



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Vanessa Rodrigues Monteiro
Rua

Programa MyMOB: Desenvolvimento de um programa multidisciplinar para identificação, prevenção e tratamento da fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas, informado pela “Intervention Mapping” e “Behaviour Change Wheel”

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia Relatório de Projeto de Investigação

Orientador

Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz

Co-Orientadora

Professora Doutora Filomena Carnide

Novembro 2022

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos

requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz e coorientação de Professora Doutora Filomena Carnide

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

O candidato,

Portalegre, 28 de novembro de 2022

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

O(A) orientador(a),

Local, de de

AGRADECIMENTOS

Em primeira instância quero agradecer ao Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz e à Professora Doutora Filomena Carnide pela orientação neste projeto, por me terem dado a oportunidade de construir algo que considero que contribui para os pacientes, para a profissão, para a instituição e para a ciência. Pela colaboração e pela paciência em todo o processo.

Agradecer ao meu colega Luís Alexandre Moniz pelo seu contributo nesta dissertação.

Quero agradecer à minha equipa de trabalho. Por serem como uma família, por cuidarem de mim, por me facilitarem e motivarem neste desafio que tem sido implementar um programa. O contexto é fundamental para implementar mudanças bem como o envolvimento das chefias. Um enorme obrigado minhas queridas chefes Luísa Albano e Fabiana Oliveira e ao diretor de serviço Dr. Pedro Figueiredo pelo seu contributo.

Ao meu colega e amigo Carlos Rodrigues por todo o apoio incondicional, pela motivação, pelas vezes que discutimos sobre aspetos clínicos, por todos os doentes que fizemos regressar ao domicílio. Por todas as vezes que não me deixaste desistir no meu turbilhão de emoções. Ao Filipe Presado pelas vezes que me aconselhou, me motivou e que me colocou questões reflexivas. É um enorme prazer lidar com todos vocês todos os dias.

Também um especial agradecimento ao meu amigo João Moreira, porque és verdadeiramente amigo e isso chega.

Um enorme e especial obrigado, ao meu companheiro Rafael, porque foste incansável nesta fase da minha vida.

RESUMO

Programa MyMOB: Desenvolvimento de um programa multidisciplinar para identificação, prevenção e tratamento da fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas, informado pela “Intervention Mapping” e “Behaviour Change Wheel”

Vanessa Rua

Palavras chave: Fragilidade; Pessoas idosas; Imobilidade; Hospitalização

Introdução: A expressão mais problemática do envelhecimento é a fragilidade. A fragilidade é uma síndrome prevalente em pessoas idosas hospitalizadas. A sua presença contribui para piores resultados clínicos durante o internamento. A imobilidade hospitalar é um fator importante que contribui para o declínio funcional e consequentemente, para o agravamento da fragilidade. Informado pelas recomendações da Medical Research Council, para o desenvolvimento de intervenções complexas, pelas etapas do “Intervention Mapping” e pela “Behaviour Change Wheel” desenvolveu-se um programa para identificação, prevenção e tratamento da fragilidade, intitulado-se de MyMOB.

Objetivos do estudo: Com o presente estudo objetivamos: (1) caracterizar as necessidades do Programa MyMOB; (2) explorar as barreiras e facilitadores dos profissionais de saúde acerca da implementação; (3) estabelecer os objetivos gerais e de desempenho e os objetivos de mudança; (4) desenhar um programa de intervenção para promover a mudança comportamental nos profissionais de saúde envolvidos na implementação.

Metodologia: A metodologia foi informada pela “Medical Research Council”, pela “Behaviour Change Wheel” e seguiu as etapas da “Intervention Mapping”. Na etapa 1 realizou-se a avaliação das necessidades através de um estudo documental retrospectivo e de grupos focais. Na etapa 2, desenvolveram-se as matrizes com os objetivos gerais, os objetivos de desempenho e os objetivos de mudança. Na etapa 3 foram métodos baseados e estratégias práticas. Na etapa 4 foi criado o programa MyMOB.

Resultados: As pessoas idosas hospitalizadas que desenvolveram síndrome de imobilidade apresentaram piores resultados clínicos. Nos grupos focais os profissionais de saúde reportaram barreiras e facilitadores nas três dimensões: capacidade, oportunidade e motivação. Foram detalhados 4 objetivos gerais, 12 objetivos de desempenho e 28 objetivos de mudança para cada grupo profissional. Os desenhos de mudança comportamental incluem: educação, treino, capacitação e modelação, as técnicas de mudança comportamental e identificação do modo de aplicação. Na etapa 4 desenvolveu-se um e-book como material de apoio do programa MyMOB.

Conclusões: Esta abordagem permitiu aos implementadores identificar as necessidades, as barreiras e facilitadores e as potenciais estratégias de mudança comportamental para levar ao sucesso da implementação do programa MyMOB.

ABSTRACT

MyMOB Program: Development of a multidisciplinary program for the identification, prevention and management of the hospitalized elderly people, informed by the “Intervention Mapping” and “Behavior Change Wheel”

Vanessa Rua

Keywords: Frailty, elderly people; Immobility; Hospitalization

Introduction: The most problematic expression of aging is frailty. Frailty is a prevalent syndrome in hospitalized elderly people. Its presence contributes to worse clinical outcomes during hospitalization. Hospital immobility is an important factor that contributes to functional decline and consequently to the worsening of frailty. Informed by the recommendations of the Medical Research Council, for the development of complex interventions, by the steps of the “Intervention Mapping” and by the “Behaviour Change Wheel”, a program was developed for the identification, prevention and management of frailty- MyMOB.

Objectives: With the present study we aimed to: (1) characterize the needs of the MyMOB Program; (2) explore health professionals' barriers and enablers around implementation; (3) establish general and performance objectives and change objectives; (4) design an intervention program to promote behavioral change in health professionals involved in the implementation.

Methodology: The methodology was informed by the “Medical Research Council”, by the “Behaviour Change Wheel” and followed the steps of the “Intervention Mapping”. In step 1, needs were assessed through a retrospective documentary study and focus groups. In step 2, matrices were developed with general objectives, performance objectives, and change objectives. Step 3 was based on the establishment of methods and practical strategies. In step 4, the MyMOB program was created.

Results: Hospitalized elderly people who developed immobility syndrome had worse clinical outcomes. In the focus groups, health professionals reported barriers and enablers in the three dimensions: capacity, opportunity and motivation. Four general objectives, 12 performance objectives, and 28 change objectives were detailed for each professional group. Behaviour change interventions include: education, training, enablement and modeling, behavior change techniques and application mode identification. In step 4, an e-book was developed as support material for the MyMOB program.

Conclusions: This approach allowed researchers to identify needs, barriers, enablers, and potential behavioral change strategies to lead to a successful implementation of the MyMOB program.

ÍNDICE

Introdução	1
Metodologia	14
(1) Etapa 1- Avaliação das necessidades	15
(1.1) Estudo Documental Retrospectivo	16
(1.2) Grupos focais.....	17
(2) Etapa 2- Desenvolvimento de Matrizes	19
(3) Etapa 3- Métodos Baseados em Teorias e Estratégias Práticas	20
(4) Etapa 4- Criação do Programa MyMOB.....	21
Resultados	22
(1) Avaliação das Necessidades	22
(1.1) Estudo Documental Retrospectivo	22
(1.2) Resultados dos Grupos Focais	24
Barreiras.....	24
Facilitadores.....	35
(2) Etapa 2- Desenvolvimento de Matrizes	43
(3) Etapa 3- Métodos Baseados em Teorias e Estratégias Práticas	48
(4) Etapa 4- Criação do Programa MyMOB.....	58
Discussão	60
Referências Bibliográficas	68
Anexos	i
Anexo 1: Codificações Interna do Serviço De Medicina Física e Reabilitação	i
Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	iii
Anexo 3: Taxonomia de Técnicas de Mudança Comportamentais propostas por Abraham e Michie et al., (2013)	iv
Apêndices	v
Apêndice A: Definições Modelo-COM-B e TDF	v
Apêndice B: Formulário de Caracterização- Estudo Documental Retrospectivo.....	x
Apêndice C: Carta Explicativa do Estudo.....	xi
Apêndice D: Consentimento Informado	xiii
Apêndice E: Guião da Entrevista.....	xiv
Apêndice F: E-book do Programa MyMOB	xxi

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fases da Intervention Mapping. Fonte: (Bartholomew et al., 2016).	15
Tabela 2: Dados do total de pacientes tratados pela fisioterapia no serviço de medicina e de cirurgia no ano 2019.....	23
Tabela 3: Dados dos pacientes categorizados como síndromes de Imobilidade e sem síndrome de imobilidade, tratados pela fisioterapia no serviço de medicina e cirurgia no ano 2019	24
Tabela 4: Resumo das barreiras segundo o modelo COM-B e TDF de acordo com cada profissional de saúde	25
Tabela 5: Quadro Resumo dos facilitadores segundo o modelo COM-B e TDF de acordo com cada profissional de saúde	35
Tabela 6:Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os médicos	44
Tabela 7: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os fisioterapeutas	45
Tabela 8: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os enfermeiros	47
Tabela 9:Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- médicos	49
Tabela 10: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- fisioterapeutas.....	52
Tabela 11: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- enfermeiros.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

BCW- Behavioural Change Wheel

CFS- Clínical Frailty Scale

CGA-Comprehensive Geriatric Assessment

ICFSR- International Conference of Frailty and Sarcopenia Research

IM- Intervention Mapping

INE- Instituto Nacional de Estatística

MRC- Medical Research Council

NHS-National Health Service

NICE- National Institute for Health and Care Excellence ~

PI- Pessoa Idosa

SNSQIP-Surgeons National Surgical Quality Improvement Program

SPPB-Short Physical Performance Battery

TDF -Theoretical Domains Framework

TMCs- técnicas de mudança comportamental

Introdução

A população global está a envelhecer rapidamente (Ding et al., 2021). De acordo com a *World Health Organization* (2022), em 2020, 1 bilião de pessoas tinha 60 ou mais anos e espera-se que este número aumente para 1.4 biliões em 2030 e para 2.1 biliões em 2050 (World Health Organization, 2022). Perspetiva-se ainda que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique entre 2020 e 2050 e que possa chegar a 426 milhões (World Health Organization, 2022).

Em Portugal, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2021, reportaram que o índice de envelhecimento foi de 182,1 pessoas idosas por cada 100 jovens, aumentando quase 20 pontos percentuais relativamente ao ano 2019 (161,3). A par dos dados mundiais, também se tem registado um número cada vez mais acentuado de pessoas com 85 ou mais anos. Prevê-se que o número de pessoas nesta faixa etária aumente de 2,3 milhões, registado em 2019, para 3,4 milhões em 2050, o que representa 23% da população portuguesa (PORDATA, 2022)

Pessoas idosas são as principais utilizadoras dos cuidados de saúde hospitalares (Gilbert et al., 2018; Theou et al., 2018). Em Portugal, o INE revela que 43,1% dos pacientes internados tinha 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Esta percentagem tem registado um aumento progressivo nos últimos 10 anos com enfoque substancial de pessoas com idade 85 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Este aumento significativo de pessoas idosas leva à necessidade de criar respostas adequadas ao nível do sistema de saúde (Cesari et al., 2016).

A expressão mais problemática do envelhecimento é a fragilidade (Clegg et al., 2013). A fragilidade é uma síndrome geriátrica caracterizada por um estado de maior vulnerabilidade e alteração da homeostasia, que decorre frequentemente após um evento stressante, como por exemplo: uma doença, uma lesão cirúrgica ou um episódio de internamento hospitalar (Clegg et al., 2013; Gilbert et al., 2018; Khan et al., 2019). Esta síndrome desenvolve-se devido a um declínio na função de vários sistemas orgânicos, com diminuição da capacidade funcional intrínseca e com agravamento individual associados à idade (Cesari et al., 2016; Rezaei-Shahsavarloo et al., 2020).

Atualmente existem vários modelos para definir a fragilidade (Dent et al., 2019). Os dois principais modelos são: o fenótipo de Fried e o modelo de acumulação de défice definido

por Rockwood (Clegg et al., 2018). De acordo com o modelo de Fried et al. (2001) a fragilidade é uma condição predominantemente física que requer a presença de três dos cinco principais critérios: perda de peso não intencional, exaustão, baixo gasto de energia, diminuição da velocidade de marcha e força de preensão reduzida (Fried et al., 2001). O modelo permite classificar as pessoas em três principais categorias: robusto, pré-frágil e frágil. O modelo desenvolvido por Rockwood et al. (2005) pressupõe que a fragilidade é uma acumulação de défices, como por exemplo: perda de audição ou mau humor, presença de doenças crônicas, dependência nas atividades da vida diária e demência (Rockwood et al., 2005). Segundo este modelo, a pessoa idosa pode ser categorizada em três principais categorias: robustos, pré-frágeis e frágeis (Clegg et al., 2013). Independentemente do modelo subjacente importa realçar que a fragilidade é um estado dinâmico e reversível (Hoogendijk et al., 2019), ou seja, os indivíduos podem transitar entre os diversos estados de fragilidade (Amblàs-Novellas et al., 2022; Hoogendijk et al., 2019).

A utilização de diferentes modelos para a definição de fragilidade tem condicionado a compreensão adequada da sua incidência e prevalência. Relativamente à incidência, e de acordo com os resultados de revisão sistemática com meta-análise recente de Ofori-Asenso et al. (2019), na qual foram analisados 46 estudos observacionais, com um total de 120.805 idosos, recrutados na comunidade, entre não frágeis e pré-frágeis de 28 países de 5 continentes, observou-se uma taxa de incidência de 13.6% (13678 de 100313 participantes), num período de 3 anos (Ofori-Asenso et al., 2019). A taxa de incidência de pré-fragilidade numa amostra de 32.268 de pessoas idosas num período de seguimento com uma mediana de 2,5 anos foi de 30,9% (9974 de 32268) (Ofori-Asenso et al., 2019).

Uma revisão sistemática de Collard et al. (2012) que incluiu um total de 61.500 pessoas idosas residentes em comunidades estimou uma taxa de prevalência 10.7% (95% CI = 10.5–10.9%; n= 61500 participantes) e de pré-fragilidade 41.6% (95% CI = 41.2–42.0%; n=53.727 participantes) (Collard et al., 2012). A prevalência da fragilidade varia de acordo com o sexo, idade e condição socioeconómicas. Esta é maior nas mulheres (9,6%, 95% IC: 9,2-10,0%; n= 17,746) do que nos homens (5,2%, 95% IC: 4,9–5,5%; n= 22,596). Pessoas com mais idade apresentam também taxas de prevalência de fragilidade mais altas, 15,7% (80-84 anos) e 26,1% (≥ 85 anos), respetivamente (Collard et al., 2012). Quanto a fatores socioeconómicos, pessoas com níveis socioeconómicos mais baixos

(menor nível educacional ou rendimentos mais baixos) apresentam também taxas de prevalência de fragilidade mais altas (OR 2.94, 95% CI: 1.84- 4.71) (Hoogendijk et al., 2014).

A literatura aponta que a incidência e prevalência da fragilidade possa ser mais alta em ambiente hospitalar, mas os estudos são escassos (Hogan et al., 2017). Uma revisão sistemática reportou que a prevalência da fragilidade variou entre 10.4 e 37.0%, e pré-fragilidade entre 31.3 e 45.8%, em serviços de cirurgia geral (Hewitt et al., 2018). Richards et al. (2019), num estudo com 402 participantes admitidos em ambiente hospital, observou uma prevalência de fragilidade de 48,8% (n=205), maior em mulheres (53.9%) do que nos homens (43.6%) (p=0.04) (Richards et al., 2019). No mesmo sentido, Condon et al. (2019), reportou uma prevalência de fragilidade de 52,2% num hospital universitário na Irlanda (Condon et al., 2019).

A fragilidade está fortemente associada a piores resultados ao nível do paciente e dos sistemas de saúde. Pessoas idosas frágeis apresentam: aumento de comorbidades, maior risco de quedas (HR= 1.23, 95% IC: 1.00–1.68), incapacidade, (HR= 1.70, 95% IC: 1.47–2.17) e delírio (OR= 8.5, 95% IC: 4.8–14.8) (Clegg & Hassan-Smith, 2018). Ao nível do sistema de saúde, pessoas idosas frágeis apresentam: tempos de internamento mais longos, maior probabilidade de reinternamento, maior taxa de mortalidade e necessidade de cuidados de longa duração após alta (Clegg & Hassan-Smith, 2018).

Especificamente, num estudo de Gilbert et al. (2018), pessoas idosas com fragilidade apresentaram maior risco de ter um internamento de longa duração, em média de 33,6 dias (OR= 6,03, 95% IC: 5,92-6,10), comparativamente a pessoas idosas não frágeis (Gilbert et al., 2018). Este resultado foi confirmado por outros estudos (Clegg et al., 2016; Makary et al., 2010). Também no estudo de Gilbert et al. (2018), esta população apresentou maior probabilidade de reinternamento 30 dias após a alta (OR= 1,48, 95% IC: 1,46-1,50), e maior probabilidade de mortalidade em 30 dias (OR=1,71, 95% IC: 1,68-1,75) (Gilbert et al., 2018). Para além disso, pessoas idosas frágeis apresentaram maior risco de admissão em instituições de longa duração (OR=2.60; 1.36–4.96) (Clegg & Hassan-Smith, 2018).

Assim, o aumento de pessoas idosas nos sistemas de saúde associado à presença de fragilidade e, conseqüentemente, os seus piores resultados em saúde tem um impacto direto nos custos hospitalares. Um estudo que contempla três coortes realizados em

hospitais da área de Londres, no Reino Unido, com 2 anos de seguimento, comprovou este facto em duas destas coortes. Neste estudo, ser frágil foi associado ao aumento dos custos hospitalares com uma diferença nos custos que variou entre £ 997 e £ 2.860 por pessoa. Este aumento de custos foi associado ao aumento de dias de internamento (Conroy et al., 2019).

Os internamentos hospitalares são também um dos principais fatores determinantes para a incapacidade em pessoas idosas (Izquierdo et al., 2019). Em pessoas pré-frágeis e frágeis, a hospitalização está associada a um declínio funcional podendo levar à perda de capacidade de realizar uma ou mais atividades da vida diária como por exemplo: tomar banho, ir à casa de banho, vestir-se, caminhar (Izquierdo et al., 2021) por consequência, transitar de pré-frágil para frágil ou acentuar a sua fragilidade (Amblàs-Novellas et al., 2022).

A imobilidade é comum no ambiente hospitalar e tem sido apontada como um dos fatores principais que promove o declínio funcional durante o internamento contribuindo para agravar a fragilidade (Izquierdo et al., 2019). Pacientes hospitalizados passam entre 87 a 100% do tempo deitados na cama ou sentados, independentemente do motivo do episódio de internamento. Cada dia de imobilidade no leito está associado a uma perda de massa muscular de aproximadamente 1,5 a 3% e 5% de perda de força muscular (Zisberg et al., 2018), o que corresponde a uma perda de massa muscular equivalente àquela que uma pessoa idosa perderia num ano (English & Paddon-jones, 2012).

Pacientes hospitalizados apresentam um baixo número de passos diários durante o episódio agudo, evidenciando baixos níveis de atividade física (Geelen et al., 2021). Uma revisão sistemática reportou uma mediana de 428 (36-1907) passos por dia (Baldwin et al., 2017). Outros estudos sustentaram estes achados verificando que os pacientes em média não realizavam um mínimo de 900 passos por dia (Jawad et al., 2022; Kolk et al., 2021), sendo este o número de passos por dia recomendado durante o internamento (Agmon et al., 2017). Adicionalmente, no estudo de Jawad et al. (2022) verificou-se um aumento médio de 728 passos durante o internamento (mediana 4 dias) para 2207 uma semana após alta, e para 2622 quatro semanas após alta. Este incremento do número de passos sugere que estes participantes poderiam ter sido mais ativos durante o internamento (Jawad et al., 2022).

Níveis baixos de atividade física têm sido associados ao declínio funcional, ao aumento do tempo de internamento, ao aumento do risco de institucionalização e de mortalidade (Geelen et al., 2021). Especificamente, em intervenções cirúrgicas o repouso prolongado no leito e a mobilidade reduzida têm sido associados ao aumento do risco de complicações como: maior risco de desenvolver complicações respiratórias, a eventos tromboembólicos, maior resistência à insulina e diminuição da força muscular (Gustafsson et al., 2019).

Desta forma, a imobilidade e níveis baixos de atividade física contribuem fortemente para um agravamento da condição de fragilidade por consequência do agravamento do declínio funcional, comparativamente ao estado funcional antes da admissão hospitalar (Kehler et al., 2019; Oikawa et al., 2019).

Dado o impacto da imobilidade na funcionalidade da pessoa idosa avaliar a função física torna-se importante. A *Short Physical Performance Battery* (SPPB) tem sido utilizada como sendo um dos melhores testes para identificar pessoas idosas com fragilidade física no contexto hospitalar (Fisher et al., 2009). Esta bateria é composta por três testes: um teste de equilíbrio, um teste de marcha e um teste de força dos membros inferiores. Cada teste apresenta uma pontuação de 0-4. Assim, a pontuação total varia entre “0” e “12” sendo “0” o pior nível do desempenho físico e “12” o melhor nível de desempenho físico. A SPPB permite distinguir três principais categorias: frágeis (0 a 6 pontos), pré-frágeis (7 a 9 pontos) e robustos (10 a 12 pontos) (Marzetti et al., 2018; Pritchard et al., 2017).

Considerando que a evolução da fragilidade é variável de indivíduo para indivíduo, e que pessoas idosas frágeis apresentam uma capacidade reduzida de voltar ao seu estado inicial após internamento (Clegg et al., 2013), torna-se importante prevenir o impacto da imobilidade na função física em pessoas pré-frágeis e frágeis em contexto hospitalar. Uma vez, que neste contexto, os cuidados prestados às pessoas idosas internadas envolvem diferentes cuidados, serviços e profissionais, é de extrema importância que as soluções encontradas sejam abrangentes, multiprofissionais e co-construídas com os intervenientes no processo de cuidados.

