programmes for chronic low back pain and arthritis. In *Manual Therapy* (Vol. 20, Issue 6, pp. 727–735). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.03.014>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kunstler, B. E., Cook, J. L., Freene, N., Finch, C. F., Kemp, J. L., O'Halloran, P. D., & Gaida, J. E. (2018). Physiotherapists use a small number of behaviour change techniques when promoting physical activity: A systematic review comparing experimental and observational studies. In *Journal of Science and Medicine in Sport* (Vol. 21, Issue 6, pp. 609–615). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.10.027>
- Laires, P. A., Canhão, H., Rodrigues, A. M., Eusébio, M., Gouveia, M., & Branco, J. C. (2018). The impact of osteoarthritis on early exit from work: Results from a population-based study. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5381-1>
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R., & Murray, E. (2016). Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. In *Implementation Science* (Vol. 11, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>
- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Kasza, J., Campbell, P. K., Gale, J., Bills, C., & Hinman, R. S. (2019). Implementation of person-centred practice principles and behaviour change techniques after a 2-day training workshop: A nested case study involving physiotherapists. *Musculoskeletal Care*, 17(2), 221–233. <https://doi.org/10.1002/msc.1395>
- Lawford, B. J., Delany, C., Law, M., Bennell, K. L., Bills, C., Gale, J., Hinman, R. S., & Hinman, R. (2017). *Training physical therapists in person-centred practice for people with osteoarthritis: a qualitative case study*. <https://doi.org/10.1002/acr.40198>

- Li, L. C., Sayre, E. C., Kopec, J. A., Esdaile, J. M., Bar, S., & Cibere, J. (2011). Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *Journal of Rheumatology*, 38(10), 2230–2237. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110264>
- Li, Y., Su, Y., Chen, S., Zhang, Y., Zhang, Z., Liu, C., Lu, M., Liu, F., Li, S., He, Z., Wang, Y., Sheng, L., Wang, W., Zhan, Z., Wang, X., & Zheng, N. (2015). The effects of resistance exercise in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 30(10), 947–959. <https://doi.org/10.1177/0269215515610039>
- MacKay, C., Hawker, G. A., & Jaglal, S. B. (2020). How Do Physical Therapists Approach Management of People With Early Knee Osteoarthritis? A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 100(2), 295–306. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz164>
- McAlindon, T. E., Bannuru, R. R., Sullivan, M. C., Arden, N. K., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, S. M., Hawker, G. A., Henrotin, Y., Hunter, D. J., Kawaguchi, H., Kwok, K., Lohmander, S., Rannou, F., Roos, E. M., & Underwood, M. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 22(3), 363–388. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.01.003>
- Meade, L. B., Bearne, L. M., & Godfrey, E. L. (2021). “It’s important to buy in to the new lifestyle”: barriers and facilitators of exercise adherence in a population with persistent musculoskeletal pain. *Disability and Rehabilitation*, 43(4), 468–478. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1629700>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behaviour change wheel: a guide to designing interventions* (first edition).
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. In *European Journal of General Practice* (Vol. 24, Issue 1, pp. 9–18). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

- NICE. (2020). *Osteoarthritis: care and management Clinical guideline*.
www.nice.org.uk/guidance/cg177
- Nicolson, P. J. A., Hinman, R. S., French, S. D., Lonsdale, C., & Bennell, K. L. (2018). Improving Adherence to Exercise: Do People With Knee Osteoarthritis and Physical Therapists Agree on the Behavioral Approaches Likely to Succeed? *Arthritis Care and Research*, 70(3), 388–397. <https://doi.org/10.1002/acr.23297>
- Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. In *BMC Health Services Research* (Vol. 19, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
- Nissen, N., Holm, P. M., Bricca, A., Dideriksen, M., Tang, L. H., & Skou, S. T. (2021). Clinicians' beliefs and attitudes to physical activity and exercise therapy as treatment for knee and/or hip osteoarthritis: a scoping review. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 30, Issue 2, pp. 260–269). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.11.008>
- Østerås, N., Jordan, K. P., Clausen, B., Cordeiro, C., Dziedzic, K., Edwards, J., Grønhaug, G., Higginbottom, A., Lund, H., Pacheco, G., Pais, S., & Hagen, K. B. (2015). *Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK*. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>
- Pabinger, C., Lothaller, H., & Geissler, A. (2015). Utilization rates of knee-arthroplasty in OECD countries. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(10), 1664–1673. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.05.008>
- Pisters, M. F., Veenhof, C., Schellevis, F. G., De Bakker, D. H., & Dekker, J. (2010). Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18(8), 1019–1026. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2010.05.008>
- Prieto-Alhambra, D., Judge, A., Javaid, M. K., Cooper, C., Diez-Perez, A., & Arden, N. K. (2014). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(9), 1659. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203355>

- Rausch, O., Anne, K., Niedermann, K., Braun, J., Adams, J., Brodin, N., Dagfinrud, H., Duruoz, T., Esbensen, B. A., Günther, K. P., Hurkmans, E., Juhl, C. B., Kennedy, N., Kiltz, U., Knittle, K., Nurmohamed, M., Pais, S., Severijns, G., Swinnen, T. W., ... Vliet Vlieland, T. P. M. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. In *Annals of the Rheumatic Diseases* (Vol. 77, Issue 9, pp. 1251–1260). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213585>
- Ris, I., Boyle, E., Myburgh, C., Hartvigsen, J., Thomassen, L., & Kongsted, A. (2021). Factors influencing implementation of the GLA:D Back, an educational/exercise intervention for low back pain: a mixed-methods study. *JBI Evidence Implementation*, 19(4), 394–408. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000284>
- Salmon, J. H., Rat, A. C., Sellam, J., Michel, M., Eschard, J. P., Guillemin, F., Jolly, D., & Fautrel, B. (2016). Economic impact of lower-limb osteoarthritis worldwide: a systematic review of cost-of-illness studies. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 24, Issue 9, pp. 1500–1508). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.03.012>
- Silverwood, V., Blagojevic-Bucknall, M., Jinks, C., Jordan, J. L., Protheroe, J., & Jordan, K. P. (2015). Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 23, Issue 4, pp. 507–515). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.019>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *The BMJ*, 374. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Swaithes, L., Paskins, Z., Dziedzic, K., & Finney, A. (2020). Factors influencing the implementation of evidence-based guidelines for osteoarthritis in primary care: A systematic review and thematic synthesis. In *Musculoskeletal Care* (Vol. 18, Issue 2, pp. 101–110). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/msc.1452>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.

International Journal for Quality in Health Care, 19(6), 349–357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Uthman, O. A., Windt, D. A. van der, Jordan, J. L., Dziedzic, K. S., Healey, E. L., Peat, G. M., & Foster, N. E. (2014). Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 48(21), 1579. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-5555rep>

Verhagen, E., Voogt, N., Bruinsma, A., & Finch, C. F. (2014). A knowledge transfer scheme to bridge the gap between science and practice: an integration of existing research frameworks into a tool for practice. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 698. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092241>

Willett, M., Duda, J., Fenton, S., Gautrey, C., Greig, C., & Rushton, A. (2019). Effectiveness of behaviour change techniques in physiotherapy interventions to promote physical activity adherence in lower limb osteoarthritis patients: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219482>

Zadro, J., O’Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*, 9(10), e032329. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329>

7. APÊNDICES

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

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

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

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

Domínios do TDF e definição	Definição	Construtos teóricos representados em cada domínio
Conhecimento	Ter consciência da existência de algo	Conhecimentos (incluindo conhecimento da condição / raciocínio científico); conhecimento processual; conhecimentos práticos; conhecimento da tarefa ambiente
Aptidões	Aptidões ou competências adquiridas através do treino, prática	Aptidões; desenvolvimento de competências; competências; capacidade; competências interpessoais; prática; avaliação de competências
Memória, atenção e processos de decisão	A aptidão de reter informação, focar seletivamente em aspetos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas	Memória; atenção; controlo da atenção; controlo; tomada de decisões; sobrecarga cognitiva / cansaço
Regulação comportamental	Tudo o que tem por objetivo a gestão ou alteração de algo que seja observado ou medido objetivamente	Autocontrolo; quebra de hábitos; planeamento de ações
Papel social/profissional e identidade	Um conjunto coerente de comportamentos e qualidades pessoais demonstradas pelo indivíduo num contexto social ou profissional	Identidade profissional; papel profissional; identidade; limites profissionais; confiança profissional; identidade de grupo; liderança; empenhamento compromisso
Crenças sobre as capacidades	Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma aptidão, talento ou a facilidade que a pessoa coloca em algo construtivo	Autoconfiança; perceção de competência; autoeficácia; controlo comportamental; crenças; autoestima; empoderamento; confiança profissional
Otimismo	A confiança de que as coisas acontecerão da melhor forma ou que os objetivos desejados serão atingidos	Otimismo; pessimismo; otimismo irrealista; identidade

Crenças sobre as consequências	Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre os resultados de um comportamento numa dada situação	Crenças; expectativas de resultados; características das expectativas de resultados; arrependimento antecipado; consequências
Intenções	Uma decisão consciente para realizar um comportamento ou decidir agir de uma determinada forma	Estabilidade das intenções; fases do modelo de mudança; modelo teórico e fases de mudança
Objetivos	Representações mentais de resultados ou do que um indivíduo quer atingir	Objetivos (distal / proximal); prioridade do objetivo; definição de objetivos / metas; objetivos (autónomos / controlados); planeamento de ações; intenção de implementação
Reforço	Aumentar a probabilidade de uma resposta através de uma relação dependente entre uma resposta e um estímulo	Recompensas (proximal / distal, valorizadas / não valorizadas, prováveis / improvável); incentivos; punição; consequências; reforço; contingências; sanções
Emoção	Um padrão de reação complexo, que envolve elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, através dos quais um indivíduo tenta lidar com assuntos ou acontecimentos pessoais	Medo; ansiedade; afeto; stress; depressão; afeto positivo/negativo; esgotamento
Contexto ambiental e recursos	Qualquer circunstância relativa à situação ou ambiente de um indivíduo, que desencoraja ou encoraja o desenvolvimento de aptidões ou competências, a sua independência, competências sociais e comportamentos adaptativos	Fatores de stress ambiental; recursos / recursos materiais; cultura organizacional / clima; acontecimentos marcantes / incidentes críticos; interação pessoa x ambiente; barreiras e facilitadores
Influências sociais	Processos interpessoais que podem causar mudança nos comportamentos ou na forma como um indivíduo pensa ou sente	Pressão social; normas sociais; conformidade com o grupo; comparações sociais; normas de grupo; apoio social; poder; conflito intergrupar; alienação; identidade de grupo; modelação

Apêndice 2 - Carta Explicativa do Estudo para os Fisioterapeutas Participantes



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Aceitabilidade, viabilidade, barreiras e facilitadores da implementação de um programa personalizado para a prevenção do declínio funcional e promoção da prática regular de exercício em pessoas com Osteoartrose da anca e joelho (Split.OA)

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

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

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

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

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

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é desenvolver e implementar um programa de exercício, informado por teorias de mudança comportamental, para pessoas com OAAJ (Split.OA), focado na prevenção do declínio funcional e promoção da prática regular de exercício. Será implementado em diferentes instituições privadas e de CSP, em Portugal. Este estudo será dividido em duas fases. A primeira fase pretende investigar a viabilidade e

aceitabilidade da versão preliminar do programa Split.OA, bem como identificar possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação. A segunda fase tem como objetivo avaliar a viabilidade e impacto do programa e da sua implementação.

