

João António Pereira e  
Silva

**Barriers and facilitators to medical  
referral of people with Osteoarthritis  
to the Split.OA programme: a  
qualitative study**

Barreiras e facilitadores para a referenciação médica  
de pessoas com osteoartrose para o programa  
Split.OA: um estudo qualitativo

Relatório de Investigação  
Mestrado em Fisioterapia em Condições  
Músculo-Esqueléticas

**Orientador**

Professor Doutor Diogo Pires

**Coorientadora**

Professora Doutora Daniela Costa

Novembro, 2025

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

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

O candidato,

(João António Pereira e Silva)

Setúbal, 21 de novembro de 2025

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

O orientador,

(Diogo André da Fonseca Pires)

Setúbal, 21 de novembro de 2025

## AGRADECIMENTOS

À minha “primeira” orientadora, Professora Daniela Costa, por acreditar em mim nesta aventura pela complexidade da investigação qualitativa e da mudança comportamental. Quero expressar o meu agradecimento pela orientação e apoio contantes mesmo quando outros desafios a fizeram seguir outro caminho.

Agradeço igualmente ao meu “segundo” orientador, Professor Diogo Pires, que se juntou posteriormente e cujas contribuições foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Obrigado por toda a paciência e motivação ao longo do último ano!

Agradeço também a todos os professores pela sua enorme dedicação, tornando este mestrado uma experiência verdadeiramente transformadora.

A todos os meus colegas de mestrado, agradeço pelas discussões enriquecedoras e por me fazerem sentir que não estamos sozinhos neste mundo da fisioterapia. Em especial, quero agradecer à Patrícia, ao Ruben, à Isabel e à Emily, pela companhia, pelos risos e por tornarem este percurso um bocadinho mais leve.

À minha família, e em particular à minha mãe, deixo o meu sincero agradecimento pelo apoio incondicional que sempre me proporcionou ao longo de toda esta etapa.

Por fim, agradeço a todos os médicos que aceitaram participar no estudo, reconhecendo que não é fácil encontrarem tempo nas suas agendas. Sem o vosso compromisso e disponibilidade, esta investigação não teria sido possível.

## RESUMO

### **Barreiras e facilitadores para a referência médica de pessoas com osteoartrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo**

João Silva, Daniela Costa, Diogo Pires

**Introdução:** A osteoartrose da anca e do joelho (OAAJ) é uma condição prevalente, com elevado impacto individual e social. Contudo, a implementação de intervenções de primeira linha continua a ser insuficiente. O programa Split.OA é um modelo desenvolvido para melhorar a qualidade dos cuidados em Portugal, promovendo a prática regular de exercício através de estratégias de mudança comportamental em pessoas com OAAJ. Este estudo teve como objetivo explorar as barreiras e facilitadores que os médicos percecionam na referência de utentes para o programa Split.OA.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo qualitativo, seguindo um paradigma interpretativista. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas por videoconferência, que foram gravadas, transcritas *verbatim* e analisadas dedutivamente. O guião da entrevista e a análise de dados basearam-se na *Behaviour Change Wheel* (BCW), incluindo o modelo *Capability-Opportunity-Motivation Behaviour* (COM-B) e o *Theoretical Domains Framework* (TDF). Foram entrevistados cinco médicos de família, quatro reumatologistas, três fisiatras e um ortopedista.

**Resultados:** Foram identificadas 21 barreiras e 25 facilitadores distribuídos por 5 componentes do COM-B e 13 domínios do TDF, relacionados com a referência de pessoas com OAAJ para o programa Split.OA. Estes incluem fatores relacionados com os médicos (formação, competências de comunicação, estratégias de apoio à referência, relações e papéis profissionais), fatores relacionados com os utentes (desafios associados às características, crenças e necessidades) e fatores organizacionais (limitações do sistema de saúde, apoio organizacional e restrições no processo de referência).

**Conclusão:** Este estudo identificou múltiplas barreiras e facilitadores que poderão ser usados para otimizar a referência de utentes para o programa Split.OA. Com recurso à BCW, investigação futura poderá associar este diagnóstico comportamental a estratégias de intervenção para suportar a implementação do Split.OA.

**Palavras-chave:** osteoartrose, referência, profissionais de saúde, investigação qualitativa, mudança comportamental

## ABSTRACT

### **Barriers and facilitators to medical referral of people with Osteoarthritis to the Split.OA programme: a qualitative study**

João Silva, Daniela Costa, Diogo Pires

**Background:** Hip and knee osteoarthritis (HKOA) is a prevalent condition with substantial individual and societal burden. However, the delivery of first-line treatments remains suboptimal. The Split.OA programme is a care model designed to improve the quality of care in Portugal by promoting regular exercise through behaviour change in people with HKOA. This study aimed to explore the barriers and facilitators perceived by physicians in referring patients to the Split.OA.

**Methods:** A qualitative study under an interpretivist paradigm was performed. Semi-structured videoconference interviews were conducted, recorded, transcribed *verbatim*, and deductively analysed. The interview guide and data analysis were grounded in the Behaviour Change Wheel (BCW), including the Capability-Opportunity-Motivation Behaviour (COM-B) model and the Theoretical Domains Framework (TDF). Five general practitioners, four rheumatologists, three physiatrists and one orthopaedic surgeon were interviewed.

**Results:** Twenty-one barriers and twenty-five facilitators were identified within five COM-B components and thirteen TDF domains, related to referring people with HKOA to the Split.OA programme. These related to physician factors (training, communication skills, referral support strategies, professional relationships and roles), patient factors (challenges linked to patient characteristics, beliefs and needs), and organisational factors (health system limitations, organisational support and referral process constraints).

**Conclusions:** This study identified multiple barriers and facilitators that could be targeted to optimise referrals to the Split.OA programme. Using the BCW, future research can link this behavioural diagnosis to intervention strategies to support the Split.OA implementation.

**Keywords:** osteoarthritis, referral, healthcare professionals, qualitative research, behaviour change

## TABLE OF CONTENTS

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>METHODS</b> .....	7
<b>Study design</b> .....	7
<b>Frameworks</b> .....	7
<b>Ethics</b> .....	7
<b>Context</b> .....	8
<b>Participants</b> .....	9
<b>Data collection</b> .....	9
<b>Data analysis</b> .....	11
<b>Data trustworthiness</b> .....	11
<b>RESULTS</b> .....	13
<b>Participant characteristics</b> .....	13
<b>Barriers and facilitators to Split.OA referral</b> .....	13
Psychological Capability.....	13
Physical opportunity.....	19
Social opportunity .....	21
Reflective motivation .....	23
Automatic motivation.....	26
<b>DISCUSSION</b> .....	28
<b>CONCLUSION</b> .....	39
<b>REFERENCES</b> .....	40
<b>APPENDICES</b> .....	i
<b>Appendix A: Participant informed consent form</b> .....	i
<b>Appendix B: Invitation message example</b> .....	iii
<b>Appendix C: Participant information sheet</b> .....	iv
<b>Appendix D: Sociodemographic questionnaire</b> .....	ix
<b>Appendix E: Interview semi-structured guide</b> .....	xii
<b>Appendix F: Member checking responses</b> .....	xviii
<b>Appendix G: Statements of barriers and facilitators from the interviews</b> .....	xx
<b>ANNEXES</b> .....	xliii
<b>Annex 1: COM-B and TDF definitions (Michie et al., 2014)</b> .....	xliii
<b>Annex 2: TDF domains linked to COM-B components (Michie et al., 2014)</b> .....	xliv
<b>Annex 3: Ethics committee’s approval</b> .....	xlvi
<b>Annex 4: Coding matrix based on the TDF domains and the COM-B components</b> ...xlvi	xlviii

## LIST OF TABLES

<b>Table 1.</b> Participant characteristics.....	14
<b>Table 2.</b> Barriers and facilitators identified for the referral of patients to the Split.OA programme.....	15

## **LIST OF ABBREVIATIONS**

AktivA – Active with OsteoArthritis

BCW – Behaviour Change Wheel

BOA – Better management of patients with Osteoarthritis

CI – Confidence Interval

COM-B – Capability-Opportunity-Motivation Behaviour

ESCAPE-pain – Enabling Self-management and Coping with Arthritic Knee Pain through Exercise

GLA:D – Good Life with osteoArthritis

GP – General Practitioner

HKOA – Hip and Knee Osteoarthritis

NHS – National Health Service

OAMPs – Osteoarthritis Management Programs

OA – Osteoarthritis

OR – Odds Ratio

PRM – Physical and Rehabilitation Medicine

SD – Standard Deviation

SMD – Standardised Mean Difference

TDF – Theoretical Domains Framework

UI – Uncertainty Interval

## INTRODUCTION

Osteoarthritis (OA) is a whole-joint disease arising from an imbalance between the repair and destruction of joint tissues and driven by mechanical, inflammatory, and metabolic factors (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). People with hip and knee OA (HKOA) experience pain as the most disabling symptom, typically a predictable and mechanical pain, but can become more frequent and unpredictable as peripheral and central sensitisation mechanisms may be present (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). Besides typical symptoms like stiffness and reduced joint motion and muscle strength, these individuals may report fatigue, sleep disturbance, and pain-related psychological distress. This leads to persistent morbidity and functional decline (Hawker, 2019; Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019), having a substantial impact on health-related quality of life (Yan et al., 2022). The most prominent risk factors for HKOA onset include ageing, female sex, obesity, previous injury, and high physical workload (Canetti et al., 2020; Kontio et al., 2020; Prieto-Alhambra et al., 2014).

Globally, OA is a prevalent and debilitating condition that incurs substantial economic costs. By 2019, there were 364.58 million (95% Confidence Interval (CI), 315.25 to 417.40) people with knee OA and 32.99 million (95% CI, 25.69 to 41.12) with hip OA, representing an increase of 122.42% and 127.51%, respectively, since 1990 (Long et al., 2022). Among all prevalent cases, knee OA represents 60.6% of total cases, while hip OA represents 5.5% (Long et al., 2022). According to Steinmetz et al. (2023), the prevalence of knee OA cases is expected to increase by 74.9% (95% Uncertainty Interval (UI), 59.4 to 89.9) and hip OA by 78.6% (95% UI, 57.7 to 105.3), from 2020 to 2050, driven by population growth and ageing (Vollset et al., 2020), and increased overweight and obesity prevalence (Ng et al., 2025). Knee OA is the largest contributor to the burden of all sites of OA, accounting for 11.5 million (95% CI, 5.72 to 23.5) years lived with disability in 2019, ranked the 16<sup>th</sup> highest cause worldwide (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2020). For HKOA, a systematic review by Salmon et al. (2016) including data from multiple countries worldwide, reported a weighted mean annual cost per patient of €9500 and €4400 (in 2013 euros) for direct and indirect costs, respectively. Annual direct costs were influenced by whether surgery was considered. In populations not undergoing surgery, the cost was €6700 per patient, rising to €10800 when surgery was performed (in 2013 euros) (Salmon et al., 2016). More recently, Jin et al. (2023) reviewed data since 2016 and reported the annual OA-related cost per patient. For direct costs, estimates ranged from 276€ in Japan to 16518€ in

the United States, while for indirect costs they ranged from 623€ in the United States to 15972€ in the Netherlands.

In Portugal, the prevalence of HKOA was estimated to be 14.1% (95% CI, 12.6 to 15.7) (Costa, Cruz, et al., 2021). An association between knee OA and early exit from work was found (Odds Ratio (OR): 2.25; 95% CI, 1.42 to 3.59;  $p < 0.001$ ), resulting in an estimated indirect annual cost of €656 million representing approximately 0.4% of the Portuguese Gross Domestic Product (Laires et al., 2018). Notably, Portugal had the highest growth rate of total knee joint replacement among Organisation for Economic Co-operation and Development countries, with a 26.7% increase in incidence between 2005 and 2011 (Pabinger et al., 2015).

Given the published literature, clinical practice guidelines are consistent in their recommendations for the management of HKOA. First-line interventions include exercise therapy and weight management, along with education (Bannuru et al., 2019; NICE, 2022). If pharmacological treatments are needed, they should be used alongside non-pharmacological treatments and to support exercise therapy. Joint replacement should be considered if joint symptoms are significantly impacting the quality of life and appropriate conservative options fail (Bannuru et al., 2019; NICE, 2022). For knee OA, high-quality evidence suggests that land-based exercise therapy can reduce pain (Standardised Mean Difference (SMD) -0.49; 95% CI, -0.39 to -0.59) and improve quality of life (SMD 0.28; 95% CI, 0.15 to 0.40), and moderate-quality evidence showed that exercise improved physical function (SMD -0.52; 95% CI, -0.39 to -0.64) (Fransen et al., 2015). Similarly, for hip OA, high-quality evidence suggests that exercise reduced pain (SMD -0.38; 95% CI, -0.55 to -0.20) and improved physical function (SMD -0.38; 95% CI, -0.54 to -0.05) in the short-term (Fransen et al., 2014). Additionally, a combination of exercise with education could yield better effects on pain and function (Sinatti et al., 2022). A meta-analysis conducted by Lesmond et al. (2024) found statistically significant differences favouring pain education with exercise over exercise alone and education alone (SMD -0.50; 95% CI, -0.81 to -0.19) in people living with knee OA pain. Integrating these interventions into the care pathway of people with HKOA, specifically in a structured approach, appears to be cost-effective compared to usual care (Mazzei et al., 2021).

Despite this knowledge, the literature suggests there is a discrepancy between evidence and practice. Recommended interventions are provided to less than 50% of people with HKOA, while current care focuses on pharmacological and surgical approaches (Basedow & Esterman, 2015; Bruhn et al., 2023; Hagen et al., 2016; Healey et al., 2018; Mazzei et al., 2022). As such, Osteoarthritis Management Programs (OAMPs) have emerged to improve the quality of care for people with HKOA (Allen et al., 2016). OAMPs outline a real-world application of evidence-based, non-surgical care, characterised by personalised interventions, longitudinal reassessment and progression, and comprising two or more OA core non-pharmacological interventions (Eyles et al., 2019). Several OAMPs have been developed on an international level. In 2007, the “Enabling Self-management and Coping with Arthritic Knee Pain through Exercise” (ESCAPE-pain) was launched in the United Kingdom (Hurley et al., 2007). A Swedish national programme, “Better management of patients with osteoarthritis” (BOA), was initiated in 2008 (Jönsson et al., 2019). The Danish “Good Life with osteoArthritis” (GLA:D) programme started in 2013 (Skou & Roos, 2017) and is being disseminated around the world (Grønne et al., 2023). In 2016, the “Active with osteoArthritis” (AktivA/SAMBA trial) was initiated in Norway (Holm et al., 2020; Østerås et al., 2015).

The Split.OA project is the Portuguese initiative to address this challenge. Physical inactivity was associated with OA in Portugal (OR: 1.630; 95% CI, 1.056 to 2.516;  $p=0.027$ ) (Duarte et al., 2017), underscoring a concerning trend as only 21.3% of Portuguese individuals with HKOA engage in regular physical activity (Costa, Cruz, et al., 2021). Moreover, only 14.4% of these patients were referred for physiotherapy (Costa, Rodrigues, et al., 2021), and despite the higher use of both medication and physiotherapy, 68.8% (95% CI, 63.9 to 73.2) continue to live with unmanageable pain levels (Costa et al., 2023). The Split.OA is a physiotherapy programme aiming to promote the adoption of regular exercise and preventing functional decline in people with HKOA. It has similar components to others OAMPs, including self-management strategies, patient education and a structured exercise programme. The Split.OA differs by simultaneously using physical fitness testing as a systematic tool for tailoring exercise, and applying behaviour change techniques in a structured, theory-driven way. It is designed for 12 weeks with personalised exercise sessions, including behavioural change strategies and motivational interviewing. Participants undergo an initial assessment and physical fitness tests, followed by the implementation of the exercise programme, with

follow-ups at 3, 6 and 12 months. In the first 6 weeks, there are two in-person sessions (one supervised and one autonomous). In the following 6 weeks, the sessions are autonomous but monitored by the physiotherapist in the 8<sup>th</sup>, 10<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> weeks. A detailed description is provided by Gonçalves (2023), while the physical fitness test battery is described in Curto (2023).

The Split.OA programme was designed based on the Medical Research Council framework for the development and evaluation of complex interventions. Such interventions may be considered complex due to various components, diverse target behaviours, required expertise or involvement of several groups or settings. To maximise the potential of developing a programme that can drive positive changes in healthcare practice, complex intervention research requires strong and early engagement with stakeholders, such as patients, practitioners, and policy makers (Skivington et al., 2021). Involving those expected to work according to the model is essential, as stakeholder engagement is a key mechanism for enhancing implementation (Dziedzic et al., 2016). Indeed, research suggests that interventions tailored to address identified barriers are probably more likely to improve professional practice (Baker et al., 2015). Moreover, a systematic review by Davy et al. (2015), emphasized the need to consider the role of practitioners, who can either facilitate or hinder successful implementation. For example, the SAMBA, which is stepped model of care for people with OA, delivered in primary care, showed increased referral rates to physiotherapy (OR: 2.5; 95% CI, 1.08 to 5.73; p=0.03) by engaging general practitioners (GPs) in multidisciplinary workshops (Østerås et al., 2019). These findings highlighted the need to explore facilitators and barriers to implementing chronic care models. For example, implementation was particularly difficult when staff lacked the skills and experience required to assume new roles and responsibilities (Davy et al., 2015). Specifically, other reviews have identified factors influencing the implementation of evidence-based HKOA interventions from the perspective of healthcare professionals. Egerton et al. (2017) and Nissen et al. (2022) identified several barriers such as the trivialization of OA, negativity towards prognosis, doubts about treatment effectiveness, and the lack of knowledge and interest in physical activity management for HKOA. There seems to be a range of potential disconnects between the views of healthcare professionals, recommended best-practice, and researchers (Swaithe et al., 2020).

There is growing recognition in the value of theory-based implementation approaches, informed by behaviour change science, to better understand the mechanisms for the successful and sustainable delivery of programmes (Briggs et al., 2016; Nilsen, 2015). Determinant frameworks outline general types (also referred as domains) of determinants that may influence implementation outcomes (e.g., behaviour change of health care professionals or adherence to a clinical guideline). Each domain typically covers several barriers and/or facilitators, which act as independent variables shaping the success of implementation (Nilsen, 2015). Selecting an appropriate theoretical framework can be challenging, given the large number of theories, many of which have the same or overlapping construct (Davis et al., 2015). Not choosing the one that may be more suited to the characteristics of the population, behaviour or context, can limit its potential benefit (Davis et al., 2015).

The Behaviour Change Wheel (BCW) was developed to overcome the limitations of existing frameworks by synthesizing their common features and linking them to a comprehensive model of behaviour applicable across settings (Michie et al., 2014). The BCW has a model at its core known as Capability-Opportunity-Motivation Behaviour (COM-B) – recognising that behaviour results of an interaction of capability, opportunity and motivation components (Michie et al., 2014). Further, the components of the COM-B are linked to the Theoretical Domains Framework (TDF), providing a more granular understanding of behaviour and how to target them (Atkins et al., 2017; Michie et al., 2014) (see Methods chapter for details). Additionally, the BCW helps to identify different intervention options and policies to address the behavioural diagnosis previously made (Michie et al., 2014). This framework has been widely used to understand behaviour at the individual level and in the development of behaviour-based interventions (Michie et al., 2014), including HKOA research (Egerton et al., 2018; Gibbs et al., 2024; Wallis et al., 2021). Serving as a guide to qualitative studies (e.g., interviews) on professionals whose behaviour needs to change (French et al., 2012; Grol & Wensing, 2004). The BCW was also adopted as the overarching framework guiding the optimisation of the Split.OA programme and to inform the subsequent development of implementation strategies (Curto, 2023; Gomes, 2023; Gonçalves, 2023).

In Portugal, GPs, rheumatologists, orthopaedic surgeons, and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) specialists (i.e., physiatrists) play a central role, as they encounter a substantial number of people with HKOA and referrals may depend on them (de Almeida

Simões et al., 2017). Their involvement is therefore crucial for the successful implementation and optimisation of Split.OA considering the Portuguese context.

Previous studies have examined the barriers, facilitators and reliability of the Split.OA intervention and its physical assessment battery among patients and physiotherapists (Curto, 2023; Gomes, 2023; Gonçalves, 2023). However, no research has yet investigated the determinants that influence medical professionals in the referral process. Accordingly, this study aimed to explore the barriers and facilitators perceived by Portuguese medical professionals (GPs, orthopaedic surgeons, rheumatologists, and psychiatrists) in referring people with HKOA to the Split.OA programme, thus understanding what needs to change to achieve the target behaviour (referral to the Split.OA). The findings of this study may contribute to inform the necessary strategies for implementing the programme within the context of both public and private healthcare settings in Portugal.

## METHODS

### Study design

This qualitative study follows the Standards for Reporting Qualitative Research guidelines (O'Brien et al., 2014). This study was conducted from an interpretivist paradigm, as it aims to understand human behaviour by studying individual interpretations of the real world (Green & Thorogood, 2018). A deductive approach, informed by qualitative description, was performed. Qualitative description has been identified as suitable for research questions focused on discovering experiences and insights from poorly understood healthcare phenomena, particularly when information is being used to develop and refine interventions, and it allows for flexibility of methods (Kim et al., 2017).

### Frameworks

The BCW, including the COM-B model and the TDF, was used as a theoretical framework to guide data collection and analysis (Atkins et al., 2017). In the inner layer of the BCW is the COM-B model, that includes three essential conditions for behaviour – *Capability (Physical and Psychological)*, *Opportunity (Physical and Social)* and *Motivation (Automatic and Reflective)* (Michie et al., 2011). The TDF then subdivides these components in 14 domains – *Knowledge; Skills; Social/professional role and identity; Beliefs about capabilities; Optimism; Beliefs about consequences; Reinforcement; Intentions; Goals; Memory, attention and decision processes; Environmental context and resources; Social influences; Emotion; Behavioural regulation* (Michie et al., 2014). The definitions of the COM-B components and TDF domains can be found in Annex 1. Annex 2 illustrates how the TDF is linked to the COM-B model.

### Ethics

Ethical approval was granted by the Specialized Ethics Committee for Research from the School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal (CE-IPS nº 91 / 2024) (Annex 3). All participants were given a participation information sheet containing the risks and benefits associated with the study, the steps and precautions the researchers undertook to minimise risks, such as loss of privacy and confidentiality, and how the researchers planned to use the data. An informed consent form was signed by all participants, according to the Declaration of Helsinki (Appendix A). Participants had the right to ask questions and refuse to participate

in the study, without any detriment to themselves or justification. The lead researcher had no prior professional or personal relationships with the study participants.

## **Context**

The Portuguese National Health Service (NHS) is a universal tax-financed system, characterised by three co-existing and overlapping systems: the universal NHS; special health insurance schemes for specific professions or sectors (health subsystems); and private voluntary health insurances. The Ministry of Health and its institutions are responsible for planning and regulation, whereas the regional health administrations manage the NHS at the regional level (Fronteira et al., 2025). These are responsible for, amongst others, the management of the NHS primary care centres, and contracting services with hospitals and private sector providers for NHS patients. The first point of contact within the NHS is the GP in a primary care unit<sup>1</sup>. Direct access to specialist care is available only in the private sector. In the public sector, access to specialists (e.g., orthopaedics, rheumatology) is done through referral in primary care (de Almeida Simões et al., 2017).

Direct access to physiotherapy is legal, with treatments more commonly provided in the private sector, but with public funding to a considerable extent under contractual arrangements with the NHS (de Almeida Simões et al., 2017; Jesus et al., 2016). A major example is physical medicine and rehabilitation clinics, which represent a common and accessible option to physiotherapy treatments (Entidade Reguladora da Saúde, 2013). In this context, physiotherapists are rarely autonomous in defining their treatment plans (Jesus et al., 2016). While not legally required, hospital regulations may dictate that specific activities of physiotherapists are subject to the prescription of physiatrists (Jesus et al., 2016). There are also private physiotherapy clinics in the community, where patients can access physiotherapists directly without prior medical prescription, or through referral by a specialist physician. These clinics may or may not have agreements with health subsystems or health insurance providers (de Almeida Simões et al., 2017).

In this context, referral to the Split.OA programme may depend on GPs, as well as specialists who frequently manage HKOA patients (e.g., orthopaedic surgeons, rheumatologists and physiatrists), since the Split.OA programme has the potential to be implemented in both public and private settings.

<sup>1</sup> Within this framework, services are mostly provided by family health units - autonomous multidisciplinary teams of GPs, nurses and other health professionals responsible for delivering primary care to a specific population (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

## **Participants**

Eligible participants were medical professionals who (1) are specialised in family medicine, orthopaedics, rheumatology or PRM; (2) work in a primary health care unit, public hospital, private medical clinic or physical medicine and rehabilitation clinic in Portugal; and (3) regularly work with people with HKOA. We used purposeful sampling using a maximum variation sampling strategy to ensure variability in years of experience, clinical settings, and geographic locations to reflect different perspectives in the study (Ritchie & Lewis, 2003). Participants were recruited through the network of our research team, the network of physicians already participating in the study (snowball sampling), through contact with scientific societies of medical specialities in Portugal (such as the Portuguese Association of General Practice, the Portuguese Society of Orthopaedics and Traumatology, the Portuguese Society of Rheumatology and the Portuguese Society of Physical Medicine and Rehabilitation), through contact of primary care centres nationwide, and through LinkedIn. Invitations were sent via e-mail and LinkedIn messaging (Appendix B).

## **Data collection**

Before data collection, participants received detailed information by e-mail about the study and about the structure and content of the Split.OA programme (Appendix C), and any questions or concerns were addressed. Participants completed a sociodemographic questionnaire (Appendix D) to collect sample characteristics via Microsoft Forms (Microsoft Corporation, Washington, United States of America). Individual interviews were conducted to provide an in-depth understanding of personal perspectives, experiences, beliefs, and motivations (Gill & Baillie, 2018). They are essential to collect data where it is important to set the individual context, where complex issues need to be explored at a detailed level (Ritchie & Lewis, 2003), allowing a deeper insight into the perspective of each physician in referring patients to physiotherapy. In an interpretivist paradigm, a smaller number of participants is preferable to a broader, more descriptive analysis (Noon, 2018), particularly among professionals discussing an aspect of their practice (Ritchie & Lewis, 2003). The goal was not to describe what happens in all contexts, but rather to delve into the perspectives of a particular group within their context (Ritchie & Lewis, 2003; Smith et al., 2022).

The lead researcher (JS) was a licensed physiotherapist, enrolled in a master's degree, with four years of clinical experience. Professional experience in a physical medicine and

rehabilitation clinic provided familiarity with the study context but may also have introduced bias. The researcher had no prior experience in qualitative research. Before conducting the interviews, the lead researcher received training in qualitative research skills from two investigators, one with experience in OA research and the other in qualitative studies.

A semi-structured guide (Appendix E), based on the TDF domains, was used to outline the key topics to be covered, but it was flexible enough to be tailored to the interviewee and to allow for issues raised spontaneously (Ritchie & Lewis, 2003). When designing the guide, generic example questions based on the TDF (Huijg et al., 2014; Michie et al., 2014) were considered, along with similar literature (Wallis et al., 2020) and dissertations addressing comparable objectives (Gomes, 2023; Moniz, 2022). A pilot interview was conducted to assess the guide for clarity and the scope of data sought, and to refine it accordingly. The data collected from the pilot interview were not included in the research findings. The TDF domains *Physical Skills* and *Goals* were not included in the guide, as it was decided that they were not relevant to the study objective. Before the interview questions began, the structure and content of the Split.OA programme were presented, and participants were given the opportunity to ask questions.

In this deductive approach, saturation was understood as the extent to which predefined conceptual categories (i.e., TDF domains) are adequately represented in the data (Saunders et al., 2018). Nine interviews are estimated to be minimally sufficient to reach the point when no additional issues are identified (i.e., code saturation) (Hennink et al., 2017). A mid-point analysis identified the TDF domains discussed, to anticipate code saturation. This allowed an adjustment of the interview guide to better explore less-covered domains. This was achieved by reviewing the interviews and completing a checklist of the TDF domains mentioned by each participant.

The interviews were conducted via videoconference using Microsoft Teams software (Microsoft Corporation, Washington, United States of America). The link to access the interview was unique for each participant. The video and audio were recorded using the Microsoft Teams recording feature. The individual interviews and all data analysis were conducted in Portuguese, only the results summary was translated into English. Excerpts were translated from Portuguese to English with the assistance of ChatGPT (OpenAI, GPT-5), followed by researcher verification for meaning accuracy and contextual fidelity. The

following prompt was used: “You are assisting in the academic translation of qualitative interview excerpts from Portuguese to English. Please translate each excerpt accurately and contextually, preserving the original meaning, tone, and nuance, rather than performing a literal or word-for-word translation”.

### **Data analysis**

Preceding data analysis, the dialogue was transcribed *verbatim* with annotations to capture nonverbal cues and vocal nuances (JS). Interviewees were anonymised, and each participant was assigned a code letter (GP for general practitioner, RH for rheumatologist, OS for orthopaedic surgeon, PMR for physiatrist) and a number. The transcripts were analysed by the lead researcher (JS) and reviewed by two others (DC, DP). A deductive approach with content analysis was employed to identify themes within the TDF domains (Hsieh & Shannon, 2005). The analysis procedure followed Atkins et al. (2017) recommendations, according through the following stages. (1) Preparation: familiarisation with the data by reading transcripts, defining the analytical objective (i.e., Split.OA referral) in line with the TDF domains, and preparing a coding matrix (Annex 4). (2) Deductive coding: text segments were coded directly to relevant TDF domains, guided by the coding matrix. Coding was performed iteratively by the lead researcher (JS) and reviewed in two rounds by an independent reviewer (DP), with adjustments incorporated after each review. Uncertainties were discussed until consensus was achieved. (3) Categorization and synthesis: within each domain, the lead researcher wrote a belief statement to capture the core meaning of each text segment. Identical or overlapping statements (i.e., centred on the same theme) were then grouped to identify barriers and facilitators related to the behaviour under study. This step was validated by an independent reviewer (DP).

### **Data trustworthiness**

To ensure trustworthiness throughout the data collection and analysis processes, various methods were employed: (1) Member checking, by emailing the transcripts and a summary of the results to the participants and asking them to verify the accuracy or resonance with their perspectives (Appendix F) (Korstjens & Moser, 2018; Rowlands, 2021). As the primary purpose of this study was to represent the experiences of the participants, member checking may be useful to ensure that findings adequately represent the realities that participants have reported (Thomas, 2016); (2) Persistent observation, the lead researcher continuously read

and reread the data, analysed them, and revised the concepts accordingly. JS and DP recoded and relabelled codes, discussing and reflecting on the process throughout (Korstjens & Moser, 2018); (3) Thick description, providing a “thick” description of the participants characteristics, the context in which the research was carried out, and the research process (e.g., sample strategy, inclusion criteria, interview procedure and excerpts from the guide, changes in interview questions based on the iterative research process). These strategies ensure transferability – the degree to which the results of qualitative research can be transferred to other settings with other respondents (Korstjens & Moser, 2018); (4) Audit trail, through careful documentation of all decisions made throughout the study to provide transparency and to enable an external researcher to review all the steps involved in the study (Korstjens & Moser, 2018). Throughout the study, data collection and analysis were reviewed by at least one experienced reviewer (DP and DC).

## RESULTS

### Participant characteristics

From July 2024 through May 2025, five GPs, four rheumatologists, three physiatrists and one orthopaedic surgeon were interviewed (n=13) (Table 1). The average length of the interviews was 43 minutes (range 25-61minutes). Participants had an average age of 38.23 years (standard deviation (SD)  $\pm 6.10$ ) and 6.92 $\pm 6.05$  years of clinical experience in their respective speciality. Participants were mostly female (76.92%). Most participants practised in the *Centro* region (n = 7), with one participant working across two regions (*Área Metropolitana de Lisboa* and *Região Autónoma dos Açores*). The majority practised in more than one setting, with public hospitals being the most frequently reported (n=7).

### Barriers and facilitators to Split.OA referral

Deductive analysis identified 21 barriers and 25 facilitators (Table 2), to referring people with HKOA to the Split.OA programme, from five COM-B components (*Psychological Capability; Social Opportunity; Physical Opportunity; Reflective Motivation; Automatic Motivation*) and from 13 TDF domains (*Knowledge; Cognitive and interpersonal skills; Memory, attention and decision processes; Behavioural regulation; Environmental context and resources; Social influences; Social/professional role and identity; Beliefs about capabilities; Optimism; Beliefs about consequences; Intentions; Reinforcement; Emotion*). The TDF domains of *Behavioural regulation, Environmental context and resources, and Social influences* were the most recurrent. The domain *Physical skills and Goals* were not generated from the analysis. The following sections summarises the emergent barriers and facilitators with illustrative quotes. The results are described extensively in Appendix G.