Para isso, as recomendações da *International Conference of Frailty and Sarcopenia Research* (ICFSR), de 2019, recomendam que todas as pessoas idosas (com idade superior a 65 anos) realizem um **despiste** para verificar a presença/ ausência de fragilidade através de instrumentos simples, validados e adequados ao contexto específico

(Dent et al., 2019). O *Surgeons National Surgical Quality Improvement Program* (SNSQIP), em colaboração com a *American Geriatrics Society*, recomendam que seja feita a avaliação da fragilidade e da funcionalidade no pré-operatório em pacientes idosos que sejam considerados para cirurgia gastrointestinais programadas (Ward et al., 2017). Também o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) emitiu recomendações para o despiste da fragilidade em indivíduos admitidos em ambiente hospitalar (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Um dos instrumentos sugeridos para realizar o despiste da fragilidade em ambiente hospitalar é a *Clinical Frailty Scale* (CFS) (Hoogendijk et al., 2019). Esta foi desenvolvida por Rockwood et al. (2005), tendo por base o modelo de acumulação de défices e visa avaliar o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa com base no julgamento clínico, tendo em consideração a história clínica e o exame físico realizados pelo profissional de saúde. Esta escala contém questões que abordam os domínios clínicos, funcionais e cognitivos. O ponto de corte para definir uma pessoa idosa frágil através desta escala é a pontuação cinco, sendo que idosos com pontuações de 1 a 3 são considerados “não frágeis”, 4 “pré-frágil” e de 5 a 9 “frágeis” (Pinto et al., 2021). A utilização da CFS no ambiente hospitalar torna-se também pertinente pelo facto da mesma ser um preditor independente de mortalidade hospitalar (OR = 1,60, 95% IC:1,48-1,74; p <0,001) e tempos de internamento ≥ 10 dias (OR = 1,19, 95% IC: 1,14-1,23, p<0,001).

A segunda recomendação da ICFSR é que a **avaliação clínica da fragilidade** deve ser realizada para todas as pessoas idosas que apresentem no despiste uma condição de pré-fragilidade ou fragilidade. Para realizar esta avaliação a *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) foi considerada o padrão de ouro para a avaliação e intervenção em pessoas idosas (Ellis et al., 2017). A CGA é um processo de diagnóstico multidimensional, interdisciplinar focado na avaliação dos domínios médicos, psicológicos e capacidade funcional, para pessoas idosas com fragilidade de forma a desenvolver um plano de tratamento coordenado e integrado para longos períodos de tempo. Esta avaliação poderá ser feita por um profissional de saúde como por exemplo: um médico especialista (exemplo: oncologista, cirurgião, medicina interna) ou geriatra, caso exista (Dent et al., 2019). Este modelo de avaliação e intervenção demonstrou prevenir muitos dos principais resultados negativos relacionados à saúde, incluindo a dependência de cuidados (Ellis et al., 2017; Romero-Ortuno et al., 2016). Segundo uma

meta-análise de 2017, a utilização da CGA aumenta a probabilidade de viver em casa num período de 3 a 12 meses de seguimento (RR=1,06; 95% IC: 1,01-1,10) e diminui a probabilidade de estar institucionalizado num período de 3 a 12 meses de seguimento (RR=0.80, 95% CI: 0.72-0.89). Após a alta, os resultados da meta-análise evidenciaram que não existem diferenças estatisticamente significativas na probabilidade de mortalidade (RR=1,00; 95% IC: 0,93-1,07) num período de 3 a 12 meses de seguimento. A média de dias de internamento no grupo que foi avaliado pela CGA foi 1,63 a 40.7 dias e nos que não receberam foi de 1,8 a 42.8 dias, não tendo sido identificadas diferenças estatisticamente significativas (Ellis et al., 2017).

Relativamente aos componentes da intervenção, as recomendações da ICFSR referem que pessoas idosas frágeis devem receber um **programa de atividade física multicomponente** (Dent et al., 2019). Apesar de diversos estudos demonstrarem a importância do seu papel na capacidade funcional (Angulo et al., 2020), a literatura é escassa ou inexistente acerca de recomendações específicas para intervenções baseadas na mobilidade e exercício para pessoas idosas hospitalizadas.

Apesar de fundamental, promover apenas a mobilidade para pessoas idosas internadas, com fragilidade, poderá ser insuficiente. A recomendação reforça que uma componente de treino de resistência deve ser incorporada no programa de exercício multicomponente. Em pessoas idosas hospitalizadas, as intervenções baseadas em exercícios supervisionados provaram ser seguras e efetivas para atenuar o declínio funcional e prevenir o declínio cognitivo (Izquierdo et al., 2021). Em 2007, uma revisão da Cochrane, evidenciou que intervenções multidisciplinares e baseadas no exercício podem aumentar a probabilidade de alta hospitalar para a residência do paciente (RR=1,08, 95% IC: 1,03-1,14), diminuir o tempo de internamento (-1,08 dias, 95% IC: -1,93 a -0,22) e consequentemente diminuir os custos hospitalares (-278,65\$, 95% IC: -491,85 a -65,44) (De Morton et al., 2007). Uma meta-análise recente que combina a intervenção nutricional com o exercício demonstrou efeitos positivos nas pontuações da fragilidade (SMD 0.25; 95%CI 0.03 to 0.46; p=0.02), na SPPB (MD= 0,48, IC 95% 0,12-0,84), no teste sentar e levantar (MD= 0,26, IC 95% 0,09-0,43) e nas atividades da vida diária (MD= 1,06, IC 95% 0,91-1,20), em pacientes pré-frágeis e frágeis hospitalizados (Han et al., 2020).

Uma revisão sistemática com meta-análise, que incluiu um total de 1748 participantes, com idade entre 67 e 88 anos, que foram hospitalizadas durante 4 a 13 dias, demonstrou que intervenções baseadas no exercício, realizados 5 a 7 dias por semana, entre 15 a 30 minutos por sessão, incorporando exercícios de resistência ou um plano de exercícios multicomponente (flexibilidade, força, aeróbicos) promoveram a independência funcional à data de alta (SMD= 0,64, IC 95%= 0.19-1.08), com aumento da capacidade física à data de alta (SMD=0.57, IC 95% 0.18-0.95) e mantendo a independência funcional num follow-up 1 a 3 meses após a alta (SMD= 0.29, IC 95%= 0.13-0.43). No entanto, neste estudo, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quanto ao tempo de internamento, reinternamentos e mortalidade (Valenzuela et al., 2020).

Assim, a adoção das melhores práticas centradas na prevenção e tratamento da fragilidade em pessoas idosas (pré-frágeis e frágeis) internadas, pode resultar em benefícios para o paciente, com melhoria da sua funcionalidade e estado cognitivo, e para o sistema de saúde, com diminuição do tempo de internamento (Liu et al., 2013). Nesse sentido, torna-se importante desenvolver programas com intervenções efetivas, especialmente em contexto hospitalar (Lee et al., 2020).

Em Portugal, a necessidade de prestar cuidados baseados nas melhores práticas à população com 65 ou mais anos foi evidenciada no relatório sobre a “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, referindo a necessidade de “criar um sistema de diferenciação positiva, no atendimento às pessoas idosas nos serviços de urgência e nos serviços de internamento” e de “desenvolver adaptação dos serviços hospitalares à população idosa através, entre outras, da adaptação da triagem de urgência às pessoas idosas” (Costa et al., 2017).

Dado o impacto da fragilidade e da imobilidade hospitalar na qualidade de vida das pessoas idosas hospitalizadas e no sistema de saúde, e tendo em conta as recomendações da evidência científica atual, torna-se fundamental desenvolver um programa de cuidados multidisciplinar que incorpore: (1) a avaliação da fragilidade de forma sistemática em pessoas idosas (65 ou mais anos); (2) a avaliação de forma sistemática da função física e a mobilidade em pessoas idosas hospitalizadas e (3) intervenções baseadas na mobilidade e exercício, ajustadas à sua capacidade funcional com o objetivo de prevenir o declínio

funcional e, conseqüentemente, o agravamento da fragilidade nas pessoas idosas hospitalizadas.

A literatura fornece diversos programas com o objetivo de promover a mobilidade e prevenir o declínio funcional em ambiente hospitalar através de intervenções baseadas na mobilidade e atividade física. Para referir alguns exemplos, destacam-se os seguintes programas: “Hospital in Motion” (Holanda) (Delft et al., 2020), o “MOVE ON” (Canadá) (Moore et al., 2014), “Walk-For” (Copenhaga) (Kirk et al., 2018), “Ban Bedcentricity” (Holanda) (Koenders et al., 2021) e “Better by Moving” (Amsterdão) (Geelen et al., 2022).

O programa “MOVE ON”, é um exemplo de um programa de intervenção interdisciplinar implementado em catorze hospitais do Canadá. O programa é composto por três competentes principais: (1) avaliação da mobilidade nas primeiras 24 horas da admissão, (2) mobilização num mínimo de três vezes ao dia; e (3) mobilidade prescrita de forma progressiva e adaptada individualmente às capacidades do paciente. Este programa demonstrou resultados estatisticamente significativos no aumento da mobilidade, ou seja, mais pacientes passaram mais tempo fora do leito e, na redução de dias de internamento (3.45 dias, IC 95% -6.67,-0.23, $p = 0.0356$) (Liu et al., 2018). No entanto, este programa não contém nenhuma componente de exercício.

O VIVIFRAIL é um programa de exercícios multicomponentes que foi desenvolvido para prevenção da fragilidade e quedas (Izquierdo et al., 2018), e posteriormente adaptado para ser implementado em contexto hospitalar (Izquierdo et al., 2021). O programa é individualizado, ao nível de capacidade funcional da pessoa idosa e inclui um programa estruturado de exercícios físicos multicomponentes que inclui as seguintes componentes da aptidão física: força e potência dos membros superiores e inferiores, equilíbrio e coordenação para prevenir quedas, flexibilidade e resistência cardiovascular (caminhada) (Casas-herrero et al., 2019). Quando implementado em ambiente hospitalar, os resultados demonstraram melhorias na função física com um aumento médio de 2.2 pontos (95% CI: 1.7 a 2.6 pontos, $p < 0,001$) na SPPB e na escala de Barthel 6.9 pontos (95% CI: 6.8 a 3.2 pontos) (Martínez-Velilla et al., 2019).

Estes programas são, no entanto, limitados na resposta que oferecem às pessoas idosas internadas uma vez apenas incorporam intervenções baseadas na mobilidade e exercício. e não consideram o despiste ou avaliação da fragilidade com recurso à CGA.

Em 2019, foi desenvolvido e implementado no *National Health Service (NHS)*, um programa pioneiro- *Hospital Wide Comprehensive Geriatric Assessment (HoW-CGA)*. Este incorpora o despiste da fragilidade através da CFS. Posteriormente, inclui a CGA como uma abordagem para as pessoas idosas que foram classificados como frágeis (Conroy et al., 2019).

Em Portugal, do nosso conhecimento, não existe nenhum programa implementado em ambiente hospitalar que englobe a avaliação de pessoas idosas para despistar e avaliar a fragilidade em ambiente hospitalar e que incorpore intervenções baseadas na mobilidade e exercício.

Para colmatar esta lacuna, pretendemos desenvolver um programa multidisciplinar com cuidados integrados para as pessoas idosas hospitalizadas, suportado na melhor evidência científica disponível para prevenção do agravamento da fragilidade e declínio funcional em meio hospitalar. Assim, e dada o elevado risco de declínio funcional durante o internamento em pessoas frágeis ou pré-frágeis, o programa deve incluir: 1) despiste da fragilidade no internamento, através da CFS, e avaliação da mesma, através da CGA, quando na presença de pessoas idosas frágeis; 2) Referenciação para fisioterapia das pessoas idosas com pontuação ≥ 4 na CFS que apresentem capacidade de comunicar e colaborar; 3) avaliação da função física através da SPPB, e nos casos em que a pontuação é ≤ 3 utiliza a ferramenta ABC¹ para avaliar a mobilidade do paciente; 4) avaliação da mobilidade seguindo a estrutura proposta no programa “MOVE ON”; 5) e, intervenções baseadas na promoção da atividade física e exercício estruturado de acordo com o nível de fragilidade física encontrado. O programa de exercícios deve resultar de avaliação prévia e categorização da pessoa idosa nos 4 subgrupos de fragilidade física e incluir exercícios em múltiplas componentes (força, equilíbrio e flexibilidade), definidos de acordo com a pontuação de fragilidade encontrada e estruturado para sete dias da semana (Casas-herrero et al., 2019). A duração das sessões, exercícios específicos e progressões são definidas para cada nível. De forma a ajustar a intervenção para pacientes incapacitados deve utilizar-se a estratificação da mobilidade proposta no programa

¹ ferramenta ABC: algoritmo de mobilidade utilizado para avaliar e intervir na mobilidade de pacientes internados no programa “MOVE ON” (Canadá). Disponível em: <https://www.movescanada.ca/resources-for-hospitals/selecting-change-strategies/>

MOVE ON (Liu et al., 2013). Adicionalmente, o programa deve incluir a avaliação AVD's e a mobilidade do paciente pelo enfermeiro.

A implementação bem-sucedida de programas em saúde depende não só da efetividade previamente demonstrada pela intervenção a implementar, mas também da forma como o programa é implementado num contexto específico (Jones et al., 2016). Em cada contexto de implementação existem barreiras que condicionam a adoção de novas práticas e novos comportamentos, que podem limitar a motivação e adesão dos profissionais intervenientes na adoção de novas tarefas e, conseqüentemente comprometer o sucesso da implementação deste tipo de programas na área da saúde (Geerligts et al., 2018). Complementarmente, a literatura atual sugere que o desenvolvimento de intervenções multiprofissionais, informadas por teorias das ciências comportamentais e que incorporam estratégias de mudança comportamental dirigidas a barreiras específicas, tem maior probabilidade de conduzir a implementações de sucesso (Glanz & Bishop, 2010; Michie & Abraham, 2004)

Para desenvolver e implementar intervenções complexas em contexto de saúde, que incluam mudanças comportamentais nos seus intervenientes, o Medical Research Council (MRC) do Reino Unido estabelece um conjunto de orientações organizadas em quatro fases: desenvolvimento ou identificação da intervenção; viabilidade; avaliação; implementação. Cada uma destas fases é composta de elementos centrais comuns, nomeadamente, contexto, teoria do programa, envolvimento das partes interessadas, identificação das principais incertezas, refinamento da intervenção e considerações económicas, que devem ser continuamente considerados (Skivington et al., 2021).

Uma limitação do quadro conceptual do MRC é que, apesar da sua orientação geral para informar o desenvolvimento, avaliação e implementação de intervenções complexas, não fornece orientações específicas sobre a melhor forma de o fazer (French et al., 2012). O “intervention mapping” (IM) é uma abordagem teórica que têm evidenciado resultados positivos no que concerne ao desenho e implementação de programas de saúde (Bartholomew et al., 2016; Jones et al., 2016). O IM fornece um processo lógico para o desenvolvimento da intervenção, implementação e avaliação (Bartholomew et al., 2016) que cumpre os critérios da MRC para a implementação de intervenções complexas em contexto de saúde (Skivington et al., 2021) e tem sido anteriormente utilizada para desenvolver e adaptar programas baseados na melhor evidência disponível para novos

ambientes de prestação de cuidados (Fernandez et al., 2019). Este processo lógico é constituído por seis etapas que incluem diversas tarefas que informam as etapas subsequentes (Figura 1): (1) avaliação das necessidades, (2) desenvolvimento de matrizes, (3) seleção de métodos baseados em teoria e aplicações práticas, (4) criação do programa, (5) adaptação e implementação, (6) plano de avaliação (Bartholomew et al., 2016).

Uma vez que o programa a implementar pressupõe que médicos, fisioterapeutas e enfermeiros adotem novos comportamentos (por exemplo, realizar o despiste e avaliação da fragilidade ou prescrever exercício), a identificação e compreensão das barreiras e de eventuais facilitadores à adoção desses novos comportamentos é um elemento essencial na avaliação de necessidades (etapa 1 do IM), bem como no desenho das etapas subsequentes.

A Behavioural Change Wheel (BCW) é uma síntese de 19 quadros de mudança de comportamento que permite a identificação de determinantes relevantes do comportamento (barreiras e facilitadores), e o desenvolvimento sistemático de intervenções de mudança de comportamento, fundamentadas em teoria e evidência (Michie, 2014). No centro da BCW está o modelo COM-B que conceptualiza o comportamento como parte de um sistema de fatores que interagem de forma dinâmica entre si (Michie et al., 2011). De acordo com o COM-B um comportamento, num período de tempo específico, só ocorrerá se houver capacidade (C), oportunidade (O) e motivação (M) (Willmott et al., 2021). A “capacidade” é subdivida em capacidade física e psicológica para realizar um dado comportamento e inclui ter o conhecimento e as habilidades necessárias para o executar. A “oportunidade” é dividida nas dimensões social e física e inclui todos os fatores externos ao indivíduo que permitem a concretização do comportamento e/ou que o potenciam. A “motivação” é dividida em motivação automática e reflexiva e inclui todos os processos cerebrais que direcionam o comportamento (Cowdell & Dyson, 2019; Michie, 2011)

Adicionalmente, e através de um trabalho de consenso foi desenvolvido o Theoretical Domains Framework (TDF) que agrupa 33 modelos de mudança comportamental incluindo 128 construtos separados, para reforçar a análise feita pelo COM-B, proporcionando uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam os comportamentos e a forma de os modificar (Atkins et al., 2017). O TDF é uma estrutura

de 14 domínios teóricos, que incluem: conhecimento, capacidade, papel e identidade social/profissional, crenças sobre capacidade, crenças sobre as consequências, motivação e objetivos, atenção à memória e processos de decisão, contexto e recursos ambientais, influências sociais, emoção e planejamento da ação, otimismo, reforço e intenções (Michie et al., 2014; Atkins et al., 2017).

Com base na identificação das barreiras e facilitadores à adoção de novos comportamentos, a BCW estabelece nove funções de intervenção (Educação; Persuasão; Incentivo; Coerção; Formação; Capacitação; Modelação; Reestruturação ambiental; Restrição) que podem ser utilizadas numa intervenção para alterar comportamentos (Michie, 2014). Estas funções de intervenção estão associadas a técnicas de mudança comportamental (TMCs), agrupadas numa taxonomia própria (Michie et al., 2013). As definições para cada componente COM-B, domínio TDF e função de intervenção são apresentadas no Apêndice A.

Assim, informado pelas recomendações da evidência científica atual para a identificação, prevenção e tratamento da fragilidade em ambiente hospital em meio hospitalar, pelas orientações teóricas do MRC para o desenvolvimento de intervenções complexas (Skivington et al., 2021), pelas etapas da IM (Bartholomew et al., 2016) e pela BCW (Atkins et al., 2017), o objetivo deste trabalho é descrever o processo de desenvolvimento e otimização de um programa de identificação, prevenção e tratamento da condição de fragilidade física que designaremos por MyMOB. Especificamente pretende-se:

1. Caracterizar as necessidades de desenvolvimento de um programa para identificação, prevenção e tratamento da fragilidade física para pessoas idosas internadas (Programa MyMOB);
2. Explorar as barreiras e facilitadores dos profissionais de saúde acerca da implementação do Programa MyMOB;
3. Estabelecer os objetivos gerais e de desempenho para o Programa MyMOB e os objetivos de mudança para os diferentes profissionais de saúde envolvidos.
4. Desenhar um programa de intervenção para promover a mudança comportamental nos profissionais de saúde envolvidos na implementação do Programa MyMOB.

Metodologia

Para efeitos deste estudo, realizaram-se apenas as quatro primeiras etapas descritas no IM: (1) avaliação das necessidades; (2) identificação de *outcomes*, objetivos de desempenho e objetivos de mudança; (3) seleção dos métodos e aplicações prática; (4) desenvolvimento do programa. O programa MyMOB foi refinado através de um processo iterativo e dinâmico com base na evidência, teoria e feedback das partes interessadas, nomeadamente, fisioterapeutas, médicos e enfermeiros dos serviços de medicina interna e de cirurgia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano- Hospital José Maria Grande, e acompanhado por peritos com experiência em mudança comportamental, desenvolvimento de intervenções complexas, fragilidade e exercício, cuidados de saúde, e metodologias qualitativas.

A aprovação para a realização deste estudo foi atribuída pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano- Hospital Dr. José Maria Grande (Nº.13/2021) (Anexo 2). Todos os dados recolhidos durante o estudo, dos profissionais de saúde e dos pacientes, foram anonimizados, e encontram-se em conformidade com os termos e condições aplicáveis ao tratamento dos dados pessoais descritos na Política de Privacidade da ULSNA,E.P.E., que se encontra disponível, para consulta, no site www.ulsna.min-saude.pt. Mais se salienta que não foi atribuída qualquer compensação económica ou outro a qualquer um dos participantes neste estudo

Tabela 1: Fases da Intervention Mapping. Fonte: (Bartholomew et al., 2016).

<p>Etapa 1 Avaliação de necessidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do plano de necessidades com o modelo PRECEDE • Avaliação de saúde, qualidade de vida, comportamento e ambiente. • Avaliação da capacidade • Estabelecer resultados do programa
<p>Etapa 2 Desenvolvimento de Matrizes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças esperadas no comportamento e ambiente • Especificar objetivos de desempenho • Especificar determinantes • Criar matrizes de objetivos de mudança
<p>Etapa 3 Métodos baseados em teorias e estratégias práticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rever ideias do programa com as partes interessadas • Identifique métodos teóricos • Escolher métodos do programa • Selecionar ou projetar estratégias • Garantir que as estratégias estão de acordo com os objetivos
<p>Etapa 4 Programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar os participantes e intervenientes • Criar o alcance do programa, sequência, tema e lista de materiais • Desenvolver os documentos e protocolos • Rever materiais disponíveis • Desenvolver os materiais do programa • Realizar o pré-teste dos materiais do programa com grupos-alvo e supervisionar a produção de materiais
<p>Etapa 5 Adoção e plano de implementação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os utilizadores • Especificar os objetivos da adoção, implementação e desempenho da sustentabilidade do programa • Especificar determinantes e criar matrizes • Selecionar métodos e estratégias. • Projetar intervenções para influenciar o uso do programa
<p>Etapa 6 Plano de avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do programa • Descrição dos resultados do programa e perguntar o seu efeito • Escrever perguntas baseadas na matriz • Escrever perguntas sobre o processo • Desenvolver indicadores e critérios • Especificar a avaliação do programa

(1) Etapa 1- Avaliação das necessidades

A primeira etapa teve por objetivo caracterizar as necessidades e estabelecer os objetivos gerais para o programa de prevenção e tratamento da fragilidade para pacientes idosos internados, e identificar as barreiras e facilitadores à implementação do mesmo pelos profissionais de saúde em contexto clínico. Foi realizada uma avaliação multi-método das necessidades por referência à resposta atual à problemática da fragilidade e imobilidade dos pacientes internados em contexto hospitalar (revisão da literatura), que incluiu um

estudo documental retrospectivo, e 4 grupos focais com diferentes profissionais de saúde da instituição (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas).