Por que fui convidad@?

Foi convidad@ a participar neste estudo por ser fisioterapeuta que intervém com utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho e que trabalha em contexto de CSP ou em contexto de CP. A sua participação, enquadrada na primeira fase do estudo, irá ajudar-nos a explorar a viabilidade e aceitabilidade da versão preliminar do programa Split.OA, bem como compreender os possíveis fatores e determinantes que poderão atuar como barreiras ou facilitadores à sua implementação. A informação obtida permitirá otimizar a versão preliminar do programa, garantindo assim o desenvolvimento de um programa adaptado às características do seu local de prática.

Tenho mesmo que participar?

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

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar, numa primeira instância, terá de assinar o termo de consentimento informado.

O que terei que fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e posteriormente que participe num GF em formato online, com outros colegas fisioterapeutas. O objetivo do GF será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes acerca da viabilidade e aceitabilidade do programa Split.OA, bem como acerca da sua perceção sobre as barreiras e facilitadores que possam influenciar a sua futura implementação.

Para além de si, estarão presentes, no máximo, outros 7 participantes no GF, que terá uma duração máxima de 90 minutos e será moderado e co-moderado por dois membros da

equipa de investigação. O GF será realizado online via videoconferência, através da plataforma digital ZOOM *Meetings*, e será realizada a gravação áudio e vídeo, para posterior transcrição.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

A sua participação irá permitir o desenvolvimento de um programa de exercício supervisionado para pessoas com Osteoartrose, que permitirá a implementação de cuidados de saúde informados pela melhor evidência disponível, de acordo com as necessidades dos utentes e adaptado às características do seu local de prática. Isto terá um impacto significativo a nível da sua prática, bem como a nível dos utentes com Osteoartrose que recebem tratamentos de Fisioterapia a nível dos CSP e em contexto de CP.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

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

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

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

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

Parte 2 | A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

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

E se houver algum problema?

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

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. A informação que transmitir durante o GF será gravada em formato áudio e transcrita na íntegra com o intuito de ser analisada posteriormente e não será incluída a sua identificação na transcrição, sendo utilizado um nome fictício, escolhido por si. A informação recolhida através dos questionários será introduzida de forma codificada numa base de dados para posterior análise.

A equipa de investigação guardará as gravações, transcrições e questionários preenchidos num lugar seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a elementos externos à equipa. As gravações, transcrições e questionários serão preservadas por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas ou divulgados em conferências, congressos e outros eventos científicos. Sempre que isso aconteça, os resultados serão apresentados de forma agregada, não sendo possível identificá-los em circunstância alguma. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado, três anos após o fim do estudo. As gravações, transcrições e questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

Muito obrigado por ler este documento,

Alexandre Moniz | Daniela Costa | Eduardo Brazete Cruz | Flávia Gonçalves | Miguel Curto | Nadine Gomes

Investigadores:

Luís Alexandre Meneses Moniz

E-mail: luis.moniz@estudantes.ips.pt

Daniela Sofia Albino Costa

E-mail: dsa.costa@ensp.unl.pt

Eduardo José Brazete Cruz

E-mail: Eduardo.cruz@ess.ips.pt

Flávia Alexandra Antunes Gonçalves

E-mail: 210512007@estudantes.ips.pt

Nadine Sofia Oliveira Gomes

E-mail: 210512011@estudantes.ips.pt

Miguel Ângelo Taborda Matos Curto

E-mail: 210512019@estudantes.ips.pt

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

Telefone: 265709391

ESTE DOCUMENTO INCLUI 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice 3 – Aprovação da Comissão de Ética



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer 87/AFP/2022

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS pelo Fisioterapeuta Luís Alexandre Meneses Moniz referente a estudo denominado “Desenvolvimento de um programa de autogestão para pessoas com Osteoartrose centrado nos cuidados de saúde primários (Split.OA)” que se enquadra no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Investigação do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e pela Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. É um projeto sob orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Costa e coorientação da Professora Doutora Daniela Costa.

DOCUMENTAL

1. Requerimento do parecer;
2. CV do Investigador Principal;
3. Dossier de Submissão, contemplando: sinopse do estudo; referências bibliográficas; apêndices com a seguinte documentação:
 - 3.1. Carta Explicativa do Estudo para os Fisioterapeutas Participantes (Fase 1 e 2);
 - 3.2. Consentimento Informado para os Fisioterapeutas Participantes (Fase 1 e 2);
 - 3.3. Carta Explicativa do Estudo para os Utentes Participantes (Fase 1);
 - 3.4. Consentimento Informado para os Utentes Participantes (Fase 1);
 - 3.5. Carta Explicativa do Estudo para os Utentes Participantes no Estudo Piloto (Fase 2a);
 - 3.6. Consentimento Informado para os Utentes Participantes no Estudo Piloto (Fase 2a);
 - 3.7. Carta Explicativa do Estudo para os Utentes Participantes nos Grupos Focais (Fase 2b);
 - 3.8. Consentimento Informado para os Utentes Participantes nos Grupos Focais (Fase 2b);
 - 3.9. Guiões de entrevista dos Grupos Focais (Fase 1);
 - 3.10. Instrumentos para a Recolha de Dados: Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (QCSC); Patient Enablement Instrument (PEI-OA); Escala Numérica da Dor (END); KOOS/HOOS – Função Física, Versão Curta; Questionário de Qualidade de Vida (EQ-5D-3L); IPAQ – Versão Curta; Escala de Perceção Global de Mudança (PGIC-PT);
 - 3.11. Guiões de entrevista dos Grupos Focais (Fase 2b);
 - 3.12. Cronograma.

ANÁLISE E PARECER

1. O estudo tem como objetivo primário: Desenvolver um programa focado na promoção da autogestão através da mudança comportamental em pessoas com OA da anca e/ou joelho (Split.OA), para os cuidados de saúde primários em Portugal.
2. Este estudo será dividido em duas fases:
 - 2.1. A primeira fase do estudo, denominada “Desenvolvimento do Programa Split.OA” terá como objetivo explorar a aceitabilidade da versão protótipo do programa Split.OA e compreender os fatores ou determinantes que poderão atuar como barreiras ou facilitadores à sua adesão e implementação. A segunda fase, denominada “Implementação do Programa Split.OA” terá como objetivo avaliar a viabilidade e impacto do programa e da sua implementação.
3. Os participantes são fisioterapeutas e utentes com osteoartrose. São elegíveis para este programa os utentes diagnosticados pelo respetivo Médico de Medicina Geral e Familiar (MG&F) com OA da anca e/ou joelho (correspondentes aos códigos L89 e/ou L90, da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016)) e que cumpram os critérios de diagnóstico clínico do National Institute for Health and Care Excellence (NICE)]: (1) ≥ 45 anos, (2) dor articular associada a atividade (3) sem rigidez matinal ou rigidez matinal ≤ 30 minutos (NICE, 2020).
4. Os Fisioterapeutas participantes terão de preencher questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e posteriormente participar num grupo focal em formato online, com outros colegas fisioterapeutas. O objetivo do grupo focal será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes acerca da aceitabilidade do programa de autogestão, bem como acerca da sua perceção sobre as barreiras e facilitadores que possam influenciar uma futura implementação a nível dos cuidados de saúde primários. Participarão ainda num treino de competências com duração aproximada de 12 horas, ao longo de 2 dias, para adquirir competências para a implementação do programa Split.OA e participarão na implementação do programa no centro de saúde onde exercem funções. Após a implementação do programa, será solicitado que voltem a participar num grupo focal em formato online, com outros fisioterapeutas. O objetivo do grupo focal será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes sobre aspetos viabilidade e impacto do programa Split.OA e da sua implementação.

Em ambos os grupos focais, estarão presentes no máximo 8 participantes e terão uma duração máxima de 90 minutos e serão moderadas pelo investigador principal e co-moderadas por um investigador facilitador, que irá tirar algumas notas que possam contribuir para enriquecer a análise dos aspetos mencionados. Os grupos focais serão realizados online via videoconferência e serão realizadas gravações áudio e vídeo para transcrição.

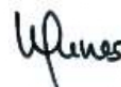
Na transcrição será utilizado um nome fictício. A informação recolhida através dos questionários será introduzida de forma codificada numa base de dados.

5. Os Utentes participantes terão de preencher questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e posteriormente participarão num grupo focal em formato online, com outros utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho. O objetivo do grupo focal será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes acerca da aceitabilidade do programa de autogestão, bem como acerca da sua perceção sobre as barreiras e facilitadores que possam influenciar uma futura implementação a nível dos cuidados de saúde primários.
No grupo focal, estarão presentes, no máximo, 8 participantes e com uma duração máxima de 90 minutos e será moderada pelo investigador principal e co-moderada por um investigador facilitador que irá tirar algumas notas que possam contribuir para enriquecer a análise dos aspetos mencionados. O grupo focal será realizado online via videoconferência e será realizada a gravação áudio e vídeo, e posteriormente transcrita. Na transcrição será utilizado um nome fictício.
6. A equipa de investigação guardará as gravações, transcrições e questionários preenchidos num lugar seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a elementos externos à equipa. As gravações, transcrições e questionários serão preservadas por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.
7. A participação é totalmente voluntária e livre, sendo garantida a desistência do estudo a qualquer momento, sem que o participante tenha de o justificar.

Considera-se que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes do estudo, pelo que se emite parecer favorável.

13 janeiro 2022

P¹a CEEI



Apêndice 4 – Consentimento Informado dos Participantes



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Aceitabilidade, viabilidade, barreiras e facilitadores da implementação de um programa personalizado para a prevenção do declínio funcional e promoção da prática regular de exercício em pessoas com Osteoartrose da anca e joelho (Split.OA)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Car@ Colega,

É convidado a participar neste estudo enquadrado na Unidade Curricular Relatório de Investigação do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pelos discentes Alexandre Moniz, Flávia Gonçalves, Miguel Curto, Nadine Gomes, sob orientação científica do Professora Daniela Costa e coorientação da Professor Eduardo Brazete Cruz.