#### Psychological Capability

##### *Knowledge*

Two barriers and two facilitators were identified within the *Knowledge* domain. A lack of specific training on the Split.OA programme, particularly on the referral criteria, was reported as a barrier.

*“(...) for us, who refer a lot, it is important to know what we are referring to, what we are referring for, and the referral criteria. And often, for us, the greatest difficulty is the referral*

criteria itself. Uh, because we are unaware of certain things that we do not have sufficient training in (...)" (GP1, p.8, l.353-356)

Conversely, receiving training in patient identification and referral process was highlighted as a facilitator.

"(...) there is also a lack of training within the units themselves, which would also be facilitating, wouldn't it? For the future. In identifying patients and in the referral process itself." (GP1, p.6, l.271-272)

**Table 1.** Participant characteristics

Variables	Total Sample n= 13	
<b>Speciality, n (%)</b>	Family Medicine	5 (38.46)
	Rheumatology	4 (30.77)
	Physical and Rehabilitation Medicine	3 (23.08)
	Orthopaedics	1 (7.69)
<b>Age (years), mean (<math>\pm</math> standard deviation)</b>		38.23 ( $\pm$ 6.10)
<b>Gender, n (%)</b>	Female	10 (76.92)
	Male	3 (23.08)
<b>Years of experience in the field, mean (<math>\pm</math> standard deviation)</b>	Family Medicine	7.00 ( $\pm$ 4.98)
	Rheumatology	10.25 ( $\pm$ 7.66)
	Physical and Rehabilitation Medicine	4.67 ( $\pm$ 1.89)
	Orthopaedics	0.00 (-)
	Total	6.92 ( $\pm$ 6.05)
<b>Region of practice in the country, n (%)</b>	Centro	7 (53.85)
	Área Metropolitana de Lisboa	6 (46.15)
	Região Autónoma dos Açores	1 (7.69)
<b>Practice setting, n (%)</b>	Public hospital	7 (53.85)
	Primary care	4 (30.77)
	Private medical clinic	6 (46.15)
	Physical medicine and rehabilitation clinic	2 (15.38)
<b>Practice type, n (%)</b>	Both public and private	5 (38.46)
	Public only	6 (46.15)
	Private only	2 (15.38)
<b>Produced osteoarthritis research/presentations, n (%)</b>	Yes	4 (30.77)
	No	9 (69.23)

**Table 2.** Barriers and facilitators identified for the referral of patients to the Split.OA programme

COM-B	TDF	Barriers	Facilitators
Psychological capability	Knowledge	Lack of specific training on the programme	Receiving specific training on the programme
		Lack of knowledge about the programme's characteristics	Having knowledge of the programme's characteristics
	Cognitive and interpersonal skills	Difficulty in communicating with the patient	Having communication skills and building a therapeutic relationship
	Memory, attention and decision processes	Patient characteristics	Clinical assessment skills to support decision-making
		Selective focus on other medical approaches Work overload during consultations	
Behavioural regulation	Challenges related to consultation management Difficulty in breaking established habits	Using clinical guidelines to aid decision-making Identifying patients and refer them after the consultation Having defined strategies for referral to the programme Using supporting materials for the patient	
Physical opportunity	Environmental context and resources	Experiencing difficulties during the referral process	Having a workplace that supports the referral process
		Having time constraints Limitations in the healthcare system Insufficient organisational support	Having digital systems for referral Having direct referral pathways
Social opportunity	Social influences	Challenges related to professional conformity	Patient characteristics that facilitate referral
		Patient beliefs/characteristics that discourage referral Difficulties in multidisciplinary collaboration	Recommendation of the programme by others Resisting peer pressure/group conformity Having a good interprofessional relationship
Reflective motivation	Social/professional role and identity	Limited medical role in the programme	Having shared management of the patient Considering referral as part of the professional role
	Beliefs about capabilities	Lack of self-confidence to refer patients to the programme	Having self-confidence to refer patients to the programme
	Optimism	Pessimism regarding patient referral	Optimism regarding patient referral
	Beliefs about consequences	Low expectations of positive outcomes	Beliefs about the benefits for clinical practice
		Expectation of interprofessional conflicts	Beliefs about the benefits for the patient
Intentions		Considering referral as a priority	
Automatic motivation	Reinforcement		Health gains of patients as a reward Benefits for the referring physician
		Emotion	Negative emotions related to referral

Physicians perceived the lack of knowledge about the characteristics of the programme a key barrier, especially a lack awareness of the Split.OA existence and its benefits.

*"Because I think it is not sufficiently disseminated within the primary healthcare community that this initiative exists and that it is a standard of quality, perhaps better than what happens in most places. Therefore, I think that without this branding effort, uh, it would be quite difficult to gain recognition for this as your quality centres." (GP5, p.3, l.119–123)*

Knowing the content of the programme, the referral criteria, conditions and organization, was recognised as a facilitator across several medical interviewees.

*"What I think is most important is for people to know that they exist. And how to reach them, that is, dissemination of the programme. Not only dissemination about what the programme consists of, but also how to reach it, that is, how to refer patients." (RH4, p.4, l.173-175)*

#### *Cognitive and interpersonal skills*

The *Cognitive and interpersonal skills* domain was solely present among GPs. Communication was at the centre of this theme, with one barrier and one facilitator identified. As a barrier, perceived difficulty in explaining the programme to the patient was a concern.

*"Uh, this is the big question, isn't it? How much time will this take for the healthcare professional proposing it, in order for it to be an effective proposal that actually convinces the patient to uh participate. And (pause) this is is is an important nuance because if it's something like "look, you're going to participate in this programme". I doubt there will be any receptivity." (GP2, p.6, l.260-263)*

In contrast, having the ability to clearly communicate the benefits of the programme and to negotiate with the patient, was regarded as a facilitator. This involved empathising with the patient and establishing a good therapeutic relationship.

*"Patients usually want to understand things very clearly, and communication, breaking everything down and answering their questions is in fact fundamental, right? Because sometimes what happens is the patient hears, 'oh, there's this programme, do this...' and the patient says yes, but hasn't understood anything and won't actually engage (laughs). So, I think it's necessary to do a proper explanatory job: what is expected, what they can expect." (GP3, p.6, l.255–259)*

### *Memory, attention and decision processes*

Three barriers and one facilitator emerged in the *Memory, attention and decision processes* domain. The most frequent barrier was patient characteristics, referring to clinical factors that may limit patient participation. Physicians mentioned comorbidities, high pain levels, cognitive ability, physical/mobility limitations, advanced age and previous unsuccessful treatment experiences.

*“Now, of course, for patients who have already been submitted to conservative treatment that has failed, it is very difficult for us to refer them for new conservative treatment, because the patient will no longer be as receptive to that treatment.” (OS1, p.2, l.55-57)*

Another barrier, work overload during consultations, was highlighted by a GP working in primary care. Work pressure and the struggle to take on additional tasks were reported as concerns, as they could limit the implementation of this new behaviour.

*“I, I, I have to stop doing other things in order to do one more activity during my consultation, right? And so, this has a very high opportunity cost. If I were asked to explain major things about the programme, then that would be a barrier. It would perhaps be a barrier significant enough to boycott the programme.” (GP5, p.6, l.240-243)*

Lastly, selective focus on other medical approaches emerged as a barrier in one GP, one rheumatologist and one orthopaedic surgeon. Physicians may opt for other specific interventions inherent to their role or unintentionally overlook potential referrals.

*“What I think, and what often happens, is that certain situations, uh the fact that we are unable, sometimes means that we don't refer, right? We don't make the referral. (...) Perhaps I will invest more in therapeutic gestures and therapeutic modalities that are more within my reach, such as pharmacological therapy, such as joint injections with hyaluronic acid supplementation, for example. And so, perhaps I will end up favouring other therapeutic modalities a bit more, and putting a bit of the responsibility on the patient to take care of their own rehabilitation and do so completely independently, rather than going through physiotherapy. I think that's what ends up happening on a day-to-day basis.” (RH3, p.7, l.320-329)*

The single facilitator identified in this domain related to clinical assessment skills supporting decision-making. At least one physician from each medical specialty reported using clinical assessments to guide decisions, including selecting patients with the greatest potential

benefit, prioritising those most likely to adhere to the programme, and engaging in shared decision-making.

*“(...) through medical history, physical examination, and possibly requesting some stress testing or an electrocardiogram, if necessary. Then, during the consultation, I can determine whether or not the person is capable.” (PMR2, p.5, l.193-195)*

### *Behavioural regulation*

The *Behavioural regulation* domain encompassed two barriers and four facilitators. As a barrier, challenges related to consultation management involved a lack of strategies for managing time and priorities, as well as difficulties in confirming referral criteria during the appointment. Physicians also stated that it is challenging to address multiple issues during a limited consultation time.

*“(...) the fact that we have 15-minute consultations, most of them being 15 minutes, makes referral difficult because most patients have several issues to deal with. Uh, other situations are more of a priority than osteoarthritis, others not so much, it always depends on the situation.” (GP1, p.6, l.253-255)*

The second barrier, related to the difficulty in breaking established habits, reflected a tendency to rely on familiar or quicker solutions rather than implementing new routines.

*“Because the way things are currently, there is an easier and quicker response, not necessarily better, but quicker and easier to this problem, which is to medicate and to radiograph (...)” (GP2, p.5, l.220-222)*

Regarding facilitators, physicians reported using clinical guidelines to support decision-making during consultations and to justify referral decisions.

*“Uh, but the recommendations are a good source to support decision-making. (...) if necessary, in a referral or a possible prescription, we can rely on them and, under the recommendations of the European Society, the American state, or the society (inaudible), forms that we are referring to, refer to them to justify a particular prescription or particular or particular recommendation.” (RH3, p.5, l.215-216, 219-222)*

Another facilitator for referrals involved strategies to identify or “flag” patients and refer them after the consultation. For example, at a more appropriate time, in a subsequent consultation, or by contacting family members/carers to assist with clarification.

*"(...) when I am in a consultation and do not have time to make a referral at that moment, what I usually do is put a post-it note or write in a referral notebook the name of the person and what I want to refer them for, and then I do that later." (GP4, p.3, l.137-139)*

Having defined strategies for referral to the programme was the most frequently discussed facilitator within this domain. This included having clear criteria or instructions for referral, keeping the referral form readily accessible, and ensuring that the criteria were simple and applicable in routine clinical practice.

*"What helps us most are the referral criteria. They should be objective and specific, so that we know whether or not they are suitable for the patient. (...) Information about what we can do or how can we refer the patient." (RH1, p.5, l.207-208, 210-211)*

Providing the patient with informational materials/resources about the programme was also identified as a facilitator for referral. Physicians mentioned supporting texts containing contact information, leaflets, or letters to be given to patients.

*"And obviously, if there is anything that makes referral easier for me, that is, if I have a pamphlet, if I have a leaflet that I can give to the patient, a card, it ends up... or even a template with clinical information, ends up making it easier, doesn't it?" (RH2, p.6, l.295-298)*

### Physical opportunity

#### *Environmental context and resources*

The domain *Environmental context and resources* contained four barriers and three facilitators. The most prominent facilitator was having direct referral pathways. Mostly outlined by rheumatologists and PMR specialists, they emphasised the need for referral circuits or protocols between services.

*"(...) I think it would be an asset to establish direct articulation, a consultation, when I see patients, I could have a direct line or communication channel with a programme that was structured here. I think it would make perfect sense and would greatly facilitate our work." (PMR3, p.2, l.55-57)*

Accordingly, rheumatologists also highlighted limitations within the healthcare system as a major barrier, expressing that direct referrals to physiotherapy in the NHS were not possible for them. Within this barrier, limited service responsiveness and external referrals being dependent on the patient, were also identified concerns.

*“Uh, well, we don't have direct referrals for physiotherapy; it has to be through a physiatrist or family physician. So, I think that in in my public work context, that's the main limitation.”*  
(RH3, p.2-3, l.94-96)

Experiencing difficulties during the referral process was an additional barrier, encompassing both the time-consuming and bureaucratic nature of referrals and the fragmented or non-standardised procedures across different health disciplines.

*“(…) it annoys me having to, uh... I mean, to make a hospital referral one way, then a referral to nutrition in another way, a referral to social services in a different way, and for physiotherapy or another programme, yet a fourth way, right?”* (GP5, p.2, l.47–49)

On the other hand, having digital systems to assist referral can serve as a facilitator in this process. This was mainly mentioned by GPs, with examples including referral through electronic systems and digital tools to facilitate access to the programme.

*“If you make an online form where I have to fill in a few details. A name, date of birth, the osteoarthritis, what tests I have. That's a relatively quick thing to do. It doesn't take me much longer to refer a patient for a hospital appointment than it would to refer them to this programme.”* (GP4, p.3, l.95-99)

Participants indicated a barrier related to insufficient organisational support, as physicians felt a lack of recognition and support due to organizational culture. Other examples included communication failures between professionals/teams and approval requirements from superiors.

*“Everything we have discussed so far takes time and consultation time, and in a context where this type of attitude is not valued by the indicators contracted in a primary care unit or by the health system, uh, this will compete with other priorities (…)”* (GP2, p.5, l.215-217)

In contrast, having a workplace that supports referral process was reported as a facilitator. Physicians provided examples such as workplaces without financial or legal restrictions, without pressure to shorten consultation times, and with adequate human resources.

*“Therefore, I think that work norms or instructions, procedures, help and, in this specific case, creating one specifically for this programme or referral to the programme, I think it would be helpful. Oh, and there aren't any, at least not where I work, there aren't any norms against this type of referral, no (head shake) that's it.”* (GP3, p.4, l.186-189)

Lastly, having limited consultation time was expressed as a barrier, with physicians required to see a high number of patients, and the initial planning of the consultation being frequently disrupted by time constraints.

*“Sometimes, one of our limitations is the consultation time, that is, consultations are usually very busy with a high number of patients in a short period of time, and sometimes we may forget to make these referrals when we have a time constraint.” (OSI, p.4, l.190-192)*

## Social opportunity

### *Social influences*

Three barriers and four facilitators were revealed in the *Social influences* domain. Having a good relationship with other professionals was highlighted as a facilitator. Participants exemplified the mutual support during consultation, seeking the opinions of colleagues and trusting in the work of other professionals.

*“(…) it is much easier to refer to or implement this type of programme, for example, as a physician, in clinics where I have an excellent professional relationship with the therapists.” (PMRI, p.8, l.362-364)*

On the other side, experiencing difficulties in multidisciplinary collaboration was presented as a barrier. Communication problems with other disciplines were a concern, along with a perceived lack of control when handing over patients to physiotherapists.

*“As there is no physiatrist involved and I will never have control over the patient, and I am not just talking about the financial aspect. I would only do it [refer to Split.OA] in situations where I feel very, very comfortable with the therapist, with good communication.” (PMRI, p.5, l.244-246)*

Another facilitator mentioned was resisting peer pressure or group conformity. Specifically, having autonomy and proactivity in referral decisions, without being influenced by negative opinions from peers.

*“If it’s a colleague who has already had the experience, then there’s already positive or negative feedback about the programme. This can influence rather than me being the first to try it, for example. But otherwise, based on the knowledge we have, it’s not just because a colleague says there was no benefit at that specific moment, that I would refrain from making a referral.” (RHI, p.3, l.113-116)*

However, a tendency to conform to group or cultural norms, or to prevailing expectations, was identified by one GP as a barrier. This GP noted that the prevention of life-threatening diseases was prioritised over conditions that affect quality of life but do not pose an immediate threat.

*"Uh, I think that in cultural terms, over the last 20 years, healthcare has been very focused, or overly focused, on cardiovascular and cancer prevention, right? Therefore, when these problems arise during consultations, they tend to take precedence over other issues that may interfere more with people's quality of life but are not a direct threat to their lives, right?" (GP5, p.6, l.257-261)*

In another barrier, physicians listed different patient beliefs or characteristics that discourage the referral decision. For example, the lack of willingness and motivation to participate and negative beliefs about the programme. The contextual situation of the patient, such as financial difficulties or lack of transportation, could also lead physicians to change their thoughts about referral decisions.

*"I have people who tell me, 'No, I don't want physiotherapy because I've already had it once and it didn't help, so I'm not going to do it again'. When the person doesn't feel any functional improvement, they don't want to spend the time or money on treatment because they believe it won't have any results, right? (...) If the person has undergone physiotherapy previously and noticed no improvement, it will be difficult to refer them to a programme, even if it is different." (GP4, p.6-7, l.298-303)*

As a facilitator, two GPs discussed patient characteristics that could facilitate referral. These were related to the timing of the referral, ensuring it occurred when the patient was most receptive.

*"(...) it is easier to refer someone for knee osteoarthritis when they are experiencing a flare-up because it bothers them, than to refer someone with osteoarthritis that is not causing them much trouble." (GP4, p.5, l.227-229)*

Receiving recommendations of the programme was highlighted as a facilitator. This included the promotion and dissemination carried out by both peers and patients. Several participants commented on the advantages of positive feedback and encouragement that occurs in informal conversations, as well through "word-of-mouth" dissemination.

*"I think that's the greatest success of any programme. Indeed, the programme being effective, obviously. The patient perceiving this, right? Recognizing and noticing the clinical benefits,*

*and then this ends up being passed on and communicated to the physician or physiotherapist. We discuss it among peers, and people end up referring more and more." (RH4, p.4, l.148–151)*

### Reflective motivation

#### *Social/professional role and identity*

Within the *Social/professional role and identity* domain, one barrier and two facilitators were identified. Psychiatrists were the only professionals who perceived the limited medical role within the programme as a barrier to referring patients to Split.OA. There were concerns about the lack of medical follow-up during the programme, as well as apprehension about referring to external or unknown programmes or professionals.

*"And so, when we want to manage this exclusively without integration into the healthcare system with a physician who can prescribe or not prescribe other types of medication, supplements, and follow-up care. We are failing from the very beginning, because there will not be such an easy implementation if we exclude a professional group that is really important here, which is going to bridge the gap between the primary care centre." (PMR1, p.2, l.56–60)*

Indeed, various participants discussed how shared management of patients could facilitate referrals. Points made included receiving continuous feedback on how patients were progressing throughout the programme and ensuring that physicians were actively involved and integrated into the Split OA. Some participants also expressed motivation to work within a multidisciplinary team.

*"(...) another important aspect is to allow the professional who referred the patient to be uh continually updated on their progress or, at the end of the programme, to receive some kind of report or feedback." (GP3, p.3, l.114–116)*

A key facilitator within this domain was the perception of referral as part of the professional role, particularly among GPs. This involved recognising the value of the programme in relation to professional boundaries, managing patient expectations while promoting the programme, and acknowledging the role of the physician as a referrer to Split.OA.

*"I believe I have a privileged position in this referral process uh because the family doctor is a bit like the manager of the patient's care, right? Even if they go to a specialist, they usually return to general and family medicine. Uh so, I think we can be the specialists or the*

*physicians who can refer many patients to this programme. Especially because we usually make the first contact and sometimes the diagnosis, whether clinical or by imaging, in these situations." (GP3, p.2, l.52-56)*

### *Beliefs about capabilities*

One barrier and one facilitator were raised in the *Beliefs about capabilities* domain, both related to perceived self-confidence to refer patients to the programme. On one side, almost all participants reported having confidence in their ability to refer patients and to manage consultation time required for referral, which was identified as a facilitator.

*"We assess and usually refer back to the family physician. Uh, but that moment would be enough, so, as a rheumatologist and as someone who evaluates and potentially follows patients with osteoarthritis, I think I would have that competence [to refer to Split.OA], yes." (RH3, p.8, l.356–359)*

On the other side, a lack of confidence in their ability to refer patients to the programme, as well as in managing the consultation time required for referral, was perceived as a barrier by some.

*"(...) at times we may refer patients whose condition is something else, and it might not actually be a case of knee osteoarthritis, you see? Or hip osteoarthritis. And that leads to errors, that is, there are always some errors on the medical side, in the diagnosis. So, I might make a referral that is not the most appropriate, not having all the inclusion and exclusion criteria in mind." (OS1, p.6–7, l.286–289)*

### *Optimism*

*Optimism* domain captured one barrier and one facilitator. As a facilitator, physicians generally felt optimistic about the successful referral to the Split.OA programme.

*"We are always very overwhelmed in terms of workload, aren't we? Uh, but if this is well defined and if people are aware and open to it, I think so [it can be successful in the workplace], that there can, uh, there can be a considerable referral rate." (GP3, p.5, l.217-219)*

As a barrier, one psychiatrist felt pessimistic about the likelihood of successful referral, noting that a typical HKOA patient would not be referred because they were perceived as unlikely to adhere to the programme.

*"Now, if we're talking about 80 or 90 percent of my patients, who are the older ladies, let's say in their sixties or seventies, with a body mass index far above the desired level, ah, who walk with a cane or a walking stick because they simply can't manage without it. And they don't even have osteoarthritis that is that advanced. But what they do have is excess weight, a completely uh, non-active lifestyle. (...) Where am I going to refer them to? Do you think she's going to follow through with the programme?" (PMR1, p.9, l.429–436)*

### *Beliefs about consequences*

The domain *Beliefs about consequences* identified two barriers and two facilitators. Across all specialties, there were physicians who believed that referral to Split.OA programme could provide benefits for patients, regarding it as a facilitator. Most participants anticipated clinical and functional improvements like reduced pain, improved function, slower OA progression, increased muscle strength, reduced medication needs, enhanced quality of life, and psychological benefits. And suggested it could also provide an opportunity to promote and empower patient adherence to healthy lifestyle behaviours, potentially delaying the need for surgery and improved post-operative outcomes, if eventually required.

*"I think the greatest advantage is that if we manage to have a positive effect here, we will be able to reduce uh particularly the consumption of anti-inflammatory drugs, and hence the complications that come with them. Uh, we will also be able to improve, uh, the long-term prognosis, eventually reducing or delaying the need for surgery and, above all, when surgery does occur, ensure that it achieves better outcomes (...)" (RH2, p.5, l.235-239)*

Participants also believed in benefits for their clinical practice as another facilitator. For example, referring patients to the Split.OA could potentially optimise consultations and facilitate their clinical practice (i.e., improved consultation time and meeting patient needs). The possibility of expanding the professional network through interaction with other professionals involved in the programme also emerged.

*"(...) complaints of pain due to osteoarthritis, other causes, but complaints of pain are the most typical in primary health care in almost all consultations. Uh, it is difficult to control with chronic medication, and if there is a way to really help our patients, it also improves our quality of life, doesn't it? It improves our consultations. Our consultation time and our response. That would also be beneficial for us in that sense." (GP1, p.5, l.235-239)*

One identified barrier included low expectations of positive outcomes given the duration of the programme. One psychiatrist believed that the programme duration is insufficient to significantly change behaviour in older patients.

*"(...) 12 weeks would be 3 months, uh, I think that's short, that is, it's difficult for people at these ages, isn't it? I mean, people who have at least 50 years of habits, to change in 3 months, uh, to create habits that will help prevent disease progression, uh, and that will allow them to improve and see benefits from rehabilitation." (PMR1, p.1, l.10–13)*

The second identified barrier related to the expectation of interprofessional conflicts. One physiatrist argued that there could be resistance to referring to an external programme where the physician role is limited. Another physiatrist mentioned that certain medical professionals might have interests in maintaining more traditional programmes, which could obstruct the implementation of the Split.OA programme.

*"Uh, what will make this difficult is the absence of the physician's role, and therefore there will be resistance from the... that is, without a medical control, there will be resistance from the professional classes, exactly towards separatism rather than unification." (PMR1, p.4, l.156-158)*

### *Intentions*

One facilitator was found in the *Intentions* domain. The referral to the Split.OA programme was considered a priority by various participants. This means there was an intention to make a deliberate decision to refer patients to the programme and a willingness to prioritise such referrals.

*"When faced with a patient with osteoarthritis, this programme is always a priority or a high priority, because I believe it is an added value for the patient." (RH4, p.7, l.278–279)*

### Automatic motivation

#### *Reinforcement*

Two facilitators were revealed in the *Reinforcement* domain. A feeling of satisfaction derived from observing improvements in patient health was considered as a form of incentive, potentially acting as a facilitator for referral.

*“And so, if I can get them to do it, the patient is satisfied, comes back, so... so it generates positive emotions and that makes me refer more patients (smile), but it necessarily depends on the response, doesn't it?” (GP3, p.7, l.301-303)*

The second facilitator was associated to the benefits for the referring physician. These included receiving a positive rating in their clinical practice and being professionally recognised. One psychiatrist mentioned the possibility of monetary incentives or a reduced workload for the referring professional.

*“And I think that many health programmes aimed at benefiting patients forget exactly this. They are great, but they forget that they will only be implemented if they benefit someone financially. And that won't be the patient. Or take away work and time from people who no longer have more time, nor capacity for more work.” (PMR1, p.5, l.211-214)*

### *Emotion*

The *Emotion* domain revealed one barrier and one facilitator, reflecting negative and positive emotions related to referral, respectively. Negative emotions included feelings of frustration from a lack of responsiveness in the health system, and feelings of insecurity associated with making a new referral.

*“(...) in the current context, uh I always feel a bit... I always feel concerned, uh, insofar as I am worried whether that referral will actually be used, uh, and whether it will be used in the best way. This relates to the nuances we have already discussed, uh, about the person's actual ability, uh, to access care.” (GP2, p.8, l.366–369)*

In general, physicians expressed positive emotions, including feelings of confidence and calmness when making referrals, as well as feelings of satisfaction and professional fulfilment.

*“Here in the public hospital, as I have already mentioned, there is not much response for degenerative joint disease, right? There is a lot of orthopaedics, yes, but post-operative care, not pre-operative, not in the early stages. Uh, I feel like it's a kind of relief for, uh, my conscience to have someone to refer to (...)” (RH2, p.6, l.274–277)*

## DISCUSSION

Using a theoretical behavioural model, this study sought to explore the barriers and facilitators to the medical referral of people with HKOA to the Split.OA programme in the Portuguese context. Twenty-one barriers and twenty-five facilitators were found within five COM-B components and thirteen TDF domains. Consistent with existing literature, these findings revealed that the behavioural determinants that influence referrals are influenced by professional, patient-related, and system-level factors that extend beyond simple clinical decision-making (Zurynski et al., 2021).

### **Psychological Capability**

The physicians involved in this study consider it important to be aware of the existence of the programme and its characteristics (*Knowledge* domain). This is comparable to what Gibbs et al. (2024) and Pitt et al. (2008) observed among GPs as common barrier to referral. Both reported a limited awareness about physiotherapist-led and self-management OA programmes, respectively. This pattern suggests that a lack of knowledge about the content and availability of structured OA interventions may hinder referrals as part of clinical routines. Especially when such programmes have not yet been embedded in the health system. The lack of specific training on the programme was also a concern raised by physicians interviewed in other programmes. For example, it was recommended that GPs receive practical training in the GLA:D programme to facilitate their understanding of its role in the management of HKOA (Wallis et al., 2020). Similarly, a systematic review by Davy et al. (2015) emphasised that implementing new chronic care models is particularly difficult without staff possessing the necessary skills and experience to take on new roles and responsibilities. Østerås et al. (2019), within the SAMBA model, discussed that targeting more than one health profession, such as GPs and physiotherapists, may improve multidisciplinary collaboration and consistency. Gomes (2023) explored barriers and facilitators for Portuguese physiotherapists in implementing the Split.OA programme. The study found gaps in knowledge, skills, and experience, suggesting that targeted education and training could support implementation. Our findings, together with those of Gomes (2023) reinforce the importance of guided and multidisciplinary training for both physiotherapists and physicians to effectively implement the Split.OA programme, as highlighted by Østerås et al. (2019).

Communication with the patient was the central factor in *Cognitive and interpersonal skills* domain. As in this study, Egerton, Nelligan, et al. (2017) also found that GPs emphasised the importance of interpersonal skills, such as building rapport, when referring to a new primary care model for knee OA. This is particularly relevant given that a systematic review of qualitative studies on OA management suggests that clinicians generally require the necessary skills to engage in complex conversations (Egerton et al., 2017). Indeed, a meta-analysis by Haskard Zolnieriek & Dimatteo (2009) revealed that patients with physicians who communicate poorly face a 19% (Pearson's  $r$ : 0.19; 95% CI, 0.16 to 0.21) higher risk of nonadherence compared to those whose physicians communicate effectively. Although the study did not specifically focus on referrals, it could suggest that effective communication may help encourage patients to follow through with a Split.OA referral. Interestingly, only GPs in this study emphasised the importance of communication. Primary care physicians are often the first contact and are responsible for explaining treatment options, motivating adherence, and coordinating referrals. In contrast, specialists such as rheumatologists, physiatrists and orthopaedic surgeons, typically interact with patients at later stages or for specific procedures (Starfield et al., 2005). These differences in professional roles may explain why communication skills did not emerge among other specialities.

The *Memory, attention and decision processes* domain captures the reasoning aspects that shape how physicians make referral decisions in practice. Physicians in this study consider patient characteristics when making decisions, noting that the presence of comorbidities, limitations in functional abilities and advance age could be a barrier to their decision to refer. In Ireland, a study investigated the barriers and facilitators for GPs in referring patients with OA for exercise treatments (Bhardwaj et al., 2024). These authors reported similar barriers, like older age, presence of many comorbidities and severity of disease. Our study goes further by identifying characteristics such as cognitive ability and prior unsuccessful experiences. This may be explained by methodological differences, whereas Bhardwaj et al. (2024) used an online survey, our individual interviews likely allowed greater depth of information, although contextual differences and distinct professional cultures potentially contributed to this variation.

Cunningham et al. (2024) conducted a methodologically similar study in which, within the *Memory, attention and decision processes* domain, the only theme identified concerned the

deprioritisation of OA during consultations by GPs. In our study, although prioritisation did not specifically emerge as a barrier within this domain, physicians mentioned a tendency to focus on familiar medical approaches, often favouring interventions within their own practice or unintentionally overlooking potential referrals. Associated with this, there may also be another barrier that we identified – work overload during consultations. There is previous evidence in the Portuguese context that there are high levels of burnout and significant work overload in primary healthcare (Ferreira et al., 2021; Granja et al., 2023), where most GPs consider that they do not have enough time for non-urgent consultations (Granja et al., 2023). Excessive cognitive demands can impair performance and learning, potentially hindering the adoption of new knowledge and practices (Young et al., 2014), such as referring patients to the Split.OA programme.

Having defined strategies for referral was the most elicited facilitator in the *Behaviour Regulation* domain. Interviewees deemed it important to have clear and easily accessible referral criteria and/or forms to the Split.OA programme. Similarly, Cunningham et al. (2024) suggested using algorithms or checklists to guide referral decisions, while Pitt et al. (2008) identified the provision of referral forms to ease the referral process. A Cochrane systematic review concluded that structured referral sheets were generally effective to improve referral rates (Akbari et al., 2008). In addition, referral templates may increase the completeness of clinical information, improve referral letter quality, and time efficiency (Arao et al., 2023; Tobin-Schnittger et al., 2018). Altogether, this knowledge reinforces the importance of establishing clear and user-friendly referral procedures within the Split.OA programme, as they can facilitate behavioural regulation among physicians. Providing patients with information about the programme was also identified as a facilitator, consistent with findings from several studies (Cunningham et al., 2024; Gibbs et al., 2024; Pitt et al., 2008). Using such materials may enhance patient buy-in and understanding, and prompt them to raise the topic themselves (Churchill et al., 2023; Sansoni et al., 2015). This may assist referrals to the Split.OA without increasing workload and support physicians who might otherwise overlook such discussions. Furthermore, it could strengthen credibility and trust with patients (Churchill et al., 2023), which is important given that communication challenges influence referral effectiveness (*Cognitive and interpersonal skills*). Another facilitator identified was the practice of “flagging” patients for referral, such as identifying eligible individuals during a consultation and scheduling the referral at an optimal later

moment, or by involving family members/carers to support clarification. To our knowledge, literature on referral for lifestyle modification programmes does not explicitly describe this strategy. This approach may cue physicians to revisit referral decisions and could reduce the risk of eligible patients being overlooked during busy consultations. This suggests that Split.OA implementation could include patient identification and referral scheduling mechanisms to help physicians act on referral opportunities rather than relying solely on in-consultation decisions.