(1.1) Estudo Documental Retrospectivo

Realizou-se uma análise documental retrospectiva, sobre os registos clínicos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano- Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre, com o objetivo de caracterizar a condição dos pacientes referenciados para fisioterapia (condição clínica, idade, serviço de internamento, número de dias de internamento, falecimento intra-hospitalar, falecimento num follow-up de um ano, número de reinternamento num follow-up de um ano), e elementos da prática de fisioterapia realizada (número de dias entre o internamento e o início da fisioterapia, número de sessões de fisioterapia), em contexto de internamento. Nesta análise, foram incluídos todos os pacientes que foram referenciados para o serviço de Medicina Física e Reabilitação e iniciaram fisioterapia, entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

Foi desenvolvido um formulário com as variáveis de caracterização dos participantes e as principais métricas (Apêndice B) que incluíram: número médio de dias de internamento, número médio de dias entre o início de internamento e o início da fisioterapia, número de sessões de fisioterapia, percentagem de mortalidade intra-hospitalar, percentagem de mortalidade num follow-up de um ano, percentagem de reinternamentos.

Para iniciar o processo de recolha de dados acedeu-se à lista de pacientes internos que realizaram fisioterapia no período descrito. Através deste documento retirou-se o número do processo de cada paciente de forma a aceder ao seu processo clínico e extrair os dados para um ficheiro do Microsoft Excel para a análise. Todos os pacientes desta lista estavam categorizados por condição clínica com o código correspondente (exemplo: síndrome de imobilidade, condição oncológica) (Anexo 1 com as codificações). As codificações foram estabelecidas previamente pelo serviço de Medicina Física e Reabilitação e não são correspondentes à codificação nacional (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10*). De seguida, o processo de cada paciente foi consultado eletronicamente através do seu número de processo

individual, pela plataforma *SClínico*. Esta é plataforma utilizada para realizar os registos clínicos diários pelos profissionais de saúde do hospital.

Do processo clínico individual de cada paciente foi retirado: o nome do paciente, a idade, a data de internamento, o serviço onde foi internado, o código da condição, a data em que iniciou a fisioterapia, o número de sessões de fisioterapia e o(a) fisioterapeuta responsável. Esta recolha foi realizada pela investigadora (VM).

Para analisar as métricas hospitalares de forma a caracterizar o problema recorreu-se à análise descritiva dos dados realizada com recurso ao software *IBM SPSS 20*. No caso das variáveis nominais/catóricas, utilizaram-se as frequências relativas e absolutas e, no caso das variáveis contínuas, recorreu-se a medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalos máximos e mínimos).

(1.2) Grupos focais

Adicionalmente, e com o objetivo de identificar as principais barreiras e facilitadores para a sua implementação do programa realizaram-se 4 grupos focais a partir de uma amostra teórica por conveniência, tendo por base os fisioterapeutas do serviço de Medicina Física e de Reabilitação (n=6), enfermeiros(as) do serviço de Medicina Interna (n=3) e da Cirurgia (n=7), e médicos(as) do serviço de Medicina (n=5) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano- Hospital Dr. José Maria Grande, onde irá ser implementado o programa.

Todos os participantes elegíveis exerciam funções na instituição (nos serviços acima enumerados), tinham experiência e/ou intervinham em pessoas idosas hospitalizadas, manifestaram interesse em participar e falavam português.

O recrutamento foi realizado pela investigadora (VM) por convite e pessoalmente. Cada profissional de saúde convidado que manifestou interesse em participar recebeu a carta explicativa do estudo (Apêndice C) e o consentimento informado (Apêndice D), presencialmente e previamente à realização do grupo focal. Na realização dos grupos focais os participantes foram agrupados de acordo com a classe profissional, e no caso dos enfermeiros, estes ainda foram agrupados por serviços: medicina interna e cirurgia.

Foi desenvolvido um guião da entrevista semi-estruturado para cada grupo profissional. O guião foi informado pelo modelo COM-B e domínios TDF, com o objetivo de explorar a capacidade, oportunidade e motivação dos profissionais de saúde para a implementação do programa MyMOB (Apêndice E).

Cada grupo focal teve a duração média entre 1 hora e 20 minutos. Dois dos grupos focais (fisioterapeutas e enfermeiras de medicina) decorreram por videoconferência através da plataforma de vídeo *Zoom Video Communications, Inc.* Esta opção sucedeu-se devido à disponibilidade e preferência dos intervenientes. O link de acesso à sala virtual do grupo focal foi enviado pela investigadora (VM) a todos os participantes, via email, dois dias antes à realização do mesmo. Os dois grupos focais restantes (enfermagem cirurgia e médicos medicina interna) foram realizados de forma presencial devido à maior disponibilidade dos intervenientes para este formato. Os grupos focais foram moderados pela investigadora (VM) tendo a mesma realizado treino de competências previamente à realização dos mesmos. Um segundo moderador (AM) esteve sempre presente com a responsabilidade de tirar notas. Todos os grupos focais apresentaram a mesma estruturação tendo sido dividido em duas partes principais: (1) apresentação das componentes do programa e (2) guião da entrevista.

No início de cada grupo focal foi explicado o objetivo do grupo focal bem como as regras básicas a cumprir para o bom funcionamento da sessão. Foram lembradas as condições de anonimato descritas no consentimento informado previamente assinado por todos os participantes. Cada participante escolheu um pseudónimo aquando da assinatura do consentimento informado.

Na primeira parte de cada grupo focal foi apresentado o objetivo geral e as principais componentes a incluir no programa. A apresentação diferiu consoante o grupo profissional uma vez que as tarefas a desempenhar são distintas. A apresentação foi estruturada de acordo com os seguintes pontos: caracterização da problemática da fragilidade na pessoa idosa e da imobilidade hospitalar, caracterização do problema a nível local e as tarefas a desenvolver por cada grupo profissional. Após a apresentação procedeu-se à fase da entrevista em grupo. No final de cada sessão o segundo moderador realizou um resumo para sumariar os principais pontos discutidos. Todos os grupos focais foram gravados por imagem e som. O conteúdo foi posteriormente transcrito textualmente.

Foi realizada uma análise temática dedutiva informada pelo método *Braun e Clarke's*. (Byrne, 2022). Esta foi realizada em seis fases: (1) Primeiramente dois investigadores (VR e AM) realizaram de forma independente a leitura das transcrições de cada grupo focal de modo a familiarizarem-se com o conteúdo na sua íntegra. Foram tomadas notas iniciais sobre os dados para posteriormente se realizar a codificação, contribuindo inicialmente para a geração de ideias de codificação; (2) Os dados de cada grupo focal foram extraídos pelos dois investigadores (VR e AM) para um ficheiro do Microsoft Excel. Cada transcrição foi identificada através do grupo profissional, número de página, linha e pseudónimo. Os investigadores leram e releeram cada transcrição e codificaram as barreiras e os facilitadores utilizando o modelo COM-B e os domínios TDF. As definições dos domínios TDF foram utilizadas para orientar o processo de codificação, conforme proposto por Atkins et al., (2017). As barreiras e facilitadores foram codificados separadamente e atribuídos a mais de um domínio caso o conteúdo se adequasse. Este processo foi realizado de forma independente pelos dois investigadores: (4) os revisores analisaram e discutiram as convergências e divergências relativamente ao processo de codificação das transcrições. Quando os revisores (VR e AM) não obtiveram consenso sobre a atribuição de um código segundo o modelo COM-B e do domínio TDF para cada transcrição, um terceiro investigador (EC) foi consultado de forma a resolver as divergências; (5) Após isso, realizou-se a descrição detalhada de todas as barreiras e facilitadores; (6) Por fim, de forma a sumariar o conteúdo descrito das barreiras e dos facilitadores por cada grupo profissional, realizou-se um quadro resumo segundo os construtos do COM-B e dos domínios TDF.

(2) Etapa 2- Desenvolvimento de Matrizes

Nesta etapa, especificaram-se os objetivos gerais e de desempenho a ser alcançados pelo programa e estabeleceram-se os objetivos de mudança (ou seja, o que cada profissional de saúde tem de aprender, fazer ou mudar para alcançar o objetivo especificado).

Os objetivos de desempenho são definidos como uma ação observável do comportamento e remetem para o que necessita de ser realizado pelos profissionais de saúde durante a implementação para alcançar os objetivos gerais do programa (Bartholomew et al., 2016).

Para cada objetivo de desempenho foram desenvolvidos objetivos de mudança, ou seja, as ações específicas que necessitam de ocorrer para alcançar os objetivos de desempenho e os objetivos gerais do programa.

Assim, e tendo por base a informação recolhida na etapa 1, os determinantes (as barreiras e os facilitadores) para cada objetivo geral foram identificados, e posteriormente relacionados com os objetivos de desempenho e com os objetivos de mudança, numa matriz que detalha o que necessita de mudar nos determinantes identificados para alcançar os objetivos gerais estabelecidos (Bartholomew et al., 2016).

O desenvolvimento da matriz foi realizado de forma independente por dois investigadores (VR e AM). As divergências foram discutidas em reunião de grupo com um terceiro investigador (EC), e obtido consenso.

(3) Etapa 3- Métodos Baseados em Teorias e Estratégias Práticas

Com base no diagnóstico comportamental resultante da análise das barreiras e facilitadores (etapa 1), e segundo os objetivos de desempenho e mudança estabelecidos na etapa 2, foram identificadas as funções de intervenção (as grandes categorias de meios através dos quais uma intervenção pode alterar o comportamento), selecionadas as TMCs e desenvolvidos os seus conteúdos.

As TMCs são componentes da intervenção projetadas para influenciar os determinantes que regulam o comportamento. Assim, cada objetivo de desempenho foi vinculado a um objetivo de mudança e codificado para um domínio TDF (Lynch et al., 2017). Posteriormente, foi selecionada uma TMCs apropriada. Para identificar os TMCs foi utilizada a taxonomia desenvolvida por Abraham, e Michie (Michie et al., 2014).

Após selecionar as TMCs foi desenvolvido o seu conteúdo e identificado o modo em que será entregue. Para sumariar, foi elaborada uma matriz que reúne os objetivos de desempenho, objetivos de mudança, as TMCs e o seu conteúdo, segundo cada domínio do TDF, que serão utilizadas para implementar o programa MyMOB no contexto do Hospital Dr. José Maria Grande.

Todo o processo associado ao desenvolvimento das matrizes foi igualmente realizado de forma independente por dois investigadores (VR e AM). As divergências foram discutidas em reunião de grupo com um terceiro investigador (EC), e obtido consenso.

(4) Etapa 4- Criação do Programa MyMOB

A quarta etapa teve por objetivo otimizar as componentes programa MyMOB e desenvolver materiais a ser entregues aos profissionais de saúde (população-alvo) para facilitar a sua implementação. O foco desta etapa esteve na tradução dos métodos e aplicações descritos na etapa 3 para atingir os objetivos identificados na etapa 2. Adicionalmente, desenvolvemos um material de apoio (e-book) para facilitar a implementação do programa MyMOB.

Resultados

Os resultados deste estudo serão reportados segundo as orientações das quatro primeiras etapas da IM: (1) avaliação das necessidades, que inclui os resultados do estudo documental retrospectivo (1.1) e dos grupos focais realizados com os diferentes profissionais envolvidos (1.2); (2) Desenvolvimento de Matrizes; (3) Métodos baseados em teorias e estratégias práticas; (4) Criação do programa MyMOB.

(1) Avaliação das Necessidades

(1.1) Estudo Documental Retrospectivo

De forma a caracterizar as potenciais necessidades para o programa MyMOB e identificar indicadores para o sucesso futuro da sua implementação, analisou-se primeiramente, a percentagem de pacientes referenciados para a fisioterapia pelo serviço de medicina interna e cirurgia, no ano de 2019. O número de pacientes internados no serviço de medicina interna foi de 1134 e no serviço de cirurgia de 2134, totalizando 3268 pacientes internados. Destes apenas 238 (7,3%) foram referenciados para a fisioterapia.

Os 238 pacientes referenciados para fisioterapia tinham uma média de idades de $76,9 \pm 11,8$ anos. O período médio de dias de internamento foi de $25,3 \pm 17,9$ dias, sendo que o tempo médio de referenciação para fisioterapia foi de $12,3 \pm 9,9$ dias. Esta amostra de pacientes realizou em média $8,4 \pm 8,8$ sessões de fisioterapia (Tabela 2).

Relativamente ao total dos pacientes referenciados para Fisioterapia (n=238), 30,8% (n=73) foram reinternados no período de um ano após o episódio de hospitalização sendo que em média tiveram $1,7 \pm 1,1$ episódios de reinternamentos, nesse mesmo período. Quanto à percentagem de mortalidade intra-hospitalar, 9,3% (n=22) destes pacientes faleceram durante o internamento, e 38,1% (n=90) faleceram no período de um ano após o episódio de hospitalização (Tabela 2).

Tabela 2: Dados do total de pacientes tratados pela fisioterapia no serviço de medicina e de cirurgia no ano 2019

		Média (DP)	N / %
Idade		77 (12)	238
Gênero	Masculino		133/56
	Feminino		105/44
Condição clínica	AVC		91/39
	Respiratória		72/30
	Imobilidade		69/29
	Oncológico		3/1
	Pós cirúrgico geral		1/0,5
	Outras condições		1/0,5
Serviço	Medicina		179/75
	Cirurgia		59/25
Nº de dias internado		25,3 (17,9)	
Falecido em internamento	Sim		22/9
	Não		214/91
Falecimento após 1 ano	Sim		90/38
	Não		146/62
Reinternamento durante o ano	Sim		72/30
	Não		166/70
Nº de reinternamentos		1,7 (1,2)	238/ 100
Nº de dias para iniciar Fisioterapia		12,3 (9,9)	238/ 100
Nº de tratamentos realizados de Fisioterapia		8,4 (8,8)	238/100

Do total de pacientes referenciados para fisioterapia 28% (n=69) foram classificados com síndrome de imobilidade. Neste subgrupo de pacientes, a média de idades foi $76,3 \pm 11,4$ anos. Estes apresentaram um tempo de internamento mais elevado comparativamente às restantes condições clínicas (n=169), com uma a média de $32,5 \pm 20,2$ e $22,3 \pm 16,1$ dias, respetivamente (Tabela 3). O número de dias para iniciar fisioterapia em pacientes com síndrome de imobilidade foi maior do que sem síndromes de imobilidade $17,5 \pm 11,2$ e $10,1 \pm 8,5$, respetivamente. No período de um ano, a percentagem de reinternamentos foi também foi mais elevada, 39% (n=27) neste subgrupo de pacientes com síndrome de imobilidade comparativamente aos que não foram categorizados como síndrome de imobilidade (n=45, 27%), e tiveram em média 2 internamentos num follow-up de um ano (Tabela 3). A percentagem de falecimento durante o internamento foi menor no sub-grupo de síndrome de imobilidade com 9% (n=6) comparativamente aos restantes pacientes (n=16, 10%). No entanto, a percentagem de falecimentos num seguimento de um ano foi maior (n= 29, 43%) (Tabela 3).

Tabela 3: Dados dos pacientes categorizados como síndromes de Imobilidade e sem síndrome de imobilidade, tratados pela fisioterapia no serviço de medicina e cirurgia no ano 2019

		Síndromes de Imobilidade		Sem Síndrome de Imobilidade	
		Média (DP)	N / %	Média (DP)	N / %
Idade		76,3 (11,4)	69	77,5 (11,8)	169
Gênero	Masculino		32/46		101/60
	Feminino		37/54		68/40
Condição clínica	AVC		--		91/53,8
	Respiratória		-		72/42,6
	Imobilidade		69/ 100		-
	Oncológico		-		3/ 1,8
	Pós cirúrgico geral		-		1/0,6
	Outras condições Clínicas		-		2/ 1,2
Serviço de internamento	Medicina		46/67		133/79
	Cirurgia		23/33		36/21
Nº de dias internado		32,5 (20,2)		22,3 (16,1)	169
Falecido em internamento	Sim		6/9		16/10
	Não		62/91		152/90
Falecimento após 1 ano	Sim		29/43		61/36
	Não		39/57		107/64
Reinternamento durante 1 ano	Sim		27/39		45/27
	Não		42/61		124/73
Nº de reinternamentos		2 (1,3)		1,4 (0,9)	
Nº de dias para iniciar Fisioterapia		17,5 (11,2)		10,1 (8,5)	
Nº de tratamentos realizados de Fisioterapia		8,8 (8,8)		8,2 (8,8)	

(1.2) Resultados dos Grupos Focais

Barreiras

Os resultados dos grupos focais revelaram barreiras em todas as componentes do COM-B. A tabela 4 apresenta um resumo das barreiras identificadas que serão de seguida detalhadas. O domínio comum a todos os profissionais de saúde foi o domínio do contexto ambiental e recursos. Foi consensual que a falta de tempo, recursos humanos e físicos são barreiras significativas na implementação do programa MyMOB (Tabela 4).

Tabela 4: Resumo das barreiras segundo o modelo COM-B e TDF de acordo com cada profissional de saúde

COM-B	TDF	Barreiras
Capacidade Psicológica	Conhecimento	Falta de conhecimento sobre: bases teóricas e princípios da prescrição de exercício, métodos de avaliação (incluindo escalas e testes); critérios de referenciação; estratégias de levante ou mobilizações específicas
	Regulação comportamental	Ausência de avaliações padronizadas (incluindo, baixa utilização de escalas) e de registo informatizado; variabilidade de modelos de trabalho
	Memória, atenção e processos de decisão	Desvalorização da Referenciação para a fisioterapia; Baixa utilização de recursos físicos (produtos de apoio no levante); Ausência de critérios de referenciação no destino da alta.
Oportunidade Física	Contexto ambiental e recursos	Falta de tempo; recursos humanos; recursos materiais para implementar o programa (ex: computadores, produtos de apoio para realizar o levante e as higiènes); Ausência de trabalho multidisciplinar; Infraestruturas pouco adaptadas;
	Influências Sociais	Falta de apoio dos órgãos de gestão, falta de relação entre a equipa multidisciplinar; Falta de aceitação por parte médico fisiatra na responsabilidade do fisioterapeuta realizar a avaliação, Falta de incentivo à mobilidade
Motivação Reflexiva	Papel e Identidade profissional	Falta de padrões de prática na fisioterapia
	Crenças sobre as capacidades	Falta de confiança para implementar o programa
	Intenção	Disparidade nas intenções de realizar o levante dos pacientes
	Otimismo	Pessimismo na implementação do programa na prática clínica
Motivação Automática	Emoção	Desmotivação da equipa relativamente ao insucesso na implementação de programas
	Reenforço	Falta de sustentabilidade dos programas ao longo do tempo

COM-B: Capacidade Psicológica

Relativamente à capacidade psicológica os domínios mais reportados pelos profissionais de saúde foram o **conhecimento, a regulação comportamental e a memória, atenção e processos de decisão.**

As principais barreiras reportadas foram a falta de **conhecimento** sobre conceito de fragilidade, e sobre as formas de avaliar e de intervir. Os profissionais referiram não conhecer as escalas de avaliação da fragilidade (médicos e fisioterapeutas). Mais ainda, percecionam falta de conhecimento sobre o processo de referenciação dos pacientes para a fisioterapia (fisioterapeutas e enfermeiros).

"Eu confesso que eu não conhecia esta escala, conheço outras de avaliação do doente, da fragilidade do doente, mas esta não conhecia, mas o que é um facto é

que não aplico nenhuma escala “á cabeça” para ver qual a fragilidade do doente ou não...” (p8/ l243-245/ Rita)

"Muita das vezes até não há mais pedidos de fisioterapia porque muita da parte médica de internos quando chegaram ao nosso serviço, dos que lá estão neste momento nem sequer tinham conhecimento de como fazer e muitos dos médicos novos que lá estão se não fomos nós a dizer eles não têm conhecimento de ter de fazer esse pedido à fisioterapia e pronto de colaborar um bocadinho nessa parte." (p1 e 2 / l 34-38 / Lurdes)

No que concerne à componente de intervenção, os profissionais (fisioterapeutas) reconheceram lacunas no conhecimento de condições médico-cirúrgicas, na prescrição de exercício adaptado a estas condições, na forma de intervir numa síndrome de imobilidade e, ainda, sobre estratégias de levante ou mobilizações mais específicas para promover a mobilidade (enfermeiros).

"não sou enfermeira de reabilitação e há muitas coisas e, vou falar sinceramente, que a gente desconhece. Nós aprendemos as mobilizações básicas, a transferência básica... " (p13 / l 392-394 /Silvia)

No domínio da **regulação comportamental**, as barreiras centraram-se no processo de avaliação e registo da intervenção. A falta de avaliações homogéneas na medicina interna, a baixa utilização de escalas para avaliar a fragilidade e a disparidade nos modelos de registo foram algumas das barreiras apontadas (médicos). Para além destas, a dificuldade em informatizar escalas padronizadas de avaliação das AVD's (como por exemplo: escala de Barthel) (enfermeiros) e a necessidade de ter um registo informatizado da fisioterapia foram também enumeradas como aspetos que condicionam a implementação da avaliação e do registo sistemático proposto (médicos).