O objetivo do estudo é desenvolver e implementar um programa de exercício, informado por teorias de mudança comportamental, para pessoas com Osteoartrose da anca e/ou joelho (Split.OA), focado na prevenção do declínio funcional e promoção da prática regular de exercício. Este estudo será dividido em duas fases. A primeira fase pretende investigar a aceitabilidade e identificar barreiras e facilitadores de implementação relativamente à versão preliminar do programa. A segunda fase tem como objetivo avaliar a viabilidade e impacto do programa e da sua implementação.

Foi convidad@ a participar neste estudo, enquanto Fisioterapeuta que intervém com utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho e exerce funções numa das ACES ou CP participantes na implementação do programa Split.OA. O seu envolvimento, enquadrado na primeira fase do estudo, implica a participação num GF (com um mínimo de seis e um

máximo de oito participantes), em formato online, num período do dia que seja conveniente para todos os elementos do grupo. O GF terá uma duração máxima de aproximadamente 90 minutos e será gravado em formato áudio e vídeo, e posteriormente transcrito para análise. As gravações e transcrições serão preservadas por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

Compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

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

Estou igualmente consciente que as respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade da equipa de investigação, sempre apresentadas de forma agregada e nunca de forma individual. Sei que uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor selecione os itens abaixo:

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

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador principal: _____

Investigadores:

Luís Alexandre Meneses Moniz

E-mail: luis.moniz@estudantes.ips.pt

Daniela Sofia Albino Costa

E-mail: dsa.costa@ensp.unl.pt

Eduardo José Brazete Cruz

E-mail: Eduardo.cruz@ess.ips.pt

Flávia Alexandra Antunes Gonçalves

E-mail: 210512007@estudantes.ips.pt

Nadine Sofia Oliveira Gomes

E-mail: 210512011@estudantes.ips.pt

Miguel Ângelo Taborda Matos Curto

E-mail: 210512019@estudantes.ips.pt

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

Telefone: 265709391

ESTE DOCUMENTO INCLUI 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Outro: _____

4. Formação Acadêmica (Coloque uma na opção que melhor descreve a sua qualificação acadêmica):

<input type="checkbox"/> Bacharelato	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Pós- Graduação	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Pós- doutorado
--------------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	--

5. Local onde exerce atualmente a sua profissão: _____

6. Anos de Experiência Profissional: _____

7. Anos de experiência profissional em prática privada / em cuidados de saúde primários (incluído atual contexto de prática):

8. Anos de experiência profissional na área em estudo (Osteoartrose ou em Condições Músculo-Esqueléticas):

9. Formação pós-graduada/especializada realizada (Osteoartrose/Condições Músculo-Esqueléticas):

10. Trabalhos/Apresentações realizadas (Osteoartrose/Condições Músculo-Esqueléticas):

Apêndice 6 – Guião de Entrevista dos Grupos Focais

Projeto Split.OA – Efetividade e implementação de um programa de exercício supervisionado e informado pela mudança comportamental, para pessoas com Osteoartrose da Anca e do Joelho

Grupo Focal X | Setting | Dia | Hora

Link

GUIÃO

Parte A

1. Apresentação Geral

- Apresentação da equipa de investigação
- Breve explicação do objetivo do estudo e do grupo focal;
- Visão geral da estrutura do grupo focal
- Estrutura e conteúdo do programa Split.OA
- Apresentação dos participantes
- Informações importantes e explicação das regras básicas
 - Gravação da sessão
 - Uma pessoa falar de cada vez
 - Confidencialidade
 - Consentimento

Parte B

1. Aceitabilidade e Viabilidade

Quais são as vossas impressões iniciais sobre a estrutura e o conteúdo do programa Split.OA que vos foi apresentado? [**Viabilidade e Aceitabilidade**]

O que pensam sobre a viabilidade de implementar este programa nos vossos contextos de prática clínica? [**Viabilidade**]

Consideram que o programa que vos foi apresentado é aceitável? [**Aceitabilidade**]

2. Tópicos de Discussão dos Grupos Focais

Explorar a Capacidade [Fisioterapeutas: conhecimento/aptidões para promover a implementação do programa Split.OA]

Componentes do COM-B	Domínios do <i>Theoretical Domains Framework</i>	Questões Fisioterapeutas
<p>Capacidade Física</p> <p>Habilidades (<i>skills</i>) físicas</p>	<p>Aptidões Físicas [APTF]</p> <p>O profissional de saúde tem as aptidões e competências físicas para levar a cabo essas práticas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (<i>Não se coloca</i>)
<p>Capacidade psicológica</p> <p>A capacidade de se envolver nos processos de pensamento necessários – compreensão, raciocínio</p>	<p>Aptidões Interpessoais e Cognitivas [APTIC]</p> <p>O profissional de saúde tem as aptidões e competências interpessoais e cognitivas para levar a cabo essas práticas?</p>	<p>Na vossa opinião, sentem que têm as competências necessárias para implementar o programa Split.OA? [APTIC]</p> <p>Se sim, quais são as competências que possuem e que poderão facilitar a implementação do programa Split.OA? [APTIC]</p> <p>Se não, que competências consideram que precisariam de desenvolver para implementar o programa Split.OA? [APTIC]</p>
	<p>Conhecimento [CO]</p> <p>O profissional de saúde tem conhecimento das melhores práticas baseadas na evidência descritas nas normas de orientação clínica/artigos científicos?</p>	<p>Do vosso conhecimento, quais são as estratégias ou tratamentos mais recomendados/ mais importantes para a gestão/tratamento de utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho? [CO]</p> <p>Tendo em conta o programa que vos foi apresentado, em que medida é que consideram que têm o conhecimento necessário para o implementar? Consideram que necessitariam de formação adicional? [CO]</p>

	<p>Memória, atenção e processos de decisão [MAPD]</p> <p>Qual a probabilidade da implementação da nova prática ser esquecida? Costuma estar envolvido em programas desta natureza?</p>	<p>Qual é a vossa experiência anterior relacionada com a implementação e/ou participação em programas desta natureza? [MAPD]</p>
	<p>Regulação Comportamental [RC]</p> <p>Que procedimentos e medidas já estão em vigor para ajudar a realizar a nova prática?</p> <p>Existem instrumentos para ajudar os utentes/profissionais de saúde a lembrarem-se de realizar a nova prática (por exemplo, lembretes, avisos ou sugestões)?</p> <p>Que estratégias adicionais podem ajudar?</p>	<p>Na vossa opinião, e considerando a vossa prática clínica atual, que tipo de práticas existentes podem facilitar a implementação do programa Split.OA? E dificultar? [RC]</p> <p>Na vossa opinião, o que vos poderia ajudar a integrar o programa Split.OA na vossa prática do dia-a-dia? [RC]</p>

Explorar a Motivação [Fisioterapeutas: Motivação para implementar o programa Split.OA]

Componentes do COM-B	Domínios do <i>Theoretical Domains Framework</i>	Questões Fisioterapeutas
<p>Motivação reflexiva</p> <p>Crenças sobre o que é benéfico e prejudicial, intenções, decisões e planos conscientes.</p>	<p>Papel Social/ Profissional e Identidade [IPSP]</p> <p>A prática está alinhada com a forma como o profissional de saúde vê a sua identidade profissional? Será que a clínica se enquadra no seu papel atual?</p>	<p>Consideram que a implementação do programa Split.OA é importante para cada um de vós individualmente, para a vossa prática clínica atual e para a vossa profissão? E porquê? [IPSP]</p>
	<p>Crenças sobre capacidades [CCap]</p> <p>Será que o utente/profissional de saúde se sente confiante de que pode levar a cabo a prática descrita no artigo/normas de orientação clínica? Que barreiras reduzem a sua confiança?</p>	<p>Qual o vosso nível de confiança para a implementação do programa Split.OA? E portanto, de 0 a 10, em que o 0 significa “nada confiante” e o 10 significa “totalmente confiantes” de que o vão conseguir fazer, qual o vosso nível de confiança? [CCap]</p>

		Quão fácil ou difícil é para vocês participar na implementação do programa Split.OA? [CCap]
	<p>Otimismo [O]</p> <p>Em geral, será que o profissional de saúde/utente sente que alterar a sua prática/comportamento conduzirá a resultados positivos?</p>	<p>Consideram que a implementação do programa Split.OA vai ser bem-sucedida no vosso local de trabalho? [O]</p>
	<p>Crenças sobre as consequências [CCons]</p> <p>O que pensa o profissional de saúde/utente que acontecerá, seja positivo ou negativo, se a prática atual/comportamento atual for alterado para se alinhar com as normas de orientação clínica/evidência (por exemplo, em termos de resultados para os utentes, processos de cuidados, relação com colegas, impacto em si próprio como profissional de saúde)? O profissional de saúde/utente acredita que os benefícios da mudança na prática/comportamento compensam os custos?</p>	<p>Que benefícios, se é que consideram que existem alguns, poderá o programa Split.OA trazer aos utentes com osteoartrose, tanto agora como no futuro? [CCons]</p>
	<p>Intenções [INT]</p> <p>Os profissionais de saúde/utentes querem realizar a nova prática? Se não, porque não? Com quantos dos seus utentes querem? Se não todos, porque não?</p>	<p>Qual o nível de prioridade que atribuem à implementação do programa Split.OA? Porquê? [INT]</p> <p>Pretendem implementar o programa Split.OA? Se sim, porquê? Com todos os utentes com osteoartrose da anca e joelho? Se não, porquê? [INT]</p>
	<p>Objetivos [OBJ]</p> <p>Foram estabelecidos objetivos desafiantes, mas exequíveis com os profissionais de saúde em relação às práticas selecionadas?</p>	

<p>Motivação automática</p> <p>Respostas emocionais, desejos, impulsos e hábitos resultantes da aprendizagem associativa e estados fisiológicos.</p>	<p>Reforço [R]</p> <p>Que tipos de incentivos e recompensas existem para o fazer (por exemplo, cumprimento das normas organizacionais, obtenção de acreditação, satisfação profissional, incentivos financeiros, ou satisfação com a prestação de cuidados de alta qualidade)? Existem alguns desincentivos para o fazer?</p>	<p>Sentem que a implementação do programa Split.OA vos trará maior reconhecimento no vosso contexto de trabalho? Se não/sim, porquê? [R]</p>
	<p>Emoções [E]</p> <p>Como se sentem os profissionais envolvidos em relação a realizar o novo comportamento/prática? Fazer a nova prática vai criar stress, ansiedade ou preocupação? A prática alterada é vista de uma forma positiva ou ameaçadora?</p>	<p>Quando implementam uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível, como é que isso vos faz sentir? Essa sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção? [E]</p>