### **Physical Opportunity**

System-level factors were the most frequent in the *Environmental context and resources* domain. Specifically, the existence of a direct referral pathway was the most common facilitator. In the Portuguese NHS, access to physiotherapy is typically obtained through a referral pathway in which GPs refer patients to a PRM specialist, who then prescribe physiotherapy treatments (de Almeida Simões et al., 2017; Jesus et al., 2016). Meaning, there is no direct referral pathway to physiotherapy by other medical specialists in the public context, as predominantly stated by rheumatologists in this study. The need for this clear pathway for OA patients was also recognized in the implementation of the GLA:D programme in Australia (Wallis et al., 2020) and Canada (Kania-Richmond et al., 2023). In Denmark, the GLA:D programme accepts referrals from GPs, orthopaedic surgeons, and self-referral – ensuring multiple access routes to physiotherapy (Skou & Roos, 2017). Similarly, in the United Kingdom, the ESCAPE-pain programme allows referrals via musculoskeletal triage services, GPs, physiotherapy providers, and orthopaedic surgeons (*Referrals – ESCAPE-Pain*, n.d.). Although these differences may be partly explained by the healthcare system, these models highlight the potential benefits of establishing flexible and streamlined referral pathways to facilitate timely access to the Split.OA programme within the Portuguese NHS.

The limitation of consultation time emerged as a barrier in this study and in international research (Bhardwaj et al., 2024; Bouma et al., 2022; Cunningham et al., 2024; Egerton et al., 2018; Pitt et al., 2008). While time limitations are typically classified under *Environmental context and resources*, certain excerpts from our data were coded as *Behavioural Regulation*, as part of the barrier “Challenges related to consultation management”. This classification was based on the manifestation of physicians struggling to

actively organise and prioritise issues during consultations, highlighting the lack of regulatory strategies. The excerpts clearly related to the environmental context were coded accordingly.

A Cochrane systematic review reported that it remains uncertain whether altering consultation length increases referral rates, although rates were slightly higher with longer appointments (Wilson et al., 2016). The authors further discussed the need to assess interventions providing longer consultations for patients with multimorbidity or complex conditions – a need also expressed by some of the interviewed physicians. A facilitator has emerged in this domain that could potentially help overcome this barrier – the use of electronic systems for referral. The implementation of electronic health systems was described as a promising way to improve referrals (Azamar-Alonso et al., 2019). It has the potential to improve quantity and quality of referrals, efficiency, multidisciplinary coordination, and to streamline access to specialty care (Azamar-Alonso et al., 2019; Bolton Saghdaoui et al., 2025; Tuot et al., 2015). More recently, artificial intelligence has shown promise to assist documentation and administrative tasks, improving efficiency and reducing physician workload (Pawelczyk et al., 2025). Additionally, electronic systems can be used to flag patients who should be reviewed and considered for onward referral (Bolton Saghdaoui et al., 2025), as discussed in the *Behaviour Regulation* domain. To overcome time constraints, other studies identified expanding the role of the physiotherapist as a potential enabler to timely access to services (Crawford et al., 2022; Cunningham et al., 2024). Such facilitator did not emerge in our interviews, however, some GPs mentioned that nurses could be more involved, particularly in identifying eligible patients and/or providing them with an explanation of the programme.

Insufficient organisational support was identified as a barrier, whereas a supportive workplace facilitated referrals. Physicians discussed factors such as supervisory approval, a supportive environment, and the absence of restrictive policies. The need for supportive leadership is a consistent theme to the implementation of chronic care models (Davy et al., 2015). Strong clinical leaders are needed to support healthcare providers through the change process, without it, the implementation and sustainability of the model is at risk (Davy et al., 2015). The GLA:D programme implementation in Canada underscored the critical role of organisational and leadership support, highlighting that local leaders – such as team leaders,

managers, or directors – were the champions behind its implementation (Kania-Richmond et al., 2023).

Transport and cost factors for patients were frequently mentioned in the interviews and are widely recognised in the literature exploring the perspectives of physicians on the implementation of OA management programmes (Bouma et al., 2022; Gibbs et al., 2024; Kania-Richmond et al., 2023; Wallis et al., 2020, 2023). However, these factors were not coded as they were not considered to be directly related to referral behaviour. Instead, excerpts in which these factors clearly influenced referral decisions were coded under the *Social influences* domain, as patient-related characteristics that discourage referrals. This coding decision may have led to findings that diverge from those reported in the literature regarding contextual barriers.

### **Social Opportunity**

The barrier “Patient beliefs/characteristics that discouraged referral” (*Social influences* domain) refers to patient attitudes and context which could lead physicians to change their thoughts on referral. Several physicians reported the lack of patient willingness and negative beliefs towards participation in active treatments. This is comparable to other studies, which report that patient expectations and preferences exert pressure on referral decisions – often focusing on surgery and imaging. (Egerton et al., 2018; Gibbs et al., 2024; Pitt et al., 2008; Wallis et al., 2020). Improving alignment between physicians and patients regarding referral options may help mitigate these barriers, strengthening the importance of effective communication (discussed in *Cognitive and interpersonal skills*) (Vennik et al., 2022).

Many physicians believed that receiving recommendations from colleagues about the Split.OA programme would facilitate their referrals, as it could both increase dissemination and enhance confidence in their decision. Additionally, some mentioned that when patients are acquainted to the Split.OA, it may be easier to persuade them to participate. In the study by Wallis et al. (2020), physicians knowing that the programme was delivered by a trusted physiotherapist acted as a facilitator for referral to the GLA:D programme. In our study, this factor arose in a physiatrist who expressed concerns about referring patients to physiotherapists who were unfamiliar or with whom there was no established working relationship. Hesitancy to embrace unfamiliar new services have been previously identified (Egerton, Nelligan, et al., 2017), with GPs expressing that having a relationship with the

professionals delivering the service would make them feel more comfortable. This suggests that direct personal engagement between physicians and physiotherapists could encourage uptake of a new programme. In contrast, some mentioned the existence of collaboration in case management, such as seeking information about patients or obtaining opinions of colleagues when needed. Kania-Richmond et al. (2023) also noted colleagues and other providers within the same clinic offered support that assisted programme implementation, for example, through internal referrals or redistribution of caseloads. Likewise, interprofessional collaboration is likely an important factor for effective referral processes (Zurynski et al., 2021).

### **Reflective Motivation**

Physicians across specialties perceived themselves as having an elemental role in referring patients to the programme (*Social/professional role and identity* domain). They suggested that shared management of patients could facilitate referrals and strengthen the continuity of care. Ongoing feedback throughout the programme was considered important and has also been emphasised in previous research (Egerton, Nelligan, et al., 2017; Pitt et al., 2008; Wallis et al., 2020; Zurynski et al., 2021). A potential facilitator for this process is described in the AktivA programme, which had an electronic system that generated summary reports that could be sent to referring GP or orthopaedic surgeon (Holm et al., 2020). Such communication mechanisms may help reinforce the sense of involvement and accountability, further promoting sustained referral engagement.

Interviewees across all specialties expressed confidence in their ability to refer patients to the Split.OA programme (*Beliefs about capabilities* domain). However, some physicians also reported lacking confidence in their referral capabilities. These barriers were linked to other TDF domains – uncertainties regarding the appropriate timing and decision to refer (*Memory, attention and decision processes*), challenges related to time management (*Behaviour regulation*), and difficulties in patient communication (*Cognitive and interpersonal skills*). In contrast to our findings, Pitt et al. (2008) reported that GPs who were less likely to refer felt confident in their ability to manage OA patients and, therefore, did not perceive a need for referral to self-management programmes. None of our interviewed physicians reported not having the intention to refer to the Split.OA programme, and some explicitly mentioned that they would consider this referral a priority (*Intentions* domain).

These findings indicate that confidence in their capabilities may not be a major barrier, but rather is the contextual and procedural challenges that may undermine it.

Although the physicians interviewed were not previously familiar with the Split.OA programme, most expressed a positive attitude towards its concept (*Optimism* domain). They were optimistic about the success of referrals, anticipating a considerable referral rate and believing that other physicians would also be willing to refer and collaborate. This domain was not a common finding in other studies using the TDF. Cunningham et al. (2024) reported that this domain did not emerge from their analysis, and other studies did not explicitly discuss it (Gibbs et al., 2024; Pitt et al., 2008; Wallis et al., 2020). However, Egerton et al. (2018) noted that GP optimism regarding OA management could facilitate the provision of exercise.

Overall, consistent with similar studies, the interviewed physicians perceived several benefits for the patient (*Beliefs about consequences* domain). Examples also mentioned in the literature include support in managing other comorbidities (Egerton et al., 2018), reduced need for surgery (Gibbs et al., 2024; Wallis et al., 2020), improved function and muscle strength (Wallis et al., 2020), easier access to rehabilitation services (Pitt et al., 2008), greater autonomy and motivation for self-management (Pitt et al., 2008), and psychological benefits (Pitt et al., 2008). Unlike previous studies, our results also identified benefits to clinical practice as a facilitator, such as meeting the needs of HKOA patients and facilitating daily practice. One identified barrier by a physiatrist included the perceived loss of control over patient management, which was similarly reported by GPs in other studies investigating referral to OAMPs (Egerton, Nelligan, et al., 2017; Pitt et al., 2008). This highlights the importance of shared management plans and feedback systems to support clinicians in maintaining oversight of patient care (as discussed in *Social/professional role and identity*).

### **Automatic Motivation**

In the *Reinforcement* domain, physicians generally stated that the improvements in patient health was a sufficient form of incentive. The other facilitator, mentioned by one physiatrist, concerned potential benefits for the referring physician. Financial incentives were discussed, consistent with the literature that recognised the lack of remuneration and incentives for referrals to lifestyle-modification programmes as a critical barrier (Zurynski et al., 2021). Similar findings were reported for the implementation of lifestyle interventions for OA

(Bouma et al., 2022) and referrals to OA self-management programmes (Pitt et al., 2008). The literature is conflicting regarding its effectiveness. A Cochrane systematic review concluded that financial incentives were generally effective in improving referrals (Flodgren et al., 2011). However, a more recent systematic review does not support their use for changing GP practice in primary healthcare settings, especially for long-term sustained behaviour change (Chauhan et al., 2017). In the Portuguese context, Madeira et al. (2024) found that in family health units with individual pay-for-performance models<sup>2</sup>, physicians showed higher productivity but shorter consultation times. Although not directly related to referral behaviour, it illustrates how financial incentives can influence behaviour patterns, suggesting potential applicability to Split.OA referrals. Implementation of incentive schemes should, however, be carefully planned (Scott et al., 2011), as their effects depend on numerous factors (Diaconu et al., 2021).

Several physicians mentioned that referring patients with HKOA generated feelings of satisfaction and professional fulfilment (*Emotion* domain), since they had a meaningful intervention to offer them. In opposition, negative emotions were reported to hinder referrals, such as feelings of insecurity about making an unfamiliar referral. Frustration was also associated with the limited responsiveness of available services, which was also described by Gibbs et al. (2024). Similar studies with comparable objectives do not appear to commonly discuss emotional factors. However, there is evidence that emotions can affect referral behaviours (Kushnir et al., 2011). Emotions may interact with other TDF domains, such as *Beliefs about capabilities* and *Environmental context and resources*, and therefore reinforce facilitators or barriers to Split.OA implementation.

### **Strengths and limitations**

This study represents the first known attempt to explore the perspectives of medical professionals on referrals to an HKOA programme in Portugal. A major strength lies in the use of a well-established theoretical framework. The TDF provided a structured and comprehensive approach to guide data collection and analysis. Its application enhanced analytical rigour and facilitated comparisons with existing implementation research (Michie et al., 2014). The mid-point analysis, in which transcripts were reviewed during data collection, also strengthened our findings. This iterative approach allowed refinement of the

<sup>2</sup>In a pay-for-performance model, rewards are given to health workers or facilities for delivering specific services, completing tasks, providing quality care, or achieving defined targets (Diaconu et al., 2021). In Portugal, about half of the family health units are paid a fixed amount per registered patient (model A), the other half operate under a mixed remuneration system combining capitation with a pay-for-performance component (model B) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

interview guide as understanding of the phenomenon evolved, ensuring comprehensive coverage of relevant TDF domains (Atkins et al., 2017). Assessing data saturation represented another methodological advantage, although Hale et al. (2008) argue that saturation is not usually an aim in interpretative research – as the focus is on obtaining rich individual accounts. Following the distinction proposed by Hennink et al. (2017), the focus was placed on code saturation rather than meaning saturation, as our interpretivism point of view focused on the whole experience rather than isolating specific aspects of it (Alharahsheh & Pius, 2020).

Conversely, the use of a structured framework within a deductive approach may be counterintuitive in an interpretivist study (Alharahsheh & Pius, 2020). Applying the TDF has limitations, as restricting analysis to predefined domains risks overlooking emerging factors outside the framework (McGowan et al., 2020). Other challenges encountered included difficulties in interpreting data that fit across multiple domains and variations in the clarity of coding and synthesis processes, which may affect the dependability and reproducibility of the findings (Korstjens & Moser, 2018). This may have been compounded by the fact that the interviewer and lead researcher was a novice physiotherapist with no prior experience in qualitative research, potentially affecting the depth of probing or interpretation. Another limitation is that the data was coded by a single researcher, which may have affected the credibility and confirmability of the findings (Korstjens & Moser, 2018). However, to mitigate the aforementioned challenges, audit trails were provided during reporting, training was undertaken, and oversight from the advisors was ensured. In addition, member checking of transcripts and results was conducted.

It is acknowledged that physicians being aware of the background of the interviewer may have influenced their responses. The possibility of selection bias is also recognised, as physicians with greater interest in OA and in the programme may have been more willing to participate. Recruitment was constrained by time and participant availability, with most participants ultimately been recruited through the network of the research team and snowball sampling. This resulted in a geographically limited and relatively young sample, with the majority having few years of professional experience. Thus, the findings (1) may differ from the beliefs of those less interested in participating; (2) may have limited generalisability to other geographical healthcare settings; and (3) may not reflect the perspectives of more experienced physicians, who may hold a broader understanding of the healthcare system and

clinical practice. Even so, it was possible to gather physicians from various specialties and diverse practice settings (public and private; hospitals, primary care units, and clinics), offering a range of perspectives on referral practices.

### **Implications for future research**

Future research should build on this work by evaluating implementation strategies and assessing their impact on referral behaviour and programme uptake in real-world settings. At an individual level, these may include initiatives to increase awareness of the Split.OA, and training on the programme and on communication strategies. Studies could also consider the development of clear referral criteria or templates, electronic referral systems, and patient information materials. At a system level, opportunities include mechanisms for systematic patient identification and the establishment of streamlined referral pathways. Additionally, the role of organisational and leadership support warrants investigation, alongside strategies that promote interprofessional collaboration and direct engagement between physicians and physiotherapists. Finally, incentive schemes designed to reinforce desired referral behaviours may offer further opportunities.

This could help prevent unnecessary costs or the unsuccessful implementation of Split.OA programme. Such changes could bridge the gap between evidence and practice, which is undoubtedly needed to reduce the burden of HKOA on patients and society.

## CONCLUSION

This study provides novel insights into the barriers and facilitators encountered by Portuguese physicians in referring people with HKOA for an OAMP, namely of the Split.OA programme. By applying the BCW, the findings highlight a wide range of factors influencing referrals, identifying twenty-one barriers and twenty-five facilitators across five COM-B components and thirteen TDF domains.

Multiple factors were identified, with prominent determinants relating to clinicians, patients and organisational aspects. Clinician-related factors included the need for training on the programme and communication skills, strategies to support referrals, professional relationships, and professional roles. At the patient level, factors involved challenges related to patient management, particularly their characteristics, beliefs, and needs. Additionally, several organisational and consultation-related factors emerged, including limitations within the healthcare system, insufficient organisational support, and challenges in the referral process. Likewise, possible complex interactions between different factors were also discussed. Optimising referral to and implementation of the Split.OA programme will require strategies at both individual and system levels. This knowledge adds to previous work on Split.OA, which explored the perspectives of physiotherapists and people with HKOA, as well as key factors for successful implementation.

Our findings provide a “behavioural diagnosis” to identify what needs to change for the desired behaviour (i.e., referral) to occur, highlighting relevant COM-B components and TDF domains as potential levers for change. Using the BCW, future research can link this behavioural diagnosis to the intervention functions likely to be effective and to the policy categories through which the intervention could be implemented. The next step involves specifying intervention content by selecting the behaviour change techniques that best support the intervention functions and determining the appropriate delivery mode.

## REFERENCES

- Akbari, A., Mayhew, A., Al-Alawi, M. A., Grimshaw, J., Winkens, R., Glidewell, E., Pritchard, C., Thomas, R., & Fraser, C. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471.PUB2>
- Alharahsheh, H. H., & Pius, A. (2020). A Review of key paradigms: positivism VS interpretivism. In *Global Academic Journal of Humanities and Social Sciences* (Vol. 2, Issue 3). <https://www.researchgate.net/publication/338244145>
- 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. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 30(3), 503–535. <https://doi.org/10.1016/J.BERH.2016.09.003>
- Arao, K. A., Wong, D. H., Wormwood, J. B., & Vimalananda, V. G. (2023). Use of Structured Templates to Improve Completeness of Endocrinology Referrals. *Endocrine Practice*, 29(8), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.05.010>
- 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), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S13012-017-0605-9/TABLES/10>
- Azamar-Alonso, A., Costa, A. P., Huebner, L. A., & Tarride, J. E. (2019). Electronic referral systems in health care: a scoping review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research : CEOR*, 11, 325–333. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S195597>
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Fiander, M., Eccles, M. P., Godycki-Cwirko, M., van Lieshout, J., & Jäger, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of practice. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.PUB3>
- 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>
- Basedow, M., & Esterman, A. (2015). Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(5), 782–789. <https://doi.org/10.1111/JEP.12402>
- Bhardwaj, A., Hayes, P., Browne, J., Grealis, S., Maguire, D., O'Hora, J., Dowling, I., Kennedy, N., & Toomey, C. M. (2024). Barriers, facilitators and referral patterns of general practitioners, physiotherapists, and people with osteoarthritis to exercise. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 125. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101416>

- Bolton Saghdaoui, L., Lampridou, S., Tavares, S., Lear, R., Davies, A. H., Wells, M., & Onida, S. (2025). Interventions to improve referrals from primary care to outpatient specialist services for chronic conditions: a systematic review and framework synthesis update. *Systematic Reviews*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/S13643-025-02841-Z>
- 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. *BMJ Open*, *12*(2), e056831. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-056831>
- Briggs, A. M., Chan, M., & Slater, H. (2016). Models of Care for musculoskeletal health: Moving towards meaningful implementation and evaluation across conditions and care settings. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, *30*(3), 359–374. <https://doi.org/10.1016/J.BERH.2016.09.009>
- Bruhn, S. M., Skou, S. T., Harris, L. K., Bandholm, T., Møller, A., Schröder, H. M., Troelsen, A., & Ingelsrud, L. H. (2023). Usage of guideline-adherent core treatments for knee osteoarthritis before and after consulting an orthopaedic surgeon: A prospective cohort study. *Osteoarthritis and Cartilage Open*, *5*(4). <https://doi.org/10.1016/j.ocarto.2023.100411>
- Canetti, E. F. D., Schram, B., Orr, R. M., Knapik, J., & Pope, R. (2020). Risk factors for development of lower limb osteoarthritis in physically demanding occupations: A systematic review and meta-analysis. *Applied Ergonomics*, *86*. <https://doi.org/10.1016/J.APERGO.2020.103097>
- Chauhan, B. F., Jeyaraman, M., Mann, A. S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K. M., Abou-Setta, A., & Zarychanski, R. (2017). Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. *Implementation Science : IS*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/S13012-016-0538-8>
- Churchill, L., Lukacs, M. J., Lebedeva, Y., MacDonald, S. J., Giffin, J. R., Rudman, D. L., & Bryant, D. (2023). Primary care physicians' perceptions of the utility of novel education materials for patients with knee osteoarthritis. *Disability and Rehabilitation*, *45*(17), 2770–2776. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2107088>
- Costa, D., Cruz, E. B., Lopes, D. G., da Silva, C. N., Henriques, A. R., Luis, D., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Prevalence of and factors associated with unmanageable pain levels in people with knee or hip osteoarthritis: a cross-sectional population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/S12891-022-06110-1>
- Costa, D., Cruz, E. B., Silva, C., Canhão, H., Branco, J., Nunes, C., & Rodrigues, A. M. (2021). Factors Associated With Clinical and Radiographic Severity in People With Osteoarthritis: A Cross-Sectional Population-Based Study. *Frontiers in Medicine*, *8*. <https://doi.org/10.3389/FMED.2021.773417>
- Costa, D., Rodrigues, A. M., Cruz, E. B., Canhão, H., Branco, J., & Nunes, C. (2021). Driving factors for the utilisation of healthcare services by people with osteoarthritis in Portugal: results from a nationwide population-based study. *BMC Health Services Research*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-021-07045-4>

- Crawford, T., Parsons, J., Webber, S., Fricke, M., & Thille, P. (2022). Strategies to Increase Access to Outpatient Physiotherapy Services: A Scoping Review. *Physiotherapy Canada*, 74(2), 197. <https://doi.org/10.3138/PTC-2020-0119>
- Cunningham, J., Doyle, F., Cadogan, C., Clyne, B., Ryan, J., Smith, S. M., & French, H. P. (2024). Barriers and enablers to the management of osteoarthritis in primary care in Ireland from the perspective of healthcare professionals and individuals with osteoarthritis: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *BMJ Open*, 14(12), e087054. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2024-087054>
- Curto, M. Â. T. M. (2023). *Fiabilidade, barreiras e facilitadores para a implementação da bateria de testes funcionais Split.OA em pessoas com Osteoartrose: um estudo de métodos mistos* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/48659>
- 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), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12875-015-0319-5/TABLES/2>
- de Almeida Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184. [https://www.researchgate.net/publication/321059138\\_Portugal\\_Health\\_System\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/321059138_Portugal_Health_System_Review)
- Diaconu, K., Falconer, J., Verbel, A., Fretheim, A., & Witter, S. (2021). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.PUB3>
- 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), 299985. <https://doi.org/10.3389/FMED.2017.00192/BIBTEX>
- Dziedzic, K. S., French, S., Davis, A. M., Geelhoed, E., & Porcheret, M. (2016). Implementation of musculoskeletal Models of Care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcomes for musculoskeletal health in high-income economies. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (Vol. 30, Issue 3, pp. 375–397). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.08.004>
- 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. *Osteoarthritis and Cartilage*, 25(5), 625–638. <https://doi.org/10.1016/J.JOCA.2016.12.002>
- Egerton, T., Nelligan, R. K., Setchell, J., Atkins, L., & Bennell, K. L. (2018). General practitioners' views on managing knee osteoarthritis: a thematic analysis of factors influencing clinical practice guideline implementation in primary care. *BMC Rheumatology*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S41927-018-0037-4>

- Egerton, T., Nelligan, R., Setchell, J., Atkins, L., & Bennell, K. L. (2017). General practitioners' perspectives on a proposed new model of service delivery for primary care management of knee osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017 18:1, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12875-017-0656-7>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado com o SNS – análises clínicas, diálise, medicina física e de reabilitação e radiologia*. <https://www.ers.pt/media/jn1fyu4k/file-42.pdf>
- 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>
- Ferreira, P. L., Raposo, V., Tavares, A. I., & Pinto, A. (2021). Burnout and health status differences among primary healthcare professionals in Portugal. *BMC Family Practice*, 22(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/S12875-021-01425-9/FIGURES/1>
- Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009255>
- Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004376.PUB3>
- Fransen, M., McConnell, S., Hernandez-Molina, G., & Reichenbach, S. (2014). Exercise for osteoarthritis of the hip. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007912.PUB2>
- 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), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-38/TABLES/3>
- Fronteira, I., Figueiredo, A., & Maresso, A. (2025). *Portugal: Health System Summary, 2024*. 7. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/portugal-health-system-summary-2024>
- Gibbs, A. J., Barton, C. J., Taylor, N. F., Kemp, J. L., Wallis, J. A., Manski-Nankervis, J. A., & Ezzat, A. M. (2024). General practitioners experience multi-level barriers to implementing recommended care for hip and knee osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12875-024-02658-0/FIGURES/1>
- Gill, P., & Baillie, J. (2018). Interviews and focus groups in qualitative research: an update for the digital age. *British Dental Journal*, 225(7), 668–672. <https://doi.org/10.1038/SJ.BDJ.2018.815>

- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries/factsheets?title=Osteoarthritis>
- Gomes, N. S. O. (2023). *Barreiras e facilitadores para a implementação do programa do programa Split.OA: um estudo qualitativo* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/48636>
- Gonçalves, F. A. A. (2023). *Barreiras e Facilitadores para a adesão a uma prática regular de exercício físico em pessoas com Osteoartrose: um estudo qualitativo* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/48631>
- Granja, M., Correia, S., & Alves, L. (2023). Access to General Practitioners during the second year of the COVID-19 pandemic in Portugal: a nationwide survey of doctors. *BMC Primary Care*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12875-023-01994-X/TABLES/10>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (4th ed.). SAGE.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*, 180(S6). <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2004.TB05948.X>
- Grønne, D. T., Roos, E., Skou, S. T., Kongsted, A., & Hartvigsen, J. (2023). *GLA:D® Denmark Annual Report 2022*. [https://glaid.dk/pdf/GLAD\\_Annual\\_Report\\_2022\\_f.pdf](https://glaid.dk/pdf/GLAD_Annual_Report_2022_f.pdf)
- Hagen, K. B., Smedslund, G., Østerås, N., & Jamtvedt, G. (2016). Quality of Community-Based Osteoarthritis Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research*, 68(10), 1443–1452. <https://doi.org/10.1002/ACR.22891>
- Hale, E. D., Trehame, G. J., & Kitas, G. D. (2008). Qualitative methodologies II: a brief guide to applying interpretative phenomenological analysis in musculoskeletal care. *Musculoskeletal Care*, 6(2), 86–96. <https://doi.org/10.1002/MS.113>
- Haskard Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0B013E31819A5ACC>
- Hawker, G. A. (2019). Osteoarthritis is a serious disease. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(5), 3–6. <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=14780>
- Healey, E. L., Afolabi, E. K., Lewis, M., Edwards, J. J., Jordan, K. P., Finney, A., Jinks, C., Hay, E. M., & Dziedzic, K. S. (2018). Uptake of the NICE osteoarthritis guidelines in primary care: a survey of older adults with joint pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2018 19:1, 19(1), 295-. <https://doi.org/10.1186/S12891-018-2196-2>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Holm, I., Pripp, A. H., & Risberg, M. A. (2020). The Active with OsteoArthritis (AktivA) Physiotherapy Implementation Model: A Patient Education, Supervised Exercise and Self-Management Program for Patients with Mild to Moderate Osteoarthritis of the

- Knee or Hip Joint. A National Register Study with a Two-Year Follow-Up. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 1–14. <https://doi.org/10.3390/JCM9103112>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Huijg, J. M., Gebhardt, W. A., Crone, M. R., Dusseldorp, E., & Pesseu, J. (2014). Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implementation Science*, 9(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-11/TABLES/6>
- 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)
- Hurley, M. V., Walsh, N. E., Mitchell, H. L., Pimm, T. J., Patel, A., Williamson, E., Jones, R. H., Dieppe, P. A., & Reeves, B. C. (2007). Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: A cluster randomized trial. *Arthritis Care and Research*, 57(7), 1211–1219. <https://doi.org/10.1002/ART.22995>,
- Jesus, T. S., Koh, G., Landry, M., Ong, P. H., Lopes, A. M. F., Green, P. L., & Hoenig, H. (2016). Finding the “Right-Size” Physical Therapy Workforce: International Perspective Across 4 Countries. *Physical Therapy*, 96(10), 1597–1609. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20160014>
- Jin, X., Liang, W., Zhang, L., Cao, S., Yang, L., & Xie, F. (2023). Economic and Humanistic Burden of Osteoarthritis: An Updated Systematic Review of Large Sample Studies. *PharmacoEconomics*, 41(11), 1453–1467. <https://doi.org/10.1007/S40273-023-01296-1>
- Jönsson, T., Eek, F., Dell’Isola, A., Dahlberg, L. E., & Hansson, E. E. (2019). The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. *PloS One*, 14(9). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0222657>
- Kania-Richmond, A., Jones, C. A., Martyn, J., Hastings, S., Ellis, K., Jessiman-Perreault, G., Hart, D. A., Robert, J., Slomp, M., & Beaupre, L. A. (2023). Implementing a guideline-based education and exercise program for people with knee and hip osteoarthritis—Practical experiences of providers and clinic leaders: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 21(4), 1213–1226. <https://doi.org/10.1002/MSC.1801>
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in Nursing & Health*, 40(1), 23–42. <https://doi.org/10.1002/NUR.21768>
- Kontio, T., Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E., & Solovieva, S. (2020). To what extent is severe osteoarthritis preventable? Occupational and non-occupational risk factors for knee and hip osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 59(12), 3869–3877. <https://doi.org/10.1093/RHEUMATOLOGY/KEAA238>

- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kushnir, T., Kushnir, J., Sarelc, A., & Cohen, A. H. (2011). Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behaviour during interactions with patients. *Family Practice*, 28(1), 75–81. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMQ070>
- 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>
- Lesmond, I., Calvache-Mateo, A., Heredia-Ciuró, A., Martín-Núñez, J., Navas-Otero, A., López-López, L., & Valenza, M. C. (2024). Neurophysiological pain education for patients with symptomatic knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 120, 108128. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2023.108128>
- Long, H., Liu, Q., Yin, H., Wang, K., Diao, N., Zhang, Y., Lin, J., & Guo, A. (2022). Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019. *Arthritis and Rheumatology*, 74(7), 1172–1183. <https://doi.org/10.1002/art.42089>
- Madeira, F., Pestana, J., & Perelman, J. (2024). Productivity and consultation times in Portuguese primary care: trends and payment model variations. *The European Journal of Public Health*, 34(Suppl 3), ckae144.1629. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAE144.1629>
- Mazzei, D. R., Ademola, A., Abbott, J. H., Sajobi, T., Hildebrand, K., & Marshall, D. A. (2021). Are education, exercise and diet interventions a cost-effective treatment to manage hip and knee osteoarthritis? A systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 29(4), 456–470. <https://doi.org/10.1016/J.JOCA.2020.10.002>
- Mazzei, D. R., Whittaker, J. L., Kania-Richmond, A., Faris, P., Wasylak, T., Robert, J., Hawker, G., & Marshall, D. A. (2022). Do people with knee osteoarthritis use guideline-consistent treatments after an orthopaedic surgeon recommends nonsurgical care? A cross-sectional survey with long-term follow-up. *Osteoarthritis and Cartilage Open*, 4(2), 100256. <https://doi.org/10.1016/J.OCARTO.2022.100256>
- McGowan, L. J., Powell, R., & French, D. P. (2020). How can use of the Theoretical Domains Framework be optimized in qualitative research? A rapid systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 677–694. <https://doi.org/10.1111/BJHP.12437>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions*. Silverback Publishing. <http://www.behaviourchangewheel.com/>
- Michie, S., Stralen, M. M. Van, & West, R. (2011). *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Moniz, L. A. M. (2022). *Using the Behaviour Change Wheel to Develop Interventions to Promote the Adoption of Regular Exercise Practice in Patients at Risk of Low Back*

*Pain Recurrence: The MyBack Training Programme and The MyBack Intervention Programme* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/43126>

- Ng, M., Gakidou, E., Lo, J., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbas, N., Abbasian, M., Abd ElHafeez, S., Abdel-Rahman, W. M., Abd-Elsalam, S., Abdollahi, A., Abdoun, M., Abdulah, D. M., Abdulkader, R. S., Abdullahi, A., Abedi, A., Abeywickrama, H. M., Abie, A., Aboagye, R. G., ... Vollset, S. E. (2025). Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, *405*(10481), 813–838. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00355-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00355-1)
- NICE. (2022). *Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng226](http://www.nice.org.uk/guidance/ng226)
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, *10*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S13012-015-0242-0/TABLES/2>
- Nissen, N., Holm, P. M., Bricca, A., Dideriksen, M., Tang, L. H., & Skou, S. T. (2022). Clinicians' beliefs and attitudes to physical activity and exercise therapy as treatment for knee and/or hip osteoarthritis: a scoping review. *Osteoarthritis and Cartilage*, *30*(2), 260–269. <https://doi.org/10.1016/J.JOCA.2021.11.008>
- Noon, E. J. (2018). Interpretive Phenomenological Analysis: An Appropriate Methodology for Educational Research? *Journal of Perspectives in Applied Academic Practice*, *6*(1), 75–83. <https://doi.org/10.14297/JPAAP.V6I1.304>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *89*(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Portugal: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU* (State of Health in the EU). OECD. <https://doi.org/10.1787/069AF7B1-EN>
- Østerås, N., Moseng, T., Van Bodegom-Vos, L., Dziedzic, K., Mdala, I., Natvig, B., Røtterud, J. H., Schjervheim, U. B., Vlieland, T. V., Andreassen, Ø., Hansen, J. N., & Hagen, K. B. (2019). Implementing a structured model for osteoarthritis care in primary healthcare: A stepped-wedge cluster-randomised trial. *PLoS Medicine*, *16*(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002949>
- Østerås, N., van Bodegom-Vos, L., Dziedzic, K., Moseng, T., Aas, E., Andreassen, Ø., Mdala, I., Natvig, B., Røtterud, J. H., Schjervheim, U. B., Vlieland, T. V., & Hagen, K. B. (2015). Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: Study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Implementation Science*, *10*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S13012-015-0353-7/TABLES/3>
- 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>