"Sim também é a mesma coisa habitualmente não aplico uma escala para avaliar a fragilidade do doente confesso que seria o ideal, mas nós as vezes raramente temos tempo e gostaríamos de usar muitas escalas se calhar para avaliar outras coisas, mas acabamos por não ter" (p8/ l 243-245/ Iris)

No domínio da **memória atenção e processos de decisão** foram apontadas sobretudo barreiras relacionadas com a desvalorização da referência médica dos pacientes para a fisioterapia (enfermeiros). Os três aspetos que foram relacionados com esta

desvalorização foram: o facto do paciente se encontrar institucionalizado antes do episódio de internamento, o enfoque médico maioritariamente na componente clínica e não na mobilidade e, a necessidade de ir para a Rede de Cuidados Continuados. Neste domínio, foi encontrada uma barreira relativa aos produtos de apoio. Um profissional reportou que apesar de terem produtos de apoio para realizar o levante (ex: elevador) por vezes esqueciam-se de os utilizar (enfermeiros).

“... Às vezes não valorizam tanto a parte da reabilitação só mais quando se aproxima o momento da alta e começam a perceber realmente a perda de mobilidade dos doentes e focam-se muito mais na parte clínica.” (p1 / l 18-21 / Amália)

“Sim, às vezes também o facto de serem logo referenciados para as unidades de reabilitação eles desvalorizam o plano de fisioterapia durante o internamento, porque desvalorizam, dizem que depois da alta então nas unidades iniciarão os planos de fisioterapia. Se vêm de lares também muitas das vezes acabam por não investir muito.” (p2 / l45-48 / Amália)

COM-B: Oportunidade Física

A maioria das barreiras encontradas nos diferentes grupos focais remetem-se à oportunidade física e ao domínio do **contexto ambiental e recursos**. Todos os grupos profissionais apontaram a falta de tempo e de recursos humanos como as principais barreiras da prática clínica. A falta de tempo foi apontada como um dos principais fatores para a baixa utilização de escalas, para a dificuldade em avaliar os pacientes com maior rigor, para discutir casos clínicos e participar em reuniões multidisciplinares (médicos).

“a única duvida que eu tenho é aquilo que contem quase sempre, é a escassez de tempo. Nós somos “multitask” os internistas fazemos de tudo é verdade que isto calha muito dentro da população que nós cuidamos mas a única barreira que eu acho que podemos encontrar aqui é efetivamente o tempo de resto acho que é não só aplicável como benéfico não só para os pacientes e para nos para termos esta perceção de se efetivamente há uma melhoria ou não, mas eu só acho que se for muito difícil o preenchimento da escala vai acabar por nos retirar muito tempo que

já e muito escasso para outras coisas e que pode haver aí uma barreira a ultrapassar mas de resto não vejo mais nenhuma barreira.” (p4/ l 101-108/Rita)

Para outros profissionais, a falta de tempo para avaliar os pacientes, a necessidade de disponibilizar mais tempo para o contexto de internamento, a necessidade de gestão na articulação dos cuidados nos distintos ambientes de intervenção (ambulatório e internamento), a localização dos pacientes em enfermarias muito dispersas e o potencial aumento de número de pacientes referenciados para a fisioterapia aquando da implementação foram barreiras enumeradas (fisioterapeutas).

"Eu agora não estou no internamento mas já tive também acho que essa questão do tempo poderá ser ... é assim vai começar a haver muitos utentes e se vocês tiverem um doente, dois doentes, em que têm pro exemplo fazer... claro que não são todos dentro do mesmo score e portanto uns podem ter meia hora outros 10 minutos, 15 minutos não é? pode-se ir gerindo inclusivamente pode-se deixar fazer mais, enquanto um faz uma coisa ... não sei... pode-se ir gerindo quem está depois mais à vontade no piso poderá eventualmente gerir isso mas efetivamente a questão do tempo aqui poderá ser uma barreira, penso eu, porque se tu tiveres dois doentes já é uma hora com dois doentes não é? sendo que, isto vai dar resultado porque que é evidente que tem pernas para andar e acho que é um ótimo projeto acho que estás de parabéns por isso, por isso acho que vai haver mais pedidos e mais pedidos e isso é uma coisa que nós temos de contemplar. Penso eu que se será depois que nos devemos reorganizar em função dessa situação. Não sei... acho eu. Que será complicado depois gerir aí o tempo, efetivamente o tempo poderá ser aqui uma barreira" (p2 / l53-65 / Sara)

A falta de tempo foi ainda relacionada com a sobrecarga de trabalho devido à existência de pacientes muito dependentes e devido aos processos de registo diário. Isto poderá diminuir a disponibilidade temporal para a prestação de cuidados de saúde diretos ao paciente (enfermeiros). Reportando à intervenção do programa, uma participante reportou ainda que poderá haver falta de tempo para monitorizar a realização dos exercícios propostos no programa.

"quando as pessoas estiverem, vamos supor que vamos implementar e era bom sinal o projeto haverá uma série de exercícios que terão de ser presenciais certo, para que a pessoa os consiga... para que nós saibamos que a pessoa atingiu o

objetivo e que os fez na sua totalidade o que pode acontecer é que nem sempre o enfermeiro poderá ter essa disponibilidade" (p1/ l 9-12 / Tebe)

Outra das principais barreiras apontadas foi a falta de recursos humanos. Esta é percecionada como um problema do Sistema Nacional de Saúde e relacionada, em algumas situações, com a falta de tempo para desempenhar determinadas tarefas. Em específico, os profissionais referem que as equipas apresentam apenas o número mínimo de enfermeiros por paciente e que existe falta de enfermeiros(as) no turno da manhã e da tarde. Esse número pode ser insuficiente face à complexidade clínica dos pacientes internados na enfermaria. Esta falta de recursos humanos foi ainda percecionada como uma barreira que dificulta a realização do levante dos pacientes (enfermeiros).

"e termos também mais pessoas a trabalhar se calhar às vezes no turno da manhã estamos quase sempre reduzidos aos mínimos e às vezes mesmo que queiramos ajudar mais e levantar mais doentes num turno às vezes é complicado " (p1 / l 3-6 /Lurdes)

"primeiro a gente de manhã recebe uma distribuição de utentes essa distribuição às vezes acaba por nos sobrecarregar porque temos muitos doentes às vezes muito dependentes e ainda temos as outras tarefas que é a parte informática e isso também nos consome muito tempo e isso às vezes também nos consome muito tempo e isso também poderia dificultar a implementação porque por gestão de tempo e prioridades de turno por vezes ..." (p6 / l 192-196 /Amália)

"...e depois é assim temos de perceber que o SNS tem uma escassez e uma rarefação de profissionais que impede que a gente consiga fazer as coisas." (p12 / L363-366 / Rita)

Já os fisioterapeutas, não reportaram a falta clara de recursos humanos na equipa. Todavia, anteciparam a possível necessidade de recursos humanos caso o número de pacientes aumente devido à implementação do programa MyMOB. Para além disso, alertaram que, à semelhança da enfermagem, poderá haver períodos como por exemplo, período de férias, em que a redução de recursos humanos se faz sentir e poderá condicionar a implementação do programa.

“eu vou ser sincera, eu acho que se começarem a ter a... sei lá... a cirurgia tem 40 camas, entre a direita e a esquerda, se começarem a ser referenciados, 10 por semana, acho que vai ter de ser necessário mais pessoas” (p12/ l 372-374 / Sara)

No que diz respeito aos recursos físicos e infraestruturas, algumas enfermarias parecem não estar adaptadas para promover a mobilidade dos pacientes internados. As casas de banho apresentam dimensões pequenas para promover o programa e, nem sempre o profissional tem ao seu dispor produtos de apoio que ajudam no levante e na promoção das AVD's dos pacientes (enfermeiros).

“os nossos quartos, alguns, são muito estreitos o que também dificulta algum tipo de programa lá dentro e, às vezes, tem de vir para os corredores com o doente e por exemplo no turno da manhã são corredores que às vezes são muito movimentados e que também dificulta ali os programas. As nossas casas de banho também são muito estreitas algumas. Têm alguns degraus para o doente entrar para o polibã.” (p14 / l 449-454 / Amália)

Por outro lado, em algumas enfermarias, a existência de maior conforto no quarto (ex: casa de banho e televisão dentro do quarto) foi vista como algo que pode influenciar os pacientes a não terem necessidade de deambular.

“é assim o nosso serviço até tem boas condições, mas os doentes acabam por ficar mais isolados nos quartos, não saem dos quartos eles comem, tem casa de banho, tem tudo ali. Portanto eles praticamente não saem. Ainda com a agravante que ficamos sem refeitório e incentiva-los e levá-los para outro lado é pior. Antigamente tinham o refeitório como era aquelas enfermarias grandes uns não podiam comer e outros... acabavam por sair da enfermaria e iam, sim senhor, comer ao refeitório e havia mais convívio entre eles. Neste momento com televisão privada, casa de banho, e tudo eles não saem da enfermaria.” (p15 / l 444-450 / Albertina)

Quanto aos recursos materiais, foi apontado que existe dificuldade de acesso aos computadores durante a prática clínica que dificulta o registo da avaliação (médicos), e que os recursos materiais para realizar e monitorizar o programa, em contexto de internamento, são também escassos (fisioterapeutas).

“É claro que os recursos são escassos. Tem que se ... pelo menos recursos materiais para se monitorizar o programa e efetivamente os recursos é preciso

material que normalmente não está disponível no internamento. " (p11 / l 340-342 / David)

Algumas situações características do contexto de enfermaria, foram descritas como barreiras na promoção da mobilidade, tais como: restrições organizacionais impostas devido à situação pandémica pela COVID-19, o facto de se ter deixado de autorizar a ida dos pacientes hospitalizados ao refeitório e a hora em que se realizam as visitas (enfermeiros). Os profissionais consideraram também que existe uma grande rotatividade de pacientes com condições clínicas muito distintas, como por exemplo, ortopedia e medicina, que poderá dificultar o ajuste do programa (enfermeiros).

Relativamente ao trabalho em equipa multidisciplinar, consideraram que para o sucesso da implementação é necessária maior presença da fisioterapia neste contexto, e que a atual rotatividade de fisioterapeutas dificulta a comunicação interdisciplinar (enfermeiros). Quando questionados especificamente sobre o que pensam sobre a realização de reuniões multidisciplinares, os profissionais admitiram que estas não existem na prática clínica e, apontaram como causa a diminuição da interação dos médicos quer com a equipa de enfermagem quer com os pacientes (enfermeiros).

"Mas pronto isso não acontece, isso não acontece. Não, vou ser sincera, isso nem acontece nos médicos e vocês sabem. Que nem eles, juntam-se lá ao fundo e antes, quando eu estagiei era ao pé do doente, a falar do doente, ver o doente, ver o que se passava com o doente e isso ... da parte médico isso já não acontece que é mesmo assim. " (p4 / l 114-117 / Silvia)

COM-B: Oportunidade Social

Também na oportunidade social, no domínio das **influências sociais**, foram apontadas razões para a falta de trabalho multidisciplinar. Foi consensual entre profissionais a falta de relação entre os diversos membros da equipa multidisciplinar e a falta de valorização e sensibilização pelos órgãos de gestão (médicos e enfermeiros). Detalhadamente, consideraram que existe uma disparidade entre a visão clínica com a visão dos órgãos de administração que impede a implementação de reuniões multidisciplinares (médicos).

"Eu acho que isso seria fantástico se nós conseguíssemos aplicar este tipo de dinâmica de trabalho acho que aquilo que nos impede de avançar nesse sentido são duas coisas, uma é o nosso portuguesismo esta coisa de estamos cada um

dentro da sua caixinha e eu não me misturo com aquele eu não me misturo com o outro ainda por cima não gosto dele não trabalho com ele.” (p13 / l 360-363 / Rita)

No que diz respeito à intervenção dos fisioterapeutas, foi referido que poderá haver falta de aceitação por parte do médico fisiatra na partilha de responsabilidade na realização da avaliação da fragilidade física dos pacientes (fisioterapeutas). Mais ainda, os profissionais revelaram que existe renitência dos médicos para fazer a referência dos pacientes para a fisioterapia (enfermeiros). Estas barreiras poderão dificultar o trabalho em equipa multidisciplinar.

“ a avaliação do fisioterapeuta será uma questão mais primordial e às vezes pode não ser aceite e neste caso pelo médico fisiatra o nosso sentido de responsabilidade está mais vincada nesse aspeto, nessa triagem, digamos assim ... ” (p2 / l35-37 / Silva)

“ Porque temos médicos que são muito renitentes a pedir a vossa colaboração e às vezes demoram tanto tempo desde o momento que entra até ao momento que ele tem uma referência. ” (p1 / l 16-18 / Amália)

Neste domínio, foi ainda referida uma barreira sobre a falta de apoio à promoção da mobilidade dos pacientes no contexto de internamento. Foi reconhecido que nem sempre os profissionais de saúde incentivavam os pacientes na deambulação, o que poderá favorecer o seu baixo nível de atividade física (enfermeiros).

“olhem, mas também vou dizer uma coisa que também há doentes que se queixam que os enfermeiros os mandam para dentro dos quartos. “não ande de um lado para o outro, vá lá para o seu quartinho”, também há. “(p16 / l 452-454 / Dina)

COM-B: Motivação Reflexiva

Relativamente à motivação reflexiva, os domínios evocados foram: **o papel e identidade profissional, as crenças sobre as consequências, as crenças sobre as capacidades, o otimismo e intenções.**

No domínio do **papel e identidade profissional**, a disparidade nos padrões de prática da fisioterapia relativamente aos processos de avaliação e de intervenção foram vistos como uma barreira (fisioterapeutas).

"É assim... tem de ser mudanças relativamente à minha atitude enquanto fisioterapeuta, não é? Porque vou ter de mudar de alguma forma, vou ter de me habituar a ter de intervir de forma sistemática, ou seja, protocolizada que é uma coisa que não estamos habituados, cada um de nós está habituado a trabalhar como quer e bem lhe apetece. Isto vai obrigar a que eu tenha de seguir mais ou menos um padrão, não é? um protocolo, isso é muito difícil para os fisioterapeutas seguir protocolos..." (p1 / l 10-21 / David)

No que remete ao domínio das **crenças sobre as capacidades**, quando questionados sobre o grau de confiança para implementar o programa, alguns profissionais assumiram falta de confiança na capacidade de implementar o programa (fisioterapeutas). As razões apontadas relacionaram-se com a falta de conhecimento sobre as escalas e testes propostos no programa MyMOB (fisioterapeutas).

*"é assim se me falas na confiança que tenho no projeto e na forma como tu o planeaste é obvio que para mim é um 10. Agora é obvio que se eu amanhã fosse implementar o coiso eu ia ter muitas dúvidas e não me sentia já confiante agora para se calhar daqui a um mês já me sentia confiante e com muita confiança. Mas no projeto tenho, em mim, tinha de hoje para amanhã não seria um 10 de certeza."
" (p10 / l 299-303 / Sara)*

No domínio do **otimismo**, alguns profissionais (fisioterapeutas e enfermeiros) exprimiram pessimismo sobre a implementação do programa. Os fatores apontados foram: depender da referenciação médica e a crença de que mudar o comportamento dos profissionais envolvidos poderá ser difícil.

" Porque acho que somos reticentes à mudança e implementar já isto amanhã não ia dar " (p8 / l 225 / Iara) / "Sou muito pessimista." (p9 / l 244 / Iara)

"Nisso sou muito otimista, só não digo 10 porque às vezes não depende de nós. Porque é a tal coisa, muitas vezes também estamos ali um bocadinho dependentes da referenciação dos médicos. Mas acho que nós, como diz a Sara, temos esse querer para mim só não é um 10 pela parte dos médicos."

A falta de otimismo, foi também explicada por barreiras que pertencem ao domínio das **intenções**. A disparidade de intenções na realização do levante dos pacientes foi apontada como uma barreira que diminui a confiança e o otimismo na implementação do MyMOB (enfermeiros).

"para implementar amanhã pronto eu só posso falar da minha equipa, mas há colegas que se calhar sim, vamos levantar doentes e há outros que não, não vamos levantar doentes, não interessa quem, mas..." (p8 / l 231-233 / Iara)

COM-B: Motivação Automática

Relativamente à motivação automática, foram reportadas barreiras nos domínios TDF da **emoção** e do **reenforço**.

O insucesso na implementação em programas anteriores é uma das razões referidas para a desmotivação dos profissionais e, conseqüentemente, à sua pouca envolvimento em programas (enfermeiros).

"porque muitas vezes a equipa acaba por ficar desmotivada e acaba às vezes por não ser tão ativa porque propõem-se tipo de iniciativas e tenta-se e muitas das vezes não vê acontecer e pronto acho que se realmente fosse para a frente poderia ser muito bom lá para o serviço para dar outro tipo de objetivos de trabalho. " (p12 / l 368-371 / Amália)

Por último, no domínio do **reenforço**, foi referido a necessidade e importância do controlo, *feedback* e a demonstração de resultados durante a implementação para sustentar o programa ao longo do tempo (enfermeiros).

"Estes projetos inicialmente até acho que causam algum entusiasmo, mas depois tem de haver controlo não é porque senão depois vão-se esbatendo, esmorecendo com aqueles períodos de maior dificuldade." (p11/ l 306-308 / Dalila)

"ou conseguimos estes ganhos nestes doentes, ou este doente melhorou, por exemplo depois vocês seguem uma fisioterapia pós-alta ... o doente conseguiu recuperar ou conseguiu aumentar o grau de autonomia pronto o feedback acho que seria depois importante." (p11/ l 323-325 / Tebe)

Facilitadores

Os resultados dos grupos focais revelaram fatores facilitadores em todas as componentes do COM-B. Os domínios comuns a todos os profissionais de saúde foram: o domínio das crenças sobre as consequências e das crenças sobre as capacidades. Nestes domínios foi comumente reportado a percepção dos benefícios do programa para os pacientes e para a profissão, e o nível de confiança para implementar o programa MyMOB, respetivamente (Tabela 5).

Tabela 5: Quadro Resumo dos facilitadores segundo o modelo COM-B e TDF de acordo com cada profissional de saúde

COM-B	TDF	Facilitadores
Capacidade Psicológica	Memória, atenção e processos de decisão	Importância do registo da fisioterapia na decisão clínica; Realização da avaliação da mobilidade; Articulação dos cuidados com a fisioterapia.
	Regulação Comportamental	Hábito de implementar avaliações protocolizadas e de registar a avaliação das AVD's dos pacientes; Percepção positiva sobre protocolizar a intervenção em pessoas idosas; Estratégias para melhorar o processo de registo do programa (registo informatizado, reestruturar o Sclínico com a avaliação MyMOB, avaliação em papel)
Oportunidade de física	Contexto e recursos ambientais	Percepção positiva sobre: o processo de referenciação para a fisioterapia, trabalho em equipa multidisciplinar, o benefício de inclusão dos assistentes operacionais, a importância da fisioterapia na enfermaria; Existência de recursos físicos (ex:elevador); Estratégias para promover a mobilidade
Oportunidade de Social	Influências Sociais	União de equipa; Importância do envolvimento das chefias
Motivação reflexiva	Papel e Identidade Profissional	Programa alinhado com os pilares da profissão
	Crenças sobre as consequências	Percepção dos benefícios do programa para os pacientes, para a profissão e ao nível institucional (ex: redução do tempo de internamento)
	Crenças sobre as capacidades	Moderado a alto nível de confiança de implementar o programa na prática clínica
	Otimismo	Otimismo sobre a implementação do programa
	Intenções	Intenção para implementar o programa
Motivação Automática	Emoção	Emoções positivas para implementar o programa
	Reenforço	Percepção como incentivo no trabalho interdisciplinar enfermagem-fisioterapia

COM-B: Capacidade Psicológica

No que concerne aos facilitadores, na capacidade psicológica, apenas os domínios da **regulação comportamental e da memória, atenção e processos de decisão** foram mencionados.

No domínio da **regulação comportamental**, os facilitadores centraram-se principalmente no processo de avaliação e de registo dos enfermeiros. Em primeira instância, estes profissionais (enfermeiros) consideraram que o hábito de avaliar e registar o grau de dependência nas AVD's é uma tarefa que facilita a implementação do programa. Todavia, consideram que poderá ser benéfico a reformulação do processo do registo informático no *Scínico* para facilitar o registo do programa MyMOB. Esta reformulação implicaria anexar a avaliação da mobilidade proposta no programa aquela que é utilizada atualmente bem como, anexar as atividades que são necessárias desenvolver de acordo com a avaliação de cada paciente. Nos facilitadores mencionados, é notório a perceção positiva da avaliação informatizada.

O hábito de realizar avaliações protocolizadas noutras condições clínicas foi considerado um fator facilitador (fisioterapeutas). Porém, mesmo aqueles que não apresentaram o hábito de realizar intervenções protocolizadas, mencionaram a importância de implementar um protocolo que seja utilizado por todos os profissionais na enfermaria (médicos).

“Mas era mais isso que eu ia dizer eu acho que mais importante do que tentar que haja uma pessoa que faça essa avaliação a todos e cada um dos doentes, eu acho que o que seria muito importante seria nós a partir daqui desenvolvermos um protocolo e implementarmos isso no serviço para todos os médicos. Porque eu acho que sim, isso sim seria muito interessante nos conseguirmos ter a perceção de quais são os idosos que estão efetivamente em risco e podermos agir atempadamente e a partir daqui o GERMI (Núcleo de Estudos de Geriatria) surge um bocadinho porque nos não temos geriatria há outros países europeus por exemplo Espanha, e eu trabalhei em Espanha com uma geriatra, nós tínhamos uma geriatra dentro do serviço de medicina interna e isso é importantíssimo dá-nos uma noção completamente diferente e até mesmo o nosso próprio encarniçamento terapêutico reduz substancialmente.” (p1/ 120-29/ Rita)”

No domínio da **memória, atenção e processos de decisão** os profissionais concordaram que a avaliação da mobilidade deveria ser realizada assim que o paciente é internado na enfermaria (enfermeiros). Para além disso, os profissionais consideraram que a informação da fisioterapia é pertinente no processo de decisão dos cuidados para os pacientes (médicos), e que será importante existir um plano de cuidados de saúde coordenados com a fisioterapia (enfermeiros).