Explorar a Oportunidade [Fisioterapeutas: Explorar a oportunidade para implementar o programa Split.OA]

Componentes do COM-B	Domínios do <i>Theoretical Domains Framework</i>	Questões Fisioterapeutas
<p>Oportunidade Física</p> <p>Oportunidade proporcionada pelo ambiente.</p>	<p>Contexto ambiental e recursos [CAR]</p> <p>O profissional de saúde tem tempo suficiente para realizar a nova prática? Existem tarefas concorrentes que possam impedir o profissional de saúde de realizar a nova prática? Em caso afirmativo, quais são elas?</p> <p>Estão disponíveis os recursos necessários para permitir a mudança? Se não, o que é necessário (mudança de espaço físico, adição de ferramentas, material e</p>	<p>Consideram que o vosso contexto de trabalho favorece/encoraja a implementação do programa Split.OA? [CAR]</p> <p>Consideram que têm as condições necessárias (por exemplo, tempo e recursos) para implementar o programa Split.OA? [CAR]</p>

	equipamento, software, apoio financeiro)?	
<p>Oportunidade social</p> <p>Oportunidade proporcionada pelo meio cultural que dita a forma como pensamos sobre as coisas.</p>	<p>Influência sociais [IS]</p> <p>Quem pensa que deve fazer isto (profissionais envolvidos)? Alguém pensa que não o devia fazer (por exemplo, colegas, gestores, organizações profissionais, ou utentes e respetivas famílias)? Em que medida é que estas pessoas influenciam se o farão? Será que os profissionais de saúde já o fazem?</p>	<p>Na vossa opinião, em que medida consideram que o vosso ambiente de trabalho, incluindo os vossos colegas, outros profissionais, coordenação, promovem e apoiam/ ou desencorajam a implementação de um programa desta natureza? [IS]</p>

Parte C

1. Considerações Finais


- Resumo dos principais aspetos abordados no grupo focal
- Próximas etapas
- Agradecimento final


Apêndice 7 – Matriz de codificação para a análise das transcrições dos grupos focais

Componentes do COM-B		Domínios do TDF	Barreiras	Facilitadores
1. Capacidade	1.1 Psicológica	1.1a Conhecimento	1.1a-	1.1a+
		1.1.b Aptidões Cognitivas e interpessoais	1.1b-	1.1b+
		1.1c Memória, atenção e processos de decisão	1.1c-	1.1c+
		1.1d Regulação Comportamental	1.1d-	1.1d+
	1.2 Física	1.2a Aptidões	1.2a-	1.2a+
2. Oportunidade	2.1 Social	2.1a Influências Sociais	2.1a-	2.1a+
	2.2 Física	2.2a Contexto ambiental e recursos	2.2a-	2.2a+
3. Motivação	3.1 Reflexiva	3.1a Papel social/ profissional e identidade	3.1a-	3.1a+
		3.1b Crenças sobre as capacidades	3.1b-	3.1b+
		3.1c Otimismo	3.1c-	3.1c+
		3.1d Crenças sobre as consequências	3.3d-	3.3d+
		3.1e Intenções	3.1e-	3.1e+
		3.1f Objetivos	3.1f-	3.1f+
	3.2 Automática	3.2.a Reforço	3.2a-	3.2a+
		3.2b Emoções	3.2b-	3.2b+

Apêndice 8 – *Feedback* do envio das transcrições aos fisioterapeutas participantes

Transcrições grupo focal SPLIT.OA

Nadine Sofia Oliveira Gomes  2023 08:30


 Transcrição Grupo Focal Cuid...
218 KB

Caro(a) colega,

Espero que se encontre bem. Como combinado no grupo focal do projeto SPLIT.OA enviamos a transcrição, em anexo, para que possa ler e confirmar se está de acordo ao que foi discutido em grupo.


Aguardamos o seu feedback.
Com os melhores cumprimentos,

Nadine Gomes.

Para: Nadine Sofia Oliveira Gomes  3 09:00

Bom dia, Nadine.

Peço desculpa, mas só me apercebi agora que depois não lhe cheguei a responder.
Li a transcrição e está de acordo com o que foi abordado.
Atenciosamente,

Para: Nadine Sofia Oliveira Gomes  3 09:59


Bom dia, Nadine

Da minha parte tudo ok.

Continuação de bom trabalho!

Transcrições grupo focal SPLIT.OA

Nadine Gomes.

J  2023 10:40

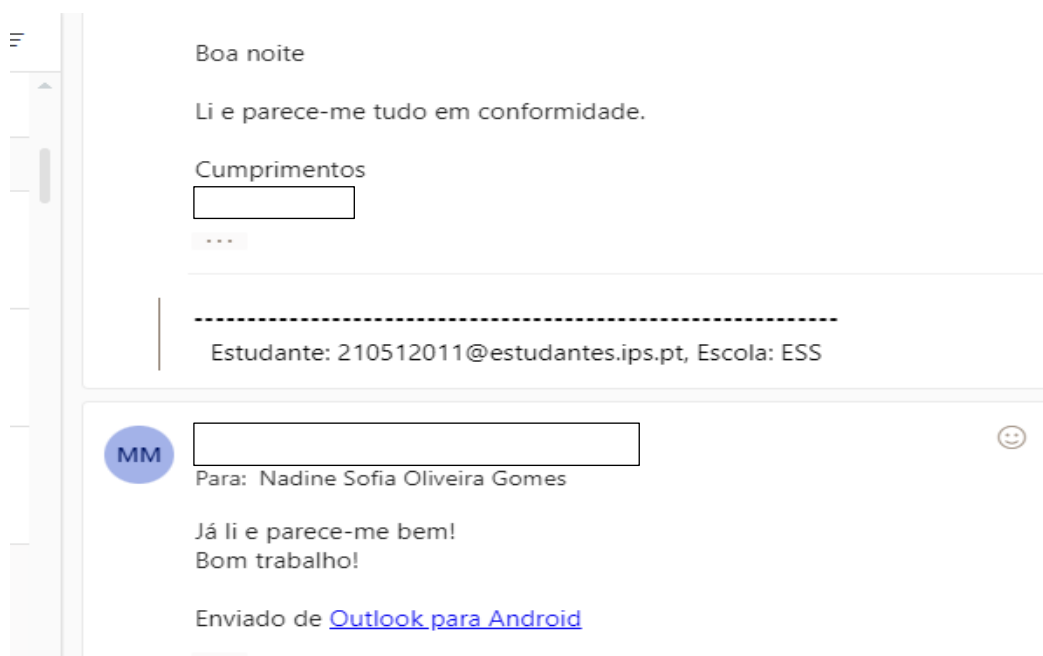
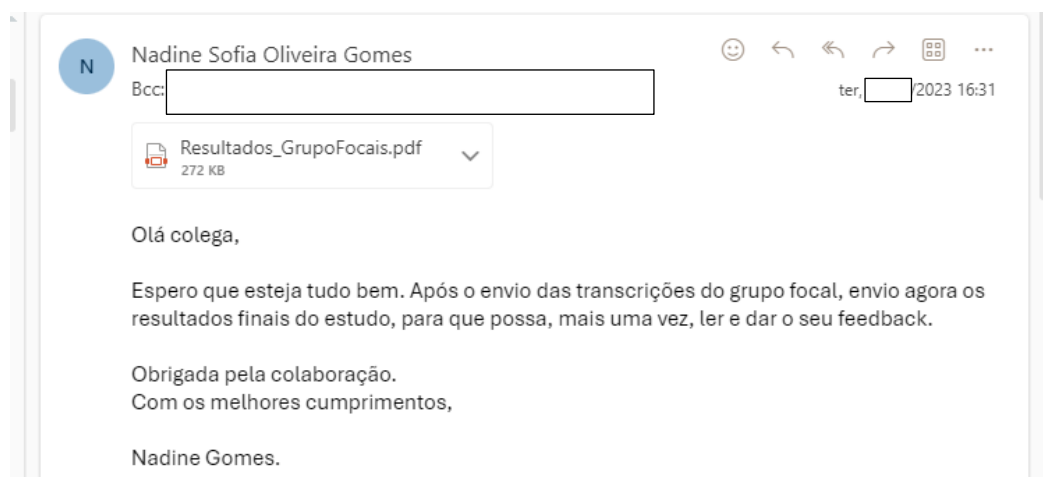
Para: Nadine Sofia Oliveira Gomes

Bom dia Nadine,

O meu nome aparece como Maria... é suposto ser assim?
O resto confirmo e concordo.

Com os melhores Cumprimentos,

Apêndice 9 – *Feedback* do envio dos resultados aos fisioterapeutas participantes



Apêndice 10 – Barreiras e Facilitadores de cada GFs e respectivas citações

Tabela 3 - Barreiras e citações do 1º GF

Barreiras - Grupo Focal 1			
COM-B	TDF	Barreiras	Nº de página/linha da transcrição
Capacidade psicológica	Conhecimento	Falta de conhecimento de técnicas de mudança comportamental	<p>p.11 l.390 - Ana - Na parte comportamental já tenho alguns conhecimentos, acho que seria mais onde sinto carência na teoria comportamental e mudanças de comportamento.</p> <p>p.12 l.431 - Maria - Em competências de testes acho que tenho, mas estamos sempre a aprender e há sempre falhas. Mas mais a questão da motivação.</p> <p>p.12 l.422 Miguel - As questões motivacionais e mudança de comportamental, talvez aí sim precisaria de ajuda, formação e até de prática.</p> <p>p.12 l.427 - Maria - Em termos comportamentais teria de ter alguma formação, tem de haver algo mais criativo, que motivasse mais o utente.</p>
	Aptidões Cognitivas e interpessoais	Não usar frequentemente instrumentos de avaliação e medida	p.11 l.402 - Marta- Eventualmente, em relação a alguns instrumentos. Teria de lembrar os critérios porque alguns deles não os aplico regularmente.
	Memória, atenção e processo de decisão	Ausência de experiência na implementação de programas	p.3 l.90 - Afonso - É viável de aplicar. Uma das dificuldades que eu sinto e os colegas também devem sentir é que os programas que temos somos nós que os construímos, vamos à literatura e vemos as guidelines, mas não podemos dizer que é um programa válido, que está estudado
Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Não ter espaço e material para implementar o Split.OA	<p>p.3 l.109 - Miguel – Sim, eu penso que é perfeitamente viável. Mesmo com as dificuldades de espaço e material.</p> <p>p.5 l.157 - Miguel - Aqui a questão mais complicada tem de haver com aquisição de material, já tenho um espaço, mas não tenho material. Tenho algumas almofadas, material de ginásio (colchoes, bastões, pequenas e grandes bolas) não tenho nada, zero.</p>