- Pawelczyk, J., Kraus, M., Voigtlaender, S., Siebenlist, S., & Rupp, M. C. (2025). Advancing Musculoskeletal Care Using AI and Digital Health Applications: A Review of Commercial Solutions. *HSS Journal*, 21(3 Special Issue: Artificial Intelligence and Digital Health Applications in Musculoskeletal Care), 15563316251341320. <https://doi.org/10.1177/15563316251341321>
- Pitt, V. J., O'Connor, D., & Green, S. (2008). Referral of people with osteoarthritis to self-management programmes: Barriers and enablers identified by general practitioners. *Disability and Rehabilitation*, 30(25), 1938–1946. <https://doi.org/10.1080/09638280701774233>
- 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), 1659–1664. <https://doi.org/10.1136/ANNRHEUMDIS-2013-203355>
- Referrals – ESCAPE-pain*. (n.d.). Retrieved October 27, 2025, from <https://escape-pain.org/providers/referrals-2/>
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (1st ed.). SAGE Publications.
- Rowlands, J. (2021). Interviewee Transcript Review as a Tool to Improve Data Quality and Participant Confidence in Sensitive Research. <https://doi.org/10.1177/16094069211066170>, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211066170>
- 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. *Osteoarthritis and Cartilage*, 24(9), 1500–1508. <https://doi.org/10.1016/J.JOCA.2016.03.012>
- Sansoni, J. E., Grootemaat, P., & Duncan, C. (2015). Question Prompt Lists in health consultations: A review. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1454–1464. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2015.05.015>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality and Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/S11135-017-0574-8/TABLES/1>
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., & Young, D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.PUB2>
- Sinatti, P., Romero, E. A. S., Martínez-Pozas, O., & Villafañe, J. H. (2022). Effects of Patient Education on Pain and Function and Its Impact on Conservative Treatment in Elderly Patients with Pain Related to Hip and Knee Osteoarthritis: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19106194>

- 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. *BMJ*, *374*. <https://doi.org/10.1136/BMJ.N2061>
- Skou, S. T., & Roos, E. M. (2017). Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *18*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12891-017-1439-Y>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research. 2nd edition.* 225.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, *83*(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00409.X>
- Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Haile, L. M., Rafferty, Q., Lo, J., Fukutaki, K. G., Cruz, J. A., Smith, A. E., Vollset, S. E., Brooks, P. M., Cross, M., Woolf, A. D., Hagins, H., Abbasi-Kangevari, M., Abedi, A., Ackerman, I. N., Amu, H., Antony, B., Arabloo, J., ... Kopec, J. A. (2023). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *5*(9), e508–e522. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00163-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00163-7)
- 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. *Musculoskeletal Care*, *18*(2), 101–110. <https://doi.org/10.1002/MS.C.1452>
- Thomas, D. R. (2016). Feedback from research participants: are member checks useful in qualitative research? [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/14780887.2016.1219435](http://Dx.Doi.Org/10.1080/14780887.2016.1219435), *14*(1), 23–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2016.1219435>
- Tobin-Schnittger, P., O’Doherty, J., O’Connor, R., & O’Regan, A. (2018). Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a literature review and discussion paper. *Primary Health Care Research & Development*, *19*(3), 211–222. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000755>
- Tuot, D. S., Leeds, K., Murphy, E. J., Sarkar, U., Lyles, C. R., Mekonnen, T., & Chen, A. H. (2015). Facilitators and barriers to implementing electronic referral and/or consultation systems: A qualitative study of 16 health organizations. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12913-015-1233-1/FIGURES/1>
- Vennik, J., Hughes, S., Smith, K. A., Misurya, P., Bostock, J., Howick, J., Mallen, C., Little, P., Ratnapalan, M., Lyness, E., Dambha-Miller, H., Morrison, L., Leydon, G., Everitt, H., & Bishop, F. L. (2022). Patient and practitioner priorities and concerns about primary healthcare interactions for osteoarthritis: A meta-ethnography. *Patient Education and Counseling*, *105*(7), 1865–1877. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.009>
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C. W., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., Bisignano, C., Azhar, G. S., Castro, E., Chalek, J., Dolgert, A. J., Frank, T., Fukutaki, K., Hay, S. I., Lozano,

- R., Mokdad, A. H., Nandakumar, V., Pierce, M., Pletcher, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1285–1306. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2)
- Wallis, J. A., Ackerman, I. N., Brusco, N. K., Kemp, J. L., Sherwood, J., Young, K., Jennings, S., Trivett, A., & Barton, C. J. (2020). Barriers and enablers to uptake of a contemporary guideline-based management program for hip and knee osteoarthritis: A qualitative study. *Osteoarthritis and Cartilage Open*, 2(4), 100095. <https://doi.org/10.1016/J.O CARTO.2020.100095>
- Wallis, J. A., Barton, C. J., Ackerman, I. N., Sherwood, J., Kemp, J. L., Young, K., Jennings, S., Trivett, A., & Brusco, N. K. (2023). A survey of patient and medical professional perspectives on implementing osteoarthritis management programs for hip and knee osteoarthritis. *Musculoskeletal Care*, 21(1), 272–282. <https://doi.org/10.1002/MS C.1698>
- Wallis, J. A., Barton, C. J., Brusco, N. K., Kemp, J. L., Sherwood, J., Young, K., Jennings, S., Trivett, A., & Ackerman, I. N. (2021). Exploring views of orthopaedic surgeons, rheumatologists and general practitioners about osteoarthritis management. *Musculoskeletal Care*, 19(4), 524. <https://doi.org/10.1002/MS C.1549>
- Wilson, A. D., Childs, S., Gonçalves-Bradley, D. C., & Irving, G. J. (2016). Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003540.PUB3>
- Yan, H., Guo, J., Zhou, W., Dong, C., & Liu, J. (2022). Health-related quality of life in osteoarthritis patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 27(8), 1859–1874. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1971725>
- Young, J. Q., Van Merriënboer, J., Durning, S., & Ten Cate, O. (2014). Cognitive Load Theory: Implications for medical education: AMEE Guide No. 86. *Medical Teacher*, 36(5), 371–384. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.889290>
- Zurynski, Y., Smith, C., Siette, J., Nic Giolla Easpaig, B., Simons, M., & Knaggs, G. T. (2021). Identifying enablers and barriers to referral, uptake and completion of lifestyle modification programmes: a rapid literature review. *BMJ Open*, 11(3), e045094. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-045094>

## APPENDICES

### Appendix A: Participant informed consent form

<b>CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO</b>
---

Caro(a) Participante,

É convidado a participar no estudo “Barreiras e facilitadores para a referenciação médica de pessoas com osteoartrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo” 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 pelo discente João Silva, sob orientação científica do Professor Doutor Diogo Pires e da Professora Doutora Daniela Costa.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que sou livre de abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação, podendo, se assim o entender, enviar um e-mail ao investigador responsável.

Sei que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação. Concordo com a gravação (áudio e vídeo) da entrevista para fins de transcrição e análise. Sei que as informações referentes à minha identificação pessoal, assim como a gravação da entrevista, serão mantidas anónimas e confidenciais, sendo armazenadas em local seguro e apenas manuseadas pelos investigadores deste estudo e utilizadas para fins de investigação.

Para continuar, por favor preencha os itens abaixo:

- Declaro que li e compreendi a informação facultada na carta explicativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores.
- Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.
- Declaro que concordo com a gravação da entrevista para fins de transcrição e análise

Nome:

Data:

Assinatura do Participante:

Assinatura do Investigador Principal:

**João António Pereira e Silva**

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

E-mail: [220512007@estudantes.ips.pt](mailto:220512007@estudantes.ips.pt)

**Diogo André da Fonseca Pires**

Fisioterapeuta, MSc, PhD; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

E-mail: [diogo.pires@ess.ips.pt](mailto:diogo.pires@ess.ips.pt)

**Daniela Sofia Albino Costa**

Fisioterapeuta, MSc, PhD; NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

E-mail: [dcosta.ft@gmail.com](mailto:dcosta.ft@gmail.com)

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

## Appendix B: Invitation message example

Prezado(a) Dr(a).

Espero que esta mensagem o(a) encontre bem.

O meu nome é João Silva e sou estudante de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas. Venho, desta forma, **pedir ajuda para a realização do meu projeto de investigação**, no qual pretendo avaliar as barreiras e facilitadores dos médicos portugueses (médicos de família, ortopedistas, reumatologistas e fisiatras) na **referenciação** de pessoas com Osteoartrose da anca e/ou joelho para um programa de fisioterapia - Split.OA.

O projeto Split.OA visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a pessoas com osteoartrose da anca e/ou joelho, com o objetivo promover a autogestão e a prática regular de exercício físico, contribuindo assim para a prevenção do declínio funcional e reduzindo a necessidade de recorrer a serviços de saúde.

A minha dissertação, intitulada "**Barreiras e facilitadores para a referenciação médica de pessoas com osteoartrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo**", sob orientação científica da Professora Doutora Daniela Costa, está a ser desenvolvida no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com a Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. Com aprovação pela Comissão de Ética – Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS nº 91 / 2024).

**A participação neste estudo implica a realização de uma entrevista individual (~45min) em formato online.**

Caso seja do seu interesse participar, irei precisar que:

- Assine e devolva o formulário de consentimento informado (em anexo);
- Preencha um breve questionário de caracterização sociodemográfica e profissional: <https://forms.office.com/e/dm5TWPM112>
- Agende um dia/hora para a realização da entrevista: <https://doodle.com/bp/fisioterapeutajoãosilva/entrevista-individual>

Em anexo pode consultar a Carta Explicativa com a informação detalhada do estudo e conteúdo do programa Split.OA

Mesmo que não possa participar, gostaria de pedir a sua ajuda na divulgação deste estudo. **Se possível, poderia indicar 2 ou 3 pessoas que possam ter interesse em participar?** Desde que cumpram os seguintes requisitos:

- Profissional médico com especialização em medicina geral e familiar, ortopedia, reumatologia ou medicina física e de reabilitação;
- A exercer em Portugal no contexto público ou privado;
- Com contacto regular com pessoas com osteoartrose da anca e/ou joelho.

Estou à disposição para esclarecer qualquer informação adicional.

Agradeço antecipadamente o seu apoio e a atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,

João Silva

## CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

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

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. 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.

### **Qual é o propósito deste estudo?**

O objetivo do estudo é avaliar as barreiras e facilitadores dos médicos portugueses (médicos de família, ortopedistas, reumatologistas e fisiatras) na referenciação de pessoas com Osteoartrose da anca e joelho para um programa de fisioterapia (Split.OA –  pode consultar a estrutura do programa em anexo).

### **Por que fui convidado(a)?**

Foi convidado(a) para participar neste estudo por ser um(a) médico(a) com especialização em medicina geral e familiar, ortopedia, reumatologia ou medicina física e de reabilitação, a exercer atividade em Portugal com pessoas com Osteoartrose da anca e joelho.

### **Tenho mesmo de participar?**

A participação neste estudo é completamente 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 de o justificar. No caso de já ter integrado o estudo e realizado a entrevista, poderá de igual modo desistir, sendo os dados recolhidos imediatamente destruídos.

### **O que acontece se aceitar participar?**

Em primeiro lugar, terá de assinar um consentimento informado. De seguida, ser-lhe-á pedido o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, assim como será questionada a sua disponibilidade para participar numa entrevista individual, em formato online, na plataforma *Microsoft Teams*. A entrevista tem duração prevista de 45 minutos. O objetivo da entrevista será perceber quais as suas barreiras e facilitadores que influenciam a referenciação, de pessoas com Osteoartrose da anca e joelho para um programa de fisioterapia (Split.OA), no seu contexto de trabalho. A entrevista será gravada em formato de vídeo e áudio, para possibilitar a transcrição e posterior análise dos dados recolhidos.

### **Quais são as possíveis vantagens em participar?**

A sua participação irá ajudar-nos a compreender os desafios envolvidos na referenciação de pessoas com Osteoartrose da anca e joelho para fisioterapia e, assim, informar intervenções futuras para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados em Portugal.

### **Quais são as possíveis desvantagens ou riscos em participar?**

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

### **E se houver algum problema?**

Se tiver algum problema sobre qualquer aspeto deste estudo, poderá contactar o investigador responsável, João Silva, através do endereço [220512007@estudantes.ips.pt](mailto:220512007@estudantes.ips.pt), ou os orientadores do estudo, o Professor Doutor Diogo Pires, através do endereço [diogo.pires@ess.ips.pt](mailto:diogo.pires@ess.ips.pt), e a Professora Doutora Daniela Costa, através do endereço [dcosta.ft@gmail.com](mailto:dcosta.ft@gmail.com). Se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal, através do endereço [comissao.etica@ips.pt](mailto:comissao.etica@ips.pt). Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone 265709395.

### **A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?**

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

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

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

Obrigado pela sua atenção,

#### **João António Pereira e Silva**

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

E-mail: [220512007@estudantes.ips.pt](mailto:220512007@estudantes.ips.pt)

#### **Diogo André da Fonseca Pires**

Fisioterapeuta, MSc, PhD; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

E-mail: [diogo.pires@ess.ips.pt](mailto:diogo.pires@ess.ips.pt)

#### **Daniela Sofia Albino Costa**

Fisioterapeuta, MSc, PhD; NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

E-mail: [dcosta.ft@gmail.com](mailto:dcosta.ft@gmail.com)

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

Telefone: 265709391

## ANEXO I - Estrutura do programa Split.OA



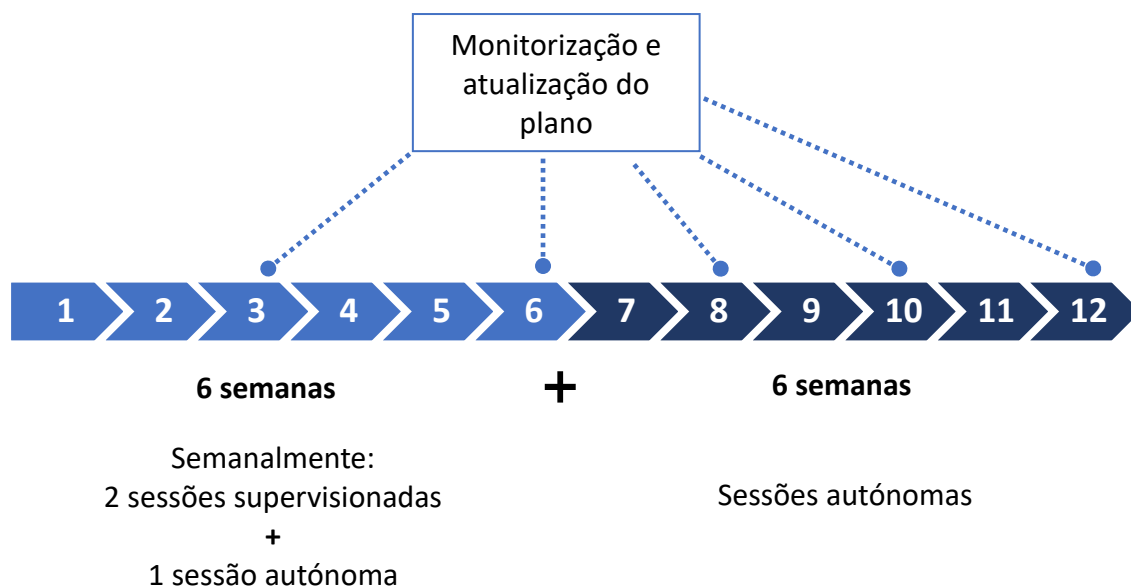
O Split.OA é um programa de exercício estruturado e personalizado, informado por teorias de mudança comportamental, focado na promoção da prática regular de exercício físico e prevenção do declínio funcional em pessoas com Osteoartrose da anca e joelho.

### A quem se dirige o Split.OA?

- Pessoas com diagnóstico de osteoartrose da anca e/ou joelho;
  - Com ausência de patologia severa e/ou historial de artroplastia total da articulação;
  - Sem contraindicação para a prática de exercício.

### Estrutura do programa Split.OA

- O Split.OA está desenhado para 12 semanas, com sessões de exercício personalizado, segundo a avaliação das aptidões físicas de cada utente, e incluindo estratégias de mudança comportamental e entrevista motivacional;
- Nas primeiras 6 semanas, são propostas 3 sessões de exercício por semana, 2 dessas são supervisionadas e a outra autónoma (*home-based*). O programa é flexível e isto pode ser ajustado consoante cada utente;
- As 6 semanas finais são compostas por sessões de exercício autónomas, com sessões presenciais ao fim da 8.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> semanas, para monitorização e atualização pelo fisioterapeuta que acompanha o utente.



**Sessões supervisionadas:** individuais ou em grupo, mas personalizada

### Componentes do programa Split.OA

**1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL:** Estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, que procura fortalecer a motivação pessoal e o compromisso, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para a mudança.

**Exemplo:** Competências comunicacionais (utilização de questões abertas; utilização de um discurso que promova a mudança, etc)

**2 APLICAÇÃO PERSONALIZADA DE TÉCNICAS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL:** Utilização de técnicas que têm por objetivo mudar ou facilitar um determinado comportamento

**Exemplos:** Informação sobre as consequências na saúde (educação); Utilização de lembretes/pistas; Resolução de problemas; Planeamento da ação

**3 AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA:** Avaliação de componentes de aptidão física, de forma a guiar a prescrição personalizada de exercício

**Exemplos:** 6-Minute walk test (capacidade cardiorrespiratória); 30-sec sit to stand (força de resistência dos membros inferiores); 40-m fast paced walk test (equilíbrio e marcha por curtas distâncias)

**4 PRESCRIÇÃO PERSONALIZADA DE EXERCÍCIO:** Prescrição personalizada de exercício de acordo com os resultados dos testes de aptidão física

**Exemplos:** Programa de exercício focado na capacidade cardiorrespiratória e/ou programa focado na força de resistência dos membros inferiores

## Appendix D: Sociodemographic questionnaire

30/09/25, 22:55

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

\* Obrigatória

1. Nome \*

2. Idade \*

3. Género \*

- Feminino
- Masculino
- Não-binário
- Outro
- Prefiro não referir

4. Instituição de formação base \*

5. Habilitações académicas \*

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Especialidade médica \*

- Medicina Geral e Familiar
- Medicina Física e de Reabilitação
- Ortopedia
- Reumatologia

7. Anos de experiência profissional após a conclusão da especialidade \*

8. Região/regiões do país onde exerce a sua profissão \*

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

9. Contexto(s) onde exerce a sua profissão \*

- Hospital Público
- Cuidados de saúde primários
- Clínica médica privada
- Clínica convencionada de Medicina Física e de Reabilitação
- Outro

10. Contexto onde dedica mais horas do seu trabalho \*


- Hospital Público
- Cuidados de saúde primários
- Clínica médica privada
- Clínica convencionada de Medicina Física e de Reabilitação
- Outro

11. Realizou trabalhos/apresentações científicas no âmbito da osteoartrose? \*

- Sim
- Não

---

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### Parte A

#### 1. Apresentação Geral

Antes de mais gostaria de agradecer pela sua participação neste estudo

- Apresentação do participante e da equipa de investigação;

O meu nome é João Silva, sou fisioterapeuta e aluno de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, e estou sob a orientação do Professor Doutor Diogo Pires e da Professora Doutora Daniela Costa.

- Breve explicação do objetivo do estudo e da entrevista individual;

Esta entrevista enquadra-se no meu projeto de investigação, cujo objetivo é avaliar as barreiras e facilitadores dos médicos portugueses na referência de pessoas com Osteoartrose da anca e joelho para um programa de fisioterapia – o Split.OA.

- Visão geral da estrutura da entrevista;

Com esta entrevista quero perceber a sua perspetiva, crenças e motivações pessoais, para a referência de pessoas com Osteoartrose da anca e joelho para o programa Split.OA, no seu local de trabalho. Não existem respostas certas ou erradas apenas quero perceber a sua perspetiva.

- Apresentação sobre a estrutura e conteúdo do programa Split.OA

O Split.OA é um programa de exercício estruturado e personalizado, informado por teorias de mudança comportamental, focado na promoção da prática regular de exercício e prevenção do declínio funcional.

É um programa que pode ser adaptado ao contexto público e privado, dirigido a pessoas diagnóstico de osteoartrose da anca e/ou joelho, sem patologia severa ou historial de artroplastia e sem contraindicação para a prática de exercício.

O Split.OA está desenhado para 12 semanas, com sessões de exercício personalizado, segundo as aptidões físicas de cada utente. Ou seja, após a sessão de avaliação, onde são realizados testes para a capacidade cardiorrespiratória, força de resistência, flexibilidade e controlo motor – o programa de exercício é personalizado para as dificuldades identificadas da pessoa.

O programa inclui também estratégias de mudança comportamental, que têm o objetivo de mudar ou facilitar um comportamento, e estratégias de entrevista motivacional, que é um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos.

Nas primeiras 6 semanas, são propostas 3 sessões de exercício por semana, 2 dessas são supervisionadas e a outra autónoma (home-based). O programa é flexível e isto pode ser ajustado consoante cada utente.

As 6 semanas finais são compostas por sessões de exercício autónomas, com sessões presenciais ao fim da 8.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> semanas, para monitorização e atualização pelo fisioterapeuta que acompanha o utente.

Alguma questão relativamente ao programa?

- Informações importantes e explicação das regras básicas
  - Gravação da sessão

Gostaria que me confirmasse se tenho a sua permissão para a gravação e transcrição da videochamada, para posterior análise.

- Consentimento e Confidencialidade

Quero reforçar que a sua participação é completamente voluntária e é livre de abandonar o estudo em qualquer momento sem qualquer consequência e sem necessidade de justificação.

As suas informações pessoais, assim como esta gravação serão mantidas anónimas e confidenciais, sendo armazenadas num local seguro e utilizadas apenas para fins de investigação.

Alguma dúvida antes de começarmos?

Muito bem, então vamos começar.

**Parte B 1. Perguntas iniciais**

Há uma série de temas que gostaria de abordar nesta entrevista, e gostava de começar pela sua impressão inicial sobre a estrutura e o conteúdo do programa Split.OA que lhe foi apresentado?

O que pensa sobre a viabilidade de referenciar pessoas com osteoartrose para este programa no seu contexto de prática clínica? Em que medida é que a referenciação pode ser viável - ter ou não sucesso no seu contexto. (*Prompts: viabilidade financeira, operacional, legal..*)

Gostava de falar sobre a aceitabilidade do programa, que é a perceção por parte de todos os envolvidos de que a intervenção é aceitável, agradável ou satisfatória.

Até que ponto considera que o programa que lhe foi apresentado é aceitável no seu contexto?

## 2. Tópicos de discussão das entrevistas individuais

### OPORTUNIDADE

#### Proporcionada pelo Contexto ambiental e recursos

De que forma o seu contexto de trabalho facilita ou dificulta a referência para o programa Split.OA?

Até que ponto considera que tem as condições necessárias para referenciar utentes para o programa Split.OA?

*Prompts:* tempo, tarefas concorrentes, espaço físico, acesso a serviços de fisioterapia, disponibilidade de clínicas, recursos financeiros, transporte de utentes, políticas institucionais, sistemas/fluxos de trabalho

#### Oportunidade proporcionada pelo meio cultural e influências sociais

Na sua opinião, em que medida considera que o seu ambiente de trabalho, incluindo os seus colegas, outros profissionais, ou coordenação, promovem e apoiam/ ou desencorajam a referência para um programa desta natureza?

De que forma é que a opinião de outros colegas ou profissionais pode influenciar a sua decisão de referenciar um utente?

### CAPACIDADE PSICOLÓGICA

#### A capacidade de se envolver nos processos de pensamento, compreensão, raciocínio

##### Conhecimento

Do seu conhecimento, quais são as intervenções recomendadas que considera mais importantes para o tratamento de utentes com Osteoartrose da anca e/ou joelho?

Até que ponto é que acha que o programa que lhe foi apresentado se adequa às recomendações que conhece para a osteoartrose?

##### Aptidões Interpessoais e Cognitivas

Na sua opinião, sente que tem as competências necessárias para referenciar utentes para o programa Split.OA?

**Se sim**, quais são as competências que possui e que poderão facilitar a referência para o programa Split.OA?

**Se não**, que competências considera que precisaria de desenvolver para referenciar utentes para o programa Split.OA?

##### Memória, atenção e processos de decisão

Qual é a sua experiência anterior relacionada com a implementação e/ou participação em programas desta natureza?

*Prompt: Até que ponto essa experiência foi positiva?*

Com que frequência se lembra de referenciar utentes para fisioterapia?

Alguns colegas, em entrevistas anteriores, referiram que podem existir situações em que se esquecem de referenciar ou explicar ao utente o porquê de referenciar. Se for o seu caso, o que pode contribuir para esse esquecimento na sua opinião?

*Prompt: Sobrecarga/exaustão cognitiva, carga de trabalho, tempo, atenção*

Que fatores podem influenciar a sua tomada de decisão para referenciar utentes para fisioterapia (ou para o Split.OA) versus outras modalidades (farmacológicas, invasivas, outras especialidades)?

### Regulação Comportamental

Agora queria falar um pouco sobre procedimentos ou medidas já existentes para ajudar a vossa prática enquanto profissionais de saúde.

Na sua opinião, e considerando a sua prática clínica atual, que tipo de práticas existentes podem facilitar ou dificultar a referência para o programa Split.OA?

Na sua opinião, o que poderia facilitar esse processo no dia-a-dia?

De que forma é que utiliza normas ou diretrizes para orientar a sua decisão para a referência destes utentes? Já implementou estratégias pessoais?

Como faz a gestão do tempo de consulta? De que forma poderá dar prioridade à referência para o programa Split.OA?

## MOTIVAÇÃO REFLEXIVA

Isto está relacionada com crenças sobre o que é benéfico e prejudicial, intenções e decisões

### Papel Social/ Profissional e Identidade

Até que ponto é que considera que a referência para o programa Split.OA poderá ser importante para si individualmente? Para a sua prática clínica atual? E para a sua profissão? E porquê?

### Crenças sobre capacidades

Quanto às crenças sobre a sua capacidade...

Qual o seu nível de confiança, de 0 a 10, para a referência para o programa Split.OA? Em que o 0 significa "nada confiante" e o 10 significa "totalmente confiante" de que o irá conseguir fazer.

Porque é que respondeu X e não 10 / 0?

(se responder >7 dizer porquê 8 e não 10; se responder <7 dizer porquê 6 e não 0?)

Quão fácil ou difícil é para si referenciar utentes para o programa Split.OA?

### Otimismo

Considera que a referenciação para o programa Split.OA vai ser bem-sucedida no seu local de trabalho?

### Crenças sobre as consequências

Gostava de perceber o que pensa que acontecerá, seja positivo ou negativo, se a prática atual for alterada, portanto:

Qual a sua perceção sobre as consequências, tanto positivas como negativas, que a referenciação para o programa Split.OA poderá trazer? (tanto agora como no futuro)

Que benefícios, se é que considera que existem alguns, poderá o programa Split.OA trazer aos utentes com osteoartrose, tanto agora como no futuro?

*Prompts:* resultados para os utentes, processos de cuidados, relação com colegas, impacto em si próprio como profissional de saúde

### Intenções

Quanto à intenção para realizar este novo comportamento

Qual o nível de prioridade que poderá atribuir à referenciação para o programa Split.OA? / Porquê?

Pretende referenciar utentes para o programa Split.OA?

**Se sim**, porquê? Com todos os utentes com osteoartrose da anca e joelho?

**Se não**, porquê?

## MOTIVAÇÃO AUTOMÁTICA

### Respostas emocionais, desejos, impulsos e hábitos

#### Relativamente às Emoções envolvidas

Quando faz a referenciação para fisioterapia, como é que isso o faz sentir? Essa sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção?

*Prompt:* Fazer a nova prática vai criar stress, ansiedade ou preocupação? A prática alterada é vista de uma forma positiva ou ameaçadora?

Quando implementa uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível, como é que isso o faz sentir? Essa sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção?

### Reforço

Sente que a referenciação para o programa Split.OA lhe trará maior reconhecimento no seu contexto de trabalho? Se não/sim, porquê?

## Existem incentivos ou recompensas que influenciam a sua decisão de referência?

*Prompts:* cumprimento das normas organizacionais, obtenção de acreditação, satisfação profissional, incentivos financeiros, ou satisfação com a prestação de cuidados de alta qualidade

### Parte C

#### 1. Considerações Finais

- Resumo dos principais aspetos abordados na entrevista individual;
- Agradecimento final.

Mais uma vez obrigado pela colaboração.

Os resultados deste estudo poderão informar as estratégias necessárias para a implementação do Split.OA no contexto dos cuidados de saúde públicos e privados e, assim, melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados em Portugal.

## Appendix F: Member checking responses

João António Pereira e Silva

Responder Responder a todos Reencaminhar

Transcrição 178 KB Resultados do estudo.pdf 77 KB

2 anexos (256 KB) Guardar tudo no OneDrive - Instituto Politécnico de Setúbal Transferir tudo

Exma. Dra.

Espero que se encontre bem.

No âmbito da minha tese de Mestrado, realizei há já algum tempo uma entrevista consigo para o estudo *Barreiras e facilitadores para a referência médica de pessoas com osteoartrrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo*. Estou agora na fase final da minha dissertação e gostaria de garantir que as interpretações refletem corretamente as suas perspetivas.

Para esse fim, envio em anexo:

- A transcrição da sua entrevista;
- Resumo dos principais resultados emergentes do estudo.

Caso pretenda rever ou comentar algum aspeto da transcrição ou dos resultados, agradeço desde já o seu contributo.

Agradeço sinceramente a sua disponibilidade e o tempo que dedicou a este estudo.

Com os melhores cumprimentos,  
João Silva

Mensagens Pesquisar mensagens

Caixa de entrada Vagas Não lidas Minhas conexões InMail Marcadas com estrela

LinkedIn 16 de nov. Oferta do LinkedIn Olá, João! Recentemente, vimo...

Dispositivo móvel • há 1 sem

Transcrição MGF1.pdf 201 KB

Abrir no Acrobat Resumir PDF

11:36

Para: João António Pereira e Silva

qui, 06/11/2025 08:45

Bom dia, João,

Obrigado pelo e-mail e pelo envio dos materiais.

- Não tenho comentários à transcrição. Esta reflete a nossa discussão e não encontrei correções.
- Achei interessante a forma como o COM-B ajudou a organizar os resultados. Vai ser um artigo bastante útil.
- Consentimento informado em anexo.

Votos de bom trabalho!



[Redacted name]



Para: ✉ João António Pereira e Silva

sex, 07/11/2025 14:36

Boa tarde João

Espero que esteja bem. Ainda há pouco tempo falei sobre este estudo ...

Obrigada pela partilha, sem nada a adicionar neste momento

Ao dispor



[Redacted name]



Para: ✉ João António Pereira e Silva

qui, 13/11/2025 17:39

Boa trade

Muito obrigada pelo envio dos resultados.