"eu acho que se houvesse um plano de cuidados prévio e se eles ao receberem o turno já sabiam que naquele horário iam ter de colaborar com elemento da fisioterapia ou que naquele horário ia acontecer determinada atividade pronto mesmo para a gestão de cuidados de enfermagem facilitava" (p10 / l 320-323 / Amália)

COM-B: Oportunidade Física

Na oportunidade física, no domínio do **contexto e recursos ambientais**, foram os enfermeiros que apontaram a maioria dos facilitadores. Estes profissionais enaltecem a importância da relação entre a fisioterapia e a enfermagem. Para solucionar algumas das barreiras anteriormente mencionadas, a equipa aponta duas sugestões: integração de um fisioterapeuta na equipa multidisciplinar ou uma reorganização dos fisioterapeutas, de forma a que seja sempre o mesmo fisioterapeuta na enfermaria. Esta necessidade de haver um “elo de ligação” foi entendida como prioritária para melhorar a comunicação interdisciplinar na prática clínica diária e promover a coordenação dos cuidados de saúde. Para além do envolvimento dos fisioterapeutas, foi apontado a necessidade de inclusão dos assistentes operacionais no programa MyMOB uma vez que, algumas das AVD’s são desempenhadas por estes profissionais.

" E é assim, nós estamos-nos a esquecer, eu sei que se calhar isto acarreta outras dificuldades, mas nós temos os assistentes operacionais que muitas vezes estão presentes em doentes de grau moderado que também tem uma maior supervisão dos doentes e a alimentação, o escovar os dentes e tudo mais muitas vezes são atividades que eles muitas vezes exercem até mais do que nós com uma supervisão. Eu acho que aí nós teríamos também que inclui-los e integrá-los nesse tipo de atividades que não requerem tanta necessidade em termos de supervisão fez este exercício, não fez este exercício se precisa de ser assistido no exercício na sua realização " (p4 e 5 / l 119-125 / Tebe)

No que respeita à realização do levante dos pacientes, foi reconhecido que existem ao dispor dos profissionais produtos de apoio (como por exemplo: elevador) que são benéficos para a realização do levante de certos pacientes. Mais ainda, de forma a potenciar a promoção da mobilidade, um(a) participante sugeriu que pistas visuais fossem colocadas no corredor para incentivar o paciente na sua atividade física.

Neste domínio, foram também elencados facilitadores acerca do trabalho multidisciplinar. Alguns profissionais enfatizaram a importância do trabalho multidisciplinar na prática clínica (enfermeiros e médicos). Mais especificamente, perceberam que o processo de referência para a fisioterapia é rápido, acessível e apresenta uma resposta atempada e célere.

COM-B: Oportunidade Social

Como fator facilitador, na oportunidade social, o apoio dos órgãos de gestão foi visto como algo importante para implementar o programa. Como forma de ultrapassar algumas barreiras inerentes à falta de apoio das chefias foi sugerido o envolvimento destas durante o processo de implementação (enfermeiros). Para além disso, a relação/união na equipa de enfermagem foi outro dos facilitadores encontrados. Estes profissionais enalteceram o facto da boa relação e dinâmica na equipa ser um facilitador para a implementar o programa.

"Fazer as chefias participarem e também serem eles ativos na implementação desse programa ..." (p4/ l 129-131/ Amália)

COM-B: Motivação Reflexiva

Foi na motivação reflexiva que se encontraram a maioria dos facilitadores deste estudo. Os facilitadores reportados na motivação reflexiva centram-se sobretudo para as **crenças sobre as consequências**, mas também foram encontrados facilitadores no domínio do **papel e identidade profissional, crenças sobre as capacidades, intenções e otimismo**.

Todos os profissionais de saúde apontaram diversos benefícios que o programa poderá trazer para os pacientes, para os profissionais e para a instituição. No que concerne aos benefícios do programa para os pacientes, foram listados benefícios: na saúde mental/

estado cognitivo, na confiança e autoestima do paciente, no aumento da mobilidade e autonomia, na diminuição do risco de complicações associadas ao internamento (diminuição das complicações respiratórias) e no aumento da qualidade de vida. Salientaram a importância da avaliação precoce nesta população para prevenir a imobilidade e os seus défices associados. Destacaram ainda, a evolução positiva nos pacientes internados após o início da fisioterapia (médicos). Ao nível institucional, perceberam o benefício do programa na diminuição das taxas de reinternamento, da taxa de mortalidade e no destino da alta (médicos).

" Só queria dizer que a gente fala muito na questão física, claro, mas as questões físicas e emocionais estão muito par a par e efetivamente para alguns utentes nessa idade ficarem internados e re-internados e re-internados há muita solidão há muita fragilidade a esse ponto por isso, se isto poder ajudar também nessa parte penso que também pode ser uma vantagem" (p7/ l227-230 / Sara)

"eu acho que vai fazer uma diferença no destino da alta se calhar em vez de essa pessoa ir ou ser referenciada para uma unidade, vai para casa porque já está com muito mais função para isso mesmo com apoio da família é muito melhor do que estar ali e depois vai para uma unidade e depois está lá mais não sei quanto tempo trás muito mais função muito mais vida. " (p7 / l216-219 / Rosa)

Relativamente aos benefícios do programa para a prática profissional, foi reconhecido como facilitador que trabalho multidisciplinar e a inclusão de reuniões multidisciplinares no ambiente clínico, poderá contribuir para a melhoria da prática clínica (médicos e enfermeiros).

"... olhe aqui há uns anos atrás fui à Dinamarca a um hospital dedicado à diabetes exclusivamente que é o Steno Diabetes Center e já nessa altura e estou a falar aqui à uns 15 anos atrás provavelmente havia reuniões multidisciplinares que implicam obviamente um medico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um logopedia, um psicólogo, um podólogo, um cardiologista, um internista. Eu acho que isto é extremamente importante principalmente para os doentes e para nós podermos aprender uns com os outros das várias facetas que os doentes têm porque nós estamos muito confinados a que cada um avalia a sua parte estamos tão espartilhados cada um nas suas funções que acabamos por nos esquecer que

os nossos doentes são puzzles e cada um de nós consegue apertar uma peça para que cada pessoa melhore em concreto" (p12 / 1348-359 / Rita)

O programa foi visto como algo facilitador pois estabelece linhas orientadoras sobre avaliação e intervenção da fisioterapia em pessoas com síndromes de imobilidade. Isto permite uniformizar a prática clínica dos fisioterapeutas e contribui para a sua credibilidade pelos restantes profissionais de saúde (fisioterapeutas). O programa foi ainda visto como um facilitador para uniformizar a avaliação e referência médica dos pacientes para a fisioterapia (fisioterapeutas). Para além disso, o impacto da melhoria da mobilidade do paciente foi visto como facilitador para as tarefas diárias (enfermeiros).

"isso vai-nos ajudar a todos, vai-nos facilitar muito mais o trabalho com eles, vai-nos facilitar o tempo que temos de despende, não é despende, mas prontos, que temos de estar um doente acamado totalmente acamado. Se tiver mais mobilidade acho que é benéfico para todos" (p12 / 1361-364 / Silvia)

"eu acho na questão dos facilitadores vai melhorar a nossa efetividade e vai um bocadinho nessa direção, acho que isto vai uniformizar a nossa prática enquanto fisioterapeutas que é um problema um bocadinho nosso porque às vezes pode haver uma disparidade na nossa intervenção e isso acaba por não dar às vezes uma maior credibilidade e nesse sentido acho que nos vai credibilizar ainda mais quer para os nossos utentes quer para os nossos pares ou outros profissionais de saúde, porque pronto vai-nos dar uma direção mais específica e se calhar pronto vão todos na mesma direção e isso acho só vai contribuir para a nossa efetividade e prestação de serviços. " (p11 / 1329-336 / silva)

No domínio do **papel e identidade profissional**, os profissionais consideraram que o programa se encontra alinhado com os pilares de intervenção da sua profissão (fisioterapeutas e enfermeiros).

" ... e vai de encontro aquilo que é a nossa função enquanto fisioterapeutas que é contribuir para o bem-estar e para a melhoria do utente, dos utentes, não é só daquele utente que alguém acha que nós vamos intervir para a respiratória ou muito específico mas vamos intervir naquilo que é um todo pelo doente e nós também queremos apanhar doentes que nós há uns anos atrás achávamos que não fossem nossos doentes e também são nossos doentes. São os frágeis, os frágeis

ou os pré-frágeis que efetivamente quando são internados descem as capacidades. E, fico muito contente e estou muito empenhado nisso. " (p8 / l 249-256 / David)

No domínio das **crenças sobre as capacidades**, quando questionados sobre o grau de confiança para implementar o programa MyMOB na prática clínica, a maioria dos profissionais admite ter um grau moderado a elevado de capacidade para realizar o programa. Face a este achado, o sucesso da implementação parece não estar relacionado com a falta de capacidade dos profissionais para implementar o programa, mas com outros motivos, tais como: a falta de tempo, a falta de recursos humanos, a dependência da referenciação médica dos pacientes para a fisioterapia e a necessidade de incentivar os médicos para realizar a mesma.

"Eu sou a mais confiante de todas (risos)... é assim se eu falar só por mim eu vou-lhe dar um 8, porque a maior parte das coisas eu faço. " (p10 / l272-275/ Tebe)

"Se for na realidade entre o 5 e o 7 na realidade por causa do tempo e com os recursos humanos que temos com o tempo de 5 a 7 pela praticabilidade com o tempo que nos falta porque realmente se tivéssemos tempo para todos os doentes não era difícil para nenhum dos outros colegas aqui presentes assumir uma escala dessas e seria um 10 obviamente, nós temos essa capacidade conseguimos é realmente falta de tempo." (p19 /l566-570 / Rui)

Para além do nível de confiança, alguns profissionais expressaram **otimismo** relativamente à implementação do programa na prática clínica (fisioterapeutas e enfermeiros). No entanto, esse otimismo poderá ser influenciado por condições do contexto ambiental.

" somos todos diferentes e eu acho que... eu vejo-me um bocadinho, apesar de algumas frustrações que é natural. Também me vejo um bocadinho como um elemento motivador. Eles sabem muito bem que desde que os doentes se possam levantar eu levanto os doentes e os doentes levantam-se, são estimulados a fazer, e a equipa também eu acho que a equipa está motivada, tem pessoas novas e a equipa está sempre motivada sempre que o utente se possa levantar, ou se possa desalgaliar, ou que possa fazer autonomamente o que quer que seja penso que sim. O cansaço e o tempo são sempre elementos que nós temos sempre de os colocar na balança e há alturas do ano, e há alturas de pandemia e tudo o resto que nós também não podemos exigir muito, demasiados das pessoas, porque não

conseguimos dar mais. Mas eu noto que a equipa está motivada e se tivermos elementos que estimulem e que motivem pronto eu penso que é viável. Vamos ter dificuldades, vamos.

No domínio da **intenção**, encontramos como facilitador a percepção sobre a intenção/disponibilidade da equipa de médica para implementar o programa o que se torna um ponto de partida favorável para a sua implementação na prática clínica (fisioterapeutas).

"Eu acho que em termos de facilitação eu acho que equipa está muito aberta a isso e acho que isso é um facilitador. Tanto a equipa da medicina física como, pelo que me apercebi a própria equipa do piso onde vocês estão a implementar o projeto, que é na cirurgia que pelo que me apercebo é uma facilitação, é algo facilitador. Porque poderiam não quer até podia não haver intenção nem abertura para se facilitar as coisas para se moldar e haver esta mudança e eu acho que isso é facilitador quer da parte do serviço, do nosso serviço, quer da parte do serviço em questão." (p3 / 183-89 / Sara)

COM-B: Motivação Automática

Na motivação automática, foram reportados facilitadores no domínio da **emoção** e do **reenforço**. Os participantes reportaram emoções positivas para implementar o programa, ligadas ao papel de identidade profissional (fisioterapeutas).

"relativamente à questão para mim é um grande orgulho poder implementar isto digo-te já. Porque faz-me enquanto profissional faz-me sentir...faz-me sentir que estou a contribuir em diversos aspetos. Ou seja, eu vou contribuir para o doente porque em primeiro lugar por aquilo que já falaram porque o doente pode ir para casa mais cedo, o doente pode não ser re-internado, o doente a partir do primeiro momento percebe que é capaz. E para mim vai ser um grande orgulho poder ajudar ou contribuir para ajudar isto porque efetivamente é inovador..." (p8 / 244-250 / David)

Por último, no domínio do **reenforço**, a colaboração mais ativa entre enfermagem e a fisioterapia foi vista como um fator que poderá motivar a participação da restante equipa neste tipo de programas (enfermeiros).

" uma colaboração mais ativa entre a enfermagem e a fisioterapia se calhar também acabava por incentivar e criar ali algum incentivo mesmo à equipa a participar nesse tipo de programas." (p3 / 182-83 / Amália)

(2) Etapa 2- Desenvolvimento de Matrizes

Na sequência da avaliação das necessidades, foram estabelecidos 4 objetivos gerais para o programa, de acordo com o grupo profissional envolvido: (1) avaliar a fragilidade de forma sistemática em pacientes com 65 ou mais anos (Médicos e Fisioterapeutas); (2) avaliar de forma sistemática as AVD's e mobilidade do paciente internado com 65 ou mais anos (Enfermeiros); (3) utilizar intervenções baseadas no exercício e mobilidade de acordo com o grau de fragilidade dos pacientes internados com 65 ou mais anos (Fisioterapeutas); (4) aumentar os níveis de mobilidade do paciente internado com 65 ou mais anos (Enfermeiros).

Para cada objetivo geral foram estabelecidos objetivos de desempenho (n=12) e desenvolvidos os objetivos de mudança (n= 28), classificados de acordo com os domínios TDF (Tabela 6, 7 e 8).

Tabela 6: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os médicos

Objetivos Gerais para os Médicos – (1) Avaliar a Fragilidade Física de forma sistemática em pacientes com idade 65 ou mais anos					
Objetivos de Desempenho	Domínios TDF				
	Conhecimento	Aptidões cognitivas e interpessoais	Regulação Comportamental	Memória, atenção e processos	Contexto ambiental e recursos
OD.1. Utilizar a CFS na fragilidade nas primeiras 24 horas	C.1. Compreender o conceito de fragilidade C.2. Conhecer a escala de avaliação CFS	A.1. Saber aplicar a escala CFS para melhor referenciar	RC.1. Utilizar a CFS em todos os pacientes com idade ≥ 65 anos, nas primeiras 24 horas		
OD.2. Referenciar para a fisioterapia nas primeiras 72 horas	C.3. Conhecer os critérios de referência para a fisioterapia		RC.2. Referenciar os pacientes com critérios para a fisioterapia nas primeiras 72 horas	MAP.1. Utilizar o fluxograma para determinar quais os pacientes que beneficiam de uma intervenção multidisciplinar	
OD.3. Adotar cuidados multidisciplinares	C.4. Compreender a importância de prestar cuidados em equipa multidisciplinar			MAP.2. Utilizar informações documentadas sobre a avaliação funcional para decidir critérios de alta	CAR.1. Realizar reuniões multidisciplinares semanais CAR.2. Fornecer indicação de levante o mais precocemente possível CAR.3. Educar o paciente sobre a importância de realizar movimento

Tabela 7: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os fisioterapeutas

Objetivos gerais para os fisioterapeutas: (1) Avaliar a fragilidade de forma sistemática em pacientes com idade 65 ou mais anos; (2) utilizar intervenções baseadas no exercício e mobilidade de acordo com o grau de fragilidade dos pacientes internados com idade 65 ou mais anos					
Objetivos de Desempenho	Domínios TDF				
	Conhecimento	Aptidões cognitivas e interpessoais	Regulação Comportamental	Memória, atenção e processos	Contexto ambiental e recursos
OD.4 Avaliar a fragilidade Física	C5. Compreender o conceito de fragilidade C6. Conhecimento sobre a mobilidade e as suas implicações C7. Conhecer a escala de avaliação SPPB e a ferramenta de mobilidade (ABC)	A.2. Saber aplicar a SPPB e a ABC a todos os pacientes referenciados para a fisioterapia			
OD.5. Registrar no SClínico			RC.3. Monitorizar e registrar a progressão do paciente diariamente no SClínico	MAP.3. Elaborar notas clínicas de alta sobre a evolução e mobilidade dos pacientes	
OD.6. Prescrever o plano de exercícios de acordo com a fragilidade do paciente e mobilidade	C8. Conhecer as contraindicações absolutas e relativas para realizar exercício C9. Aumentar o conhecimento sobre condições clínicas cirúrgicas C10. Aumentar o conhecimento sobre prescrição de exercício	A3. Prescrever os exercícios de forma autónoma e segura			CAR.4. Aumentar os recursos físicos para realizar o plano de exercícios

Tabela 7: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os fisioterapeutas (**continuação**)

Objetivo Gerais para os fisioterapeutas: (1) avaliar a fragilidade de forma sistemática em utentes com idade 65 ou mais anos; (3) utilizar intervenções baseadas no exercício e mobilidade de acordo com o grau de fragilidade dos pacientes internados com idade 65 ou mais anos					
Objetivos de Desempenho	Domínios TDF				
	Conhecimento	Aptidões cognitivas e interpessoais	Regulação Comportamental	Memória, atenção e processos	Contexto ambiental e recursos
OD.7. Registrar diariamente a adesão do paciente ao plano de exercícios			RC.4. Monitorizar a mobilidade pelo diário de mobilidade do paciente e registar a adesão do paciente no SClínico		
OD.8. Adotar cuidados multidisciplinares	C.11.Compreender a importância de prestar cuidados em equipa multidisciplinar				CAR.5. Estabelecer um plano diário, com os objetivos funcionais, com a equipa de enfermagem para prescrever o exercício e mobilidade CAR.6. Integrar as reuniões multidisciplinares semanais CAR.7. Re-organizar a equipa de fisioterapia de modo a integrar mais tempo na enfermaria

Tabela 8: Matriz de objetivos de desempenho e de mudança baseados nos domínios TDF para os enfermeiros

Objetivos gerais para os enfermeiros: (2) Avaliar as AVD's e mobilidade do paciente internado 65 ou mais anos; (4) Aumentar os níveis de mobilidade do paciente internado com 65 ou mais anos					
Objetivos de Desempenho	Domínios TDF				
	Conhecimento	Aptidões cognitivas e interpessoais	Regulação Comportamental	Memória, atenção e processos	Contexto ambiental e recursos
OD.9. Avaliar as AVD's e a mobilidade dos pacientes com idade \geq 65 anos nas primeiras 24 horas	C.12. Conhecer a avaliação das AVD's e mobilidade fragilidade MyMOB	A.4. Desenvolver capacidade de realizar a avaliação MyMOB a todos os pacientes com idade \geq 65 anos			
OD.10 Registrar a mobilidade diária dos pacientes idade \geq 65 anos			RC.5. Monitorizar a mobilidade diária do paciente no SClínico		
OD.11. Promover a mobilidade do paciente OD.12. Adotar cuidados multidisciplinares	C.13. Conhecer estratégias de levante e mobilizações mais específicas				CAR.8. Realizar o levante em todos os pacientes com idade \geq 65 anos e tenham indicação médica CAR.9. Estabelecer um plano diário, com os objetivos funcionais, com a equipa de enfermagem para prescrever o exercício e mobilidade CAR.10. Integrar as reuniões multidisciplinares

(3) Etapa 3- Métodos Baseados em Teorias e Estratégias Práticas

Face aos determinantes encontrados, e de acordo com cada domínio TDF, identificaram-se as funções de intervenção, e selecionaram-se as TMCs utilizando a taxonomia BCTTv1 (Anexo 4) proposta por Abraham e Michie et al. (Michie et al., 2013). Para cada uma das técnicas escolhidas foi desenvolvido o respetivo conteúdo. Por último, foram detalhados os modos de entrega para as técnicas escolhidas (Tabela 9, 10 e 11).