Tabela 4 -Facilitadores e Citações do 1º GF

Facilitadores - Grupo Focal 1			
COM-B	TDF	Facilitadores	Nº de página/linha da transcrição
Capacidade psicológica	Conhecimento	Reconhecimento da importância do exercício físico	<i>p.11 l.388 - Ana - Penso que em termos de competências, em relação ao exercício sim e aos testes sim, pela minha formação que tenho feito ao longo dos anos. Por cada vez tenho apostado mais em formação de exercício e atividade física.</i>
	Aptidões Cognitivas e interpessoais	Capacidade para implementar o Split.OA	<i>p.4 l.135 - Marta - Identifico-me com a abordagem que é feito e tento ir nessa linha de implementação de exercício p.11 l.393; l.397 - Marta - Sim, acho que eu e os meus colegas temos competências para implementar este tipo de projeto. (...) Não vejo dificuldades em competências, nem de recursos. p.12 l.417 - Afonso - Competências acho que sim, acho qualquer colega que esteja há anos no centro de saúde ou na profissão acaba por ter competências para desenvolver isto. p.12 l.420 - Miguel - A questão técnica de implementação técnica, instrumentos de medida, escalas, desenhar planos de exercícios penso que tenho competência e experiência para isso.</i>
	Memória, atenção, e processos de decisão	Exercício como intervenção rotineira para a OA	<i>p.2 l.75 - Ana - E faz porque eu vou pedindo para mostrar como fazem os exercícios, vou insistindo e tentando trabalhar mais esta questão de lhes dar autonomia e entender que a prática de exercício tem de ser integrada na rotina como é o almoçar, o tomar banho, tudo o que faz no dia-a-dia.</i>
	Regulação Comportamental	Split.OA como orientador da prática clínica	<i>p.8 l.291 - Afonso - Em termos pessoais também é uma grande ajuda, o facto de fazer um programa já pré-definido, estruturado e orientado acaba por ser uma grande ajuda. (...) A estrutura em si é uma grande ajuda.</i>
	Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Espaço, tempo e recursos materiais para implementar
Motivação reflexiva	Papel social/profissional e identidade	Identificação com o Split.OA	<i>p.4 l.133 - Marta - Acho que é um programa perfeitamente viável na minha prática clínica, tenho vários utentes de joelho e anca, apesar de não ser a patologia mais referenciada. Identifico-me com a abordagem que é feito e tento ir nessa linha de implementação de exercício. p.6 l.206 - Ana - Eu acho que este tipo de projeto e a forma como está desenhado já vai um pouco ao encontro do que eu faço, mas em termos individuais. . Identidade profissional</i>

Motivação reflexiva			<i>p.4 l.140 - Marta - Nós queremos responsabilizar, mas a nossa presença não deve desaparecer no total, se não isto não faz muito sentido. Eu tento transmitir que eles são os atores principais, eles é que comandam os resultados, vai depende sobretudo deles, mas nós estamos lá. Identifico-me com isto, de uma forma menos arrumada que a vossa, mas faz todo o sentido.</i>
	Crenças sobre as capacidades	Confiança nas capacidades de implementação	<p><i>p.5 l.159 - Miguel - Em termos de materiais não sei o que será requerido para este projeto. Tirando isso sentir-me-ia bastante à vontade e com muito gosto de poder implementar, com toda a certeza.</i></p> <p><i>p.6 l.191 - Maria- Sim, o meu nível de confiança é 10. Eu sou extremamente otimista nestas coisas, se vou conseguir ou não, não sei, mas o meu nível de confiança é 10.</i></p> <p><i>p.6 l.194 - Maria - Quando me meto nas coisas é para fazer e para funcionar. Se comecei com um metro quadrado no centro de saúde e agora já tenho um espaço para classes, porque não? O meu nível de confiança é 10, peço desculpa, mas é 10.</i></p>
Motivação reflexiva	Crenças sobre as consequências	Benefícios clínicos para os utentes	<p><i>p.7 l.255 - Miguel – Traz-lhes empowerment, conhecimento sobre a patologia, a pessoa conhecendo a mesma pode tomar melhores decisões, controlo sobre a dor, melhoria da qualidade de movimento, força e queremos acreditar que isso ajudará na autonomia e função.</i></p> <p><i>p.9 l.296 - Alexandra -Alexandra – Eu penso que um benefício para os utentes é aprender a gerir a sua doença.</i></p> <p><i>p.8 l.264 - Afonso - Se houver o interesse e adesão da pessoa, a possibilidade de potenciar o tratamento para além do acompanhamento, mesmo as situações que têm dificuldade em deslocar-se, poderem fazer sozinhos pode ser uma mais-valia.</i></p> <p><i>p.8 l.271 - Afonso - A grande mais-valia deste tipo de programa é possibilitar às pessoas a continuidade de tratamentos e autocuidado, podendo fazer num futuro sem depender de nós.</i></p> <p><i>p.8 l.259 - Marta - Mas também quebrar mitos em relação ao exercício e à questão da dor; mitos do exercício poder desencadear ou agravar a dor e que isso é negativo ou “estou a fazer algo de mau”. Quebrar alguns mitos, sobretudo nas populações mais idosas, mas também nas mais jovens, do poder do exercício no controlo da dor.</i></p>
		Melhorar a gestão do trabalho - Responsabilidade partilhada	<p><i>p.9 l.310 - Miguel - Há pouco falavam da lista de espera, sendo individualizado ou em grupo a forma como este programa nos foi apresentado, o seu desenho vai nos ajudar na gestão do tempo, na medida em que estamos a responsabilizar e dar poder de decisão ao utente da realização do plano. Estamos a co-responsabilizar o utente. Muitas das sessões que seria de esperar serem presenciais (mas não são) estamos aí a poupar tempo, e podemos multiplicar o tempo que temos para trabalhar com outros utentes.</i></p> <p><i>p.10 l.362 - Miguel - Em termos do tempo, se tiver os meios, espaço e meios técnicos, acredito que este tipo de programa nos vai potenciar o tempo, vai nos dar melhor capacidade de resposta.</i></p> <p><i>p.11 l.372 - Afonso - A gestão de tempo propriamente dita, nós fazemos isso, eu falo por mim, se tiver de tirar tempo para isto sabendo que no futuro até me vai ajudar em termos de atendimento destes doentes e diminuir a lista de espera é de todo o interesse.</i></p>

Motivação reflexiva	Crenças sobre as consequências		<p>p.9 l.312 - Miguel - Na medida em que estamos a responsabilizar e dar poder de decisão ao utente da realização do plano. Estamos a co-responsabilizar o utente.</p> <p>p.4 l.121 - Miguel - Poderemos, durante um curto período de tempo, ter diversos grupos, não muito grandes, tendo em conta aquilo que a pessoa fica responsabilizada de fazer em sua casa. Acho interessante esta co-responsabilização da pessoa.</p>
		Benefícios para a profissão	<p>p.9 l.300 - Afonso – Uma das coisas boas deste programa é a uniformização a nível nacional, em termos de comparação de resultados, em termos de estarmos a usar a mesma metodologia e comparar localmente também acaba por ser uma vantagem</p> <p>p.9 l.298 - Alexandra - E penso que este projeto nos pode ajudar no futuro a organizar outros projetos e estruturar, abrir portas para novas situações.</p> <p>p.8 l.285 - Afonso – Eu acho que pode trazer imensos benefícios, principalmente se conseguirmos provar que dá resultado, para a profissão indiscutivelmente, se conseguirmos provar que um programa deste género dado pela fisioterapia dá resultados, vai ser extremamente mais fácil envolver quem “manda”, quem decide, quem encaminha.</p> <p>p.9 l.306 - Maria – Para a grande vantagem é o hands-off. A minha experiência clínica foi sempre mãos nos doentes e nos cuidados de saúde primários não podemos usar os mesmos tratamentos, para mim isso é uma grande vantagem.</p>
		Uniformização da prática clínica	<p>p.9 l.301 - Afonso -Uma das coisas boas deste programa é a uniformização a nível nacional, em termos de comparação de resultados, em termos de estarmos a usar a mesma metodologia e comparar localmente também acaba por ser uma vantagem.</p> <p>p.9 l.317 – Miguel - A padronização de procedimentos, utilizarmos os mesmos instrumentos de medida durante a evolução da pessoa, vai nos dar uma maior noção daquilo que são os ganhos em saúde da implementação destes programas.</p>

Tabela 5- Barreiras e Citações 2º GF

Barreiras - Grupo Focal 2			
COM-B	TDF	Barreiras	Nº de página/linha da transcrição
Capacidade psicológica	Conhecimento	Ausência de conhecimento de técnicas	p.8 l.329 - Francisco -Pronto, se excluindo então essa parte, porque eu diria que efetivamente a maior dificuldade do ponto de vista pessoal que possa encontrar tem a ver com a componente da do conhecimento acerca da mudança comportamental.