Desejo-lhe as maiores felicidades para o seu doutoramento.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted name], MD, PhD

## Appendix G: Statements of barriers and facilitators from the interviews

COM-B	Componentes COM-B	Domínio TDF	Excerto	Código	Definição	Barreira	Facilitador
Capacidade	Psicológica	Conhecimento	"Se houvesse também informação no sentido ah destes programas que possam vir a estar disponíveis, não é?" (GP1, p.6, l.268)	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa		1.1a+
		Conhecimento	"(...) também falta formação dentro das próprias unidades, isso também seria facilitador, não é? Para o futuro. Na identificação dos utentes e na própria referênciação." (GP1, p.6, l.271-272)	Formação específica sobre o programa	Formação para a identificação e referênciação de utentes		1.1a+
		Conhecimento	(...) para nós, que referenciamos muito, é importante sabermos o que estamos, para o que estamos a referenciar e os critérios de referênciação. E muitas vezes para nós a grande dificuldade é até os critérios de referênciação. Ah porque não temos noção de de determinadas coisas que não temos a formação suficiente (...)" (GP1, p.8, l.353-356)	Falta de formação específica sobre o programa	Falta de formação para a identificação e referênciação de utentes	1.1a-	
		Conhecimento	"(...) há sempre às vezes erros nestas nestes espaços por onde o doente passa. E eu acho que isto é que tem que estar muito bem delineado e muito bem estruturado. Tá bem? De modo a que quem referencia saiba quais são os critérios, ah e claro, esteja por dentro do programa e em que é que ele consiste." (GP3, p.4, l.162-165)	Conhecer as características do programa	Conhecimento acerca dos critérios de referênciação		1.1a+
		Conhecimento	"Relativamente ao utente, as condições que ele tem que reunir para poder integrar o programa. Depois, os espaços onde ele realmente pode ir e dirigir-se para fazer esta avaliação da aptidão física, não é? Quem são os profissionais envolvidos e depois ter, lá está, o feedback do do programa. Acho que e eu acho que isso em tudo que facilitaria à abertura, à referênciação a este tipo de programas..." (GP3, p.4, l.165-169)	Conhecer as características do programa	Conhecer as condições e organização do programa		1.1a+
		Conhecimento	"Ah em concreto para este programa se calhar terei que melhorar algumas habilidades em concreto. Explicar realmente em que é que, em que é que ele [Split.OA] consiste.... Pronto tinha que me inteirar mais desses pormenores para os poder transmitir ao utente." (GP3, p.6, l.273-275)	Conhecer as características do programa	Conhecer o conteúdo do programa		1.1a+
		Conhecimento	"Nós sabemos que em termos de de tratamento da osteoartrrose, o que tem mais eficácia, é precisamente as terapêuticas não farmacológicas, não é? No qual se implicam programas estruturados e, portanto, se houver conhecimento que isto existe, é meio caminho andado para ter em referênciações futuras." (GP4, p.1, l.8-11)	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa		1.1a+
		Conhecimento	"Portanto, a primeira coisa é vocês fazerem-nos ouvir falar sobre isto. E as reuniões todas as unidades de saúde familiares do país têm uma reunião semanal. Quanto mais pessoas souberem que isto existe e o que é, mais pessoas vocês vão ter a referenciar." (GP4, p.9, l.423-425)	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa		1.1a+
		Conhecimento	"Ter também uma noção do tempo de resposta que eu acho que é uma informação importante de ah no momento em que a pessoa referencia, ah seria interessante." (GP5, p.2, l.78-79)	Conhecer as características do programa	Conhecer as condições e organização do programa		1.1a+
		Conhecimento	"(...) a nossa opção para a maior parte das doenças musculoesqueléticas é referenciar para um programa para um para uma clínica convencionada, não é? Ah que tenha acordo com o Serviço Nacional de Saúde e a partir daí, eu não faço mais pálida ideia de quais é que são os programas que estão a ser aplicados nas nas diferentes clínicas." (GP5, p.3, l.100-103)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento da existência do programa	1.1a-	
		Conhecimento	"Se eu soubesse que a clínica XYZ dentro da minha área de referênciação geográfica ah tivesse a aplicar este esquema, se calhar podia dar uma palavra aos doentes para irem esta e não àquela. Mas se não tenho essa informação, não é? E se não tenho uma entidade certificadora na qual confio e que seja independente." (GP5, p.3, l.110-113)	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa		1.1a+
		Conhecimento	"Porque acho que não está suficientemente difundido junto da comunidade dos cuidados de saúde primários, que esta iniciativa existe e que esta é um padrão de qualidade, se calhar melhor do que o que acontece na maior parte dos sítios. Portanto, acho que sem esse trabalho de marca ah seria seria bastante difícil haver um reconhecimento disto enquanto centros de de garantia de qualidade vossa." (GP5, p.3, l.119-123)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento da existência do programa	1.1a-	
		Conhecimento	"Se eu soubesse isso [Split.OA] que estava a ser aplicado na clínica X, e não tivesse a ser aplicada na Y e Z, se calhar direcionava os doentes para aquele modelo que eu acho que é mais apoiado em prova científica." (GP5, p.3, l.127-128)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento da existência do programa	1.1a-	
		Capacidade	Psicológica	Conhecimento	"Se a pessoa que dentro de cada uma das ULS está responsável por estes programas, fizesse sessões de divulgação dentro das unidades para divulgar que o programa existe, quais é que são os critérios de referênciação. De que forma é que as pessoas... esclarecer um bocadinho	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa

Capacidade	Psicológica	dúvidas sobre como é que as coisas funcionam. Eu acho que seria uma via se a prestação fosse pública." (GP5, p.4, l.148-152)				
		Conhecimento	"(...) <b>terão que ter disseminação é dentro dos médicos fisiatras.</b> Por causa desta questão da referenciação e da prescrição da fisioterapia, passar sempre pelo médico fisiatra. Ah depois do ponto de vista de sensibilização e também <b>a sensibilização dos ortopedistas ah e dos reumatologistas naturalmente vão seguindo estes doentes com osteoartrose nas suas diferentes fases, não é?</b> " (RH3, p.4, l.160-163)	Conhecer as características do programa	Conhecimento da existência do programa	1.1a+
		Conhecimento	"Claro que havendo um programa estruturado para o qual <b>nós também tínhamos formação e conhecemos os objetivos e toda a metodologia e o tipo de exercícios que tão, que são propostos, e os seus objetivos e indicações e limitações e como os potenciar.</b> Ah também do ponto de vista da nossa competência, vai nos tornar muito mais à vontade na na, na explicação ao doente e na e na e na própria referenciação." (RH3, p.8, l.345-348)	Conhecer as características do programa	Conhecer o conteúdo do programa	1.1a+
		Conhecimento	"Eu acho que devia haver mais programas destes e aí eu acho que as pessoas acabam depois por ter toda a adesão a este tipo de programas. Agora eles praticamente não existem <b>ou então se existem, são desconhecidos da maioria dos colegas.</b> E eu acho que essa é uma grande barreira, a sua não existência e se houver existência, <b>não é divulgado.</b> " (RH4, p.3, l.109-112)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento da existência do programa	1.1a-
		Conhecimento	" <b>Em primeiro lugar, acho que o conhecimento sobre a patologia é o mais importante, não é?</b> Mas depois não basta saber ah muito sobre a patologia. É preciso transmitir isso ao doente. Ah criar aqui um elo que promova confiança no no programa." (RH4, p.4, l.140-142)	Formação específica sobre o programa	Formação para a identificação e referenciação de utentes	1.1a+
		Conhecimento	"(...) <b>o desconhecimento deste tipo de programas eu acho que é uma barreira, não é?</b> Portanto, <b>a falta de divulgação da existência de programas desta natureza entre os profissionais de saúde.</b> " (RH4, p.4, l.155-156)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento da existência do programa	1.1a-
		Conhecimento	"(...) [os profissionais de saúde] também não perceberem a mais-valia destes programas, ou seja, <b>as pessoas precisam ter noção do impacto que estes programas podem ter ah no tratamento destes doentes, enquadrá-los dentro das medidas não farmacológicas.</b> " (RH4, p.4, l.157-159)	Não conhecer as características do programa	Desconhecimento dos benefícios do programa	1.1a-
		Conhecimento	"O que eu acho que é mais importante, é as pessoas saberem que eles existem. E como chegar até eles, ou seja, a divulgação do programa. <b>Não só divulgação em que é que consiste no programa, mas também como chegar, ou seja, como referenciar os doentes.</b> " (RH4, p.4, l.173-175)	Conhecer as características do programa	Conhecer as condições e organização do programa	1.1a+
		Conhecimento	"E deviam ser divulgados de modo a que a gente consiga <b>perceber, a nível comunitário, que é que nós temos disponível, onde, em que locais, como é que nós conseguimos fazer a referenciação para lá e, portanto, era importante que viessem divulgar o trabalho junto das várias instituições,</b> para que a gente soubesse como é que a gente conseguiria referenciar doentes deste tipo de programas." (PMR3, p.2, l.63-66)	Conhecer as características do programa	Conhecer as condições e organização do programa	1.1a+
				Aptidões interpessoais e cognitivas	"Eu acho que a relação com o utente aqui é muito importante. Não é simplesmente identificar a artrose, identificar a dificuldade na marcha ou dor aqui ou acolá... que que me vai... ou que vai <b>convencer o utente que realmente precisa de um programa mais intensivo de fisioterapia. A nossa relação com o utente não deixa de ser relevante nesse sentido.</b> " (GP1, p.4, l. 185-188)	Comunicação e relação terapêutica
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	"Eu sempre que eu proponho as pessoas, ah a reação ah... já começa a ser diferente, mas é sempre nunca é é... clarividente para para a população que recebe o conselho. <b>Existe sempre algum trabalho de explicação</b> ao inverso de seu propuser realizar um MCDT ou fazer uma terapêutica analgésica ah isso é o curso esperado do desse dessa do seguimento dessa patologia." (GP2, p.3-4, l.148-151)	Dificuldade na comunicação com o utente	Dificuldade na explicação do programa ao utente	1.1b-
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	"(...) tanto eu como a maior parte dos colegas, <b>têm a a capacidade oratória explicativa suficiente para explicar ao utente porque é que um programa destes é valioso (...)</b> " (MFG2, p.5, l.238-239)	Comunicação e relação terapêutica	Capacidade de comunicar com clareza as vantagens do programa	1.1b+
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	"Ah aqui é a grande questão, é, é é quanto tempo é que isto vai consumir o profissional de saúde que propõe, <b>de forma a que seja uma proposta efetiva e que convença, de facto, o a utente a que hm a participar.</b> E (pausa) as é é é uma nuance importante porque se for se for algo como "olha vai aqui participar neste programa". Duvido que que exista recetividade." (GP2, p.6, l.260-263)	Dificuldade na comunicação com o utente	Dificuldade na explicação do programa ao utente	1.1b-
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	"Os doentes normalmente querem é perceber muito bem as coisas ( <i>nome do entrevistador</i> ), e a <b>comunicação, o traduzir tudo por miúdos e responder às dúvidas deles é o é de facto fundamental,</b> está bem? Porque às vezes aquilo que acontece é o doente vai "olha há este programa não sei quê, vai fazer..." e o doente diz que sim, mas não percebeu nada, não vai aderir ( <i>riso</i> ) certo,	Comunicação e relação terapêutica	Capacidade de comunicar com clareza as vantagens do programa	1.1b+

Capacidade	Psicológica	portanto acho que tem que fazer um trabalho explicado direitinho, o que é que é expectável, o que é que ele pode contar." (GP3, p.6, l.255-259)				
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	" <b>Até tenho facilidade em comunicar com os meus doentes</b> e no geral, onde é que eu vejo isso? Lá está, na adesão à terapêutica, se comprar ou não o medicamento, se até ah cumpriram com as indicações para exercício físico ou alimentares e, e de facto, tem-se feito um bom trabalho nesse sentido. <b>E então deduzo também resulta do modo como eu transmita a mensagem ao doente e como o envolvo no processo</b> , não é? Porque depois tem que ser tudo muito negociado." (GP3, p.6, l.269-273)	Comunicação e relação terapêutica	Capacidade de negociação com o utente	1.1b+
		Aptidões Interpessoais e Cognitivas	"Ah então a <b>capacidade de escuta</b> , porque consigo ouvir o doente nas suas questões. Ah a disponibilidade para se houver situações que o doente coloque que eu não saiba, vou procurar saber. Ah e... ah consigo <b>compreender o doente, às vezes colocar no lugar do outro, portanto a questão da empatia</b> . E e basicamente é isso e <b>conseguir transmitir as coisas numa linguagem mais clara ou mais simplificada para o doente</b> ." (GP3, p.6, l.281-284)	Comunicação e relação terapêutica	Capacidade de comunicar com clareza as vantagens do programa	1.1b+
		Memória, atenção e processos de decisão	"(...) <b>começando por conhecer o meu utente, conhecer a profissão dele, conhecer as queixas já de algum tempo e evolução dessas queixas, acho que são as principais competências para perceber realmente se faz sentido ou não avançar para um programa deste género</b> para prevenir o agravamento, seja da artrose do joelho ou da anca." (GP1, p.4, l.171-174)	Capacidade de avaliar o utente	Usar a avaliação clínica como suporte à decisão	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Seja evolução em raio X, que é o exame mais simples que se pode fazer e já mostra muita coisa, seja a avaliação clínica em consultório da própria marcha do utente, por exemplo, ao entrar no no gabinete. (...) E depois o resto do exame objetivo relativamente simples osteoarticular que sei fazer, mas que pelo menos <b>também me dá alguma indicação de que as coisas já não estão a evoluir no bom sentido e pode fazer sentido referenciar para este tipo de programa</b> " (GP1, p.4, l.175-182)	Capacidade de avaliar o utente	Usar a avaliação clínica como suporte à decisão	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Se calhar se a pessoa me disser assim, eu quero muito perder peso. Eu digo, ok "e porque é que não perde peso?", "Ah porque me dói o joelho". <b>Ok isso seria um um fator ah facilitador para a referenciação, não é? Agora ah o que nós tentamos fazer no geral é se o doente tem 20 problemas de saúde e 10 deles se tratam com exercício físico, então qualquer exercício físico que ele faça é melhor do que nenhum</b> ." (GP4, p.5, l.217-220)	Capacidade de avaliar o utente	Selecionar utentes com maior potencial de benefício	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Um doente tem uma contraindicação para o uso de anti-inflamatórios e que numa agudização precisaria de anti-inflamatórios gera mais preocupação e, portanto, teria que... <b>preferiria sempre investir numa terapêutica não farmacológica do que aumentar a polimedicação e interação farmacológica</b> ." (GP4, p.5, l.242-245)	Capacidade de avaliar o utente	Selecionar utentes com maior potencial de benefício	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Eu, eu, <b>eu para fazer mais uma atividade dentro da minha consulta tenho de deixar de fazer outras</b> , não é? E portanto, isto tem um custo de oportunidade muito grande. <b>Se me pedissem para explicar grandes coisas sobre o programa, então seria uma barreira</b> . Seria talvez uma barreira suficientemente importante para boicotar o programa." (GP5, p.6, l.240-243)	Sobrecarga durante a consulta	Pressão laboral e resistência a mais tarefas	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"(...) para ser verdadeiramente honesto ah e também é a experiência que eu tenho tido nos meus próprios projetos, <b>quando nós pedimos às pessoas para fazerem mais coisas dentro do seu espaço de trabalho, não é? Quando as pessoas já se sentem muito pressionadas com com trabalho, isto não, isto não funciona</b> ." (GP5, p.6, l.245-248)	Sobrecarga durante a consulta	Pressão laboral e resistência a mais tarefas	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"Uma pessoa que tem uma osteoartrose conhecida que está razoavelmente controlada. Ah se calhar tem uma dor que é uma dor ligeira a moderada, tem uma diminuição de função, mas à qual já se adaptou e que não traz isto especificamente como problema de consulta. <b>É provável que eu não me lembre de referenciar</b> ." (GP5, p.7, l.297-300)	Foco seletivo noutras abordagens médicas	Falta de atenção a potenciais referenciações	1.1c-
Memória, atenção e processos de decisão	"(...) <b>tenho no meu computador uma pasta com critérios de referenciação para diferentes consultas. Pá e aquilo é muito chato, não é? Porque cada consulta tem critérios diferentes. Ah sim, não é não é não é fácil de navegar</b> . É é uma areia na engrenagem, às vezes, em vez de ser um facilitador (...)" (GP5, p.9, l.384-387)	Sobrecarga durante a consulta	Pressão laboral e resistência a mais tarefas	1.1c-		
Memória, atenção e processos de decisão	"(...) <b>é impossível eu saber de cor ah aquelas questões. Até porque felizmente não é uma coisa que faça com frequência, o que significa que tem de consultar</b> . Consultar um documento em consulta exige, no melhor dos cenários de 2 minutos, não é? Que dentro do limite dos 20 é 10% do meu tempo de consulta, só para ir à procura do qual é que é a informação de determinada consulta." (GP5, p.9, l.390-394)	Sobrecarga durante a consulta	Pressão laboral e resistência a mais tarefas	1.1c-		

Capacidade	Psicológica	Memória, atenção e processos de decisão	"Portanto, <b>por vezes pode haver comorbidades do doente, seja também do aparelho locomotor, seja cardiovasculares ou pulmonares, etc. Que possam limitar um bocadinho</b> ah mas eu acho que, apesar de tudo, não é no, no, na grande maioria dos dos dos doentes, não é?" (RH3, p.7, l.307-310)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"O que o que eu acho, depois muitas vezes acontece é que certas situações ah o facto de nós não podemos fazer, faz com que às vezes não referenciamos, não é? Não fazemos a referenciação. (...) <b>Se calhar vou investir mais em em gestos terapêuticos e modalidades terapêuticas estão mais ao meu alcance</b> , como a terapêutica medicamentosa, como as infiltrações articulares de suplementação com ácido hialurónico, por exemplo. E, portanto, se calhar vou acabar por privilegiar um bocadinho outras modalidades terapêuticas e pôr um bocadinho no papel do doente dele tratar da sua própria reabilitação e fazê-lo de forma completamente autónoma, <b>do que propriamente passar pela pela fisioterapia. Eu acho que é isso que acaba por acontecer no dia-a-dia.</b> (RH3, p.7, l.320-329)	Foco seletivo noutras abordagens médicas	Priorizar intervenções próprias à classe profissional	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"Ou seja, <b>se for um doente que eu sei que à partida não vai aderir</b> ou que é um doente que, ao fim de 1 ou 2 sessões não, não vai, ou seja, não vai não vai ser... ter um papel ativo, não vai colaborar, <b>se calhar vou dar prioridade àqueles que estão mais motivados, não é?"</b> (RH4, p.7, l.282-284)	Capacidade de avaliar o utente	Priorizar utentes mais susceptíveis a participar	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Depende do tempo de consulta. Às vezes há consultas que são muito demoradas e nós nessa consulta <b>conseguimos perceber bem o perfil do do doente e a sua adesão até pelos tratamentos que ele já fez anteriormente, não é? E a forma como encara a doença. A profissão que tem, se tem apoio familiar ou não. Podem ser pessoas jovens, não é?"</b> (RH4, p.7, l.286-289)	Capacidade de avaliar o utente	Priorizar utentes mais susceptíveis a participar	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Se for um doente que necessita, ou seja, que <b>para própria tranquilidade dele, ele necessita de ter um exame de imagem para perceber o que tem e para aderir ao tratamento, eu... (pausa) apesar da da medicina baseada na evidência dizer para não fazer eu se calhar faço.</b> " (RH4, p.8, l.329-332)	Capacidade de avaliar o utente	Realizar uma tomada de decisão partilhada	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Portanto, <b>eu acho que ah o doente a ser inserido neste programa tem que ser também doentes que nós sabemos que vão tirar benefício deste programa.</b> " (RH4, p.8, l.362-363)	Capacidade de avaliar o utente	Selecionar utentes com maior potencial de benefício	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"E sobretudo, <b>conhecer muito bem o doente e saber se ele podia ser integrado ou não neste tipo de de de programas.</b> Porque há doentes e há zonas geográficas onde o doente aceitaria isto." (PMR1, p.10, l.456-458)	Capacidade de avaliar o utente	Priorizar utentes mais susceptíveis a participar	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"(...) depende muito do tipo de pessoa e <b>nem todas as pessoas, ainda na nossa população, mais velhas, têm a capacidade de fazer as coisas sozinhas, de forma autónoma.</b> " (PMR2, p.2, l.79-81)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"Às vezes, a pessoa tem já muita dor muito avançada e <b>e não conseguem mesmo fazer exercício e, portanto, tem que ser tem que se já pensar numa técnica.</b> " (PMR2, p.3, l.105-106)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	" <b>Temos que ver se se a parte cardíaca e respiratória ah se os doentes têm instabilidade, não é? A parte cognitiva, se conseguem eles próprios ah implementar esse programa.</b> E depois todos os que precisem, mas às vezes nem toda a gente consegue conseguir reunir as condições para para estarem aptas para este tipo de programa." (PMR2, p.5, l.185-188)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"(...) <b>através da anamnese, do exame objetivo, e eventualmente pedir alguma prova prova de esforço, ou um eletrocardiograma, se caso necessite.</b> Pronto e depois o resto na consulta consigo perceber se a pessoa tem ou não capacidade." (PMR2, p.5, l.193-195)	Capacidade de avaliar o utente	Usar a avaliação clínica como suporte à decisão	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"(...) <b>nem todos os doentes vão conseguir colaborar ou participar ativamente neste programa. É preciso fazer também obviamente uma boa seleção dos doentes.</b> " (PMR3, p.4, l.148-149)	Capacidade de avaliar o utente	Selecionar utentes com maior potencial de benefício	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Mas obviamente o que vai depender é do tipo doente que nós temos à nossa frente. E depende das suas motivações, e das suas crenças e dos seus objetivos. <b>E isto tem que ser uma tomada de posição em conjunto.</b> " (PMR3, p.4, l.171-173)	Capacidade de avaliar o utente	Realizar uma tomada de decisão partilhada	1.1c+
		Memória, atenção e processos de decisão	"Agora, claro, <b>doentes que já foram submetidos a um tratamento conservador que falhou, é muito difícil nós fazemos uma referenciação</b> para um novo tratamento conservador, porque o doente já não vai ter essa já não vai estar tão receptivo a esse tratamento." (OS1, p.2, l.55-57)	Características do utente	Experiência prévia de tratamento sem sucesso	1.1c-
Memória, atenção e processos de decisão	"Ou seja, acho que <b>as limitações para referenciação (...) acaba por ser o que é que o doente já fez previamente</b> , ou seja, se for um doente que já está com dores há 2 ou 3 anos, já fez um programa de reabilitação e não e não resolveu, está a fazer medicação analgésica todos os dias em	Características do utente	Experiência prévia de tratamento sem sucesso	1.1c-		

Capacidade	Psicológica	Memória, atenção e processos de decisão	esquema e continua com dor, tem uma artrose já com uma grande deformidade do joelho." (OS1, p.2, l.72-76) "(...) <b>há doentes, que também são polimedicados, com muitas patologias que têm alguma limitação para realizar algum tipo de atividades físicas.</b> E acho que esses acabam por ser as nossas limitações e as dificuldades perante cada doente." (OS1, p.2, l.87-89)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"Às vezes, uma das nossas limitações é o tempo da consulta, ou seja, normalmente são consultas muito com um número elevado de doentes para um curto período de tempo e que, por vezes, <b>nós podemos nos esquecer de fazer essas referências quando temos uma limitação temporal.</b> " (OS1, p.4, l.190-192)	Foco seletivo noutras abordagens médicas	Falta de atenção a potenciais referências	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"E também outras limitações é que os doentes às vezes não vêm acompanhados à consulta. E é <b>difícil um doente de 80 anos ou de 85, nessas idades, explicar que vamos referenciá-lo para um programa e ele fica um pouco confuso e por vezes é necessário também falar com os familiares.</b> " (OS1, p.5, l.194-197)	Características do utente	Características do utente que podem limitar a participação no programa	1.1c-
		Memória, atenção e processos de decisão	"Acho que não é, <b>não é para se realizar referência a todos os doentes têm gonartrose ou coxartrose.</b> Se for um doente que eu já vou inscrever para uma lista para uma intervenção cirúrgica, se calhar não tem lógica, fazemos a referência. <b>Nos doentes que estiverem dentro dos critérios de inclusão, no plano do doente, no plano de tratamento, podemos fazer a referência.</b> " (OS1, p.7, l.304-307)	Capacidade de avaliar o utente	Selecionar utentes com maior potencial de benefício	1.1c+
		Regulação Comportamental	"Muitas vezes, muita coisa a falar. Artroses ligeiras ou a dor naquela ( <i>riso</i> ) naquele local, uma dor ao andar ou de vez em quando muitas vezes é: "Já agora Doutora" – só no fim da consulta e fica para depois (...). Fica registado hoje não dá, tem que ser depois voltamos a falar sobre o assunto numa próxima consulta. Ou vá tomando este anti-inflamatório quando precisa ou só paracetamol ou... enfim...ah... depende muito da consulta, depende muito do dia, não é? <b>Mas é uma dificuldade pessoal, nem em todas as referências. Mas principalmente também na área da da fisioterapia. É essa, é muitas vezes a falta de tempo e muitos temas a tratar em 15 minutos, não resulta.</b> " (GP1, p. 2, l. 57-65)	Dificuldade em gerir a consulta	Falta de estratégias de gestão de tempo e de prioridades	1.1d-
		Regulação Comportamental	"(...) o facto de termos consultas de 15 minutos, a maioria delas ser 15 minutos, <b>dificulta a referência porque a maioria dos utentes tem vários assuntos a tratar. Ah outras situações mais prioritárias do que do que as artroses, outras nem por isso,</b> depende sempre da situação." (GP1, p.6, l.253-255)	Dificuldade em gerir a consulta	Falta de estratégias de gestão de tempo e de prioridades	1.1d-
		Regulação Comportamental	"(...) [utentes que tenham] um episódio de osteoartrose agudizada podiam ser sinalizados para um programa para um programa deste género. Ah e se calhar numa frase numa fase aguda, não, não teria lugar a intervenção. Mas nesse espaço, <b>enquanto a fase aguda não não sucede, ah poderiam poderiam ser alvo de um contato da equipa.</b> " (GP2, p.4, l.166-169)	Sinalizar utentes e referenciar posteriormente à consulta	Sinalizar utentes para serem referenciados num momento mais oportuno	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Porque na forma como as coisas estão atualmente, existe <b>uma resposta mais fácil e mais rápida, não necessariamente melhor, mas mais rápida e mais fácil para este problema que é medicar e e radiografar (...)</b> " (GP2, p.5, l.220-222)	Dificuldade em quebrar hábitos	Dificuldade em implementar novos hábitos/preferência por soluções rápidas	1.1d-
		Regulação Comportamental	"(...) não é o ato de referenciar que é um que é um problema, <b>é o maior problema mesmo colocar isso na agenda do clínico. Ah com como uma tarefa importante para aquele utente.</b> " (GP2, p.5, l.239-241)	Dificuldade em quebrar hábitos	Dificuldade em implementar novos hábitos/preferência por soluções rápidas	1.1d-
		Regulação Comportamental	"Ah e o tempo que demora a explicar pode não ser uma prioridade para todos os profissionais" (GP2, p.6, l.263-264)	Dificuldade em gerir a consulta	Falta de estratégias de gestão de tempo e de prioridades	1.1d-
		Regulação Comportamental	"Então para facilitar, poderia haver ou <b>um procedimento ou uma instrução de trabalho de como referenciar para o programa. Ah e, lá está, como está aqui com a explicação do programa em si (...)</b> " (GP3, p.4, l.178-179)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Possuir critérios/instruções específicos para a referência	1.1d+
		Regulação Comportamental	"(...) haver também o protocolo de articulação. Portanto, acho que <b>as normas ou instruções de trabalho, procedimentos, ajudam e, neste caso em concreto, fazer um especificamente para este programa ou referência ao programa, acho que seria facilitador.</b> " (GP3, p.4, l.185-188)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Possuir critérios/instruções específicos para a referência	1.1d+
Regulação Comportamental	"(...) um Google Forms para para uma referência, uma coisa que se preencha em 2 minutos. É só fazer uns cliques, quer dizer, não há, não acho que seja... <b>é pôr o diabo do link no no background do do computador ah ou gravado nos favoritos e cada vez que aparece alguém, referenciar.</b> " (GP4, p.3, l.111-113)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Manter o formulário de referência acessível	1.1d+		

Capacidade	Psicológica	Regulação Comportamental	"(...) quando eu naquele momento tou numa consulta e não tenho tempo naquele momento de referenciar, normalmente o que faço é pôr post-its ou escrever num caderno das referências o nome da pessoa e para que é que quer referenciar e depois faço isso em segunda intenção." (GP4, p.3, l.137-139)	Sinalizar utentes e referenciar posteriormente à consulta	Sinalizar utentes para serem referenciados num momento mais oportuno	1.1d+
		Regulação Comportamental	"(...) um recordatório razoavelmente simples de quais é que são os critérios de elegibilidade ah também seja seja interessante, não é? (pausa) Ou seja, eu vejo uma pessoa que tem uma artrose do joelho, artrose moderada ah tá bem que nas guidelines vem tudo que o tratamento de primeira linha são medidas físicas e reforço muscular. Só depois é que vamos usar fármacos. (...) Saber em que condições é que seria possível fazer a referência destes doentes para o para o Split.OA seria bom." (GP5, p.2, l.63-68)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Necessidade de critérios simples e aplicáveis no cenário clínico	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Ah se calhar mais do que orientações clínicas, também tenho usado o sumários de evidência que são aquelas coisas tipo (imperceptível), Dynamed, UpToDate, que ah referem que para artrose moderada de ligeira a moderada que as medidas físicas são tratamento de primeira linha, não é? (...) Ah as mais populares são o Dynamed, ah é mais fácil de escrever (pausa enquanto escreve: "Dynamed, UpToDate, BMJ Best Practice"). Pronto e tenho e sempre que estou em consulta tenho um destes recursos abertos, não é? Portanto, se tenho dúvidas ah sobre referências e outras coisas, vou lá." (GP5, p.8, l.344-346,351-353)	Utilizar diretrizes clínicas para auxiliar a tomada de decisão	Utilizar diretrizes clínicas para auxiliar a tomada de decisão	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Portanto, eu acho que no equilíbrio não pode ser uma coisa muito, muito detalhada, nem uma coisa que imponha muito trabalho a quem está a referenciar. Por outro lado, também quem está a referenciar não pode pura e simplesmente enviar todas as pessoas que lhe apetece só porque se queixam do joelho, não temos necessariamente um diagnóstico de artrose do joelho ou não cumprindo outro tipo de de critérios. Não. Ou seja, parece-me que haver critérios de referência sim, é importante. Que sejam simples e que dentro do programa Split sejam relativamente parecidos." (GP5, p.9, l.406-411)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Necessidade de critérios simples e aplicáveis no cenário clínico	1.1d+
		Regulação Comportamental	"O que nos ajuda mais são os critérios sim, de referência. Serem objetivos, específicos, que é para nós sabermos se se adaptam ou não ao doente. (...) A informação sobre e aquilo que podemos fazer para ou como é que podemos fazer para referenciar o doente." (RH1, p.5, l.207-208, 210-211)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Possuir critérios/instruções específicos para a referência	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Em termos de [clínica] privada, é fácil alguma coisa que se pode fazer é tipo ter já um texto de apoio de referência com os contactos do próprio programa, na área de residência ou um contato central, que depois oriente os doentes." (RH2, p.2, l.56-58)	Utilizar material de apoio para o utente	Entregar ao utente material/recursos informativos sobre o programa	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Uma sugestão é mesmo essa, se tivermos já uma informação escrita detalhada, que depois possamos ceder ao doente, facilitar a a referência." (RH2, p.2, l.65-66)	Utilizar material de apoio para o utente	Entregar ao utente material/recursos informativos sobre o programa	1.1d+
		Regulação Comportamental	"E obviamente, se tiver alguma coisa que me facilita a referência, ou seja, se eu tiver um panfleto, se eu tiver um um folheto que eu possa dar ao doente, um cartão, acaba por... ou um template até mesmo de com informação clínica acaba por facilitar, não é?" (RH2, p.6, l.295-298)	Utilizar material de apoio para o utente	Entregar ao utente material/recursos informativos sobre o programa	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Ou então se houver uma uma folhinha que tenha o que é que o programa inclui e tal, e a gente só põe umas cruzinhas no que é que é para fazer, será o melhor, não é? Do que termos de tar a escrever nós, assim o tempo de consulta é um bocadinho limitado." (RH3, p.3, l.130-132)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Necessidade de critérios simples e aplicáveis no cenário clínico	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Ah mas as recomendações são uma boa fonte de suporte para a para as tomadas de decisão. (...) se necessário, numa referência ou numa eventual prescrição, podemos suportar-nos nelas e ao abrigo das recomendações da Sociedade Europeia, do estado americano, ou da sociedade (imperceptível), formas que estejamos a referir, fazer a referência a elas para para justificar determinada prescrição ou determinada ou determinada recomendação." (RH3, p.5, l.215-216,219-222)	Utilizar diretrizes clínicas para auxiliar a tomada de decisão	Utilizar diretrizes clínicas para auxiliar a tomada de decisão	1.1d+
Capacidade	Psicológica	Regulação Comportamental	"Portanto, se houvesse um centro em que os doentes a gente dava um papelinho, ponham a cruzinha Split.OA. Ah uma ou outra contraindicação, "olha doente também tem patologia da coluna ou também teve um enfarte há 3 anos ou tem (imperceptível) pronto pelas medicações que tem, e colocávamos uma folhinha simples de referência e um sítio onde o doente pudesse ir e começar era era ótimo." (RH3, p.7-8, l.334-337)	Ter estratégias definidas para a referência para o programa	Necessidade de critérios simples e aplicáveis no cenário clínico	1.1d+