Tabela 9: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- médicos

Objetivo geral: (1) Avaliar a fragilidade de forma sistemática em pacientes com 65 ou mais anos						
Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT VI	Conteúdo	Modos de Aplicação	
TDF: Conhecimento						
OD.1. Utilizar a CFS na fragilidade nas primeiras 24 horas	C.1. Compreender o conceito de fragilidade	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> O que é a fragilidade e o seu impacto negativo na saúde dos pacientes e consequências da imobilidade no internamento; Importância da mobilidade e exercício durante o internamento em pessoas com idade ≥ 65 anos; Conhecer a CFS e a sua importância na prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial Elaboração de infográficos sobre o conteúdo 5.1. para colocar na intranet da instituição 	
	C.2. Conhecer a escala de avaliação CFS		5.3	<ul style="list-style-type: none"> Informação relativa à implementação do programa MyMOB no hospital; Princípios e fases do desenvolvimento do programa MyMOB; Perspetivas atuais e futuras na qualidade de vida dos pacientes e ao nível institucional; Impacto da inovação em saúde; 		
	TDF: Aptidões cognitivas e interpessoais					
	A.1. Saber aplicar a escala CFS para melhor referenciar		Treino	4.1	<ul style="list-style-type: none"> Descrição da escala CFS e da CGA; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial prática E-book MyMOB Vídeo com os passos da avaliação através do CFS
				6.1	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração da avaliação da CFS pela aplicação; Demonstração do registo no Sclínico; 	
				8.1	<ul style="list-style-type: none"> Treino da execução da avaliação da CFS; Treino da referenciação para a fisioterapia (fluxograma de decisão); 	
				8.7	<ul style="list-style-type: none"> Discussão de cenários clínicos com graus crescentes de complexidade em termos de avaliação geriátrica no paciente internado *(Só poderá ser feito com geriatra) 	
				2.2	<ul style="list-style-type: none"> Informação relativa ao desempenho dos médicos na implementação da avaliação e registo da fragilidade e referenciação para a fisioterapia 	
	TDF: Regulação Comportamental					
	RC.1. Utilizar a CFS em todos os pacientes com idade ≥ 65 anos, nas primeiras 24 horas		Treino Modelação Capacitação	1.1	<ul style="list-style-type: none"> Definição de objetivos e resultados esperados com a implementação do programa MyMOB; 	<ul style="list-style-type: none"> Vídeo sobre a apresentação do programa MyMOB e dos objetivos Documento com dúvidas frequentes sobre as dúvidas Infografia/ relatório com os objetivos cumpridos
1.2				<ul style="list-style-type: none"> Fornecer um suporte com respostas a dúvidas mais frequentes na aplicação da CFS em contexto clínico; 		
1.3				<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver um lembrete informático que permita aceder à avaliação mais facilmente 		
2.3				<ul style="list-style-type: none"> Monitorização do cumprimento dos objetivos estabelecidos para a implementação do programa MyMOB; 		

Tabela 9: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- médicos (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT V1	Conteúdo	Modos de Aplicação
OD.2. Referenciar para a fisioterapia nas primeiras 72 horas	TDF: Conhecimento				
	C.3. Conhecer os critérios de referência para a fisioterapia	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos critérios de referência para a fisioterapia e os seus benefícios; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial teórica
	TDF: Regulação Comportamental				
	RC.2. Referenciar os pacientes com critérios para a fisioterapia nas primeiras 72 horas	Treino Modelação Capacitação	1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de objetivos e resultados esperados com a implementação do programa MyMOB; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial prático
			1.2	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer um suporte com respostas a dúvidas mais frequentes no processo de referência para a fisioterapia; 	
			1.4	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo de avaliação dos critérios informatizado 	
	TDF: Memória, atenção e processos de decisão				
	MAP.1. Utilizar o fluxograma para determinar quais os pacientes que beneficiam de uma intervenção multidisciplinar (CGA)	Treino Restruturação Ambiental Capacitação	7.1	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar infográficos com o fluxograma do programa MyMOB no gabinete médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Infografia com Algoritmo MyMOB • Restruir o processo de registo no Sclnico • Reunião para discussão clínica com geriatria
11.3			<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar informações prévias sobre a autonomia para decidir a intervenção 		
8.1			<ul style="list-style-type: none"> • Prática com casos clínicos • *(Só poderá ser feito com geriatra) 		

Tabela 9: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- médicos (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modos de Aplicação
OD.3. Adotar cuidados multidisciplinares	TDF: Conhecimento				
	C.4. Compreender a importância de prestar cuidados em equipa multidisciplinar	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Importância sobre intervenções interdisciplinares; • Importância da mobilidade e exercício durante o internamento em pessoas com idade ≥ 65 anos CGA conceito, como avaliar em contexto hospitalar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial- teórico
	TDF: Contexto e Recursos Ambientais				
	CAR.1. Realizar reuniões multidisciplinares semanais	Reestruturação Ambiental	12.2	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões multidisciplinares 	<ul style="list-style-type: none"> • Estipular um horário específico para realizar as reuniões multidisciplinares • Fornecer os materiais necessários para reestruturar o ambiente (ex: folhetos)
	CAR.2. Fornecer indicação de levante o mais precocemente possível		12.5	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de equipamento como por exemplo: tabletes; 	
CAR.2. Educar o paciente sobre a importância de realizar movimento	7.1		<ul style="list-style-type: none"> • Colocar folhetos de educação para o paciente no gabinete médico; 		

Tabela 10: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- fisioterapeutas

Objetivo gerais: (1) avaliar a fragilidade de forma sistemática em pacientes com idade 65 ou mais anos; (3) utilizar intervenções baseadas no exercício e mobilidade de acordo com o grau de fragilidade dos pacientes internados com idade 65 ou mais anos.						
Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modos de Aplicação	
OD.4. Avaliar a fragilidade Física e mobilidade	TDF: Conhecimento					
	C5. Compreender o conceito de fragilidade	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> O que é a fragilidade e o seu impacto negativo na saúde dos pacientes; Consequências da imobilidade no internamento; Conhecimento sobre patologias clínicas e as suas consequências/ impacto na saúde; Conhecer a escala de avaliar SPPB e a ferramenta de mobilidade ABC e a sua importância; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial teórica Publicar no Website da intuição infográficos sobre os conteúdos de 5.1 e 5.3 	
	C6. Conhecimento sobre a mobilidade e as suas implicações		5.3	<ul style="list-style-type: none"> Informação relativa à implementação do programa MyMOB no hospital; Princípios e fases do desenvolvimento do programa MyMOB; Perspetivas atuais e futuras na qualidade de vida dos pacientes e ao nível institucional; Impacto da inovação em saúde; 		
	C7. Conhecer a escala de avaliação SPPB e a ferramenta de mobilidade (ABC)					
	TDF: Aptidões cognitivas e interpessoais					
A.2. Saber aplicar a SPPB e a ABC a todos os pacientes referenciados para a fisioterapia	Treino	4.1	<ul style="list-style-type: none"> Descrever os testes composto na SPPB e a ABC para avaliar a mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial com componente prática para aplicação dos testes. Suporte Vídeo com a execução dos testes 		
OD.2. Registrar no SClínico	TDF: Regulação Comportamental					
	RC.3. Monitorizar e registar a progressão do paciente diariamente no SClínico	Treino Modelação Capacitação	6.1	Demonstração como realizar a monitorização e registar a progressão		<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial teórica Vídeo sobre a apresentação do programa MyMOB e dos objetivos Reuniões mensais para discutir as principais dificuldades
			1.1	Apresentação dos objetivos e resultados esperados com a implementação do MyMOB, em específico com os fisioterapeutas		
			1.2	Discussão mensal sobre as principais dificuldades na monitorização e registo da fragilidade na prática clínica;		
			1.4	Registrar no SClínico todos os dias a mobilidade e atividade física que o paciente registou no dia anterior		
			2.2	Informar os fisioterapeutas sobre o processo de monitorização (através de um website específico para selecionar os exercícios)		

Tabela 10: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- fisioterapeutas (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modos de Aplicação
OD.2. Registrar no SClínico	TDF: Memória, atenção e processos de decisão				
	MAP.3. Elaborar notas clínicas de alta sobre a evolução e mobilidade dos pacientes	Modelação Restruturação Ambiental	6.1	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de como se realiza a nota clínica de alta do MyMOB 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial teórica • Mapa de altas previstas
			1.4	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um mapa das altas para elaborar notas clínicas 	
OD.3. Prescrever o plano de exercícios de acordo com a fragilidade do paciente	TDF: Conhecimento				
	C8. Conhecer as contraindicações absolutas e relativas para realizar exercício	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicações absolutas e relativas para realizar uma intervenção baseada no exercício durante o internamento; • Apresentação das patologias médico-cirúrgicas mais prevalentes em contexto de internamento, as suas potenciais complicações e atuação da fisioterapia. • Princípios segundo a metodologia FITT para a prescrição de exercício para pessoas com idade ≥ 65 anos hospitalizados nos diferentes subgrupos. • Pontos de Educação dos exercícios para casa para os pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial teórica • Infográfico com as contraindicações absolutas e relativas para realizar exercício; • Folhetos de educação de suporte para os profissionais entregarem aos pacientes
	C9. Aumentar o conhecimento sobre condições clínicas cirúrgicas				
	C10. Aumentar o conhecimento sobre prescrição de exercício				
	TDF: Aptidões cognitivas e interpessoais				
A3. Prescrever os exercícios de forma autónoma e segura		Treino	4.1	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar os princípios FITT de acordo com cada subgrupo (robusto, pré-frágil, frágil, incapacidade) • Indicadores de necessidade de reavaliação do paciente; • Métodos de monitorização a mobilidade, exercício e atividade física; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial prática
			6.1	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração da estruturação de um programa de exercício personalizado, tendo em conta o nível de capacidade funcional; 	
			8.1	<ul style="list-style-type: none"> • Treino da execução dos exercícios propostos no MyMOB; • Prática da estruturação de um programa de exercício, tendo por base os resultados da SPPB e o estado clínico do paciente; • Aplicação a casos clínicos teóricos; 	

Tabela 10: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- fisioterapeutas (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modos de Aplicação
OD.3. Prescrever o plano de exercícios de acordo com a fragilidade do paciente e mobilidade	TDF: Contexto ambiental e recursos				
	CAR.3.Aumentar os recursos físicos para realizar o plano de exercícios	Reestruturação Ambiental	12.5	Aquisição de equipamento necessário para o MyMOB ou desenvolvimento de plano estratégico na otimização dos recursos físicos para o internamento	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer materiais necessários para realizar exercício (ex: halteres, steps, theraband etc)
			7.1	Utilização de pistas visuais nos corredores para monitorizar o exercício;	
O.D.4.Registar diariamente a adesão do paciente ao plano de exercícios	TDF: Regulação Comportamental				
	RC.4. Monitorizar a mobilidade pelo diário de mobilidade do paciente e registar a adesão do paciente no SClínico	Treino Modelação Capacitação	6.1	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração da monitorização da mobilidade pelo diário de mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> Uma plataforma informática para monitorizar a mobilidade.
			1.2	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer estratégias para monitorizar a mobilidade 	
			3.2	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os fisioterapeutas para partilha sobre as dificuldades sentidas na monitorização da mobilidade 	
			3.2	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os fisioterapeutas para partilha sobre as dificuldades sentidas na monitorização da mobilidade 	

Tabela 10: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- fisioterapeutas (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modos de Aplicação
O.D.5. Adotar cuidados multidisciplinares	TDF: Conhecimento				
	C.11. Compreender a importância de prestar cuidados em equipe multidisciplinar	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Importância sobre intervenções interdisciplinares; • Importância da mobilidade e exercício durante o internamento em pessoas com idade ≥ 65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação presencial teórica • Publicar no Website da instituição infográficos sobre os conteúdos de 5.1 e 5.3
			5.3	<ul style="list-style-type: none"> • Informação relativa à importância de implementar intervenções multidisciplinares para a qualidade de vida dos pacientes e ao nível institucional 	
	TDF: Contexto e Recursos Ambientais				
	CAR.4. Estabelecer um plano diário, com os objetivos funcionais, com a equipa de enfermagem para prescrever o exercício e mobilidade	Reestruturação Ambiental	7.1	<ul style="list-style-type: none"> • Adicionar à cabeceira dos pacientes informação com a mobilidade inicial e com o objetivo diário • Utilização de pistas visuais nos corredores para monitorizar o exercício; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer os materiais necessários para reestruturar o ambiente (pistas visuais, cartaz com identificação da mobilidade e objetivo diário) • Reestruturação espaços para realizar os exercícios • Estipular um horário específico para realizar as reuniões multidisciplinares
			12.1	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturar a enfermaria para ter um espaço físico onde os pacientes possam realizar exercícios 	
12.2			<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação da equipa para melhorar a presença e evitar a rotatividade dos fisioterapeutas nas enfermarias; • Elaboração de um mapa para coordenar os cuidados com a enfermagem; • Reuniões multidisciplinares; 		
CAR.5. Integrar as reuniões multidisciplinares semanais					
CAR.6. Re-organizar a equipa de fisioterapia de modo a integrar a equipa multidisciplinar					

Tabela 11: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- enfermeiros

Objetivos gerais: (3) Avaliar as AVD's e mobilidade do paciente internado 65 ou mais anos; (4) Aumentar os níveis de mobilidade do paciente internado com 65 ou mais anos					
Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modo de Aplicação
OD.1. Avaliar as AVD's e a mobilidade dos pacientes com idade ≥ 65 anos nas primeiras 24 horas	TDF: Conhecimento				
	C.1. Conhecer a avaliação das AVD's e mobilidade fragilidade MyMOB	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> O que é a fragilidade e o seu impacto negativo na saúde dos pacientes; Consequências da imobilidade no internamento (com enfoque sobre as consequências do repouso no leito); Conhecer as escalas de avaliação das AVD's e a ferramenta ABC para avaliar a mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial teórica
			5.3	<ul style="list-style-type: none"> Informação relativa à implementação do programa MyMOB no hospital; Princípios e fases do desenvolvimento do programa MyMOB; Perspetivas atuais e futuras na qualidade de vida dos pacientes e ao nível institucional; Impacto da inovação em saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> Publicar no Website da intuição infográficos sobre os conteúdos de 5.1 e 5.3
	TDF: Aptidões cognitivas e interpessoais				
	A.1. Desenvolver capacidade de realizar a avaliação MyMOB a todos os pacientes com idade ≥ 65 anos	Treino	4.1	<ul style="list-style-type: none"> Descrever a escala de avaliação das AVD's e ABC para avaliar a mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial com componente prática para aplicação das escalas E-book MyMOB
			6.1	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração da utilização da escala das AVD's e ABC num caso clínico; 	
8.1			<ul style="list-style-type: none"> Treino da execução e avaliação ABC; 		
OD.2 Registrar a mobilidade diária dos pacientes idade ≥ 65 anos	TDF: Regulação Comportamental				
	RC.1. Monitorizar a mobilidade diária do paciente no SClínico	Treino Modelação Capacitação	6.1	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração como realizar a monitorização da mobilidade dos pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de um indicador clínico sobre a mobilidade para incorporar no Sclínico
			1.1	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos objetivos para a monitorização dos pacientes e os resultados esperados com a implementação do MyMOB; 	
			1.2	<ul style="list-style-type: none"> Reestruturar o Sclínico incluindo a monitorização da mobilidade como indicador clínico; 	

Tabela 11: Matriz de seleção de técnicas de mudança comportamental de acordo com os objetivos- enfermeiros (**continuação**)

Objetivos de Desempenho	Objetivos de Mudança	Função	BCT Vv1	Conteúdo	Modo de Aplicação
	TDF: Conhecimento				
	C.2. Conhecer estratégias de levante e mobilizações mais específicas	Educação	5.1	<ul style="list-style-type: none"> Compreender as consequências da imobilidade no leito; Compreender as estratégias de levante e mobilizações específicas; 	<ul style="list-style-type: none"> Formação presencial teórico-prático
	TDF: Contexto e Recursos Ambientais				
OD.3. Promover a mobilidade do paciente OD.4. Adotar cuidados multidisciplinares	CAR.1. Realizar o levante em todos os pacientes com idade ≥ 65 anos e tenham indicação médica	Treino Restruturação Ambiental Capacitação	7.1	<ul style="list-style-type: none"> Colocar poster individual com à cabeceira do paciente com amobilidade inicial e com o score diário; 	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer os materiais necessários para reestruturar o ambiente (pistas visuais, equipamento para as enfermarias, cartão de identificação da mobilidade e objetivo diário) Estabelecer elementos “promotores” responsáveis para promover a mobilidade dos pacientes Criação do mapa de levante dos pacientes Reuniões mensais para discutir os principais problemas Estipular um horário específico para realizar as reuniões multidisciplinares
			12.2	<ul style="list-style-type: none"> Reunião diária 15 minutos com a equipa de enfermagem para passagem dos pacientes com maior capacidade e necessidade; Reuniões multidisciplinares; 	
	12.5		<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de equipamento para realizar o levante e a mobilização dos pacientes; 		
	1.1		<ul style="list-style-type: none"> Criação de um mapa que define quais os pacientes que vão realizar levante; Definição de objetivos diários para a mobilidade do paciente com os fisioterapeutas; 		
	1.2		<ul style="list-style-type: none"> Discutir e assinar os problemas que levaram a não promover a mobilidade; 		
	1.4		<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um mapa para coordenar os cuidados com a enfermagem; 		
	CAR.2. Estabelecer um plano diário, com os objetivos funcionais, com a equipa de fisioterapeutas para prescrever o exercício e mobilidade				
	CAR.3. Integrar as reuniões multidisciplinares				

(4) Etapa 4- Criação do Programa MyMOB

Os resultados da etapa 3 (funções de intervenção, TMCs selecionadas e respetivo conteúdo, e modo de aplicação) indicam diferentes estratégias e recursos que devem ser desenvolvidos para facilitar a implementação do programa MyMOB no Hospital José Maria Grande. Essas estratégias e recursos estão ajustadas aos comportamentos a adoptar por cada grupo profissional consoante as tarefas que lhe estão distribuídas no programa MyMOB.

Assim, e para o grupo profissional dos médicos, serão desenvolvidos conteúdos teóricos, um vídeo e o e-book do programa, com o objetivo de fornecer educação e treino para facilitar a utilização da CFS na fragilidade nas primeiras 24 horas e a referenciação para a fisioterapia nas primeiras 72 horas. Para regular o comportamento será realizado um vídeo e documentação. Para a capacitação uma reunião com discussão com um geriatra. Para a reestruturação ambiental serão desenvolvidas infografias, folhetos educativos, reestruturação do SClínico e aquisição de material.

Para o grupo profissional de fisioterapeutas serão igualmente desenvolvidos conteúdos teóricos, um vídeo, infografias, folhetos e o e-book do programa com o objetivo de fornecer educação e treino para facilitar a avaliação e registo da fragilidade física e mobilidade e a prescrição do plano de exercícios. Para a capacitação será desenvolvido um vídeo e reuniões mensais. Para a reestruturação ambiental será fornecido materiais para realizar exercício, uma plataforma para monitorizar o mesmo e desenhado um mapa de altas prevista.

Para o grupo profissional dos enfermeiros para fornecer educação e treino serão também desenvolvidas conteúdos teóricos, infografias e o e-book do programa. Para monitorizar a mobilidade será reestruturado o SClínico de forma a contemplar um indicador de mobilidade. Para a reestruturação ambiental serão adquiridos os materiais, identificar enfermeiros para promover a mobilidade, serão desenvolvidos os cartões de identificação da mobilidade, criação do mapa de levante e reuniões mensais.

Um dos objetivos de desempenho comuns a todos os profissionais é adotar cuidados multidisciplinares. Para isso é necessário integrar reuniões multidisciplinares no ambiente clínica. Este aspeto exigirá uma reestruturação do ambiente social definindo o melhor horário para a realização da mesma.

Nesta fase, foi apenas desenvolvido o e-book do programa com todos os passos incorporados para cada grupo profissional realizar (Apêndice F).

Discussão

Do nosso conhecimento, este estudo foi o primeiro programa a ser desenvolvido, em Portugal, para pessoas idosas hospitalizadas com objetivo de identificar, prevenir e tratar a fragilidade. Este constitui um exemplo detalhado do desenvolvimento de um programa informado pelas orientações do MRC, especificando as etapas do IM e utilizando a BCW. Apesar de existirem internacionalmente diversos programas focados na promoção da mobilidade hospitalar não encontramos nenhum programa na literatura com uma abordagem multidisciplinar e multimodal que contemple: o despiste da fragilidade pela CFS e avaliação da mesma pela CGA (pelo médico), a avaliação da função física pela SPPB (pelo fisioterapeuta), a avaliação das AVD's e mobilidade (pelo enfermeiro) e intervenções estratificadas segundo o nível de capacidade funcional encontrado. Uma das vantagens deste programa é que reúne os principais aspetos de programas já implementados internacionalmente e, simultaneamente, permite dar resposta às lacunas encontradas nos mesmos.

No nosso estudo, na etapa 1, estudo documental retrospectivo, as síndromes de imobilidade foram a condição clínica que apresentou os valores mais elevados na: média de número de dias de internamento, média de dias de referenciação para a fisioterapia, média de reinternamentos, na percentagem de falecimento 1 ano após o internamento, comparativamente às outras condições clínicas. Estes dados demonstraram que pessoas idosas com fragilidade apresentam piores resultados clínicos, como reportado na literatura (Clegg & Hassan-Smith, 2018; Gilbert et al., 2018). Estes achados permitiram apontar os principais problemas locais e, conseqüentemente, informar os objetivos de desempenho e fundamentar a emergência e pertinência do desenvolvimento e implementação do programa MyMOB neste contexto específico.

À semelhança de outros programas encontrados na literatura, o programa MyMOB foi desenhado para prestar cuidados multidisciplinares (Conroy et al., 2019; Delft et al., 2020). A realização dos grupos focais permitiu envolver os principais intervenientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) que serão responsáveis pelos cuidados de saúde, sendo este aspeto importante para a mudança comportamental (Eisman et al., 2021). Mais ainda, permitiu promover a reflexão sobre a problemática da fragilidade e da imobilidade, bem como sobre os resultados do estudo documental.

A utilização da BWC durante as fases do IM, facilita a compreensão das principais barreiras e facilitadores dos profissionais de saúde relativamente à implementação do programa. Este passo constitui um dos aspetos mais importantes para a futura implementação uma vez que mesmo quando os processos de intervenção são semelhantes ou iguais a outros programas, quando implementados em locais distintos podem enfrentar barreiras e facilitadores diferentes e, conseqüentemente, obter resultados diferentes (Geerligts et al., 2018).

Mais ainda, compreender o comportamento e o contexto onde ele ocorre permite desenhar um plano com intervenções comportamentais eficientes (Davis et al., 2015). A inclusão do modelo COM-B permitiu compreender como a capacidade, oportunidade e motivação interagem e influenciam o comportamento (Michie, 2011). No nosso estudo, segundo o modelo COM-B, foi possível verificar que as barreiras dos médicos foram reportadas nas dimensões da capacidade e oportunidade. Na capacidade, consideramos que uma das principais barreiras reportadas foi a falta de conhecimento sobre a escala CFS. Dado que a primeira recomendação da ICFSR é o despiste da fragilidade em pessoas idosas, uma das principais mudanças comportamentais a ser alcançada para este grupo profissional é a inclusão desta escala na prática clínica. Assim, para que possam cumprir o objetivo de avaliar a fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas consideramos que fornecer educação e treino a estes profissionais serão estratégias que aumentaram a sua capacidade de incorporar o novo comportamento.

Todavia, a baixa utilização de escalas reportada no domínio da regulação comportamental poderá também condicionar o despiste da fragilidade. Uma das razões apontadas para a baixa utilização de escalas foi a falta de tempo, no domínio do contexto ambiental e recursos. Assim, é possível notar a interligação entre os diversos domínios do COM-B. A escolha da CFS torna-se ainda mais pertinente pois esta é uma escala rápida e de fácil utilização, com um tempo estimado de aplicação de 40 segundos. Perspetivamos que este aspeto possa facilitar a sua integração no ambiente clínico diariamente. Para além disso, a utilização da CFS de forma sistemática (regulação do comportamento) será importante a inclusão de treino, capacitação e modelação para estes profissionais.

Uma das barreiras reportadas, no domínio da memória, atenção e processo de decisão, foi que os médicos desvalorizam a fisioterapia e se centram sobretudo na componente clínica e não na mobilidade. Este achado é semelhante ao encontrado noutros estudos (Geelen et

al., 2022; van Dijk-Huisman et al., 2022). Colmatar esta barreira será fundamental para a mudança comportamental no processo de referenciação para a fisioterapia, isto é, alcançar uma maior referenciação de pacientes para a fisioterapia e mais precocemente. Assim, para atingir este objetivo de desempenho, consideramos que a capacitação, permitirá ajudar os médicos no processo de tomada de decisão sobre quais os pacientes que beneficiariam de ser referenciados para a fisioterapia.