Capacidade psicológica	Conhecimento	de mudança comportamental	<p>p.9 l.337 - Francisco - Mas efetivamente não é maior por essa falta de conhecimento de técnicas de mudança comportamental.</p> <p>p.9 l.369 - José - Penso que onde falta, onde falho mais a nível de skill, primariamente é na parte da teoria comportamental, porque acho que é uma coisa que nós não... opá falamos, falamos nisso obviamente no quando estamos a tirar formação de fisioterapeuta, mas não é necessariamente uma coisa muito abordada ou muito desenvolvida.</p>
	Aptidões Cognitivas e interpessoais	Necessidade de desenvolver as capacidades de comunicação	p.10 l.387 - Rodrigo - A parte da comunicação acho que seria extremamente necessária, porque realmente é uma coisa que, tal como o José disse, não é, é falado ao longo da nossa formação, não é tão trabalhada e acho que pecamos um bocado por aí.
Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Sustentabilidade do negócio	p.14 l.550 - Francisco - Porque também é menos um gasto para ela, digamos assim, talvez possa existir aqui um bocadinho esta questão do conflito daquilo que é querer promover a independência e a autonomia da pessoa, mas ao mesmo tempo querer olhar para aquilo que é a sustentabilidade do negócio, digamos assim, pronto.
		Organização atual dos cuidados de saúde (tempo restrito, uso de prescrição médica, acompanhamento do utente)	p.3 l.102 - Ricardo - Vejo também como uma boa prática para depois implementar com total ou parcialmente, tendo em conta que, na nossa prática, pelo menos no sistema convencional, temos um tempo mais restrito com os colegas que estão a trabalhar de um para um.
			<p>p.10 l.408 - Ricardo - Mas depois é sempre um timing muito curto, para nós que temos 12 práticas, é uma coisa mais contínua porque quando é de um para um, isso ainda é mais difícil.</p> <p>p.12 l.486 - Ricardo - Porque há esse compromisso com médico e também o esse compromisso com o Tempo, porque ele sabe a prescrição em parte que vai ser aplicada.</p> <p>p.12 l.492 - Ricardo - E nós, na nossa prática, estamos esse tempo um bocadinho reduzido e isso para mim é uma das grandes barreiras, sendo que a continuidade ou os 12 tratamentos seguidos ou alternados, mas não.</p> <p>p.12 l.483 - Ricardo - Mas depois, quando queremos uma prática mais rigorosa, até para o ensino, porque depois há tempos para para aplicar a prescrição médica não é? Porque nós estamos limite, temos que cumprir isso, temos que, ao contrário dos colegas que estão de um para um, nós temos que cumprir uma prescrição médica.</p> <p>p.7 l.282 - João - É assim no que depender de mim vou super confiante para implementar, a barreira prende-se sobretudo com aquilo que nós estávamos a falar no princípio, é com, com a parte do acompanhamento. ok? (...) depois só outra questão aqui, depois à parte do acompanhamento do utente, que é, seja no caso, nós trabalhamos com 12 sessões, a acompanhar o utente com aquelas 12 sessões</p>
	Custos financeiros para os utentes	p.2 l.70 - Rodrigo - Realmente acho que é faz todo o sentido, mas a título da prática privada, não sei até que ponto é que será possível manter, ah...as 12 semanas, uma vez que a título privado e se calhar está custos inerentes e não sei até que ponto é que há tanta disponibilidade para isso.	

			<i>p.8 l.319 - Rodrigo - Temos as questões que eu levantei anteriormente, que era a questão das (das) 12 semanas que poderá ser um entrave para alguns utentes, conseguir ter esse acompanhamento tão prolongado, visto que se trata de uma vertente privada, mas (mas) é como tudo há de haver quem tenha possibilidades para isso e quem não tenha.</i>
Motivação reflexiva	Crença sobre as capacidades	Pouca capacidade para a promoção da adesão do utente	<p><i>p.2 l.84 - José - Só que depois chega a tal ponto que é a tal coisa, depois de dar autonomia à pessoa para continuar o programa de exercício, também não sei como é que é o programa de exercício, nem que recursos é que é necessário para os completar, mas a gente já sabe que a aderência ao exercício físico é sempre uma parte complicada de trabalhar com os nossos utentes, porque pronto há pessoas que aderem mais facilmente, outras que têm mais dificuldade por diversas razões.</i></p> <p><i>p.8 l.313 - Rodrigo - É assim eu, sinceramente, vejo isto desta maneira, segundo a minha prática clínica, o que eu assisto é dificuldade, tal como os colegas, em conseguir mudar mentalidades relativamente à prática de exercício, alteração de hábitos de vida que também podem estar associados e é uma necessidade de modificar toda esta vertente.</i></p> <p><i>p.9 l.342 - Mafalda - Portanto, o 7, por todo o conhecimento que que já tenho e porque também já aplico exercício em doentes com osteoartrose, mas fico de facto aqui com este, ou seja, para o 10, para o meu nível de confiança, para o 10, a questão da adesão e se de facto vou conseguir ou não que todos esses doentes tenham uma boa adesão ao programa e ao exercício.</i></p> <p><i>p.10 l.409 - Ricardo -Mas na prática, desde que me formei, sempre foi uma das carências que vi, foi mesmo a levar a pessoa fazer a prática do exercício em casa.</i></p>
		Comunicação da relevância do exercício físico ao utente	<p><i>p.3 l.122 - João - Uma das maiores dificuldades que eu tenho dito, é explicar que a prática de exercício físico controlado, de que a carga adaptada, todo um programa específico a cada utente que é benéfico para o mesmo, sobretudo nesta condição que vocês falam de osteoartrose do joelho e da anca.Ou seja, pronto para nós que trabalhamos em parte convencional, às vezes, é um bocadinho difícil de explicar que toda a prática de exercício e da atividade é um fator positivo</i></p> <p><i>p.8 l.305 - João - Portanto, se calhar pode ser um bocadinho por (por) a parte motivacional que eu estava a falar, no facto de andar já aqui um bocadinho de saturado que as pessoas não consigam associar, muitas das vezes, a parte da atividade e do exercício ao benefício que (que) advém disso mesmo.</i></p>

Tabela 6 - Facilitadores e Citações do 2º GF

Facilitadores - Grupo Focal 2			
COM-B	TDF	Facilitadores	Nº de página/linha da transcrição

Capacidade psicológica	Conhecimento	Conhecimento das recomendações para a OA	<p>p.11 l.423 - Beatriz - <i>Eu acho que a melhor técnica e o melhor tratamento é sempre o exercício.</i></p> <p>p.11 l.431 - José - <i>É para ir dentro daquilo, um bocadinho de encontro ao que a Beatriz estava a dizer, por exemplo, também concordo com (com) o que ela estava a dizer do exercício físico ser pelo menos daquilo que eu sei o método mais importante para tratar o utente com osteoartrose.</i></p> <p>p.11 l.437 - José - <i>E destaco, por exemplo, na importância da osteoartrose, especialmente, os hábitos alimentares, porque a gente, pelo menos daquilo que eu sei, sei que o peso influencia muito na parte da osteoartrose, tanto como fator de risco para desenvolver, mesmo quem já tenha e tem sobrepeso para piorar a condição progressivamente.</i></p> <p>p.11 l.446 - Francisco - <i>Isto é uma combinação de...de várias estratégias. Obviamente que se eu pensar a longo prazo, o exercício será altamente importante e não vou repetir aquilo que já foi dito pelos colegas. Obviamente, a educação terá um processo, um papel chave, principalmente para aquilo que é o outcome da autogestão e auto eficácia da pessoa.</i></p>
		Conhecimento das recomendações para a OA	<p>p.11 l.453 - Francisco - <i>Acho que em alguns casos mais específicos a terapia manual pode (pode) também ter o seu espaço e, obviamente, normalmente nestes casos também tanto quanto sei, na grande maioria, quase indispensável, algum trabalho multidisciplinar, principalmente do ponto de vista da parte nutricional por causa das questões da obesidade e excesso de peso.</i></p> <p>p.11 l.459 - Mafalda - <i>Concordo com tudo o que foi dito e ia falar também da questão da obesidade, estava toda a gente a falar da alimentação saudável e ninguém estava a falar aqui da questão do excesso de peso.</i></p>
	Conhecimento	Reconhecimento da importância do exercício físico	<p>p.11 l.423 - Beatriz - <i>Eu acho que a melhor técnica e o melhor tratamento é sempre o exercício.</i></p>
	Regulação comportamental	Split.OA como orientador da prática clínica	<p>p.5 l.198 - José - <i>vamos descobrindo e acho que uma das razões pelas quais acho que vai ser benefício bom, grande para fisioterapia, ou seja, para a área, para a profissão em si ou para os fisioterapeutas, é mesmo pelo simples facto de a gente ter mais uma guideline orientadora.</i></p> <p>p.6 l.213 - Beatriz - <i>e acho que nós, nós termos um programa que nos dará uma base, uma guia, acho que isso é muito importante. E vai-nos guiar também de qual é o melhor tratamento, qual a melhor opção para aquela pessoa. Apesar de cada caso ser um caso, mas ter uma base orientadora acho que é um bom método.</i></p>

			<p>p.5 l.207 - José - Acho que é mais nessa medida de um programa personalizado em que a gente consiga não só dar apoio, não só dar apoio à pessoa, mas também que os fisioterapeutas fiquem com uma linha orientadora para conseguir fazer isso</p> <p>p.7 l.264 - Acho que é muito isto, como falaram o José e a Beatriz, são linhas de orientação, ah... os benefícios.</p>
Oportunidade social	Influências sociais	Colaboração entre equipas profissionais	<p>p.15 l.610 - Ricardo - O nosso médico tem abertura, acho que para nós apresentarmos o projeto e ele contextualizar os casos concretamente com a prescrição, que nos vai potenciar depois a nossa intervenção, ou seja, bem estando contextualizado, o médico abordando e talvez já podendo dar algum, alguma palavra sobre o mesmo ao utente, isso pode logo dar início à contextualização e a integração do utente no projeto.</p> <p>p.16 l.648 - Mafalda – Não, mas é que acho que é também uma mais valia, ou seja, se nós todos conseguirmos falar com os médicos que trabalham nos vossos locais de trabalho, se calhar depois eles também podem fazer essa essa filtragem, não é? E sendo uma mais-valia depois para (para) nós conseguirmos ter utentes para participar no programa.</p> <p>p.13 l.535 - Francisco - O próprio contexto de trabalho dentro daquilo que são as dinâmicas da equipa e aquilo que são também as orientações da direção clínica, digamos assim, ah... onde somos essencialmente os fisioterapeutas, ah... é uma equipa que procura também reger-se por aquilo que é que é o melhor conhecimento até hoje e onde procura essencialmente ter uma abordagem ativa.</p> <p>p.15 l.617 - Ricardo - Nós em equipa trabalhamos muito bem e acho que se nós precisarmos de um bocadinho mais de tempo ou outro tipo de apoio, ah... vamos consegui-lo ter.</p>
Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Espaço, tempo e recursos materiais para implementar	<p>p.10 l.382 - Rodrigo - Nós, se calhar, tendo a possibilidade de trabalhar um para um dá nos tempo também para isso, conseguimos ir adquirindo consoante as necessidades.</p> <p>p.13 l.517 - Beatriz - Eu acho que o nosso contexto, meu, Mafalda e José, favorece a implementação do projeto, porque nós temos 1 hora para dedicar à pessoa e também trabalhamos em contexto de gabinete, o que faz com que a pessoa também se sinta mais à vontade a partilhar aspetos ou a nível de condições e até outra, outras situações que se vão passar e que também podem ser importantes.</p> <p>p.11 l.420 - Beatriz - E nós também temos espaço e material para que a pessoa possa fazer exercício e até fazermos outro tipo de trabalho e acho que isso também é e também é importante.</p> <p>p.13 l.531 - Francisco - Não, não vejo uma limitação ou dificuldades do ponto de vista de tempo, de do ponto de vista de recursos também para a implementação do plano, ainda que não conheça a fundo.</p>