Oportunidade	Física	Regulação Comportamental	"Ah e é uma sugestão que eu deixo para vocês pensarem também, critérios de inclusão. Vai ser só esse da osteoartrose de grau 1 ou 2? <b>Critérios de inclusão é muito importante.</b> " (PMR1, p.10, I.464-466)	Ter estratégias definidas para a referenciação para o programa	Possuir critérios/instruções específicos para a referenciação	1.1d+
		Regulação Comportamental	" <b>Eu acho que se querem ter sucesso, critérios de inclusão muito bem definidos nos doentes.</b> " (PMR1, p.11, I.505-506)	Ter estratégias definidas para a referenciação para o programa	Possuir critérios/instruções específicos para a referenciação	1.1d+
		Regulação Comportamental	"E 20 minutos estar a tentar mudar o estilo de vida e explicar. É difícil. Por isso <b>também nos apoiamos muito na nos folhetos, porque assim as pessoas levam qualquer coisa para casa e vão e vão em casa tentando digerir melhor a informação</b> e com calma (...)" (PMR2, p.4, I.139-141)	Utilizar material de apoio para o utente	Entregar ao utente material/recursos informativos sobre o programa	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Se calhar muitas vezes <b>uma das barreiras principais identificada é a gestão de tempo da consulta</b> , é que dentro do tempo que eu tenho disponível para para o doente, não consigo demonstrar... a perder, por assim dizer, muito tempo ah sempre a focar aqui nesta questão da da modificação de estilos de vida." (PMR3, p.1, I.45-48) "(...) <b>vai ser importante fazer e estabelecer uma lista de quais é que são os doentes a referenciar, quais é que são os critérios que os doentes que nós podemos referenciar</b> , e quais é que são os doentes que não é para referenciar e que vão termos temos que gerir de outra maneira." (PMR3, p.4, I.152-154)	Dificuldade em gerir a consulta	Falta de estratégias de gestão de tempo e de prioridades	1.1d-
		Regulação Comportamental	"(...) muitas vezes a estratégia que eu uso é ah escrever cartas. <b>Escrever cartas para orientar os doentes ah com recomendações e com informações clínicas.</b> " (PMR3, p.5, I.221-222)	Utilizar material de apoio para o utente	Entregar ao utente material/recursos informativos sobre o programa	1.1d+
		Regulação Comportamental	" (...) <b>uma forma de facilitar estas situações é os doentes serem sinalizados previamente, ou durante a consulta e depois serem contactados</b> até que seja por via telefónica, explicar o estudo o plano e e e explicar isto ao doente." (OS1, p.4-5, I.192-194) "E é difícil um doente de 80 anos ou de 85 , nessas idades, explicar que vamos referenciá-lo para um programa e ele fica um pouco confuso e por vezes é necessário também falar com os familiares. (...) <b>Mas há formas de se combater esta limitação, ou seja, com um bocadinho mais de trabalho, mas sinalizá-los e fazer um contato posterior ou falar com os familiares para se explicar.</b> " (OS1, p.5, I.195-200)	Sinalizar utentes e referenciar posteriormente à consulta	Sinalizar utentes para serem referenciados num momento mais oportuno	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Quando é algum doente que ou não veio acompanhado, ou que não percebe o que nós estamos a explicar, ou <b>nós remarcamos uma consulta e pedimos para trazer um acompanhante na consulta seguinte para lhe explicar.</b> " (OS1, p.5, I.207-209)	Sinalizar utentes e referenciar posteriormente à consulta	Envolver familiares/acompanhantes para facilitar esclarecimentos	1.1d+
		Regulação Comportamental	"(...) para este tipo de programas, só mesmo fazendo a <b>sinalização dos doentes, guardar nome e número de processo e serem contactados mais tarde.</b> " (OS1, p.5, I.221-222)	Sinalizar utentes e referenciar posteriormente à consulta	Sinalizar utentes para serem referenciados num momento mais oportuno	1.1d+
		Regulação Comportamental	"Porque lá está, <b>nós não devemos ter todos os pontos de todos os critérios de inclusão e de exclusão no momento da consulta e devem ser vários</b> e poderá ser necessário fazer outra consulta já direcionada para para este programa, para se confirmar que são doentes que cumprem os critérios de inclusão." (OS1, p.5, I.228-230)	Dificuldade em gerir a consulta	Dificuldade em confirmar critérios de referenciação na consulta	1.1d-
		Oportunidade	Física	Contexto ambiental e recursos	"(...) <b>temos consultas com um tempo muito curto.</b> " (GP1, p.2, I.57)	Limitações de tempo
Contexto ambiental e recursos	" <b>Ah os sistemas através do SClínico, às vezes também não funcionam. As mensagens não chegam. Nem a ela [fisioterapeuta] nem, nem chegam depois para nós. Ah os e-mails também ficam perdidos.</b> " (GP1, p.2, I.93-95)			Suporte organizacional insuficiente	Falhas na comunicação com profissionais/equipas	2.2-
Contexto ambiental e recursos	"Ah e <b>faz-me muita falta aqui haver comunicação entre equipas hospitalares ou até as clínicas convencionadas</b> , não é? No caso da fisioterapia, haver comunicação também connosco para realmente percebermos o que é que o que é que está disponível, o que é que podemos fazer pelos nossos utentes e quais são esses critérios de referenciação, não é?" (GP1, p.8, I.368-371)			Suporte organizacional insuficiente	Falhas na comunicação com profissionais/equipas	2.2-
Contexto ambiental e recursos	"(...) <b>acho que este programa um programa deste género precisa de duas coisas precisa de um espaço de educação e de literacia esta parte e, por outro lado, de de um mecanismo concreto para identificação dos utentes.</b> Acho que, se depender do...acho que, se depender da iniciativa do profissional de saúde e e do utente, o recrutamento pode pode ser complicado." (GP2, p.5, I.202-205)			Local de trabalho que apoia a referenciação	Local de trabalho que facilita procedimentos de referenciação	2.2+

Oportunidade	Física	Contexto ambiental e recursos	"Tudo o que tivemos a falar até agora consome tempo e consome tempo de consulta e num contexto em que este <b>este tipo de atitudes não é valorizado pelo pelos indicadores contratuais prioridades (...)</b> " (GP2, p.5, I.215-217)	Suporte organizacional insuficiente	Falta de valorização/apoio pela cultura ambiental	2.2-
		Contexto ambiental e Recursos	[método de referênciação mais fácil de implementar] <b>"Eu acho que é por via digital, até porque nos facilita depois para quantificação (...)"</b> (GP3, p.2, I.92)	Possuir sistemas digitais para a referênciação	Referênciação através de sistemas informáticos	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	<b>"(...) no meu atual local de trabalho, tenho, portanto, eu disponho de bons sistemas informáticos."</b> (GP3, p.3, I.104-105)	Possuir sistemas digitais para a referênciação	Referênciação através de sistemas informáticos	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	<b>"Poderá pensar-se numa espécie de protocolos, não é? Seja eu ao referenciar para este programa já sei que o doente tem este programa disponível em determinados sítios, mas isso tem que estar mesmo muito bem definido."</b> (GP3, p.4, I.150-152)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	<b>"(...) no caso de clínicas ou centros de saúde ou USFs que tenham ginásio, por exemplo, onde eu trabalhava anteriormente havia um ginásio de fisioterapia. Isto até pode ser realizado nesse local. Não é? E aí, o doente ser logo encaminhado para esse espaço.</b> Pronto com um agendamento com o fisioterapeuta pronto. Ah isso será tudo facilitador da referênciação ao programa ." (GP3, p.4, I.181-184)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	"Portanto, acho que as normas ou instruções de trabalho, procedimentos, ajudam e, neste caso em concreto, fazer um especificamente para este programa ou referênciação ao programa, acho que seria facilitador. Ah e não há, <b>não há pelo menos onde eu trabalho, não há normas contra este tipo de referênciação, não (acena negativamente)</b> pronto." (GP3, p.4, I.186-189)	Local de trabalho que apoia a referênciação	Local de trabalho que facilita procedimentos de referênciação	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	<b>"(...) embora haja um bocadinho essa visão, concretamente no meu local de trabalho não sinto isso, nem eu nem os colegas, portanto, não há qualquer pressão para termos que... fazer consultas a correr, dizer isto assim meio depressa. O próprio médico tem autonomia para definir o seu próprio tempo de consulta."</b> (GP3, p.5, I.229-231)	Local de trabalho que apoia a referênciação	Local de trabalho que facilita procedimentos de referênciação	2.2+
		Contexto ambiental e Recursos	<b>"(...) eu também já trabalhei em cuidados de saúde primários no público. Ah e o que é que acontece? Estamos muito pressionados também para trabalhar por indicadores e, portanto, há uma série de registos ou de cliques que nós somos obrigados a fazer. Isso consome muito tempo.</b> Aliás, esse rouba tempo à consulta médica em si (...) (GP3, p.6, I.246-249)	Suporte organizacional insuficiente	Falta de valorização/apoio pela cultura ambiental	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	<b>"Se fizerem um formulário online em que eu tenho que preencher meia dúzia de dados. Um nome, a data de nascimento, a osteoartrose, que exames é que tenho. Isso é uma coisa relativamente rápida. Não me não me leva muito mais tempo referenciar um doente para uma consulta hospitalar do que me levaria a referenciar para para este programa."</b> (GP4, p.3, I.95-99)	Possuir sistemas digitais para a referênciação	Referênciação através de sistemas informáticos	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	<b>"Se for um se for um questionário de 20 páginas, não vai acontecer porque ninguém tem tempo para preencher um questionário de 20 páginas. Portanto, eu diria que se for uma coisa em papel e muito difícil de preencher. Não vai, não vão ter referênciações."</b> (GP4, p.3, I.99-101)	Dificuldades no processo de referênciação	Processo de referênciação demorado ou muito burocrático	2.2-
Contexto ambiental e recursos	<b>"Quando começa a ser uma coisa que exige, ah muitos consentimentos informados, muita coisa aí a pia fininho, porque aí eu realmente não tenho tempo para estar a explicar tudo direitinho ao doente. Ou seja, ah conhecendo eu a minha prática clínica, eu diria que eu podia fazer uma pré-seleção rápida dos doentes, e enviar, mas depois tinha que haver alguém do lado de lá a ver os critérios de elegibilidade para o vosso programa, porque eu não vou não vou ter tempo para ver isso em detalhe, não é?"</b> (GP4, p.3, I.113-118)	Dificuldades no processo de referênciação	Processo de referênciação demorado ou muito burocrático	2.2-		
Contexto ambiental e recursos	<b>"(...) aborreço-me ter de ah..., ou seja, fazer uma referênciação hospitalar de uma forma, ter de fazer uma referência para a nutrição de outra, ter de fazer uma referênciação para serviço social ou de outra forma, e e e para a fisioterapia ou para um outro programa, ainda de uma quarta forma diferente, não é?"</b> (GP5, p.2, I.47-49)	Dificuldades no processo de referênciação	Processos de referênciação fragmentados/não uniformizados	2.2-		
Contexto ambiental e recursos	<b>"Acho que esta proliferação de instrumentos e plataformas hm é talvez a barreira, a única barreira que eu sinto, ah também temos tido a experiência de tentar implementar serviços em cuidados de saúde primários. Sinto que depois as ah a integração destes projetos ah nos sistemas informáticos já existentes, depois não é fácil e ah a única forma viável é criar uma outra plataforma de referênciação (...)"</b> (GP5, p.2, I.49-53)	Dificuldades no processo de referênciação	Processos de referênciação fragmentados/não uniformizados	2.2-		
Contexto ambiental e recursos	<b>"Se pudesse de alguma forma aproveitar a forma como nós fazemos referênciação para fisioterapia nos centros de saúde através do da plataforma que usamos, que é o SClínico, seria assim uma forma muito, muito expedita de de fazermos a referênciação para este programa."</b> (GP5, p.2, I.54-56)	Possuir sistemas digitais para a referênciação	Referênciação através de sistemas informáticos	2.2+		

Oportunidade	Física	Contexto ambiental e recursos	"Portanto, existe dentro do SClínico, existe uma coisa chamada referências internas, dentro das referências internas existe uma que se chama fisioterapia ah e depois <b>se eu pudesse escrever fazendo a referência para fisioterapia, Split.OA</b> ou a Split My Back ou se ou o que for... ou <b>ou não ter de fazer isso, e depois a pessoa que faz a triagem é que encaminha para o programa, acho que seria bastante, seria bastante simples.</b> " (GP5, p.2, l.72-76)	Possuir sistemas digitais para a referência	Referência através de sistemas informáticos	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Geralmente pergunto, o que é que o traz cá, e tento fazer nos primeiros 2 minutos, uma lista de pontos que a pessoa quer ver discutida. Geralmente eu também penso antes de começar a consulta, quais é que são as coisas que eu quero ver discutidas com aquele doente. Ah e às vezes ah tem que se negociar agenda, ou seja, <b>não é possível fazermos tudo naqueles 20 minutos de de de consulta e muitas vezes esta planificação inicial também sai um bocadinho furada, não é?</b> " (GP5, p.6, l.251-255)	Limitações de tempo	Tempo de consulta limitado	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	" <b>Espero que um dia haja um sistema de inteligência artificial que vai buscar esta informação [critérios de referência] ao sistema e me poupa esse trabalho de organização de informação, não é?</b> Ah ou seja, não me parece que seja implementável agora para Split.OA. Ah acho é que no futuro uma tecnologia deste género pode nos ajudar para este tipo de referências." (GP5, p.9, l.400-403)	Possuir sistemas digitais para a referência	Referência através de sistemas informáticos	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Isso tudo depende de quem é que estaria envolvido na referência, se fosse só eu o local de trabalho não iria bloquear nada ou não iria dificultar. Eu tinha o doente em questão, avaliava se ele estava ou não na com os critérios de inclusão vá, para este programa, e referenciava. Agora, <b>se tivesse que existir realmente uma aprovação por parte de superiores, isso aí podia ser um entrave. Se fosse só pela cultura de serviço, não.</b> " (RH1, p.2, l.47-50)	Suporte organizacional insuficiente	Falta de valorização/apoio pela cultura ambiental	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	" <b>Porque será mais fácil iniciar uma terapêutica terapêutica médica do que se calhar referenciar. Isso porque depois imagina listas de espera para um programa destes,</b> então tu começa com terapêutica médica e depois tentas complementar." (RH1, p.7, l.275-277)	Limitações no sistema de saúde	Baixa capacidade de resposta	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	" <b>Na [clínica] privada, vai ser mais fácil de referenciar ah porque poderemos fazer a referência direta.</b> " (RH2, p.1, l.36-37)	Ter um circuito de referência direta	Criação de circuitos/protocolos de referência entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Aqui no <b>no hospital [público] é um pouco mais difícil porque eu posso fazer a referência, por exemplo, para a fisioterapia ou para o serviço de fisioterapia aqui do hospital. Mas a a referência para programas externos terá que sempre que ser dependente do doente,</b> ou seja, faço a referência e depois terá que ser o doente a fazer essa marcação (...)" (RH2, p.1, l.37-40)	Limitações no sistema de saúde	Referências externas dependente do utente	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	"Mas a a referência para programas externos terá que sempre que ser dependente do doente, ou seja, faço a referência e depois terá que ser o doente a fazer essa marcação, <b>a não ser que consigam uma parceria com o serviço de reabilitação daqui, que a gente consiga fazer uma referência direta para esses casos.</b> " (RH2, p.1, l.38-41)	Ter um circuito de referência direta	Criação de circuitos/protocolos de referência entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Ah em termos de privada, a referência é fazer a referência direta ao doente, mas vai depender sempre ah da atitude do doente, não é? Ou seja, <b>eu posso sugerir até posso fazer uma carta de referência, mas depois vai depender sempre do doente ah tomar a iniciativa de procurar o serviço ou não.</b> " (RH2, p.1, l.41-44)	Limitações no sistema de saúde	Referências externas dependente do utente	2.2-
Oportunidade	Física	Contexto ambiental e recursos	"No público, neste momento, e nas ULS's começam a surgir os sistemas de integrados, ou os circuitos integrados e, por exemplo, agora aqui no nosso hospital da nossa área foi criado da lombalgia. Inclui ortopedista, neurocirurgião, ah medicina física e reabilitação e reumatologia. Portanto, por exemplo, <b>criar um circuito integrado da osteoartrose, penso que aí o programa entrará muito facilmente e poderá ser uma forma de trabalharem com os os sistemas públicos.</b> " (RH2, p.2, l.84-88)	Ter um circuito de referência direta	Criação de circuitos/protocolos de referência entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"No fundo são são como se fossem protocolos que são estão a ser elaborados no sentido de <b>otimizar a referência dos doentes e, por exemplo, depois até também a comunicação de retorno para os cuidados de saúde primários. Que às vezes esse é um problema e, portanto, fazer tudo mais a standardizado, por assim dizer. E e este trabalho multidisciplinar.</b> E eu acho que essa poderia ser uma forma de integrar também um destes programas." (RH2, p.2-3, l.100-104)	Ter um circuito de referência direta	Criação de circuitos/protocolos de referência entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	" <b>Não posso referenciar diretamente para fisioterapia, ah posso referenciar uma consulta de medicina física e reabilitação. Posso fazer alguma sugestão, mas a prescrição da fisioterapia estará ao cargo do médico fisiatra,</b> não é? E, portanto, ah escolher ou não esse programa em	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referência no sistema nacional de saúde	2.2-

Oportunidade	Física	Contexto ambiental e recursos	detrimento de outro qualquer programa ah não me caberá a mim, não é? Eu posso sugerir, mas não posso prescrever." (RH3, p.1, l.29-32)	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referenciação no sistema nacional de saúde	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	"Ah, portanto, <b>nós não temos referenciação direta para fisioterapia, tem que ser através do médico fisiatra ou através do médico de família. Portanto, eu acho que no no meu contexto de trabalho público, essa é a principal limitação.</b> " (RH3, p.2-3, l.94-96)	Ter um circuito de referenciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referenciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Ah <b>no contexto privado, talvez seja um bocadinho mais fácil, porque nós podemos referenciar o doente mais facilmente para para fisioterapia.</b> Normalmente passa sempre também pelo médico fisiatra, mas podemos recomendar as sessões e o tipo de programa." (RH3, p.3, l.96-98)	Ter um circuito de referenciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referenciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"(...) fazer-se o mesmo que se faz com exames complementares de diagnóstico e com outros e com outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que é poder se referenciar diretamente para fora, não é? Portanto, do hospital, tal como médico de família pode tem as clínicas convencionadas e referencia, <b>podemos fazer também uma referenciação para fora nos casos em que o hospital não dá, não dá, não dá resposta.</b> " (RH3, p.3, l.110-114)	Ter um circuito de referenciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referenciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"(...) no âmbito deste programa em concreto, <b>houvesse através ou das associações de doentes ou das associações dos grupos profissionais, um grupo de profissionais de referência que nós tivéssemos uma forma de referenciar diretamente.</b> (...) Para em que houvesse um grupo de fisioterapeutas já com treino e com a formação neste programa em concreto, ah e que nos doentes que pudessem depois fazer o pagamento a título particular, não é?" (RH3, p.3, l.115-119)	Possuir sistemas digitais para a referenciação	Possuir ferramentas digitais para facilitar o acesso ao programa	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Referenciaríamos diretamente ah sabendo que existe um programa, existe um um grupo, que se vocês tivessem <b>um site, ou uma aplicação, ou alguma coisa em que os doentes pudessem aderir diretamente para aqueles que tenham depois condição económica para para isso.</b> " (RH3, p.3, l.119-122)	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referenciação no sistema nacional de saúde	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	" <b>Não há prescrição de de de sessões de fisioterapia válidas aceites pelo Serviço Nacional de Saúde por parte de reumatologistas,</b> não é... não existe. Eu não posso passar uma credencial de fisioterapia, não é? Portanto, isso pode ser uma uma uma barreira." (RH3, p.5, l.204-207)	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referenciação no sistema nacional de saúde	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	"Portanto, a menos que haja realmente da parte da vossa parte, através das associações profissionais ou a disseminação pelas associações de doentes e alguma forma da nossa referenciação direta, <b>vai ser um bocadinho difícil no contexto, pelo menos no Serviço Nacional de Saúde, uma uma prescrição direta nossa, não é?</b> " (RH3, p.6, l.253-256)	Local de trabalho que apoia a referenciação	Local de trabalho que facilita procedimentos de referenciação	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Se esse programa tivesse implementado, por exemplo, aqui na nossa prática, <b>não haveria qualquer entrave em fazer essa essa referenciação em termos financeiros ou legais,</b> ou seja o que for." (RH4, p.1, l.18-19)	Ter um circuito de referenciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referenciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Como sabe em Portugal não existe uma referenciação direta ao fisioterapeuta, pelo menos no Público, não é? (...) Não existe. Ah e no privado já não é assim. <b>Nós podemos referenciar diretamente àquele fisioterapeuta, mas havendo um programa destes credenciado, eu não via ah qualquer entrave que fosse diretamente referenciada ao programa.</b> " (RH4, p.1, l.39-40, 42-44)	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referenciação no sistema nacional de saúde	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	"[não haver esta referenciação direta] <b>Iria demorar mais um pouco, não é? Ou seja, nós teríamos que solicitar uma consulta para o serviço de medicina física e reabilitação e sendo ia ser visto pelo fisiatra para depois entrar no programa e assim ah referenciaríamos logo diretamente para o programa.</b> " (RH4, p.2, l.49-51)	Limitações no sistema de saúde	Baixa capacidade de resposta/Referenciações externas dependente do utente	2.2-
		Contexto ambiental e recursos	"(...) <b>o nosso serviço de Fisiatria, não aceita fazer reabilitação de doentes com osteoartrose. Ou seja, todos estes doentes vão para o convencionado.</b> Portanto, neste momento, não havendo este programa instituído, o doente não não ah pode ser referenciada à fisiatra, mas depois nunca inicia a fisioterapia sempre vai sempre para o exterior." (RH4, p.2, l.65-68)	Ter um circuito de referenciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referenciação entre serviços	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"Agora, <b>se tivéssemos este programa instituído no serviço, tinha que haver uma linha verde (faz sinais de aspas com mão), de forma que os doentes pudessem ser logo canalizados e iniciar o programa.</b> " (RH4, p.2, l.69-70)	Ter um circuito de referenciação direta	Comunicação da capacidade de resposta do programa	2.2+
		Contexto ambiental e recursos	"A referenciação, se houver uma referenciação direta ao programa, eu julgo que ela será rápida é <b>preciso é depois perceber a resposta de quem está a implementar o programa, quantos quantas pessoas consegue ah inscrever no programa</b> porque se isto for um sucesso, nós vamos ter muito mais procura do que do que oferta." (RH4, p.4, l.160-163)	Limitações no sistema de saúde	Limitações para a referenciação no sistema nacional de saúde	2.2-
Contexto ambiental e recursos	"(...) o grande problema deste tipo de de de iniciativas e de de de programas que nós gostávamos de implementar, é a <b>ausência de referenciação do sistema nacional de saúde. Nos cuidados de saúde primários não estão alerta para isso.</b> " (PMR1, p.1, l.24-26)					

Oportunidade	Contexto ambiental e recursos	"Ah mas eu acho que <b>no meu contexto até seria o contexto mais fácil. Temos temos o mais difícil que são os recursos humanos.</b> " (PMR1, p.4, l.158-159)	Local de trabalho que apoia a referênciação	Local de trabalho que facilita procedimentos de referênciação	2.2+	
		"Depende se for fácil ou não, <b>se for demasiado burocrático, isso aí não vai ter muito muita adesão.</b> Mas se for fácil de...intuitivo, que não ocupe muito tempo." (PMR2, p.4, l.168-170)	Dificuldades no processo de referênciação	Processo de referênciação demorado ou muito burocrático	2.2-	
		"(...) acho que <b>era uma mais-valia em estabelecer com a articulação direta, uma consulta, quando eu vejo os doentes conseguir fazer uma articulação ou um canal de comunicação direta com um programa que existisse aqui estruturado.</b> Acho que dizia que todo o sentido e facilitava muito bom trabalho." (PMR3, p.2, l.55-57)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+	
		"E depois era importante criarmos <b>um método de referênciação direto, que nos facilitasse essa articulação esse trabalho em equipa.</b> Acho que fazia todo o sentido." (PMR3, p.2, l.67-68)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+	
		"Acho que <b>a existência desse programa, por exemplo, nos centros de saúde, fazia todo o sentido em doentes que nós vissemos na consulta, fazermos uma referênciação e uma articulação direta com o fisioterapeuta que tivesse a desenvolver este programa no centro de saúde.</b> " (PMR3, p.2, l.81-83)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+	
		"E ainda para mais agora que somos toda todos ULS, portanto, unidades locais de saúde e, portanto, os centros de saúde e os cuidados hospitalares são integrados na mesma instituição. Acho que era muito, acho que <b>facilita muito comunicação e a transferência de cuidados, por exemplo, da consulta hospitalar para o fisioterapeuta dos cuidados de saúde primários</b> que tivesse a cargo desse programa." (PMR3, p.2, l.84-88)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+	
		"(...) num local específico em que eu consigo fazer a articulação direta com esse sítio. E podia dizer ao doente "olhe há este programa neste local e vou estabelecer o contato com eles, vou referenciá-la para lá. Tem interesse? Não tem interesse?". <b>Se houvesse este tipo de articulação acho que era muito mais fácil o meu trabalho.</b> " (PMR3, p.5, l.201-204)	Ter um circuito de referênciação direta	Criação de circuitos/protocolos de referênciação entre serviços	2.2+	
		"Às vezes, uma das nossas limitações é o tempo da consulta, ou seja, normalmente são <b>consultas muito com um número elevado de doentes para um curto período de tempo</b> e que, por vezes, nós podemos nos esquecer de fazer essa referênciações quando temos uma limitação temporal." (OS1, p.4, l.190-192)	Limitações de tempo	Tempo de consulta limitado	2.2-	
	Social	Influências Sociais	<b>Facilitador, eventualmente dentro da equipa médica, a capacidade de interajuda que nós temos e se estamos com alguma dificuldade:</b> "eh pá, vou precisar de mais tempo com este utente. Vou vou precisar daqui de ajuda a resolver uma situação". A ajuda nesse sentido, se tiver que prolongar o tempo de consulta, por exemplo, falando das dificuldades que a que me referi, se for preciso temos ajuda nesse sentido. (GP1, p.2, l.71-74)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"Se eu falasse sobre o assunto e <b>se houvesse essa possibilidade de referênciação, tenho a certeza que estariam todos disponíveis para... para pensar sobre o assunto e referenciar quando necessário. Ah... é uma equipa que realmente está disponível para isso.</b> " (GP1, p.3, l.105-107)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"Ah quando tenho... <b>dúvidas também estamos todos à vontade na equipa para nos questionarmos uns aos outros...</b> e mesmo opinião pessoal sem serem em reunião, contato direto – "Vê lá o que é que tu achas sobre isto? Achas que devo referenciar?" <b>E assim todos nós dentro da equipa aceitamos essas opiniões e influenciam bastante.</b> " (GP1, p.3, l.127-130)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"(...) <b>se eu acho que a pessoa realmente precisa de uma referênciação, eu não tenho medo de o fazer. Alguns colegas, às vezes – "Ah se calhar vou deixar aqui os colegas do hospital agora em paz uns tempos e ver como é que acontece".</b> Eu não, se eu acho que é para referenciar <b>referencio logo</b> (...)" (GP1, p.3, l.131-133)	Resistir a pressão/conformidade de grupo	Autonomia/proatividade na decisão de referênciação	2.1+
		Influências sociais	"Um, por exemplo, mesmo no centro de Saúde, <b>acho que se houvesse também uma facilidade ou mais facilidade na comunicação com com a nossa fisioterapeuta, obviamente que que as referênciações também poderiam ser mais fáceis</b> no sentido até de percebermos melhor o que é que faz sentido ou não referenciar." (GP1, p.6, l.265-267)	Dificuldades no trabalho multidisciplinar	Dificuldade em colaborar com profissionais de outras áreas	2.1-
		Influências Sociais	"Ah grande obstáculo ( <i>ênfase e sorriso</i> ) <b>maior parte das pessoas, quando quando tem uma dor típica de osteoartrose a primeira coisa que querem fazer são exames de imagem. Ah mais até do que uma do que um tratamento de farmacológico para dor ou uma estratégia de reabilitação</b>	Crenças/características do utente que desencorajam a referênciação	Falta de predisposição/crenças	2.1-

Oportunidade	Social	Influências Sociais	que dependa mais ou menos de aulas ou da ou da participação de outros profissionais de saúde, ou seja, falando desde mudanças de estilo de vida até atividades que envolvam fisioterapia." (GP2, p.1, l.27-31)		negativas do utente face ao programa	
		Influências Sociais	"A imagino que o receio [das pessoas] sobre a efetividade de um programa de fisioterapia também ah também possa possa ser um um uma preocupação. Há sempre o receio... ah às vezes verbalizado de forma mais explícita ou não de como é que vão ficar no no final de um programa de fisioterapia, se vão ficar melhores, se vão ficar piores, se vão ficar igual, se faz diferença ah mas, mas pronto julgo que estas são as principais, são as principais ah obstáculos." (GP2, p.2, l.58-62)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"Será sempre mais fácil ah recrutar pacientes para um programa deste género, quando eles, ah numa fase em que eles, de facto, valorizem que existe um problema e que esse problema não foi... não é só sinal de envelhecimento ou do ou ou parte da vida do dia-a-dia, mas foi algo que foi disruptivo (...)" (GP2, p.4, l.180-183)	Características do utente que facilitam a referenciação	Potenciar a referenciação quando o utente se encontra mais receptivo	2.1+
		Influências Sociais	"(...) eu acho que tanto a equipa de enfermagem como a equipa médica estariam muito disponíveis para os os diria que até os enfermeiros para assinalarem situações que para nós avaliarmos (...)" (GP4, p.4, l.155-157)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"Só se eu não conhecer o utente, ou seja, os meus utentes, acho que a opinião dos meus colegas não interfere... não influencia a minha ah decisão de referenciar ou não. Porque a minha avaliação dos utentes ah chega para eu decidir se vou referenciar ou não a um determinado programa de reabilitação." (GP4, p.4, l.161-163)	Resistir a pressão/conformidade de grupo	Autonomia/proatividade na decisão de referenciação	2.1+
		Influências Sociais	"Se o doente não for meu e eu não o conhecer, eu preciso de mais informação até do ponto de vista social. Se aquela pessoa tem cognição, vontade e interesse em participar numa coisa destas. E aí a opinião do meu colega conta muito. Porque já conhece o utente, não é?" (GP4, p.4, l.165-168)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"(...) é mais fácil referenciar uma pessoa para a osteoartrite do joelho, quando ela tem uma agudização porque aquilo a chateia, do que referenciar uma pessoa com uma osteoartrite que não lhe dá grandes chatices." (GP4, p.5, l.227-229)	Características do utente que facilitam a referenciação	Potenciar a referenciação quando o utente se encontra mais receptivo	2.1+
		Influências Sociais	"Eu tenho pessoas que me dizem "não, eu não quero fisioterapia porque eu já fiz uma vez fisioterapia e fiquei na mesma, portanto não vou repetir". Quando, quando o próprio não sente ganho funcional, não, não quer despende nem o tempo, nem o dinheiro para intervir porque acha que não vai ter resultados, não é? (...) Se a pessoa previamente fez um um uma fisioterapia e não notou melhoria, vai ser difícil ser referenciado para um programa, mesmo que seja diferente." (GP4, p.6-7, l.298-303)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"(...) nós dentro das nossas unidades falamos sempre uns com os outros, não é? Portanto, se alguém me disser que tem uma experiência positiva com o programa no sítio Y, sou capaz de tentar isso com alguns doentes e ver se a minha experiência é igualmente positiva." (GP5, p.5, l.197-199)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos colegas	2.1+
		Influências Sociais	"Ah acho que em termos culturais, nos nos últimos 20 anos ah a prestação de saúde está muito vocacionada ou excessivamente vocacionada para a prevenção cardiovascular e prevenção oncológica, não é? Portanto, quando aparecem problemas desses em consulta, eles tendem a tomar primazia dentro da consulta face a outras coisas que se calhar interferem mais com a qualidade de vida das pessoas, mas que não são uma ameaça direta à sua vida, não é?" (GP5, p.6, l.257-261)	Conformidade profissional	Pressão profissional/cultural direcionada para outras prioridades	2.1-
		Influências Sociais	"Claro, se eu vir que a pessoa não está de todo disposta a fazer nada que não seja tomar medicamentos, porque essas pessoas também existem, não é? Se calhar não referenciaría (...)" (GP5, p.6, l.275-277)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"E de facto, há pessoas que acham que há sempre varinhas mágicas que resolvem os problemas e algumas varinhas mágicas são medicamentos, não é? Que são fáceis de tomar. Ah nesse... se a pessoa tem uma crença muito deste género, dificilmente eu vou encaminhar para fisioterapia, porque a pessoa não vai, não vai querer aderir." (GP5, p.6, l.283-286)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
Influências Sociais	"Se for um colega que já tenha tido a experiência, então já há um feedback positivo ou negativo do programa. Isso pode influenciar do que ser eu a piloto, por exemplo. Mas se não com base no conhecimento que nós temos, não é por apenas um colega dizer que não houve benefício naquele momento em específico que eu não vou referenciar." (RH1, p.3, l.113-116)	Resistir a pressão/conformidade de grupo	Autonomia/proatividade na decisão de referenciação	2.1+		