No grupo profissional dos fisioterapeutas, as barreiras compreendem as três dimensões: capacidade, oportunidade e motivação. À semelhança dos médicos, consideramos que uma das principais barreiras se remete às lacunas sobre a avaliação da fragilidade (escalas e testes), e sobre a prescrição de exercício. Dado que o plano de intervenção a incorporar por estes profissionais é estruturado de acordo com o nível de capacidade funcional medido através da utilização destes instrumentos, e que a intervenção se baseia na prescrição de exercício, a implementação adequada desta componente do programa MyMOB ficará comprometida se os profissionais não adquirem conhecimento e capacidade para avaliar e intervir em pessoas idosas hospitalizadas. Mais ainda, uma vez que na motivação, no domínio das crenças sobre as capacidades, a perceção sobre a falta de capacidade dos fisioterapeutas esteve relacionada com o facto de não possuírem conhecimento sobre as escalas e testes, perspetivamos que aumentar o conhecimento destes profissionais poderá também aumentar o nível de confiança para implementar o programa. Apesar das lacunas no conhecimento os fisioterapeutas referiram o hábito de implementar intervenções protocolizadas. Consideramos que este achado permite facilitar a implementação do MyMOB na prática clínica.

Na motivação, foi possível notar falta de padrões de prática profissional. Uma das vantagens do programa MyMOB é que este constitui uma fonte credível sobre a avaliação e intervenção padronizada em pessoas idosas hospitalizadas, indo ao encontro dos seus valores profissionais. Isto contribui para a uniformização dos padrões de prática clínica dos fisioterapeutas. Este aspeto poderá aumentar a motivação para adotar novos comportamentos na prática. Nesta dimensão, o pessimismo encontrado remeteu-se ao processo de referenciação dos médicos. Consideramos que melhorar esse processo poderá contribuir para o otimismo destes profissionais sobre a implementação do programa.

No grupo profissional dos enfermeiros, as barreiras encontradas no nosso estudo centram-se na capacidade, oportunidade e motivação. Os achados na capacidade não foram

distintos dos outros profissionais. Os enfermeiros apresentaram lacunas no conhecimento sobre a mobilização dos pacientes. Este aspeto poderá condicionar a promoção da mobilidade dos pacientes. Esta barreira foi também reportada no programa “MOVE ON” (Moore et al., 2014).

No nosso estudo, o maior número de barreiras relativas a todos os grupos profissionais (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), centraram-se na dimensão da oportunidade, no domínio do contexto ambiental e recursos. Foi comum aos diferentes profissionais de saúde a falta de tempo, de recursos humanos e recursos físicos o que pode influenciar a promoção da mobilidade dos pacientes.

A falta de tempo foi fortemente reportada em vários estudos (Klein et al. 2021; Hoyer et al., 2017; Koenders et al., 2020; Moore et al., 2014). Também a necessidade de recursos humanos para incentivar a mobilização dos pacientes e para a promoção da mudança no ambiente de enfermaria, foi reconhecida na literatura (Geelen et al., 2022; Hartley et al., 2020; Lim et al., 2019; Moore et al., 2014). Tendo em conta a falta de tempo e dada a impossibilidade de recrutar novos profissionais para a implementação do programa, a reestruturação ambiental torna-se um ponto importante no nosso estudo, para que se possam otimizar processos na prática clínica. Fornecer educação e treino aos profissionais provavelmente seria insuficiente se não abordássemos o contexto (oportunidade física e social) (Mosson et al., 2019). Ambicionamos que a reestruturação da equipa de fisioterapia de forma a estabelecer um “elo de ligação” e disponibilizar mais tempo para o ambiente de enfermaria possam ser estratégias que possibilitam otimizar os cuidados e promover o trabalho interdisciplinar entre fisioterapeutas e enfermeiros. Consideramos que este aspeto poderá reforçar o facilitador encontrado na motivação automática sobre a perceção da relação positiva entre enfermagem e fisioterapia promovendo o reenforço para a implementação do programa. Também outros estudos reportaram a importância da inclusão do fisioterapeuta nas enfermarias (Geelen, Giele, Engelbert, et al., 2022) e a sua necessidade de presença sete dias por semana (Koenders et al., 2020) devido a ser o profissional mais direcionado para a mobilização dos pacientes (Hoyer et al., 2017). Adicionalmente, a elaboração de um mapa de cuidados e reuniões diárias para definir a mobilidade dos pacientes tornam-se aplicações práticas que favorecem a integração de cuidados coordenados entre estes profissionais.

Outra barreira que encontramos em consonância com a literatura remete-se à falta de recursos materiais e infraestruturas pouco adaptadas (Dijkstra et al., 2022; Geelen et al., 2022; Moore et al., 2014; Zisberg et al., 2018). Compreender os recursos necessários é um passo importante na implementação (Eisman et al., 2021). Propomos na reestruturação ambiental, a aquisição de equipamento para a enfermaria, de acordo com as necessidades de cada grupo profissional. Este aspeto também foi incluído no programa “Better by Moving” (Geelen et al., 2022).

Na oportunidade social, no domínio das influências sociais, uma das barreiras evocadas pelos profissionais foi a falta de apoio dos órgãos de gestão (administração e chefias de equipa) (Geelen et al., 2022). Esta falta de apoio das chefias pode levar à fraca sustentabilidade de projetos na prática clínica. Uma sugestão facilitadora proposta durante o grupo focal, foi envolver as chefias durante o desenvolvimento do programa. Isto vai ao encontro de Hoyer et al. (2017) que defendeu que o envolver as chefias poderia ajudar à implementação bem-sucedida do programa de mobilidade (Hoyer et al., 2017). Assim, envolver os órgãos de gestão no processo de co-criação e implementação poderá fornecer oportunidade e facilitar os profissionais a implementarem as tarefas na prática clínica.

A ausência de trabalho multidisciplinar foi também uma das barreiras encontradas semelhantes a outros estudos (De Klein et al., 2021; Dijkstra et al., 2022; Hoyer et al., 2017; Moore et al., 2014). À semelhança do nosso estudo, Moore et al. (2014) e Dijkstra et al. (2022) reportaram como barreira a falta de comunicação e discussão entre os diversos profissionais de saúde (Dijkstra et al., 2022; Moore et al., 2014). A falta de relação e comunicação poderá dificultar a integração e coordenação dos cuidados de saúde e, por consequência, condicionar os objetivos de desempenho propostos. Para isso, é necessário o envolvimento da equipa multidisciplinar desde o início da implementação. Isto permitirá melhorar a comunicação e partilhar informações que são essenciais para desenvolver um plano de cuidados integrados e individualizados, centrados no paciente (Lim et al., 2019).

Na motivação automática, para a sustentabilidade do programa os profissionais (enfermeiros) reportaram a importância de ter feedback dos resultados para integrar o programa como rotina na prática clínica. Para incidir neste aspeto, no desenho de estratégias de intervenção incluímos TMCs que englobam a definição da objetivos,

monitorização e fornecimento de feedback ao longo do tempo. Com base na literatura consideramos que estas três estratégias poderão levar os profissionais a adotar e manter os novos comportamentos ao longo da implementação (Ramanadhan et al., 2021).

No nosso estudo, todos os profissionais compreendem os benefícios do programa para os pacientes, para os profissionais e para a instituição, apresentaram otimismo, intenções, e emoções positivas para implementar o programa. Estes facilitadores revelam motivação para integrar o programa na prática clínica. Este é um aspeto positivo pois o nível de prontidão e as crenças positivas sobre os novos comportamentos são pontes-chaves que promovem a envolvimento dos intervenientes no processo de mudança (Geerlings et al., 2018).

Por último, sendo o programa MyMOB um programa multidisciplinar isso implica que os diferentes profissionais integram novos comportamentos nas diferentes dimensões do COM-B. Um ponto forte no nosso estudo, é que desenhamos um plano com intervenções multimodais (educação, treino, modelação, capacitação) que vão ao encontro das barreiras, selecionando TMCs específicas de acordo com as intervenções e desenvolvendo o seu conteúdo. Acreditamos que este aspecto promoverá o sucesso da implementação comparativamente a intervenções isoladas (Chauhan et al., 2017).

Limitações do estudo:

Uma das principais limitações deste estudo é que não foram incorporadas as perspetivas dos pacientes e/ou dos cuidadores nos grupos focais. Este aspeto é pertinente uma vez que os pacientes podem apresentar barreiras e facilitadores sobre intervenções baseadas na mobilidade e exercício que poderiam ser consideradas para desenvolver estratégias de implementação. O sucesso do programa MyMOB poderá ser comprometido se, entre outros aspetos, o paciente não compreender o benefício da mobilidade durante o internamento.

O recrutamento da amostra para os grupos focais realizou-se por conveniência. Isto poderá ter contribuído para uma homogeneidade referente às perceções das barreiras e dos facilitadores. A inclusão de outros profissionais poderia mostrar menor receção à mudança e trazer novas perspetivas sobre barreiras e facilitadores sobre o programa.

Esta abordagem foi desenvolvida para o ambiente hospitalar. Assim, dado a importância do contexto, as barreiras e os facilitadores encontrados no nosso estudo poderão diferir

comparativamente a outros hospitais e sobretudo a outros contextos como por exemplo: cuidados de saúde primários ou ambulatório.

Conclusões

Este estudo forneceu um exemplo detalhado do desenvolvimento de um programa para a identificação, prevenção e tratamento da fragilidade, informado pela MRC, pelas etapas da abordagem IM e utilizando a BCW. Este programa demonstrou-se pertinente uma vez que as pessoas idosas hospitalizadas com síndrome de imobilidade apresentam piores resultados de saúde comparativamente a outras condições cónicas, e apresentam um tempo de referência para a fisioterapia elevado. As barreiras reportadas pelos profissionais de saúde foram predominantemente nas dimensões da capacidade e da oportunidade. Os facilitadores centraram-se sobretudo na motivação. Dado as barreiras reportadas, os objetivos de desempenho e mudança foram desenvolvidos para os domínios TDF, nas dimensões da capacidade e oportunidade. Para promover a mudança comportamental nos grupos profissionais envolvidos foi desenhado um programa multimodal que engloba diferentes estratégias de mudança comportamental que auxiliam a implementação do programa MyMOB com sucesso na prática clínica.

Referências Bibliográficas

- Agmon, M., Zisberg, A., Gil, E., Rand, D., Gur-Yaish, N., & Azriel, M. (2017). Association between 900 steps a day and functional decline in older hospitalized patients. *JAMA Internal Medicine*, *177*(2), 272–274. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7266>
- Ambiàs-Novellas, J., Torné, A., Oller, R., Martori, J. C., Espauella, J., & Romero-Ortuno, R. (2022). Transitions between degrees of multidimensional frailty among older people admitted to intermediate care: a multicentre prospective study. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03378-9>
- Angulo, J., El Assar, M., Álvarez-Bustos, A., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biology*, *35*(January), 101513. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>
- 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>
- Baldwin, C., van Kessel, G., Phillips, A., & Johnston, K. (2017). Accelerometry shows inpatients with acute medical or surgical conditions spend little time upright and are highly sedentary: Systematic review. *Physical Therapy*, *97*(11), 1044–1065. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx076>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach, 4th Edition* (4th Editio). Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/en-us/Planning+Health+Promotion+Programs:+An+Intervention+Mapping+Approach,+4th+Edition-p-9781119035497>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity*, *56*(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Casas-herrero, A., Anton-rodriago, I., Zambom-ferraresi, F., Asteasu, M. L. S. De, Martinez-velilla, N., Elexpuru-estomba, J., Marin-epelde, I., & Ramon-espinoza, F. (2019). *13063_2019_Article_3426*. 1–12.
- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., Gutierrez-Robledo, L. M., Michel, J. P., Morley, J. E., Ong, P., Rodriguez Manas, L., Sinclair, A., Won, C. W., Beard, J., & Vellas, B. (2016). Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(3), 188–192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
- 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*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>
- Clegg, A., Bates, C., Young, J., Ryan, R., Nichols, L., Ann Teale, E., Mohammed, M. A.,

- Parry, J., & Marshall, T. (2016). Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age and Ageing*, 45(3), 353–360. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw039>
- Clegg, A., & Hassan-Smith, Z. (2018). Frailty and the endocrine system. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 6(9), 743–752. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30110-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30110-4)
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Condon, M., Mannion, E., Molloy, D. W., & O'caimh, R. (2019). Urinary and faecal incontinence: point prevalence and predictors in a university hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph16020194>
- Conroy, S. P., Bardsley, M., Smith, P., Neuburger, J., Keeble, E., Arora, S., Kraindler, J., Ariti, C., Sherlaw-Johnson, C., Street, A., Roberts, H., Kennedy, S., Martin, G., Phelps, K., Regen, E., Kocman, D., McCue, P., Fisher, E., & Parker, S. (2019). Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 7(15), 1–174. <https://doi.org/10.3310/hsdr07150>
- Costa, A. S. da, Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio, A., Miguel, J. P., Lopes, M., Oliveira, M., Festas, N., & Ferreira, P. S. (2017). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Cowdell, F., & Dyson, J. (2019). How is the theoretical domains framework applied to developing health behaviour interventions? A systematic search and narrative synthesis. *BMC Public Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7442-5>
- 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>
- De Klein, K., Valkenet, K., & Veenhof, C. (2021). Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(2), 307–314. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1626517>
- De Morton, N. A., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005955.pub2>
- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., ... Vellas, B. (2019). Physical Frailty: ICF SR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *Journal of Nutrition, Health and*

Aging, 23(9), 771–787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>

- Dent, Elsa, Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*, 394(10206), 1376–1386. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)
- Dijkstra, F., van der Sluis, G., Jager-Wittenaar, H., Hempenius, L., Hobbelen, J. S. M., & Finnema, E. (2022). Facilitators and barriers to enhancing physical activity in older patients during acute hospital stay: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01330-z>
- Ding, X., Lian, H., & Wang, X. (2021). Management of very old patients in intensive care units. *Aging and Disease*, 12(2), 614–624. <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0914>
- Eisman, A. B., Quanbeck, A., Bounthavong, M., Panattoni, L., & Glasgow, R. E. (2021). Implementation science issues in understanding, collecting, and using cost estimates: a multi-stakeholder perspective. *Implementation Science*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01143-x>
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O’Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
- English, K. L., & Paddon-jones, D. (2012). *Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest*. 409. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328333aa66.Protecting>
- Fernandez, M. E., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Intervention mapping: Theory-and evidence-based health promotion program planning: Perspective and examples. *Frontiers in Public Health*, 7(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00209>
- Fisher, S., Ottenbacher, K. J., Goodwin, J. S., Graham, J. E., & Ostir, G. V. (2009). Short physical performance battery in hospitalized older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21(6), 445–452. <https://doi.org/10.1007/BF03327444>
- 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>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146–157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Geelen, S. J. G., Giele, B. M., Engelbert, R. H. H., de Moree, S., Veenhof, C., Nollet, F., van Nes, F., & van der Schaaf, M. (2022). Barriers to and solutions for improving physical activity in adults during hospital stay: a mixed-methods study among

- healthcare professionals. *Disability and Rehabilitation*, 44(15), 4004–4013. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1879946>
- Geelen, S. J. G., Giele, B. M., Veenhof, C., Nollet, F., Engelbert, R. H. H., & van der Schaaf, M. (2022). The Better By Moving study: A multifaceted intervention to improve physical activity in adults during hospital stay. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/02692155221105337>
- Geerligs, L., Rankin, N. M., Shepherd, H. L., & Butow, P. (2018). Hospital-based interventions: A systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implementation Science*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0726-9>
- Gilbert, T., Neuburger, J., Kraindler, J., Keeble, E., Smith, P., Ariti, C., Arora, S., Street, A., Parker, S., Roberts, H. C., Bardsley, M., & Conroy, S. (2018). Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *The Lancet*, 391(10132), 1775–1782. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30668-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30668-8)
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399–418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
- Hartley, P., Dewitt, A. L., Forsyth, F., Romero-Ortuno, R., & Deaton, C. (2020). Predictors of physical activity in older adults early in an emergency hospital admission: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01562-3>
- HEWITT, J., LONG, S., CARTER, B., BACH, S., MCCARTHY, K., & CLEGG, A. (2018). The prevalence of frailty and its association with clinical outcomes in general surgery: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47, 793–800. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy110>
- Hogan, D. B., Maxwell, C. J., Afilalo, J., Arora, R. C., Bagshaw, S. M., Basran, J., Bergman, H., Bronskill, S. E., Carter, C. A., Dixon, E., Hemmelgarn, B., Madden, K., Mitnitski, A., Rolfson, D., Stelfox, H. T., Tam-Tham, H., & Wunsch, H. (2017). A scoping review of frailty and acute care in middle-aged and older individuals with recommendations for future research. *Canadian Geriatrics Journal*, 20(1), 22–37. <https://doi.org/10.5770/cgj.20.240>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Hoogendijk, E. O., van Hout, H. P. J., Heymans, M. W., van der Horst, H. E., Frijters, D. H. M., Broese van Groenou, M. I., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults: Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 538–544.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.05.002>
- Hoyer, E. H., MD, Daniel J. Brotman, M., & Kitty Chan, PhD, and Dale M. Needham, MD, P. (2017). Barriers to Early Mobility of Hospitalized General Medicine Patients. *Physiology & Behavior*, 176(10), 139–148.

<https://doi.org/10.1097/PHM.000000000000185.Barriers>

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). Estatísticas da Saúde 2018. In *Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
- Izquierdo, M., Duque, G., & Morley, J. E. (2021a). *Machine Translated by Google* Visualização pessoal Diretrizes de atividade física para idosos: lacunas de conhecimento e direções futuras *Machine Translated by Google*. 2, 380–383.
- Izquierdo, M., Duque, G., & Morley, J. E. (2021b). Physical activity guidelines for older people: knowledge gaps and future directions. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(6), e380–e383. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00079-9](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00079-9)
- Izquierdo, M., Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez De Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., & Rodríguez-Mañas, L. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(1), 28–36. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4869>
- Jawad, B. N., Petersen, J., Andersen, O., & Pedersen, M. M. (2022). Variations in physical activity and sedentary behavior during and after hospitalization in acutely admitted older medical patients: a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02917-8>
- Jones, T. M., Blake F. Dear, Julia M. Hush, Nickolai Titov, C. M. D., & Background. (2016). Application of Intervention Mapping to the Development of a Complex Physical Therapist Intervention. *American Physical Therapy Association*, 96(12).
- Kirk, J. W., Bodilsen, A. C., Tjørnhøj-thomsen, T., Pedersen, M. M., Bandholm, T., Husted, R. S., Poulsen, L. K., Petersen, J., Andersen, O., & Nilsen, P. (2018). *A tailored strategy for designing the intervention to increase mobility in hospitalised older medical patients : a protocol for the qualitative part of the WALK-Cph project*. 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020272>
- Koenders, N., Potkamp-Kloppers, S., Geurts, Y., Akkermans, R., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Hoogeboom, T. J. (2021). Ban Bedcentricity: A Multifaceted Innovation to Reduce Sedentary Behavior of Patients During the Hospital Stay. *Physical Therapy*, 101(7), 1–9. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab054>
- Koenders, N., van Oorsouw, R., Seeger, J. P. H., Nijhuis–van der Sanden, M. W. G., van de Glind, I., & Hoogeboom, T. J. (2020). “I’m not going to walk, just for the sake of walking...”: a qualitative, phenomenological study on physical activity during hospital stay. *Disability and Rehabilitation*, 42(1), 78–85. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1492636>
- Kolk, D., Aarden, J. J., MacNeil-Vroomen, J. L., Reichardt, L. A., van Seben, R., van der Schaaf, M., van der Esch, M., Twisk, J. W. R., Bosch, J. A., Buurman, B. M., Engelbert, R. H. H., Kuper, I., de Jonghe, A., Leguit-Elberse, M., Kamper, A., Posthuma, N., Brendel, N., & Wold, J. (2021). Factors Associated with Step

Numbers in Acutely Hospitalized Older Adults: The Hospital-Activities of Daily Living Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.027>

- Lim, S. H., Ang, S. Y., Abu Bakar Aloweni, F. B., & Østbye, T. (2019). An integrative review on screening for frailty in acute care: Accuracy, barriers to implementation and adoption strategies. *Geriatric Nursing*, 40(6), 603–613. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.005>
- Liu, B., Almaawiy, U., Moore, J. E., Chan, W. H., & Straus, S. E. (2013a). Evaluation of a multisite educational intervention to improve mobilization of older patients in hospital: Protocol for mobilization of vulnerable elders in Ontario (MOVE ON). *Implementation Science*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-76>
- Liu, B., Almaawiy, U., Moore, J. E., Chan, W. H., & Straus, S. E. (2013b). Evaluation of a multisite educational intervention to improve mobilization of older patients in hospital: Protocol for mobilization of vulnerable elders in Ontario (MOVE ON). *Implementation Science*, 8(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-76>
- Liu, B., Moore, J. E., Almaawiy, U., Chan, W. H., Khan, S., Ewusie, J., Hamid, J. S., Straus, S. E., Davidson, S., Izukawa, T., Rampersad, S. A., Marr, S., Pizzacalla, A., Lee, A., Paquette, C., Szymanski, D., Jewitt, R., Morkem, R., Murphy, J., ... Vandeursen, A. (2018). Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): A multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age and Ageing*, 47(1), 112–119. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx128>
- Lotte M.M. van Delft, Petra Bor, Karin Valkenet, Arjen J.C. Slooter, C. V. (2020). *The Effectiveness of Hospital in Motion, a Multidimensional Implementation Project to Improve Patients' Movement Behavior During Hospitalization Lotte*. 100(12), 2090–2098.
- Lynch, E. A., Luker, J. A., Cadilhac, D. A., Fryer, C. E., & Hillier, S. L. (2017). A qualitative study using the Theoretical Domains Framework to investigate why patients were or were not assessed for rehabilitation after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 31(7), 966–977. <https://doi.org/10.1177/0269215516658938>
- Makary, M. A., Segev, D. L., Pronovost, P. J., Syin, D., Bandeen-Roche, K., Patel, P., Takenaga, R., Devgan, L., Holzmüller, C. G., Tian, J., & Fried, L. P. (2010). Frailty as a Predictor of Surgical Outcomes in Older Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(6), 901–908. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.01.028>
- Martínez-Velilla, N., Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez De Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., & Rodríguez-Mañas, L. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(1), 28–36. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4869>
- Marzetti, E., Cesari, M., Calvani, R., Msihid, J., Tosato, M., Rodriguez-Mañas, L., Lattanzio, F., Cherubini, A., Bejuit, R., Di Bari, M., Maggio, M., Vellas, B.,