Motivação reflexiva	Crença sobre a consequência	Benefícios clínicos para os utentes	<p>p.5 l.202 - José - é um programa personalizado, porque muitas vezes acho que falta um bocado esse acompanhamento, é mesmo estar personalizado e direcionado para a pessoa em si, e não para a condição como um todo, porque, apesar das pessoas sofrerem da mesma condição, a condição impacta de formas diferentes a vida dessas pessoas, com diferentes sintomas e diferentes graus da vida das pessoas, por assim dizer, acho que é mais nessa medida de um programa personalizado em que a gente consiga não só dar apoio, não só dar apoio à pessoa, mas também que os fisioterapeutas fiquem com uma linha orientadora para conseguir fazer isso.</p> <p>p.4 l.150 - José - trazer mais benefícios, como, por exemplo, a pessoa vai saber gerir melhor a sua condição autonomamente. Ah... obviamente vai ter os benefícios que a gente já consegue logo prever, que é a melhoria de ganhos funcionais, seja de amplitude articular, se for necessário para melhorar a mobilidade, seja de flexibilidade, seja de níveis de força.</p>
		Benefícios clínicos para os utentes	<p>p.5 l.171 - Mafalda - Dotar os doentes dessas ferramentas para que possam ser mais ativos e até mesmo terem ferramentas de autogestão da sua própria condição, ou seja, quando tiverem períodos que têm mais dor ou que têm mais agudização, saberem que exercícios e que tarefas é que podem fazer para aliviar a dor com esses exercícios.</p> <p>p.3 l.105 - Ricardo - Mas, de qualquer forma, vejo potencial, porque acima de tudo o benefício é (é) o bem estar da pessoa e a autonomia.</p>
Motivação reflexiva	Crença sobre a consequência	Benefícios clínicos para os utentes	<p>p.5 l.179 - Francisco - Ah...na medida em que, lá está, repetindo um bocadinho, também, se calhar aquilo que disse há pouco, ou seja, na medida em que, sendo, tendo uma estrutura que será igual para este tipo de população, ele é adaptado àquilo que é a minha situação inicial, seja ela mais aguda, seja ela não tão aguda, mas mais numa questão de autogestão, pensando mais a longo prazo, não é?</p> <p>p.5 l.177 - Francisco - Tendo em conta o programa que é proposto, veria como um dos benefícios o facto de ele ser personalizado.</p> <p>p.4 l.185 -Francisco - Portanto, o benefício de adaptação individual do programa.</p>
		Estratégias para motivar a adesão ao exercício físico	<p>p.6. l.219 - Mafalda - Penso que os colegas concordam todos que um dos principais problemas deste tipo de programas com exercício terapêutico é a falta de adesão. Portanto, eu acho que isto vai ser benéfico, porque eu imagino que vocês nos vão dar algumas estratégias para nós conseguirmos convencer os nossos doentes todos a fazer exercício.</p> <p>p.6 l.231 - Mafalda -Epá nem sempre é fácil, por isso acho que é uma mais valia nesse sentido, no sentido de nos vir a dar estratégias para nós convenceremos, de facto, doente a aderir ao tratamento.</p>

	Crença sobre a consequência	Benefícios para a profissão	<p>p.6 l.252 - Francisco - Portanto, eu acho que muito lado a lado desse benefício que nós queremos que a pessoa tenha, eu acho que isto vai ser de facto interessante para a profissão por 2 aspetos que é o primeiro pelo aquele dado que tu apresentaste, na questão de menos de 50% dos utentes recebe este tipo de cuidados, ou seja, que nos diz que de uma, na grande maioria, não é...os cuidados em fisioterapia nestes contextos não são, à partida, os mais atualizados ou de acordo com a melhor evidência disponível, que obviamente pode ter outras barreiras que secalhar, exploraremos mais à frente. Portanto, eu acho que a profissão beneficiará disso, não é? E depois, assumindo que, na medida em que terá uma abordagem mais transversal nos diferentes contextos.</p>
		Benefícios para a profissão	<p>p.7 l.259 - Francisco - E depois do ponto de vista do fisioterapeuta, porque acho que também se estamos todos aqui hoje, ou os que estão aqui, possam estar um pouco enviesados a esta abordagem ativa é aquela e mais independente é aquela que nós queremos promover no tempo. Portanto, se este programa se dirige nesse sentido, ah...acho que será benéfico para nós por estarmos a promover isso.</p>
		Benefícios para a profissão	<p>p.2 l.41- Francisco - Portanto, em termos de primeiras impressões, elas são claramente positivas, essencialmente na minha ótica, por 2 pontos. O primeiro ponto tem a ver com aquilo que é a pertinência face à prevalência desta condição e face àquilo que também é a investigação mais recente sobre a mesma, não é? Em termos de, daquilo, que deve ser a abordagem, portanto, é um programa que está alinhado com isso e depois, essencialmente, pela sua estrutura.</p>
Motivação reflexiva	Papel social/profissional e identidade	Identificação com o Split.OA	<p>p.2 l.42 - Francisco - Portanto, em termos de primeiras impressões, elas são claramente positivas, essencialmente na minha ótica</p>
	Crença sobre as capacidades	Confiança para implementar o programa	<p>p.7 l.282 - João - É assim no que depender de mim vou super confiante para implementar.</p> <p>p.7 l.284- João - Mas naquilo que (que) for dependente de mim estou super confiante.</p> <p>p.8 l.305 - João - Portanto, se calhar pode ser um bocadinho por (por) a parte motivacional que eu estava a falar, no facto de andar já aqui um bocadinho de saturado que as pessoas não consigam associar, muitas das vezes, a parte da atividade e do exercício ao benefício que (que) advém disso mesmo, ok? Portanto, quero (quero) na máxima exaustão possível tentar traduzir isso para (para) um reforço positivo. Pronto, acho que se traduz sobretudo, sobretudo nisso.</p> <p>p.8 l.323 - Rodrigo - E aí o meu nível de confiança é alto</p>
Motivação automática	Reforço	Implementação para motivação dos fisioterapeutas	<p>p.6 l.238 - João - Isto para mim ou para nós vai ser um boom motivacional, porque eu até costumo dizer aos meus utentes que eles são a primeira pessoa a quererem ficar bem, eu sou o segundo, ok? Portanto, isto é, como tu disseste no princípio, se vamos estar a acompanhar algo que nós sabemos que não tem cura, para nós, vai ser todas estas ferramentas vão ser uma motivação extraordinária, em todos os aspetos. Portanto, acho que vai funcionar muito nesse sentido, da motivação.</p>

		<p>p.7 l.268 - Ricardo - <i>E que vejam alguma esperança para se manterem mais alguma qualidade de vida é sempre benéfico, e é essa parte, é esse desafio de os motivarmos e vemos também a nós mais uma estratégia para nós motivarmos (está-se a referir aos utentes) e nos motivarmos também enquanto profissão para dar ajudar na sua recuperação.</i></p>
--	--	--

Tabela 7- Barreiras e Citações do 3º GF

Barreiras - Grupo Focal 3			
COM-B	TDF	Barreiras	Nº de página/linha da transcrição
Capacidade psicológica	Conhecimento	Ausência de conhecimento de técnicas de mudança comportamental	<p>p.4 l.39 - António - (...)que é a questão da (da, da) mudança comportamental, que é um grande desafio. Acho que....é aí e olhando “pro” (pro, pro) o fisioterapeuta, ah...eu não sei até que ponto é que todos nós temos as estratégias para aplicar esse programa.</p> <p>p.2 l.43 - António -No entanto, acho que seria interessante e a impressão que eu fico é haver formação nesse sentido para aplicar este programa. Porque não sei se, também falando por mim, não é, se estamos aptos para a ir de encontro àquilo que nos é pedido.</p> <p>p.2 l.51 - Patricia - Quando falamos, quando vemos na literatura a parte, a questão da (da, da) das questões comportamentais é muito encaminhada para a parte da psicologia e, pronto lá está, como o António estava a dizer, e bem, nós não temos assim essa formação, mas eu penso que que irá haver.</p> <p>p.12 l.466 - Madalena – Eu, daqueles que é uma falha (?), eu acho que, eu sinto que tenho dificuldade, então, nas tais estratégias de alteração, alteração do comportamento e motivacionais, porque daquilo que tento fazer, sinto que muitas vezes depois ando sempre a dizer à volta do mesmo e que não tenho essa facilidade de fazer as questões de resposta aberta e, pronto, acho que vai ajudar, aprender alguma coisa sobre o assunto.</p> <p>p.12 l.474 - Patricia - Ah... pronto, realmente, eu também acho que é esta parte da (da) mudança comportamental, ou seja, da forma como nós abordamos a questão e falamos com a pessoa.</p>
	Aptidões Cognitivas e interpessoais	Dificuldades em personalizar o exercício físico	<p>p.12 l.451 - Filipa - Esta questão de personalizar o exercício físico penso que, se calhar, vai ser assim o desafio, porque personalizar exercício físico, eu tenho pessoas aqui que pouco ou nada ainda se mexem ou pensam que o movimento, lá está, como crença ainda não é uma coisa benéfica, então até chegar ali a acho que é o mais difícil, digamos assim. O mais desafiante.</p> <p>p.12 l.488 - Filipa -Porque efetivamente, eu acho que ainda, que ainda há aqui uma dúvida, o que é este conceito de exercício físico, como é que pode ser aplicado e (e) depois perceber, lá está, as barreiras e os facilitadores de cada, individuais, de cada paciente.</p>