Oportunidade	Social	Influências Sociais	"Agora, se tu tens o feedback, que nós há pouco falamos, <b>temos um bom feedback de um programa. Então, acaba por influenciar é a decisão de outros colegas.</b> " (RH1, p.6, l.250-252)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos colegas	2.1+
		Influências Sociais	"Ah ou doente me diz mesmo que não, que eu mesma referenciando que ele não tem condições para, então isso aí não vou referenciar. Já sei que ele não vai. É uma perda de tempo é um desperdício. E se mais for pela vontade dele. Se ele não quer, eu não vou referenciar. Mas a minha intenção seria referenciar." (RH1, p.7, l.294-297)	Crenças/características do utente que desencorajam a referência	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"Se tiveres bom feedback, os doentes vão vão ouvir falar. Eles falam entre eles. Isso aí pode ser um aspeto positivo e para os colegas também. Foi aquilo que nós falámos antes. Se nós temos um feedback de que um programa resulta, então vais influenciar as tuas colegas." (RH1, p.8, l.329-332)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	"(...) nós ainda temos um grande grupo de doentes que considera que o cuidado é responsável de terceiros. Ou seja, ah tudo vai depender dos profissionais de saúde que vão estar a cuidar dela. Ela apenas é recetora, não vai ter um papel ativo. <b>E ainda temos um grande grupo de doentes assim, nesses eu acho que vai ser muito difícil. Por mais que se faça, por mais tempo que haja, sem custos, sem nada, vai ser difícil.</b> " (RH2, p.4, l.196-200)	Crenças/características do utente que desencorajam a referência	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"(...) mas imagine que é um programa de referência pago e ainda com um custo elevado. Ah eu confesso que eu tenho alguns problemas mais éticos (...) Ou seja, se for um doente com poucas condições económicas, eu posso ter ah alguma limitação de fazer essa referência, pronto." (RH2, p.5, l.223-227)	Crenças/características do utente que desencorajam a referência	Falta de condições do utente desencorajam a referência	2.1-
		Influências Sociais	"Em termos de tempo de consulta, eu acho, quer dizer, se houver um programa que está bem estruturado, <b>que todas as pessoas sabem quando a gente referencia do que é que fala até é simples, não é?</b> " (RH3, p.3, l.127-129)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	"Eu acho que a ah a <b>postura entre profissionais vai ser sempre de passar a palavra e de dar a conhecer, e de referenciar</b> , desde que realmente haja essa rede montada e esse acesso." (RH3, p.4, l.152-153)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos colegas	2.1+
		Influências Sociais	"Ah eu acho que essa <b>boa relação que nós temos depois com os profissionais que efetivamente conseguem prescrever</b> , ah creio que haverá uma percentagem de doentes em que nós consigamos que a mensagem passe e o doente chegue efetivamente a ter uma prescrição com esse com esse intuito." (RH3, p.6, l.261-264)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"Pois se <b>se realmente for um programa que tem uma ampla disseminação e e e que está bem enraizado por por todos, facilita-nos</b> , não é? Facilita-nos na na na referência, não precisamos de tanto tempo a explicar o que é que pretendemos, o que é que pretendemos de um programa de reabilitação, <b>se os objetivos já forem conhecidos de todos</b> , será mais será mais fácil mesmo no dia-a-dia de consulta e de e de e do tempo que é consumido para para fazer essa referência." (RH3, p.7, l.287-291)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	"Portanto, acho acho que era capaz de ser bastante persuasiva para que eles ah integrassem o programa e tenho a certeza que depois, <b>integrando o programa, isto vai passando de boca em boca e depois a persuasão acaba por ter um efeito dominó.</b> (...)" (RH4, p.4, l.142-144)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	"Eu acho que isso é o maior sucesso de qualquer programa. É de facto, o programa ser bom, obviamente. O doente ter essa percepção, não é? A percepção e, notar benefício em termos clínicos, e depois <b>isso acaba por passar e é transmitido ao médico ou ao fisioterapeuta. Nós vamos conversando entre pares e as pessoas vão referenciando cada vez mais.</b> " (RH4, p.4, l.148-151)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	"E depois eu acho que é a tal <b>passagem de mensagem boca a boca</b> , um doente que aderira ao programa, tem perfil para aderir ao programa e sente-se bem, porque vai se sentir bem certamente no fim do programa, <b>vai dizer ao outro doente "A vai pá tu tens que ir porque aquilo é muito bom".</b> " (RH4, p.8, l.363-366)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos utentes	2.1+
		Influências Sociais	" <b>Aí vejo uma problemática que é uma problemática muito comum hoje em dia, que é a ausência de uma... ah um trabalho em equipa entre o médico, a fisiatra e o fisioterapeuta.</b> " (PMR1, p.1, l.41-42)	Dificuldades no trabalho multidisciplinar	Dificuldade em colaborar com profissionais de outras áreas	2.1-
Influências Sociais	"(...) <b>eu tenho clínicas onde é muito fácil implementar coisas novas, porque as pessoas estão recetivas e há uma boa dinâmica entre médico e, ou seja, entidade referenciadora e terapeutas, e há outros que não.</b> " (PMR1, p.4, l.195-197)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreajuda com outros profissionais	2.1+		

		Influências Sociais	"Quanto mais um médico de família conhece o papel do fisiatra e o que é que o fisiatra ou a fisioterapia pode adicionar, mais eles referenciam." (PMR1, p.4-5, l.199-200)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreaduda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"Como não há aí médico fisiatra envolvido e eu nunca vou ter o controlo sobre o doente e não e não estou só a falar da da questão financeira. Eu só faria [referenciar para Split.OA] em situações em que eu tenho muito, muito à vontade com o terapeuta, com uma boa articulação." (PMR1, p.5, l.244-246)	Dificuldades no trabalho multidisciplinar	Dificuldade em colaborar com profissionais de outras áreas	2.1-
		Influências Sociais	"(...) é muito mais fácil referenciar ou implementar este tipo de programas, por exemplo, enquanto eu médica, nas clínicas em que eu tenho uma ótima excelente relação interação profissional com as terapeutas." (PMR1, p.8, l.362-364)	Ter uma boa relação interprofissional	Ter uma boa relação e entreaduda com outros profissionais	2.1+
		Influências Sociais	"(...) não vejo qualquer problema da parte de de dos meus colegas referenciarem para este tipo de programa." (PMR2, p.1, l.33-34)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos colegas	2.1+
		Influências Sociais	"Portanto, eu faço a referenciação e recomendação para irem para programas comunitários, mas muita resistência, muito pouca aderência, pouca vontade dos doentes." (PMR3, p.1, l.39-41)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"(...) eu acho que eventualmente era capaz de apanhar uma barreira ou outra pelo caminho ( <i>sorriso</i> ). Ou ou iam os doentes dizerem-me que não estavam interessados ou que não tinham transporte ou que não conseguiam vir o que, etc, etc etc." (PMR3, p.6, l.261-263)	Crenças/características do utente que desencorajam a referenciação	Falta de predisposição/crenças negativas do utente face ao programa	2.1-
		Influências Sociais	"Eu acho que no geral todos os meus colegas ou a maioria dos meus colegas encorajam uma referenciação para estes programas. Num doente que ainda não tenha sido submetido a tratamento conservador já de início, ou que não tenha feito uma reabilitação." (OS1, p.3, l.113-115)	Recomendação do programa por outros	Promoção/disseminação do programa por parte dos colegas	2.1+
Motivação	Reflexiva	Papel Social/Profissional e Identidade	"Dentro da área de fisioterapia, não tenho grandes noções e isso admito que realmente não tenho grandes noções na área de fisioterapia nem de fisioterapia. Daí também achar este programa ah interessante no sentido de de me ajudar a ah ter uma melhor resposta para os meus utentes naquilo que eu não consigo ajudar, que eu não sei." (GP1, p.4, l.144-147)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o valor do programa face às suas limitações profissionais	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"[As pessoas] Querem só ter a certeza que que não é algo particularmente grave, mas não não perspetivam que a reabilitação que exista um programa de reabilitação que lhes possa devolver função. Ah e é ah... pronto é uma missão difícil, mas é uma missão uma missão que temos que partilhar, a perspetiva de que o objetivo não é só controle de dor, mas também a melhoria da função, seja no contínuo de alterações de estilo de vida, reabilitação, seja em que fase for o papel da fisioterapia até ao até ao extremo da da substituição da prótese." (GP2, p.3, l.137-142)	Referenciação como parte do papel profissional	Gerir as expetativas do utente e promover o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) não vejo isto como como uma mudança da minha da minha atividade ou da minha, ou do meu papel, no no sistema ou na ou na consulta. Referenciar para cuidados diferenciados para os para os quais eu não, não estou habilitado para prestar é algo que... ou não estou preparado, é algo que faz parte do do trabalho de um médico de família." (GP2, p.6, l.292-295)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Se calhar, existe aqui uma uma missão importante na redireção do esforço e da preocupação dos outros até serem observados por um ortopedista ou em realizar MCDTs ah e dirigir esse esforço para para serem acompanhados por um fisioterapeuta." (GP2, p.6-7, l.297-299)	Referenciação como parte do papel profissional	Gerir as expetativas do utente e promover o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) sinto que é o meu papel. Não estou a depender só de que não estou a tranquilizar com exames de imagem e com fármacos... que não que não vão ter um impacto na modificação do custo da doença." (GP2, p.8, l.388-390)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) depois partilha também dos resultados com o próprio médico referenciador no sentido de... pronto se avaliar também o impacto no no utente, a adesão e os resultados clínicos." (GP3, p.1, l.26-28)	Existir uma gestão partilhada do utente	Feedback contínuo sobre a evolução do utente durante a participação no programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Ah do ponto de vista da equipa médica, ah se virmos numa perspetiva multidisciplinar... ah médico de família e depois o acompanhamento acompanhamento, lá está, fisioterapeuta, MFR, ortopedia... Acho que que isto poderá ser muito interessante no sentido reunimos esforços no mesmo sentido e na na reabilitação destes doentes (...)" (GP3, p.1, l.36-39)	Existir uma gestão partilhada do utente	Motivação para trabalhar em equipa multidisciplinar	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Considero que tenho que tenho um lugar privilegiado nessa referenciação ah porque o médico de família é um bocadinho gestor dos cuidados do doente, não é? Mesmo que vá especialidade normalmente retorna à medicina geral e familiar. Ah, portanto, acho que nós podemos	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+

Motivação	Reflexiva		ser ah a especialidade ou os médicos que podem referenciar muitos doentes para este programa. Até porque normalmente fazemos o o primeiro contato e e às vezes o diagnóstico, quer clínico quer imagiológico, desta destas situações." (GP3, p.2, l.52-56)			
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) <b>um aspeto importante também é ah permitir que o profissional que referenciou o doente vá tendo ah vá sendo atualizado da própria evolução ou ou então no final do programa que pudesse ter algum tipo de relatório ou algum feedback.</b> " (GP3, p.3, l.114-116)	Existir uma gestão partilhada do utente	Feedback contínuo sobre a evolução do utente durante a participação no programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) se o médico de família conseguir que as pessoas não vão muito longe, <b>e que saibam que vão naquele dia e que vão fazer x coisas e que é expectável que melhorem em x tempo e que o que é que tem que aprender... E se as coisas forem organizadas e se o médico de família a quem tiver um feedback do que é que as pessoas andam a fazer, e o que é que melhoraram ou não, não é? Ah, acho que não, acho que vai ter uma adesão ah incrível (...)</b> " (GP4, p.1-2, l.44-48)	Existir uma gestão partilhada do utente	Feedback contínuo sobre a evolução do utente durante a participação no programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) claramente para mim, a referenciação nunca será um problema relevante neste, neste, nesta questão. <b>Acho que o os cuidados de saúde primários estão muito habituados a referenciar pessoas com problemas musculoesqueléticos para programas de reabilitação.</b> " (GP5, p.10, l.447-449)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) eles perceberem que o médico não é alguém superior e que nós somos uma equipa, que eu não mando. <b>Nós decidimos em conjunto, eu exponho o que está disponível e ele vai decidir comigo.</b> Isso é o que eu digo logo na consulta e acho que assim consigo chegar um bocadinho mais ao doente." (RH1, p.4, l.169-171)	Referenciação como parte do papel profissional	Gerir as expetativas do utente e promover o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Isoladamente eu não consigo tratar este doente. <b>Eu considero que eu devo tratar o doente de forma multidisciplinar. Portanto, este programa entra nesse nessa abordagem multidisciplinar que nós temos que encarar o doente.</b> " (RH4, p.5, l.195-197)	Existir uma gestão partilhada do utente	Motivação para trabalhar em equipa multidisciplinar	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Ah e há uma completa inexistência de um acompanhamento de um médico que por acaso até estuda isso e pode acompanhar essas situações e que, independentemente de não ter uma intervenção direta sobre doente, ou seja, no tratamento em que será o terapeuta, obviamente a fazer e acompanhar, <b>mas que pode dar uma orientação e complementar.</b> " (PMR1, p.1-2, l.45-49)	Limitação do papel do médico no programa	Falta de acompanhamento médico no decorrer do programa	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	"E, portanto, quando nós queremos a tratar isto exclusivamente sem haver uma integração no sistema de saúde com um médico que pode medicar ou não com outros tipos de medicação, suplemento e de acompanhamento. Estamos a falhar logo à partida, ia por aí que <b>não vai depois haver uma implementação tão fácil porque se está excluir uma classe que aqui esta é realmente importante</b> , que é que vai fazer a ponte entre o centro de saúde." (PMR1, p.2, l.56-60)	Limitação do papel do médico no programa	Falta de acompanhamento médico no decorrer do programa	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	" <b>Se aqui elimina completamente o o médico que faz uma avaliação de evolução e de como é que está a correr a patologia, vai perder esse esse contato, não é? Ou seja, vai perder esse feedback com o centro de saúde</b> , que depois é discutível, se funciona melhor ou pior. No nos módulos em que está." (PMR1, p.2, l.69-71)	Limitação do papel do médico no programa	Falta de acompanhamento médico no decorrer do programa	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	" <b>E acho difícil eu, fisiatra, fazer esse referenciamento não havendo nunca a intervenção do médico.</b> " (PMR1, p.5-6, l.246-247)	Limitação do papel do médico no programa	Falta de acompanhamento médico no decorrer do programa	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	" <b>E bastava aí no programa dizer que há uma avaliação, ou que tem um médico de recurso para o caso de haver alguma intercorrência, ou para o caso de ser necessidade de medicação coadjuvante.</b> " (PMR1, p.6, l.263-264)	Existir uma gestão partilhada do utente	Médico estar envolvido/integrado no programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) a forma como falou que está montado é um programa para terapeutas fazerem. <b>Não há nunca uma articulação com os com os profissionais de saúde médicos, então não. Para mim, morreu logo à partida, não percebe? (sorriso)</b> " (PMR1, p.6, l.292-294)	Limitação do papel do médico no programa	Falta de acompanhamento médico no decorrer do programa	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	"Não tenho grandes chatices com isso, portanto, <b>eu gosto de trabalhar em equipa, portanto não viria não viria nenhum problema nessa nessa referenciação.</b> " (PMR3, p.6, l.280-281)	Existir uma gestão partilhada do utente	Motivação para trabalhar em equipa multidisciplinar	3.1a+
Papel Social/Profissional e Identidade	"Há colegas meus fisiatras que são muito mais fechados do que eu. (...) Podem não ver com tanta simpatia a este tipo de programas. Ou <b>porque os doentes estão longe da alçada deles ou porque os doentes não... ou porque eles não conhecem os fisioterapeutas envolvidos no projeto e não querem referenciar para fisioterapeutas que não conhecem etc etc etc.</b> " (PMR3, p.7, l.300-304)	Limitação do papel do médico no programa	Preocupações em referenciar para programas/profissionais externos ou desconhecidos	3.1a-		

Motivação	Reflexiva	Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) [colegas fisiatras] <b>não estariam se calhar dispostos a referenciar doentes para um programa que fosse externo</b> , por exemplo. Como, como por exemplo, este programa que mencionou." (PMR3, p.7, l.313-314)	Limitação do papel do médico no programa	Preocupações em referenciar para programas/profissionais externos ou desconhecidos	3.1a-
		Papel Social/Profissional e Identidade	"E, portanto, <b>eu não tenho problema nenhum em trabalhar com fisioterapeutas que eu que não estão a partilhar o espaço físico comigo</b> ." (PMR3, p.7, l.316-317)	Existir uma gestão partilhada do utente	Motivação para trabalhar em equipa multidisciplinar	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"(...) <b>o facto de ser ortopedista acaba por facilitar um bocadinho a referênciação destes doentes</b> numa fase inicial." (OS1, p.2, l.53-54)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+
		Papel Social/Profissional e Identidade	"É assim <b>o facto de ser ortopedista acho que facilita a abordagem ao doente com patologia muscular esquelética</b> . Pronto, porque nem tudo nem toda a dor na anca é uma coxartrose, nem toda a dor no joelho é uma gonartrose. Há muitas outras coisas que têm que ser pensadas e excluídas." (OS1, p.4, l.162-164)	Referenciação como parte do papel profissional	Reconhecer o seu papel como agente referenciador para o programa	3.1a+
		Crenças sobre capacidades	"(...) <b>conhecendo o meu utente e conhecendo... pelo menos as alterações que que o utente já apresenta e as queixas de dor. Acho que tenho pelo menos alguma competência para o fazer</b> . A meu ver, as referenciações também servem um pouco ah para me ajudar numa especialidade que eu não sei tanto, não é?" (GP1, p.4, l.161-163)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"(...) <b>tenho realmente alguma falta de formação nessa área e dificuldade muitas vezes identificar o que é que fará sentido ou não referenciar</b> ." (MFG1, p.6, l.269-271)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-
		Crenças sobre capacidades	"Acho que tenho alguma confiança no sentido de que não tenho dúvidas na identificação de artroses da anca e do joelho ligeiras. Identificação da dor é evidente, não é? Ah <b>as minhas principais dúvidas, será quando exatamente em que altura da patologia ou ou das queixas que estão presentes em é que devemos referenciar</b> . Em que altura é que será benéfico realmente referenciar?" (GP1, p.6, l.281-285)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-
		Crenças sobre capacidades	"Em que altura é que será benéfico realmente referenciar? Não é? São essas as minhas principais dúvidas. Tendo dúvidas optaria sempre por referenciar, mas lá está. Teria nesse sentido, não é? <b>Teria sempre dúvidas nesse sentido, se não tiver uma formação mais adequada</b> ." (GP1, p.6, l.284-287)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-
		Crenças sobre capacidades	"Agora, entre o tempo que eu levo a emitir uma credencial para a fisioterapia e o tempo que eu levo a preencher meia dúzia de dados para depois vocês fazerem uma uma avaliação se aquele doente é elegível ou não. <b>Eu não vejo que isso seja muito diferente na minha prática clínica</b> ." (GP4, p.3, l.106-109)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"Ah <b>os processos de referenciação às consultas hospitalares são morosos. Ah e não acho que seja muito mais moroso fazer uma referenciação para cardiologia ou para dermatologia do que é, por exemplo, para pró Split.OA</b> . Não me parece que seja muito, muito diferente." (GP4, p.3, l.143-145)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"A promoção do exercício físico é das coisas mais difíceis que eu tenho que fazer na minha prática clínica. E <b>quando me pergunta se eu tenho as competências para vender um programa destes. Eu não sei responder a isso. Porque ah imagino que haja muitas competências que eu poderia adquirir para fazer isso melhor</b> ." (GP4, p.4, l.187-190)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-
		Crenças sobre capacidades	"Ah mas eu tento que os doentes adiram a qualquer coisa que promova o exercício físico e a mobilidade. Isso é uma, é uma coisa que eu tento muito. E, portanto, ah <b>eu acho que estaria em condições de promover o vosso programa</b> , isso sim." (GP4, p.4-5, l.194-196)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	" <b>A limitação de tempo é dos problemas que eu giro pior</b> . Quando nós temos múltiplos múltiplos problemas de saúde, ah e temos que intervir ah por regra, o que eu faço é ah perceber que intervenção é que vai abarcar o maior número de problemas. E qual é que é mais importante para o doente." (GP4, p.5, l.211-213)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b-
		Crenças sobre capacidades	"Bem, eu acho que que sim, tenho que <b>tenho todas as ferramentas para para a referenciação (pausa)</b> . Mas já participei noutros estudos que eram bem mais difíceis, tinha que fazer citologias às senhoras e tinha que... isto, não." (GP4, p.9, l.407-409)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
Crenças sobre capacidades	"Você agora tem uma artrose no joelho ah eu acho que ganhava fazer aqui uma fisioterapia", não é? Geralmente é tudo o que eu digo ao doente, é qualquer coisa como isto. E depois faço uma	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança na capacidade de gerir o	3.1b-		

		prescrição de fisioterapia e a pessoa vai a um determinado sítio. <b>Se me pedem para na gestão deste doente ter mais intervenção do que isto é difícil porque para além de eu gerir ou a artrose no joelho nessa consulta, estou a gerir mais 4 ou 5 problemas de saúde e tenho 20 minutos de consulta. Não consigo fazer mais do que isto.</b> " (GP5, p.5, I.223-227)		tempo de consulta necessário à referenciação	
	Crenças sobre capacidades	"Ah por isso <b>acho que é seria fácil para nós ah referenciar doentes e compreendemos a importância deste programa, por isso acho que daí a viabilidade é ótima.</b> " (RH1, p.1, I.41-42)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"Isso tudo depende de quem é que estaria envolvido na referenciação, <b>se fosse só eu o local de trabalho não iria bloquear nada ou não iria dificultar. Eu tinha o doente em questão, avaliava se ele estava ou não na com os critérios de inclusão vá, para este programa, e referenciava.</b> " (RH1, p.2, I.47-49)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"O tempo na consulta, sim, mas também <b>não perdemos muito tempo a referenciar um doente. Basta explicar a forma generalizada, o programa, se ele se ele aceita ou se não aceita. Não, não é por aí.</b> Tudo bem que nós temos 15, 20 minutos por consulta, mas havendo vontade, o tempo não é uma uma barreira." (RH1, p.2, I.62-64)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"(...) <b>não havendo trabalho a mais durante uma consulta, a não ser aquela breve explicação do programa e que será vantajoso para o doente. Então aí muito menos barreiras vai vai existir.</b> Agora se demorasse, imagina 20 minutos explicar ao doente, isso era o dobro do tempo que uma consulta aí terias problemas, assim não." (RH1, p.3, I.)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"Ah mas a [clínica] <b>privada, sim, temos muitos doentes que nos procuram nesta fase é que ainda não há indicação cirúrgica e, portanto, acho que será fácil de referenciar.</b> " (RH2, p.2, I.61-62)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"E e aí está na minha prática clínica eu já... perder tempo, por assim dizer, já a dar essas orientações, e de prática de exercício, e de perda ponderal, e de mudança de hábitos e orientar para a reabilitação. <b>Portanto, não acho que vá acarretar muito mais trabalho do que aquilo que já faço.</b> " (RH2, p.2, I.62-65)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
Motivação	Reflexiva	"Claro que havendo um programa estruturado para o qual nós também tínhamos formação e conhecemos os objetivos e toda a metodologia e o tipo de exercícios que tão, que são propostos, e os seus objetivos e indicações e limitações e como os potenciar. Ah <b>também do ponto de vista da nossa competência, vai nos tornar muito mais à vontade na na, na explicação ao doente e na na e na própria referenciação.</b> " (RH3, p.8, I.345-348)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"Avaliamos e e referenciamos de volta para o médico de família, habitualmente. Ah mas bastará esse esse momento, portanto, como <b>como reumatologista e como pessoa que avalia e segue potencialmente os doentes com osteoartrose, acho que acho que teria essa essa competência</b> [de referenciar para o Split.OA], sim." (RH3, p.8, I.356-359)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	" <b>Desde que eles cumpram critérios de entrada no programa, não, não, não haveria nada. Ou seja, não, não haveria nenhum obstáculo ou seria fácil.</b> " (RH4, p.2, I.61-62)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"Portanto, <b>acho acho que era capaz de ser bastante persuasiva para que eles ah integrassem o programa</b> e tenho a certeza que depois, integrando o programa, isto vai passando de boca em boca e depois a persuasão acaba por ter um efeito dominó.(...)" (RH4, p.4, I.142-144)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	" <b>Acho que numa primeira segunda consulta eu consigo traçar o perfil do doente.</b> Uma primeira consulta, supostamente, nós temos obrigação de de ter essa noção." (RH4, p.7, I.289-291)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"O que eu posso é... o meu caso seria depois, imagina, eu já vejo estes doentes, <b>estes doentes já me chegam para fazer fisioterapia depois é em vez de fazer a fisioterapia convencional, era só fazer ah este tipo de programa</b> em que não tem um acompanhamento diário nem tem um acompanhamento sempre presencial, não é?" (PMR1, p.4, I.169-172)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	"Posso considerar a opinião dos meus colegas, mas <b>não preciso de opinião dos meus colegas para referenciar para esse tipo de programa.</b> " (PMR2, p.2, I.52-53)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
	Crenças sobre capacidades	" <b>Quando as pessoas não querem, não há nada que se possa fazer. Não vou obrigar as pessoas,</b> mas normalmente as pessoas preferem até até aceitam bem a fisioterapia, mas é muito no âmbito de ter massagem e não gostam muito de fazer exercício." (PMR2, p.3, I.118-120)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-

Motivação	Reflexiva	Crenças sobre capacidades	"(...) <b>não será uma coisa que demore muito a fazer. Não, não, não. Não acho que seja difícil.</b> É quase a mesma coisa que está a escrever um relatório para para um colega, não. Ou um relatório para a junta médica." (PMR2, p.4, l.146-148)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança na capacidade de gerir o tempo de consulta necessário à referenciação	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"De modo a que se eu conseguisse referenciar diretamente para lá, acho que sim, acho que fazia todo o sentido e <b>eu ia conseguir referenciar para lá ah muitos doentes.</b> " (PMR3, p.6, l.255-256)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"(...) os ortopedistas, no geral, estão <b>mais habituados a fazer exame objetivo musculoesquelético para a referenciação de destes doentes.</b> " (OS1, p.4, l.167-168)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	" <b>Acho que tenho capacidade para referenciar doentes para o programa.</b> " (OS1, p.6, l.282-283)	Autoconfiança para referenciar para o programa	Confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b+
		Crenças sobre capacidades	"(...) por vezes podemos referenciar doentes em que a patologia seja outra e pode e podemos não estar presente numa gonartrose, está bem? Ou numa coxartrose. E isso aí há erros, ou seja, <b>há erros sempre parte médica e parte do diagnóstico, por isso posso fazer algum tipo de referenciação que não seja mais adequada, não ter todos os critérios de inclusão e exclusão presentes.</b> " (OS1, p.6-7, l.286-289) [Entrevistador: E quanto ao seu otimismo, considera que a referenciação para o programa para o programa Split.OA ah vai ser bem-sucedida no seu local de trabalho?] " <b>Seria bem-sucedida sim, se se conseguíssemos implementar, eu acho que sim.</b> " (GP1, p.5, l.240-241)	Falta de autoconfiança para referenciar para o programa	Falta de confiança nas suas capacidades para referenciar	3.1b-
		Otimismo	"Estamos sempre muito sobrecarregados em termos de volume de trabalho, não é? Ah mas <b>se isto tiver bem definido e se as pessoas estiverem conscientes e abertas a isso, eu acho que sim [pode ser bem-sucedido no local de trabalho], que pode ah pode haver uma taxa de referenciação considerável.</b> " (GP3, p.5, l.217-219)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	"Eu acho que aqui ninguém vai desencorajar sinceramente. <b>Ah promovendo o bem-estar do doente, que é aquilo que nos interessa e estando uma mente mais aberta e recetivos a este tipo de programas, e nós sabemos que é útil para os doentes. Acho que todos vão colaborar na referenciação.</b> " (RH1, p.3, l.104-106)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	" <b>A referenciação dependente de mim, acho que terá sucesso.</b> Porque de forma não estruturada, também são coisas que eu costumo recomendar aos doentes." (RH2, p.1, l.16-17)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	"Ah, portanto, haverá situações de doentes que não que não, que não poderão fazer. Mas acho que ainda para mais, com <b>com o nível de personalização que falou que é possível, ah será o que possamos recomendar uma boa, uma boa parte dos doentes com osteoartrose.</b> " (RH3, p.7, l.310-312)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	"Ou seja, na consulta seguinte, quando o doente viesse à consulta, se calhar já ( <i>sorriso</i> ) já passaria a 10 [nível de confiança de 0-10] para referenciar nos seguintes, mas neste momento <b>a minha expectativa é muito alta.</b> " (RH4, p.5, l.209-211)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	"(...) felizmente hoje em dia, na minha opinião, <b>hoje em dia estão os ortopedistas e os médicos de família mais recetivos à referenciação.</b> Portanto, eu acho que estamos em tempos favoráveis." (PMR1, p.5, l.215-216)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Otimismo	"Agora, se estivermos a falar de 80, 90 por cento dos meus doentes, que serão as velhinhas de vá as sessentonas, setentonas, com um índice de massa corporal muito superior ao desejado, ah com que marcha ah com uma canadiana ou uma bengala, porque já não dá para mais. E até não tem uma osteoartrose que seja assim tão avançada. Mas o que têm é um sobrepeso, um um estilo de vida completamente ah portanto, não ativo. (...) <b>Vou referenciar para onde? Acha que ela vai cumprir o seu programa?</b> " (PMR1, p.9, l.429-436)	Pessimismo em relação à referenciação	Falta de confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c-
		Otimismo	"E a partir do momento que a gente estabelece canais de comunicação e critérios de referenciação e havendo vontade de ambas as partes, <b>acho que seria um projeto aliciante e super interessante para desenvolver e acho que os doentes vão beneficiar disso.</b> " (PMR3, p.2, l.93-96)	Otimismo em relação à referenciação	Confiança de que a referenciação será bem-sucedida	3.1c+
		Crenças sobre as consequências	"Daí eu não ter grandes dúvidas quando o utente questiona, e se fisioterapia faz sentido, sendo uma algo ligeiro e se a dor é persistente e a funcionalidade já não é ali fantástica. <b>Eu não ter dúvidas de</b>	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+