Capacidade psicológica	Memória, Atenção e Processo de Decisão	Ausência de experiência na implementação de programas	<p>p.13 l.497 António - <i>Eu posso começar já por uma questão que é, pronto, pela net, na altura da pandemia, fiz uma formação específica em (em, em) osteoartrose, a nível de telereabilitação que a Universidade de Melbourne disponibilizou pela (pela) IFOMPT</i></p> <p>p.13 l.511 - Madalena - <i>Eu acho que a única experiência mais próxima que tenho disso foi só ter trabalhado com SWORD, que de alguma forma ajudava a que as pessoas percebessem o quão importante é o movimento e o exercício, na gestão da sua condição.</i></p> <p>p.13 l.508 - Filipa - <i>Eu nunca tive experiência, ou seja, apenas ouvi, já fiz alguns, mas nunca foi para avanço de implementação.</i></p> <p>p.13 l.515 - Patrícia – <i>Ah...pronto, a experiência, grande experiência que eu tenho nisso é, foi, a implementação a minha tese de mestrado com pessoas com dor lombar, mas nós não tínhamos ah...ah...ou seja, não havia esta questão de, tanto da personalização</i></p>
	Memória, Atenção e Processo de Decisão	Ausência de experiência na implementação de programas	
Oportunidade Social Oportunidade Social	Influencias Sociais Influencias Sociais	Expetativas dos utentes	<p>p.2 l.79 - Patricia - <i>Nós somos prestadores privados e as pessoas que nos procuram pagam, não é? E as expectativas das pessoas relativamente ao tratamento podem não estar e muito, frequentemente, não estão de acordo com esta nossa Visão não é, de (de de de) do que nós queremos implementar na prática a relacionada com a evidência científica. Como é que nós, como é que vocês propõem que tenhamos adesão, não é, ou durante esse tempo, porque eu acredito, lá está, eu acredito que eu para ter alguma adesão de algumas pessoas que eu tenho, vou ter que, vou ter de fazer uma fisioterapia mais multimodal (...)</i></p> <p>p.10 l.393 - Filipa - <i>Sim, já agora acrescentar que não só a questão das crenças, mas depois que a, as competências que a pessoa tem ou não nesta questão da atividade física, por exemplo, até o próprio conhecimento, as dúvidas.</i></p> <p>p.10 l.387 - António - <i>No ser bem sucedido ou não ser bem sucedido que está um bocadinho independentes daquilo que possa ser o projeto, mas das pessoas que nos procuram e nomeadamente aqui é destacar a função, a crença da pessoa, não é? Pode haver pessoas que vão à clínica com uma vontade ou porque me disseram que vou lá e depois numa sessão, aquilo tinha que estar melhor e vai estar melhor e eu acho há que trabalhar depois nesse sentido.</i></p>
		Resistência da equipa de trabalho a novas práticas	<p>p.17 l.671 - Madalena - <i>Porque eu acho que as há muitas colegas, pelo menos é a perceção que eu tenho, que estão bem nessa zona de conforto e que sair seria um pouco problemático.</i></p> <p>p.17 l.686 - António - <i>Porque acho que as grandes barreiras pode estar nos profissionais que têm mais experiência que trabalham há mais anos, porquê? Porque eles têm já práticas muito enraizadas e quem também já fez tratamentos e como nós sabemos, osteoartrose não tem cura, eles vão e voltam e já vêm com uma ideia pré-estabelecida e vão procurar aquele tipo de tratamentos. E essas são as principais barreiras que eu via no meu local de trabalho.</i></p>
		Organização atual dos cuidados de saúde (tempo)	<p>p.1 l.22 - Madalena – <i>A primeira coisa que eu pensei tendo em conta os utentes que vêm ter comigo com osteoartrose, que é mais no contexto convencionado, foi em conseguir ter 12, acompanhá-los as 12 semanas seguidas, porque, normalmente, agora são prescritas 12 sessões seguidas, o que daria duas semanas e pouco.</i></p>

Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	restrito, uso de prescrição médica, acompanhamento do utente)	<i>p.15 l.573 - Raquel - Na clínica onde eu trabalho, como é convencionada, poderíamos ter acesso a muitas pessoas que possam ser referenciadas com osteoartrose, mas em termos de tempo para implementar o programa, conseguir avaliar, conseguir ajudar a pessoa, ah...explicar os exercícios e fazer essas coisas não, seria uma barreira, não conseguiríamos ter tempo para acompanhar a pessoa.</i>
Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Organização atual dos cuidados de saúde (tempo restrito, uso de prescrição médica, acompanhamento do utente)	<i>p.15 l.575 - Raquel - explicar os exercícios e fazer essas coisas não, seria uma barreira, não conseguiríamos ter tempo para acompanhar a pessoa. Acho que seria complicado. Assim de um para um, porque como não estamos nessa realidade, acho que é uma barreira.</i>
			<i>p.16 l.616 - Raquel - Por uma questão de tempo, porque acho que o tempo que temos com a pessoa, não... às vezes é o tempo que estamos só a tentar que elas percebam que estamos a dizer e, no dia a seguir elas voltam e vêm exatamente com as mesmas queixas, com as mesmas dúvidas, exatamente o que nós tínhamos explicado no dia anterior. Por isso é que era necessário mais tempo para mais, por causa de fazer compreender às pessoas, delas conseguirem compreender o que é que nós queremos.</i>
		Não ter espaço e material para implementar o Split.OA	<i>p.16 l.631 - Raquel - Porque é requer tempo e não temos um ginásio muito grande que dê para as pessoas fazerem o plano completo lá, porque se não ia se juntar muitas pessoas e, visto que já temos aquelas, aquelas três pessoas por hora, estar (estar) a manter lá mais as pessoas têm que fazer o exercício, não tínhamos espaço.</i>
Motivação reflexiva	Crenças sobre as capacidades	Pouca capacidade para a promoção da adesão do utente	<i>p.12 l.452 - Filipa - eu tenho pessoas aqui que pouco ou nada ainda se mexem ou pensam que o movimento, lá está, como crença ainda não é uma coisa benéfica, então até chegar ali a acho que é o mais difícil, digamos assim.</i>

Tabela 8 - Facilitadores e Citações do 3ºGF

Facilitadores - Grupo Focal 3			
COM-B	TDF	Facilitadores	Nº de página/linha da transcrição
Capacidade psicológica	Conhecimento	Reconhecimento da importância do exercício físico	<i>p.88 l.299 - Madalena - ...e já vejo resultados nessa área do exercício, na gestão da dor da osteoartrose, por isso acho que não há grande dúvida de que é uma boa opção.</i>
			<i>p.88 l.303 - Patricia - Pronto e lá está que (que) o exercício também é (é é) um denominador comum na evidência científica.</i>
			<i>p.14 l.559 - Patricia - Pronto, aplicamos muito, muito, muito frequentemente exercício e, sim, acho que tempo também não é problema, como lá está também nós, a nossa realidade é de um para um, portanto não, não é por aí.</i>

Capacidade psicológica	Aptidões Cognitivas e interpessoais	Capacidade para implementar o Split.OA	<i>p.11 l.439 - António - Em relação às capacidades, eu acho que o programa, pronto, é um programa ajustado àquilo que é a realidade da fisioterapia e pode não ser de todos, mas que seria a ideal. Exige formação específica que falámos antecipadamente, volto a referir isso, mas, fora isso, acho que os conhecimentos que o fisioterapeuta tem são, são, são bem desenhados neste programa.</i>
	Regulamentação Comportamental	Split.OA como orientador da prática clínica	<i>p.10 l.400 - António - Eu acho que um ponto a favor, acho que também o facto de o programa, do Split.OA, ter uma duração definida, ter um uns critérios de progressão definidos acho que isso ajuda as pessoas, porque se as pessoas tiverem informação do que, do que quanto é que vai ser, como é que vai decorrer, há muitas pessoas que vão/ recorrem e “Ok, agora é o quê? É as 20 que o fisiatra mandou ou é as 40”</i> <i>p.11 l.406 - Filipa - Pois, e agora com isto tudo, eu estava a pensar o facto de estar ordenado ou coordenado desta forma, por vezes torna-se mais fácil, porque a pessoa tem uma meta, tem um objetivo definido e conseguimos ter assim um caminho delineado de forma mais, não à toa, digamos assim.</i>
Oportunidade Social	Influências sociais	Colaboração entre equipas profissionais	<i>p.14 l.563 - António - Em termos do contexto de trabalho, o local favorece, sim, porque acho que não há, não há, não há, não, não vejo barreiras à implementação do programa.</i> <i>p.17 l.692 - Filipa - Exato, era reforçar isto. Pode haver alguma resistência à mudança, mas penso que no geral a equipa poderia estar alinhada, para conseguir fazer, fazer bem.</i> <i>p.8 l.290 - Madalena - E acho que também haverá abertura da parte da clínica, neste caso, para facilitar isso e, pronto, facilitar, pelo menos por aquela questão das seis que tinha falado.</i> <i>p.5 l.203 - Raquel - Na clínica onde eu trabalho, também temos um bocadinho mais facilidade, porque é convencionado, os utentes vão com aquelas 12 sessões. O nosso fisiatra também já parte muito de que o exercício é que é a base, que vai ajudar a melhorar a condição dos utentes</i> <i>p.17 l.674 - Raquel - Eu diria que na clínica onde eu estou, sim, portanto, temos o apoio do fisiatra que já começámos com as classes de movimento, tudo isso para tentar mudar comportamentos e que as pessoas deixem de pensar que ir à fisioterapia e só receber o calor e fazer um exercício com uma theraband e ir embora.</i>
Oportunidade física	Contexto ambiental e recursos	Espaço, tempo e recursos materiais para implementar	<i>p.14 l.559 - Patricia - Pronto, aplicamos muito, muito, muito frequentemente exercício e, sim, acho que tempo também não é problema, como lá está também nós, a nossa realidade é de um para um, portanto não, não é por aí.</i> <i>p.14 l.563 - António - Em termos do contexto de trabalho, o local favorece, sim, porque acho que não há, não há, não há, não, não vejo barreiras à implementação do programa. Também uma clínica, nós temos uma clínica onde temos um espaço amplo para fazer exercício.</i>

Motivação reflexiva	Crenças sobre as consequências	Melhorar a gestão do trabalho - Responsabilidade partilhada	<i>p.9 l.331 - Raquel - Eu também daria um 10, até porque, por uma questão de organização do serviço, permitia nos libertar para termos casos mais urgentes, que precisavam mesmo de nós presencialmente.</i>
		Benefício para os utentes	<i>p.9 l.333 - E, dávamos mais autonomia às pessoas que escusavam de estar sempre ir à clínica, gastar recursos para estar a fazer um plano e um programa que poderiam ser eles a fazer sozinhos.</i>
Motivação reflexiva	Intenções	Elevada prioridade para implementação do Split.OA	<p><i>p.9 l.326 - António - Eu posso começar já, daria 10, a prioridade máxima, tudo o resto que vem a seguir, se se podemos dizer assim, se fazem parte das minhas crenças pessoais e profissionais, eu iria colocar sempre em segundo plano, porque, pronto, é obrigatório para nós termos pelo menos aquilo que é a informado pela evidência, ser esse o principal, portanto, a minha prioridade seria 10.</i></p> <p><i>p.9 l.331 - Raquel - Eu também daria um 10, até porque, por uma questão de organização do serviço, permitia-nos libertar para termos casos mais urgentes, que precisavam mesmo de nós presencialmente.</i></p> <p><i>p.9 l.337 - Madalena - Com 10, para que depois também, obtendo os resultados do programa isso dê mais força a nós e aos nossos colegas para termos mais uma boa ferramenta nas mãos.</i></p> <p><i>p.9 l.339 - Filipa – Sim, e que sobretudo a longo prazo, consiga ser replicável, ah... e que lá está a prioridade, seja máxima ou quase máxima, para que para que consiga ser A prática e não uma possibilidade prática.</i></p>