Crenças sobre as consequências	que fará sentido uma referenciação também no sentido de me ajudar a controlar melhor aqui, seja a dor e a função da... dessa articulação que está afetada." (GP1, p.4, l. 153-156) "(...) o que me parece do programa Split.OA que referiu é que a grande vantagem é ah ensinar os utentes a mudar o comportamento e a cumprir a atividade em casa de forma correta. E eu acho que isso é a principal vantagem. Se eles o fizerem corretamente em casa. Obviamente, inicialmente estando um bocadinho, sobre mais sobre controle, mas <b>mantendo depois a atividade correta em casa vão controlar muito melhor os sintomas em casa e o agravamento, ou não, da patologia.</b> " (GP1, p.5, l.220-224)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	" (...) queixas de dor muitas por artrose, outras causas, mas queixas de dor são das mais típicas nos cuidados de saúde primários em quase todas as consultas. Ah é difícil controlar com medicação crónica e <b>se houver forma realmente ajudar os nossos utentes também melhora nossa qualidade de vida, não é? Melhora as nossas consultas. O nosso tempo de consulta e a nossa resposta.</b> Isso seria benéfico nesse sentido também para nós." (GP1, p.5, l.235-239)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"(...) se tivesse realmente disponível próximo um programa como como que o que propõe ah... não seria essa a emoção, não é? Seria ok <b>este meu utente vai ficar melhor, portanto vou me sentir bem com isto e referenciar, não é? Porque vai ser benéfico para o meu utente e, portanto, vai ser benéfico também para mim.</b> " (GP1, p.7, l.315-317)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"(...) imagino que <b>para um colega semelhante a mim, que não esteja habituado a referenciar isto pode trazer para o leque de profissionais de saúde que ele contacta para para o apoiarem a sua atividade</b> os fisioterapeutas." (GP2, p.8, l.350-352)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Expansão da rede de profissionais parceiros	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"(...) poderá ser um <b>um programa interessante para ajudar a ah... lá está a que o utente não tenha tanta dor. E que tenha mais mobilidade no seu dia a dia, nomeadamente na realização das atividades de vida diária. E ao mesmo tempo, poderá ser o ponto de partida para que depois consiga manter este exercício de uma forma regular (...)</b> " (GP3, p.1, l.6-9)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Portanto, <b>se o utente conseguir a melhorar o quadro algíco, ah recuperar mobilidade e retardar a evolução para osteoartrose, e se o doente tiver satisfeito com isso, eu estou satisfeita por o ter referenciado para o Split.OA.</b> " (GP3, p.7, l.307-309)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Se ah o que for mais importante para o doente for ah o tratamento da osteoartrose. Ou aquela limitação que osteoartrose lhe causa. Ou se calhar vou entrar logo por aí porque <b>vou ganhar benefícios noutra lado, porque se ele se vai mexer mais também vai ter melhor controlo metabólico, vai ter melhor hipertensão, vai ter... vai ter melhores valores de tensão arterial, vai perder peso, ok.</b> " (GP4, p.5, l.213-217)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Qualquer exercício estruturado que melhore a função e previna o declínio funcional, <b>necessariamente vai ser melhor do que qualquer remédio que eu escreva</b> , porque o remédio não vai atuar nestes 2 parâmetros." (GP4, p.6, l.263-264)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	" <b>Se eu não melhorar tudo o que está à volta: capacidade muscular, funcionamento articular. Se eu ficar, fizer tudo igual e der um medicamento, a pessoa vai ter que fazer aquele medicamento anos e os efeitos adversos disso não são negligenciáveis.</b> " (GP4, p.6, l.267-269)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Porque acho que este programa é tanto mais útil, quanto mais novas forem as pessoas (...) <b>quanto mais jovens forem, maior o potencial de recuperação e maior o potencial de de prevenção do declínio funcional.</b> " (GP4, p.6, l.281-284)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Agora diretamente para mim, uma vez que eu estou referenciar um doente, <b>eu depois posso ver se teve efeito ou não e será uma mais-valia complementar a minha parte terapêutica, que é a clínica, que é medicamentosa vá. Ah complementar com com esse tipo de de exercícios e promover o bem-estar do doente.</b> " (RH1, p.5-6, l.230-233)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"Menos dor. Mais funcionalidade. Melhor qualidade de vida, só por aí. Ah e até a nível mental. Tudo isto, depois, o doente acaba por ficar mais... vou usar a palavra deprimido, não é? Mas nem todos chegam a esse patamar e então promovendo esta parte, a parte psíquica vai melhorar também. Isto é uma bola de neve, por isso vantajoso para o doente." (RH1, p.6, l.238-241)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
Crenças sobre as consequências	"(...) acho que <b>pode melhorar, de facto, os sintomas do doente, a qualidade de vida</b> e e nós estamos apenas a pelo pelo programa que apresentou, penso que este impacto poderá não ser benéfico exclusivamente na dor decorrente da osteoartrose, mas como é uma abordagem mais multidisciplinar e motivacional, <b>pode ter até benefício ah até em outras dimensões.</b> " (RH2, p.5, l.232-235)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+

Motivação	Reflexiva	Crenças sobre as consequências	"Eu penso que a grande mais-valia é que se nós conseguirmos ter aqui um efeito positivo, <b>vamos conseguir reduzir ah, nomeadamente o consumo de anti-inflamatórios, e aí as complicações que aí advêm.</b> Ah vamos conseguir melhorar ah também o prognóstico a longo prazo, eventualmente <b>reduzir depois aqui ah eventualmente ou atrasar uma progressão para uma para uma cirurgia e, sobretudo, ocorrendo essa cirurgia que essa possa ter melhores outcomes (...)</b> " (RH2, p.5, l.235-239)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, se tivermos uma resposta e alguma orientação destes doentes, acaba por ser mais fácil para todos nós e penso que nomeadamente, <b>os colegas que mais beneficiarão disso, por exemplo, são os colegas de medicina geral e familiar, porque provavelmente vai reduzir e muito a procura de cuidados</b> ou esperemos que reduza porque a pessoa se sente melhor." (RH2, p.6, l.264-267)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, porque às vezes nós ficamos um bocadinho na dúvida, o que é que prescrevemos, o que é que não prescrevemos, qual será a melhor abordagem de para para cada doente em concreto e, portanto, <b>se houver um programa que depois ainda para mais, tem possibilidade de personalização, ah é ótimo. E vai facilitar muito a nossa, a nossa, a nossa prática,</b> ter essa ter essa referência um bocadinho mais estruturada, não é?" (RH3, p.6, l.243-247)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Ah, portanto, <b>acho que vai ajudar no geral, na reumatologia, haver um programa específico para os doentes com osteoartrite da anca e do joelho.</b> " (RH3, p.6, l.247-248)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Ah portanto, <b>haver um programa que os pode acompanhar e medir a evolução e em que há um plano específico para cada doente é sempre melhor do que, por exemplo, só mandar o doente fazer exercício físico no geral,</b> ou ir para o ginásio, fazer natação... é sempre melhor, não é?" (RH3, p.6, l.280-283)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, a minha impressão é sempre positiva e <b>esperamos com este tipo de programas também poder mudar um bocadinho a forma como as pessoas interpretam a sua doença.</b> Ou seja, isto tem aqui um duplo papel, <b>não só tratar o doente ah da sua patologia em causa, mas também aumentar a adesão ao tratamento.</b> " (RH4, p.1, l.7-10)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Promoção da capacitação e adesão a estilos de vida saudáveis	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, ah eu vejo sempre como algo que <b>pode melhorar o estado de vida daquele doente, a qualidade de vida, o desempenho das atividades de vida diária, a função dele.</b> " (RH4, p.7, l.302-303)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"(...) <b>12 semanas serão 3 meses ah acho curto, ou seja, é difícil pessoas nestas idades, não é? Ou seja, que estão que têm pelo menos 50 anos de hábitos mudarem em 3 meses</b> ah para criarem hábitos que vão favorecer a não progressão da doença ah e que e que possam melhorar e ver benefícios com a reabilitação." (PMR1, p.1, l.10-13)	Baixa expectativa de resultados	Baixa expectativa de resultados perante a duração do programa	3.1d-
		Crenças sobre as consequências	"Ah o que vai dificultar aqui é não haver o papel do médico e, portanto, <b>vai haver resistência da da ao seja, não há um controlo médico, vai haver resistência das classes exatamente ao separatismo em vez de uma unificação.</b> " (PMR1, p.4, l.156-158)	Expectativa de conflitos interprofissionais	Expectativa de conflitos interprofissionais perante o programa	3.1d-
		Crenças sobre as consequências	"Isso que é um programa muito importante para para para <b>prevenir uma cirurgia precoce. E promover um estilo de vida saudável para os doentes conseguirem viverem sem dor durante mais tempo.</b> " (PMR2, p.1, l.5-6)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	" <b>Acho que se teria melhores resultados, os doentes teriam menos dor</b> e conseguiríamos melhores resultados." (PMR2, p.4, l.160-161)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"(...) podemos até conseguir, portanto, <b>reduzir o recurso, ou seja, haver pessoas que não precisem de fisioterapia ah e conseguem elas próprias, através desse programa, terem bons resultados, e menos dor, melhor reserva muscular.</b> Acho que só vejo benefícios, não consigo ver pontos negativos." (PMR2, p.5, l.177-180)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, faz sentido haver um treino acompanhado inicial e com o objetivo de fazer a potenciação e assinar quais os exercícios de maneira como devem de proceder, mas <b>cujo objetivo final é uma potenciação dos doentes para autonomamente, depois conseguirem seguir esse programa.</b> " (PMR3, p.1, l.13-16)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Promoção da capacitação e adesão a estilos de vida saudáveis	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Mas que é importante fazer atividade física e, portanto, <b>se houver um programa, consiga fazer esta transição inicial e esta potenciação deles, para depois eles conseguirem fazer autonomamente melhor ainda.</b> " (PMR3, p.1, l.25-27)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Promoção da capacitação e adesão a estilos de vida saudáveis	3.1d+

Motivação	Reflexiva	Crenças sobre as consequências	"E, portanto, acho que ter um treino acompanhado, especializado, inicial, que os acompanhe, que os obrigue, que os motive para realizar esta atividade de forma autónoma, <b>acho que pode ser uma mais-valia e é mudança necessária na adoção de estilo de vida saudáveis que estes grupos devem adotar.</b> " (PMR3, p.1, l.37-39)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Promoção da capacitação e adesão a estilos de vida saudáveis	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Portanto, continuar durante as outras 6 semanas a acompanhar o doente para ele realizar e ficar motivado para continuar o programa mesmo além dessas 12 semanas, acho que é <b>algo com muita viabilidade para mudar os comportamentos dos doentes e, obviamente, alcançar melhores resultados em saúde.</b> " (PMR3, p.3, l.112-115)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Promoção da capacitação e adesão a estilos de vida saudáveis	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"(...) <b>poderá existir aqui alguma resistência e alguns conflitos com aquilo que atualmente está em vigor.</b> Sabemos que há aqui uma série de interesses que estão por trás... a continuação destes programas de fisioterapia mais clássicos." (PMR3, p.4, l.185-187)	Expectativa de conflitos interprofissionais	Expectativa de conflitos interprofissionais perante o programa	3.1d-
		Crenças sobre as consequências	"E, portanto, se este programa estivesse a funcionar, estivesse disponível, estivesse acessível e estivesse ah com uma porta de diferenciação direta para ele. Era ótimo. <b>E facilitava muito o meu trabalho.</b> " (PMR3, p.5-6, l.248-250)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"(...) um programa de reabilitação numa fase inicial, permitindo um <b>manter uma boa mobilidade e uma boa capacidade muscular, também vai ajudar o doente no futuro a ter uma reabilitação e uma recuperação mais rápida pós-cirúrgica.</b> " (OS1, p.1, l.9-11)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Sim, acho que é assim numa fase inicial para tratamento conservador dos doentes, penso que sim. Tendo as vantagens de <b>manter a mobilidade e ajudar os doentes na nas atrofias musculares e no controlo da dor,</b> acho que que sim, tem aplicabilidade." (OS1, p.2, l.45-47)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Do ponto de vista ortopédico, e pensando que a nossa fase final poderá ser uma cirurgia, <b>tem a vantagem de permitir o ganho da mobilidade, fortalecimento muscular e manter o doente ativo, o que nos pode facilitar e preparar o doente para uma fase pós-cirúrgica.</b> " (OS1, p.4, l.150-152)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"Ou seja, se nós tivermos a parte facilitadora, de ser doentes que cumpram critérios de inclusão para para para este para este estudo, acaba por ser vantajoso, não para mim de forma individual, mas sim <b>vantajoso para os doentes terem um acesso a um programa de reabilitação mais rápido.</b> " (OS1, p.6, l.257-260)	Crenças sobre os benefícios para o utente	Expectativa de benefícios clínicos para o utente	3.1d+
		Crenças sobre as consequências	"(...) se tivermos um programa de um programa como como este está a planear de referênciação, <b>sabemos que os doentes irão iniciar um o protocolo mais rápido e que vamos ter noção se o tratamento conservador é eficaz ou não eficaz ao fim das das 12 semanas.</b> " (OS1, p.6, l.269-272)	Crenças sobre os benefícios para a prática clínica	Otimização das consultas e da prática clínica	3.1d+
		Intenções	"(...) <b>acho que se se houvesse disponibilidade deste programa com facilidade para os meus utentes, eu faria pronto, eu faria-o prontamente.</b> " (GP1, p.3, l.133-135)	Considerar a referênciação uma prioridade	Tomar a decisão de referenciar utentes para o programa	3.1e+
Intenções	" <b>Eu referenciaria para este programa se ele existisse já, se já estivesse implementado.</b> " (GP2, p.6, l.291.292)	Considerar a referênciação uma prioridade	Tomar a decisão de referenciar utentes para o programa	3.1e+		
Intenções	" <b>Entre o tempo que eu levo a passar a receita e o tempo que eu levo a prescrever um programa de exercício, prefiro prescrever um programa de exercício.</b> " (GP4, p.6, l.257-258)	Considerar a referênciação uma prioridade	Tomar a decisão de referenciar utentes para o programa	3.1e+		
Intenções	"O tempo na consulta, sim, mas também não perdemos muito tempo a referenciar um doente. Basta explicar a forma generalizada, o programa, se ele se ele aceita ou se não aceita. Não, não é por aí. <b>Tudo bem que nós temos 15, 20 minutos por consulta, mas havendo vontade, o tempo não é uma uma barreira.</b> " (RH1, p.2, l.62-64)	Considerar a referênciação uma prioridade	Vontade de priorizar a referênciação para o programa	3.1e+		
Motivação	Reflexiva	Intenções	" <b>Se tiverem critérios de inclusão é para referenciar sim, não vou selecionar dentro daqueles que têm, vão todos.</b> " (RH1, p.7, l.289-290)	Considerar a referênciação uma prioridade	Tomar a decisão de referenciar utentes para o programa	3.1e+
		Intenções	"Ah eu acho que havendo um programa específico e estruturado e que é do conhecimento e que é e que está de fácil acesso, <b>acho que a prioridade vai ser referenciar ah todos os doentes que possam participar, não é?</b> " (RH3, p.7, l.294-295)	Considerar a referênciação uma prioridade	Vontade de priorizar a referênciação para o programa	3.1e+
		Intenções	"Se nós tivéssemos este programa a decorrer aqui no nosso trabalho, sim, <b>seriam sempre referenciados, sem dúvida nenhuma.</b> " (RH4, p.1, l.14-15)	Considerar a referênciação uma prioridade	Tomar a decisão de referenciar utentes para o programa	3.1e+

Motivação	Automática	Intenções	"Perante um doente com osteoartrose, este programa é sempre prioritário ou muito prioritário, porque eu acredito que ele seja uma mais-valia para o doente." (RH4, p.7, l.278-279)	Considerar a referenciação uma prioridade	Vontade de priorizar a referenciação para o programa	3.1e+
		Intenções	"O nível de prioridade para mim seria prioritário, sim." (PMR2, p.5, l.183)	Considerar a referenciação uma prioridade	Vontade de priorizar a referenciação para o programa	3.1e+
	Reforço	"E, portanto, se até conseguir que eles realizem, o doente fica satisfeito, volta, portanto... portanto gera uma emoção positiva e isso faz-me referenciar mais doentes (sorriso), mas necessariamente está dependente da resposta, não é?" (GP3, p.7, l.301-303)	Ganhos de saúde dos utentes como recompensa	Satisfação pelos ganhos de saúde dos utentes	3.2a+	
	Reforço	"Se ele está bem eu supostamente então, indiretamente, vou ter uma boa avaliação lá na minha prática clínica porque estou a promover então o bem-estar dele." (RH1, p.6, l.233-234)	Vantagens para o médico que referencia	Ter reconhecimento profissional	3.2a+	
	Reforço	"(...) acho que o reconhecimento vem mais de sabermos que estamos a fazer o bem pelos doentes e do reconhecimento de depois os doentes nos transmitem." (RH3, p.8, l.372-373)	Ganhos de saúde dos utentes como recompensa	Satisfação pelos ganhos de saúde dos utentes	3.2a+	
	Reforço	"É o doente fazer o programa, de sentir-se bem. Isso é o melhor reconhecimento." (RH4, p.8, l.373)	Ganhos de saúde dos utentes como recompensa	Satisfação pelos ganhos de saúde dos utentes	3.2a+	
	Reforço	"O melhor incentivo é o doente voltar e dizer que está que está a sentir melhor." (RH4, p.8, l.385)	Ganhos de saúde dos utentes como recompensa	Satisfação pelos ganhos de saúde dos utentes	3.2a+	
	Reforço	"E ter contribuído para que este programa depois pudesse ser implementado em todo o país. Sim, esse tipo de de reconhecimento talvez seria importante. Ou seja, pensar que vários doentes têm acesso a este tipo de programa isso seria um bom reconhecimento. A satisfação pessoal, sem dúvida ah acho que é mais isso." (RH4, p.8, l.390-393)	Vantagens para o médico que referencia	Ter reconhecimento profissional	3.2a+	
	Reforço	"E eu acho que muitos dos programas de saúde que visam o benefício do doente esquecem-se exatamente isto. São ótimos, mas esquecem-se que só vão ser implementados se beneficiar monetariamente alguém. E que não vai ser doente. Ou tirar trabalho e tempo a pessoas que já não têm mais tempo, nem mais trabalho." (PMR1, p.5, l.211-214)	Vantagens para o médico que referencia	Incentivos monetários ou redução da carga de trabalho para o médico que referencia	3.2a+	
	Motivação	Automática	Reforço	"(...) então eu vou referenciar das duas uma, ou tenho benefício porque me tira doentes e eu tenho imensos doentes e ok estes doentes não consigo dar resposta. E aí isto a beneficiar porque tenho menos trabalho. Ou então qual é o outro benefício de eu fazer? Se eu posso tratar a minha maneira como tenho feito?" (PMR1, p.6, l.251-254)	Vantagens para o médico que referencia	Incentivos monetários ou redução da carga de trabalho para o médico que referencia
Reforço			"O único benefício ou a recompensa que eu iria ter era dos meus doentes ficarem ficarem mais saudáveis, por assim dizer." (PMR3, p.7, l.292-293)	Ganhos de saúde dos utentes como recompensa	Satisfação pelos ganhos de saúde dos utentes	3.2a+
Emoções		[Entrevistador: E relativamente às emoções envolvidas, quando faz referenciação para fisioterapia, como é que isso a faz sentir?] "Faz-me sentir que vou ter uma nega. A maioria das vezes. Nos utentes, muitas vezes são eles próprios, perguntam se não faz sentido e eu eu acho que... eu respondo, eu acho que faz sentido, mas vou já avisá-lo que se for, se quiser mesmo ir aqui para para Alcobaça (...). A probabilidade é que a resposta seja um não. E que, portanto, e logo aí, a emoção é frustração. Não é? Porque eu já sei que que probabilidade da resposta que a resposta vai ser essa" (GP1, p.7, l.296-300)	Emoções negativas associadas à referenciação	Sentimentos de frustração com falta de capacidade de resposta	3.2b-	
Emoções		"(...) no contexto atual, ah fico sempre um bocadinho... fico sempre preocupado ah na medida em que tenho receio se de facto aquela referenciação vai ser utilizada ah e se vai ter, se vai ser utilizada na melhor forma. Isto prende-se com as nuances que já falamos ah sobre a capacidade da pessoa de facto ah chegar a obter os cuidados." (GP2, p.8, l.366-369)	Emoções negativas associadas à referenciação	Sentimentos de insegurança com uma nova referenciação	3.2b-	
Emoções		"Eu fico sempre descansado também quando a pessoa vai para um programa de fisioterapia, porque à partida tenho ah perspectiva de que de que poderá melhorar a função." (GP2, p.8, l.374-376)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de confiança e tranquilidade ao referenciar	3.2b+	
Emoções		"(...) acho que também é importante vocês terem bastante esclarecido qual é que vai ser a vossa área de intervenção, qual é que vai ser a perspectiva do dos benefícios e que isso fique bem claro, porque vai dar confiança também aos colegas que fazem a referenciação." (GP2, p.8, l.380-383)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de confiança e tranquilidade ao referenciar	3.2b+	
Emoções		"(...) há aspetos da nossa própria (riso) inerência ao (riso) não digo insegurança, mas como isto é novo, não é? Nós, não posso logo dizer que vou fazer isto bem, não faço ideia, não é?" (GP3, p.5, l.206-209)	Emoções negativas associadas à referenciação	Sentimentos de insegurança com uma nova referenciação	3.2b-	
Emoções		"Então, quando faço uma referenciação para fisioterapia, ah fico contente porque estou a tentar ajudar o meu utente..." (GP3, p.7, l.292-293)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+	

Motivação	Automática	Emoções	"(...) como é que me faz sentir a referenciar um doente? <b>Faz sentir que estou a cumprir o meu papel. O meu trabalho, ou seja, dá-me algum grau de satisfação.</b> Primeiro, lembrei-me, lembrei-me também que também conta que existe um programa de referenciação, como o doente pode beneficiar dele <b>e que estou a fazer o melhor que eu consigo por ele. Então por aí dá-me satisfação profissional.</b> " (RH1, p.7, l.303-307)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+
		Emoções	"Não, ao referenciar um doente e isso? Não, <b>não causa qualquer tipo de ansiedade, nem stress nem nada dessas coisas.</b> Não. É mais um tratamento que eu tenho que indicar, por isso é perfeitamente normal, dia a dia." (RH1, p.8, l.324-326)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de confiança e tranquilidade ao referenciar	3.2b+
		Emoções	"(...) e depois <b>uma mais-valia subjetiva, que é a sensação de que há uma resposta e alguma coisa a oferecer a estes doentes. Que eu acho que é aquilo que muitas vezes nós profissionais sentimos,</b> é que a estrutura não está montada para haver uma resposta eficaz a estes doentes." (RH2, p.5, l.242-244)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+
		Emoções	" <b>Quando nós sentimos que temos alguma coisa a oferecer e alguma coisa a fazer de diferente por estes doentes, também acabamos por nos sentir mais motivados</b> nesse sentido." (RH2, p.6, l.252-254)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+
		Emoções	"Aqui no hospital público, como já referi, não há grande resposta para a patologia articular degenerativa, não é? Faz-se muito sim de ortopedia, mas o pós-operatório, não o pré-operatório, não numa fase inicial. <b>Ah eu sinto tipo que é assim alívio para ah para a minha consciência eu ter para quem referenciar (...)</b> " (RH2, p.6, l.274-277)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de confiança e tranquilidade ao referenciar	3.2b+
		Emoções	"Hm ah neste momento, lá está, <b>a emoção é um pouco às vezes frustração, não é? Porque eu não sei ah o que é que efetivamente dali vai vai sair. Ah porque não não está inteiramente dependente de mim.</b> Haverá sempre depois outra pessoa que terá que fazer essa prescrição. Ah e, portanto, seria muito mais fácil se pudesse fazer esta referenciação direta, não é?" (RH3, p.7, l.317-320)	Emoções negativas associadas à referenciação	Sentimentos de insegurança com uma nova referenciação	3.2b-
		Emoções	" <b>Existem poucas ofertas para estes doentes, portanto, é uma frustração, muitas vezes nós não conseguimos</b> ou percebermos que estamos a dar o melhor para o nosso doente." (RH4, p.5, l.194-195)	Emoções negativas associadas à referenciação	Sentimentos de frustração com falta de capacidade de resposta	3.2b-
		Emoções	"Portanto, <b>este programa será mais uma ferramenta para que eu me sinta mais realizada no tratamento destes doentes.</b> Porque isoladamente eu não consigo fazer o meu melhor." (RH4, p.5, l.202-203)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+
		Emoções	"Portanto, ah sabendo que nós estamos a fazer o melhor para o doente à luz do conhecimento atual, <b>só nos faz sentir bem.</b> " (RH4, p.7, l.318-319)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+
Emoções	"É assim, <b>eu gosto de fazer referenciação para a fisioterapia. Gosto de ver os doentes orientados,</b> mas nós sabemos que nem sempre vamos ter a resposta em tempo útil e isso é um bocadinho frustrante por vezes nos nossos doentes" (OS1, p.7, l.312-314)	Emoções positivas associadas à referenciação	Sentimentos de satisfação e realização profissional	3.2b+		

## ANNEXES

### Annex 1: COM-B and TDF definitions (Michie et al., 2014)



COM-B model component	Definition
Physical capability	Physical skill, strength or stamina
Psychological capability	Knowledge or psychological skills, strength or stamina to engage in the necessary mental processes
Physical opportunity	Opportunity afforded by the environment involving time, resources, locations, cues, physical 'affordance'
Social opportunity	Opportunity afforded by interpersonal influences, social cues and cultural norms that influence the way that we think about things, e.g. the words and concepts that make up our language
Reflective motivation	Reflective processes involving plans (self-conscious intentions) and evaluations (beliefs about what is good and bad)
Automatic motivation	Automatic processes involving emotional reactions, desires (wants and needs), impulses, inhibitions, drive states and reflex responses

TDF domains	Definitions	Theoretical constructs represented within each domain
Knowledge	An awareness of the existence of something.	Knowledge (including knowledge of condition/scientific rationale); procedural knowledge; knowledge of task environment
Skills	An ability or proficiency acquired through practice	Skills; skills development; competence; ability; interpersonal skills; practice; skill assessment
Memory, attention and decision processes	The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives	Memory; attention; attention control; decision making; cognitive overload/tiredness
Behavioural regulation	Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions	Self-monitoring; breaking habit; action planning
Environmental context and resources	Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence, and adaptive behaviour	Environmental stressors; resources/material resources; organisational culture/climate; salient events/critical incidents; person x environment interaction; barriers and facilitators
Social influences	Those interpersonal processes that can cause individuals to change their thoughts, feelings, or behaviours	Social pressure; social norms; group conformity; social comparisons; group norms; social support; power; intergroup conflict; alienation; group identity; modelling
Social/professional role and identity	A coherent set of behaviours and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting	Professional identity; professional role; social identity; identity; professional boundaries; professional confidence; group identity; leadership; organisational commitment
Beliefs about capabilities	Acceptance of the truth, reality, or validity about an ability, talent, or faculty that a person can put to constructive use	Self-confidence; perceived competence; self-efficacy; perceived behavioural control; beliefs; self-esteem; empowerment; professional confidence

Optimism	The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained	Optimism; pessimism; unrealistic optimism; identity
Beliefs about consequences	Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation	Beliefs; outcome expectancies; characteristics of outcome expectancies; anticipated regret; consequents
Intentions	A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain way	Stability of intentions; stages of change model; transtheoretical model and stages of change
Goals	Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve	Goals (distal/proximal) ; goal priority; goal/target setting; goals (autonomous/controlled); action planning; implementation intention
Reinforcement	Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus	Rewards (proximal/distal, valued/not valued, probable/improbable); incentives; punishment; consequents; reinforcement; contingencies; sanctions
Emotion	A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event	Fear; anxiety; affect; stress; depression; positive/negative affect; burn-out

**Annex 2:** TDF domains linked to COM-B components (*Michie et al., 2014*)



 Sources of behaviour  
 TDF Domains

**Soc** - Social influences  
**Env** - Environmental Context and Resources  
**Id** - Social/Professional Role and Identity  
**Bel Cap** - Beliefs about Capabilities  
**Opt** - Optimism  
**Int** - Intentions  
**Goals** - Goals  
**Bel Cons** - Beliefs about Consequences  
**Reinf** - Reinforcement  
**Em** - Emotion  
**Know** - Knowledge  
**Cog** - Cognitive and interpersonal skills  
**Mem** - Memory, Attention and Decision Processes  
**Beh Reg** - Behavioural Regulation  
**Phys** - Physical skills

### Annex 3: Ethics committee's approval



Comissão de Ética

Identificação do documento: CE-IPS nº 91 / 2024

Título do projeto: **Barreiras e Facilitadores para a referenciação médica de pessoas com osteoartrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo**

Investigador principal: João António Pereira e Silva (ESS)

Equipa de investigação: Daniela Costa (ESS)

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde

Outras Unidades/Participantes:

#### ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

##### Documentos recebidos

- Requerimento para pedido de parecer de revisão ética á CE-IPS;
- Formulário para pedido de parecer para PI;
- Cronograma do projeto;
- Registo das atividades de recolha e tratamento de dados do IPS;
- Carta Convite;
- Termo de consentimento informado;
- Link CV Investigador Principal e Orientador;
- Declaração de Termo de responsabilidade assinado pelo investigador e restante equipa do projeto;

##### Análise e justificação do Parecer

1. O estudo proposto, “Barreiras e facilitadores para a referenciação de pessoas com osteoartrose para o programa Split.OA: um estudo qualitativo “, pretende “explorar as barreiras e facilitadores dos médicos portugueses (Medicina Geral e Familiar, Ortopedia, Reumatologia e Medicina Física e de Reabilitação) na referenciação de pessoas com osteoartrose da anca e joelho para o programa Split.OA (programa de exercício estruturado, informado por teorias de mudança comportamental, focado na promoção da adoção da prática regular de exercício e prevenção do declínio funcional em pessoas com osteoartrose da anca e joelho”), para assim compreender o que é preciso mudar para atingir o comportamento-alvo.
2. Este projeto insere-se no mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do IPS, para dar origem a dissertação académica do candidato, onde se pretende que

“Os resultados deste estudo possam informar as estratégias necessárias para a implementação do Split.OA no contexto dos cuidados de saúde públicos e privados em Portugal. Todos os instrumentos são apresentados e descritos de forma clara e os procedimentos a realizar na aplicação do estudo cumprem todos os requisitos necessários, com exceção do link Zoom para a entrevista individual. Para a realização da entrevista não referem se o link é específico por cada participante ou se é geral para todos. Caso seja semelhante para todos os participantes, questiona-se como é garantido que a entrevista é individual e os outros participantes não participam em simultâneo. Assim, solicita-se que adicionem detalhe acerca deste procedimento.

3. A amostra é recrutada de forma conveniente, cumprindo o anonimato e confidencialidade dos participantes. É garantida a possibilidade do participante abandonar o estudo voluntariamente e a qualquer momento da execução do mesmo, sem ter que facultar uma explicação para tal. Os dados serão guardados pelos responsáveis do projeto num armazenamento seguro, cuja acesso está restrito a este, e serão usados para fins académicos e investigação. Após apresentados os dados estes serão destruídos.
4. É apresentado a carta convite e termo de consentimento informado, que apresenta todos os requisitos solicitados pela CE-IPS.
5. É apresentada a declaração de termo de responsabilidade assinada pelo estudante e orientador.


#### Parecer

Em conclusão, a CE-IPS considera que o estudo preenche os requisitos éticos, relativos à proteção dos direitos dos participantes, pelo que emite parecer favorável para a realização do estudo, nos termos ora apreciados, com solicitação de inclusão do referido no final do ponto 2.

Aprovação CE-IPS a 19 de fevereiro 2024

Presidente da CE-IPS

Assinado por: **Lucília Rosa Mateus Nunes**  
Num. de Identificação: 06064421

 Comissão de Ética do IPS <comissao.etica@ips.pt> 📧 🔗 📅 ⋮

Para: 📧 João António Pereira e Silva qua, 21/02/2024 12:45

Cc: 📧 Daniela Costa

**Boa tarde,**

**Informamos a receção do formulário e o cumprimento da recomendação considerada.**

**Votos de bom trabalho,  
cordialmente,  
LN**

Presidente da [Comissão de Ética](#)  
Instituto Politécnico de Setúbal  
comissao.etica@ips.pt

**Annex 4:** Coding matrix based on the TDF domains and the COM-B components

COM-B COMPONENTS		TDF DOMAINS	BARRIER	FACILITATOR
1. Capability	1.1. Psychological	1.1a. Knowledge	1.1a-	1.1a+
		1.1b. Cognitive and interpersonal skills	1.1b-	1.1b+
		1.1c. Memory, attention and decision processes	1.1c-	1.1c+
		1.1d. Behavioural regulation	1.1d-	1.1d+
	1.2. Physical	1.2a. Skills	1.2a-	1.2a+
2. Opportunity	2.1. Social	2.1.a. Social influences	2.1a-	2.1a+
	2.2. Physical	2.2.a. Environmental context and resources	2.2a-	2.2a+
3. Motivation	3.1. Reflective	3.1a. Social/professional role and identity	3.1a-	3.1a+
		3.1b. Beliefs about capabilities	3.1b-	3.1b+
		3.1c. Optimism	3.1c-	3.1c+
		3.1d. Beliefs about consequences	3.1d-	3.1d+
		3.1e. Intentions	3.1e-	3.1e+
		3.1f. Goals	3.1f-	3.1f+
	3.2. Automatic	3.2a. Reinforcement	3.2a-	3.2a+
		3.2b. Emotion	3.2b-	3.2b+