- Dantoine, T., Cruz-Jentoft, A. J., Sieber, C. C., Freiburger, E., Skalska, A., Grodzicki, T., Sinclair, A. J., ... Landi, F. (2018). The “Sarcopenia and Physical Frailty IN older people: multi-component Treatment strategies” (SPRINTT) randomized controlled trial: Case finding, screening and characteristics of eligible participants. *Experimental Gerontology*, *113*(September), 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.09.017>
- Michie. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Archives of Dermatology*, *121*(7), 929–930. <https://doi.org/10.1001/archderm.1985.01660070119033>
- Michie, S. (2014). Implementation science: understanding behaviour change and maintenance. *BMC Health Services Research*, *14*(S2), O9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-s2-o9>
- MICHIE, S., & Abraham, C. (2004). Daily episodes of worrying and stressors increase daytime- and nighttime cardiac activity. *Psychology and Health*, *19*(SUPPL. 1), 29. <https://doi.org/10.1080/0887044031000141199>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The Behavior Change Wheel. A Guide to Designing Intervention* (S. Publishing (ed.)).
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Mikel Izquierdo, & Fabricio Zambom-Ferraresi, Nicolás Martínez-Velilla, Cristina Alonso- Bouzón, L. R.-M. (n.d.). *Programa de entrenamiento físico multicomponente: VIVIFRAIL*. <https://vivifrail.com/resources/send/3-documents/23-e-book-interactive-pdf>
- Moore, J. E., Mascarenhas, A., Marquez, C., Almaawiy, U., Chan, W. H., D’Souza, J., Liu, B., & Straus, S. E. (2014). Mapping barriers and intervention activities to behaviour change theory for Mobilization of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON), a multi-site implementation intervention in acute care hospitals. *Implementation Science : IS*, *9*, 160. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0160-6>
- Mosson, R., Augustsson, H., Bäck, A., Åhström, M., Von Thiele Schwarz, U., Richter, A., Gunnarsson, M., & Hasson, H. (2019). Building implementation capacity (BIC): A longitudinal mixed methods evaluation of a team intervention. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4086-1>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *COVID-19 rapid guideline: Managing COVID-19*. 5.2 In Hospital. <https://app.magicapp.org/#/guideline/L4Qb5n/section/L413en>
- Ofori-Asenso, R., Chin, K. L., Mazidi, M., Zomer, E., Ilomaki, J., Zullo, A. R., Gasevic, D., Ademi, Z., Korhonen, M. J., Logiudice, D., Bell, J. S., & Liew, D. (2019). Global Incidence of Frailty and Pre frailty among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, *2*(8), 1–18. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8398>

- PINTO, M. P., MARTINS, S., MESQUITA, E., & FERNANDES, L. (2021). European portuguese version of the clinical frailty scale: Translation, cultural adaptation and validation study. *Acta Medica Portuguesa*, 34(13), 1–14. <https://doi.org/10.20344/AMP.14543>
- PORDATA. (2022). *Como envelhecem os portugueses?* <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portuguese+s+-195>
- Pritchard, J. M., Kennedy, C. C., Karampatos, S., Ioannidis, G., Misiaszek, B., Marr, S., Patterson, C., Woo, T., & Papaioannou, A. (2017). Measuring frailty in clinical practice: A comparison of physical frailty assessment methods in a geriatric outpatient clinic. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0623-0>
- Ramanadhan, S., Galbraith-Gyan, K., Revette, A., Foti, A., James, C. R., Martinez-Dominguez, V., Miller, E., Tappin, J., Tracy, N., Bruff, C., Tiffany Donaldson, S., Minsky, S., Sempasa, D., Siqueira, C., & Viswanath, K. (2021). Key considerations for designing capacity-building interventions to support evidence-based programming in underserved communities: A qualitative exploration. *Translational Behavioral Medicine*, 11(2), 452–461. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz177>
- Rezaei-Shahsavarloo, Z., Atashzadeh-Shoorideh, F., Gobbens, R. J. J., Ebadi, A., & Ghaedamini Harouni, G. (2020). The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01935-8>
- Richards, S. J. G., D'Souza, J., Pascoe, R., Falloon, M., & Frizelle, F. A. (2019). Prevalence of frailty in a tertiary hospital: A point prevalence observational study. *PLoS ONE*, 14(7), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219083>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Romero-Ortuno, R., Wallis, S., Biram, R., & Keevil, V. (2016). Clinical frailty adds to acute illness severity in predicting mortality in hospitalized older adults: An observational study. *European Journal of Internal Medicine*, 35, 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.08.033>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *The BMJ*, 374(2018), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Valenzuela, P. L., Morales, J. S., Castillo-García, A., Mayordomo-Cava, J., García-Hermoso, A., Izquierdo, M., Serra-Rexach, J. A., & Lucia, A. (2020). Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalised older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 61(April), 101076. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101076>

- van Dijk-Huisman, H. C., Raeven-Eijkenboom, P. H., Magdelijns, F. J. H., Sieben, J. M., de Bie, R. A., & Lenssen, A. F. (2022). Barriers and enablers to physical activity behaviour in older adults during hospital stay: a qualitative study guided by the theoretical domains framework. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02887-x>
- Ward, W. H., Manstein, S. M., Goel, N., Chow, W. B., Ko, C. Y., Rosenthal, R. A., & Esnaola, N. F. (2017). Optimal preoperative assessment of the geriatric patient. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 9, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2017.11.005>
- Willmott, T. J., Pang, B., & Rundle-Thiele, S. (2021). Capability, opportunity, and motivation: an across contexts empirical examination of the COM-B model. *BMC Public Health*, 21(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11019-w>
- World Health Organization. (n.d.). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zisberg, A., Agmon, M., Gur-Yaish, N., Rand, D., Hayat, Y., & Gil, E. (2018). No one size fits all - The development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: The “wALK-FOR” study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0778-3>

Anexos

Anexo 1: Codificações Interna Do Serviço De Medicina Física E Reabilitação

Codificação Interna Dos Serviços De Atuação Pelo Serviço De Medicina Física E Reabilitação	
Código	Serviços de Internamento
1	Ortopedia
2	Medicina
3	Cirurgia
4	Pediatria
5	Unidade de Cuidados Intensivos
6	Cuidados Intermédios
7	Psiquiatria
8	Serviço de Observação (SO)
9	Obstetrícia
10	Paliativos

Anexo 1: Codificação Interna Do Serviço De Medicina Física E Reabilitação

Codificação Interna Das Condições Clínicas Do Serviço De Medicina Física E Reabilitação	
Código	Condição Atribuída
1	Artroplastia da Anca
2	Artroplastias do Joelho
3	Outros Artroplastias
4	Cirurgia Artroscópica (ombro, joelho, pé)
5	Traumatologia Ortopédica (Fraturas operadas e não operadas, luxações operadas e amputações por trauma)
6	Patologia osteoarticular da coluna
7	Patologia osteoarticular periférica
8	Tendinopatias (agudas e crônicas onde se englobam síndromes do conflito sub-acromial)
9	Patologia do tecido mole (engloba todas as seguintes condições: roturas musculares, estiramentos, entorses, luxações articulares não operadas)
10	Condições neurológicas centrais adultos
11	Condições neurológicas periféricas adultos (neuropatias periféricas, lesões do plexo, incontinência pós-cirúrgica, túnel cárpico)
12	Condições respiratórias adultos
13	Condições neurológicas centrais pediátricas
14	Condições neurológicas periféricas pediátricas
15	Condições respiratórias pediátricas
16	Condições vasculares (incluem-se lesões venosas, arteriais e linfáticas, incluem-se aqui amputações vasculares)
17	Síndromes de imobilização
18	Classes em grupo
19	Condições oncológicas (incluem-se drenagem linfática em Mastectomias e todas as condições que tenham por base tumores)
20	Queimados
21	Condições Reumatológicas
22	Condições Psiquiátricas
23	Pós-cirurgia Geral
24	Incontinência Urinária
25	Torcicolo congénito
26	Revisões de material por falecimento do mesmo
27	COVID
28	Condições médico-cirúrgicas

Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

AP CA
2021/11/03

ULSNA

080A

INFORMAÇÃO

N.º13/2021, de 04 de novembro

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do CA- Dr. Joaquim Araújo

C/C:

ASSUNTO: Trabalho de investigação "Modelo de Cuidados de Saúde Hospitalares para Adultos Mais Velhos."

Ata 45/2021
DOC. 122

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>ULSNA, EPE Conselho de Administração</p> <p>Dr. Joaquim Araújo, Presidente</p> <p>Dr.ª Vera Escoto, Diretora Clínica</p> <p>Enf.ª Jorge Marques, Enfermeiro Diretor</p> <p>Dr.ª Rita Amélia Silva, Vogal Executivo</p> <p>Prof. Raul Coimbra, Vogal Executivo</p>	<p>TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA concordar e APROVAR a presente informação, podendo desta forma dar sequência ao trabalho de investigação proposto "Modelo de Cuidados de Saúde Hospitalares para Adultos Mais Velhos". Com conhecimento à TSDT Vanessa Rua, ao SMFReabilitação, à DFIBDocumentação e à Comissão de Ética da ULSNA, EPE.</p> <p>2021/11/03</p>

A mestranda em Fisioterapia em Condições Músculo- Esqueléticas, Vanessa Rua, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, solicitou autorização para realização do estudo: "Modelo de Cuidados de Saúde Hospitalares para Adultos Mais Velhos", requerendo simultaneamente a sua implementação na ULSNA, E.P.E.

Cumpre apreciar:

I- Enquadramento e Pertinência do Estudo

A requerente centra a pertinência do estudo no envelhecimento da população, sobretudo no distrito de Portalegre, salientando a importância de existir um Modelo de Cuidados de Saúde que corresponda à situação de fragilidade dos utentes do distrito, permitindo identificar processos a serem melhorados, modificando-os e desenvolvendo estratégias que permitam melhorar os resultados dos adultos mais velhos na prestação de cuidados hospitalares.

O trabalho desenvolver-se-á em quatro fases, como melhor descrito no protocolo enviado pela mestranda, sendo que o recrutamento de participantes no estudo se efetuará em duas fases: Avaliação da necessidade e criação do programa.

II- Objetivos

- Objetivo geral

Construir um modelo de cuidados integrados, multidisciplinar focado na avaliação da fragilidade e em intervenções direcionadas para a gestão da doença aguda e da mobilidade dos Adultos Mais Velhos nos cuidados de saúde hospitalares.

III- População alvo

ULSNA-EPE
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
ESPANHA Nº 2021/06751
05/11/2021

Ata

Anexo 3: Taxonomia de Técnicas de Mudança Comportamentais propostas por Abraham e Michie et al., (2013)

BCT Taxonomy (v1): 93 hierarchically-clustered techniques

Page	Grouping and BCTs	Page	Grouping and BCTs	Page	Grouping and BCTs
1	1. Goals and planning	8	6. Comparison of behaviour	16	12. Antecedents
	1.1. Goal setting (behavior) 1.2. Problem solving 1.3. Goal setting (outcome) 1.4. Action planning 1.5. Review behavior goal(s) 1.6. Discrepancy between current behavior and goal 1.7. Review outcome goal(s) 1.8. Behavioral contract 1.9. Commitment		6.1. Demonstration of the behavior 6.2. Social comparison 6.3. Information about others' approval		12.1. Restructuring the physical environment 12.2. Restructuring the social environment 12.3. Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior 12.4. Distraction 12.5. Adding objects to the environment 12.6. Body changes
3	2. Feedback and monitoring	9	7. Associations	17	13. Identity
	2.1. Monitoring of behavior by others without feedback 2.2. Feedback on behaviour 2.3. Self-monitoring of behaviour 2.4. Self-monitoring of outcome(s) of behaviour 2.5. Monitoring of outcome(s) of behavior without feedback 2.6. Biofeedback 2.7. Feedback on outcome(s) of behavior		7.1. Prompts/cues 7.2. Cue signalling reward 7.3. Reduce prompts/cues 7.4. Remove access to the reward 7.5. Remove aversive stimulus 7.6. Satiation 7.7. Exposure 7.8. Associative learning		13.1. Identification of self as role model 13.2. Framing/reframing 13.3. Incompatible beliefs 13.4. Valued self-identify 13.5. Identity associated with changed behavior
5	3. Social support	10	8. Repetition and substitution	18	14. Scheduled consequences
	3.1. Social support (unspecified) 3.2. Social support (practical) 3.3. Social support (emotional)		8.1. Behavioral practice/rehearsal 8.2. Behavior substitution 8.3. Habit formation 8.4. Habit reversal 8.5. Overcorrection 8.6. Generalisation of target behavior 8.7. Graded tasks		14.1. Behavior cost 14.2. Punishment 14.3. Remove reward 14.4. Reward approximation 14.5. Rewarding completion 14.6. Situation-specific reward 14.7. Reward incompatible behavior 14.8. Reward alternative behavior 14.9. Reduce reward frequency 14.10. Remove punishment
6	4. Shaping knowledge	11	9. Comparison of outcomes	19	15. Self-belief
	4.1. Instruction on how to perform the behavior 4.2. Information about Antecedents 4.3. Re-attribution 4.4. Behavioral experiments		9.1. Credible source 9.2. Pros and cons 9.3. Comparative imagining of future outcomes		15.1. Verbal persuasion about capability 15.2. Mental rehearsal of successful performance 15.3. Focus on past success 15.4. Self-talk
7	5. Natural consequences	12	10. Reward and threat	19	16. Covert learning
	5.1. Information about health consequences 5.2. Salience of consequences 5.3. Information about social and environmental consequences 5.4. Monitoring of emotional consequences 5.5. Anticipated regret 5.6. Information about emotional consequences		10.1. Material incentive (behavior) 10.2. Material reward (behavior) 10.3. Non-specific reward 10.4. Social reward 10.5. Social incentive 10.6. Non-specific incentive 10.7. Self-incentive 10.8. Incentive (outcome) 10.9. Self-reward 10.10. Reward (outcome) 10.11. Future punishment		16.1. Imaginary punishment 16.2. Imaginary reward 16.3. Vicarious consequences
		15	11. Regulation		
			11.1. Pharmacological support 11.2. Reduce negative emotions 11.3. Conserving mental resources 11.4. Paradoxical instructions		

Referência:

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>

Apêndices

Apêndice A: Definições Modelo-COM-B e TDF

MODELO COM-B		Definições
Capacidade	Capacidade Psicológica	A população- alvo tem as aptidões e competências para levar a cabo o comportamento
	Capacidade Física	A capacidade de se envolver nos processos de pensamento necessários - compreensão, raciocínio.
Oportunidade	Oportunidade física	Oportunidade proporcionada pelo ambiente;
	Oportunidade Psicológica	Oportunidade proporcionada pelo meio cultural que dita a forma como pensamos sobre as coisas
Motivação	Motivação Automática	Respostas emocionais, desejos, impulsos e hábitos resultantes da aprendizagem associativa e estados fisiológicos
	Motivação Reflexiva	Crenças sobre o que é benéfico e prejudicial, intenções, decisões e planos conscientes

Referência

Michie. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Archives of Dermatology*, 121(7), 929–930. <https://doi.org/10.1001/archderm.1985.01660070119033>

Domínio TDF	Domínio TDF	Construções dos componentes
1. Conhecimento	Consciência da existência de algo	Conhecimento (incluindo conhecimento das condições/razão científica) Conhecimento processual Conhecimento do ambiente das tarefas
2. Aptidões cognitivas e interpessoais	Uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática	Habilidades Desenvolvimento de habilidades Competência Habilidades interpessoais Prática Avaliação de habilidades
3. Papel e identidade profissional e social	Um conjunto coerente de comportamentos e qualidades pessoais exibidas por um indivíduo em ambiente social ou de trabalho	Identidade profissional Função profissional Identidade Identidade social Limites profissionais Confiança profissional Identidade do grupo Liderança Compromisso organizacional

<p>4. Crenças sobre capacidades</p>	<p>Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode colocar em uso construtivo</p>	<p>Autoconfiança Identificar competência Autoeficácia Controlo comportamental Crenças Auto estima Empowerment Confiança profissional</p>
<p>5. Otimismo</p>	<p>A confiança de que as coisas vão acontecer para o melhor ou que os objetivos desejados serão alcançados</p>	<p>Otimismo Pessimismo Otimismo irrealista Identidade</p>
<p>6. Crenças sobre Consequências</p>	<p>Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre os resultados de um comportamento numa determinada situação</p>	<p>Crenças Expectativas de resultados Características das expectativas de resultados Arrependimento antecipado Consequências</p>
<p>7. Reenforço</p>	<p>Aumentar a probabilidade de resposta organizando uma relação dependente, ou contingência, entre a resposta e um determinado estímulo</p>	<p>Recompensas (proximal/distal, valorizadas/não valorizadas, prováveis/improváveis) Incentivos Consequências Punição Reenforço Contingências Sanções</p>

8. Intenções	Uma decisão consciente de realizar um comportamento ou uma resolução de agir numa certa maneira	Estabilidade de intenções Modelo de estágios de mudança Modelo transteórico e estágios de mudança
9. Objetivos	Representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar	Objetivos (distal/proximal) Prioridade do objetivo Definição do objetivo/alvo Objetivos (autónomos/controlados) Planeamento das ações Intenção de implementação
10. Memória, Atenção e Processo de Decisão	A capacidade de reter informações, focar seletivamente aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas	Memória Atenção Controlo da atenção Tomada de decisão Sobrecarga cognitiva/cansaço
11. Contexto Ambiental e Recursos	Qualquer circunstância da situação ou ambiente de uma pessoa que desencoraje ou encoraje o desenvolvimento de competências e habilidades, independência, competência social e comportamento adaptativo	Stress ambiental Recursos/Materiais Cultura/clima organizacional Eventos marcantes/incidentes críticos Interação pessoa x ambiente Barreiras e facilitadores
12. Influências Sociais	Processos interpessoais que podem levar os indivíduos a mudar seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos	Pressão social Normas sociais Conformidade do grupo Comparações sociais Normas de grupo Suporte social

		<p>Poder</p> <p>Conflito intergruppal</p> <p>Alienação</p> <p>Identidade do grupo</p> <p>Modelagem</p>
13. Emoção	Um padrão de reação complexo, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, pelos quais o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo	<p>Medo Ansiedade Afeto</p> <p>Stresse Depressão</p> <p>Afeto ser positivo/negativo</p> <p>Esgotamento</p>
14. Regulação Comportamental	Qualquer coisa destinada a gerir ou alterar ações objetivamente observadas ou medidas.	<p>Auto-monitoramento</p> <p>Quebrar o hábito Planeamento da ação</p>

Referência:

Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017;12(1):77

Apêndice B: Formulário de Caracterização- Estudo Documental Retrospectivo

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO- ESTUDO DOCUMENTAL RETROSPECTIVO

Variáveis de Caracterização do Paciente
Nome do paciente:
Idade:
Data de internamento:
Serviço de internamento:
Código da condição:
Falecimento durante o internamento:
Falecimento de reinternamento:
Falecimento num follow-up de um ano:
Variáveis de Caracterização da Fisioterapia
Nome do Fisioterapeuta:
Diferença entre o número de dias entre o início do internamento e o início da fisioterapia:
Número de tratamentos:

Apêndice C: Carta Explicativa do Estudo



Exmo(a). Dr.(a)/ Fisioterapeuta/ Enfermeiro(a)

O meu nome é Vanessa Rodrigues Monteiro Rua, exerço funções de fisioterapeuta, no serviço de Medicina Física e Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E., ULSNA, E.P.E., e sou estudante de mestrado em fisioterapia no ramo de condições músculo-esqueléticas lecionado pela escola superior de saúde do instituto politécnico de setúbal, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e pela Escola Nacional de Saúde Pública. Encontro-me a desenvolver um projeto de investigação intitulado por: "Modelo De Cuidados De Saúde Hospitalares Para Idosos". Gostaria de convidá-lo(a) a participar neste estudo, que visa a construção e implementação de um modelo de cuidados de saúde hospitalares para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (adultos mais velhos). A investigação tem como orientador o professor Doutor Eduardo Cruz e co-orientadora professora Doutora Filomena Carnide. O objetivo deste estudo é construir um modelo de cuidados integrados, multidisciplinar focado na avaliação da fragilidade e em intervenções direcionadas para a gestão da doença aguda e da mobilidade dos idosos nos cuidados de saúde hospitalares.

Desta forma, solicito a sua participação numa entrevista em grupo, com máximo de seis participantes em regime online. Nesta sessão será apresentado o protótipo do modelo e, seguidamente, serão realizadas questões sobre a viabilidade da sua implementação dentro do contexto clínico para dar o seu parecer. A entrevista será moderada pela investigadora Vanessa Rua. A duração prevista para a apresentação do modelo serão 15 (quinze) minutos e 60 (sessenta) minutos de entrevista. A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Poderá recusar responder a qualquer uma das questões expostas ou cessar a entrevista caso seja a sua vontade. A entrevista será gravada por som e/ou vídeo. Posteriormente todas as citações dos participantes serão transcritas de forma integral. De forma a garantir o anonimato da sua identidade na agregação e transcrição dos dados deverá escolher um pseudónimo. Os resultados do estudo serão publicados no âmbito da apresentação do projeto de trabalho no Mestrado em Fisioterapia no Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, sendo utilizados os pseudónimos escolhidos de forma a cumprir o anonimato. Todos os dados recolhidos serão destruídos após a apresentação dos resultados.

Caso confirme a sua participação deverá consultar a Política de Privacidade da ULSNA,E.P.E., que se encontra disponível, para consulta, no [síte da referida em www.ulsna.min-saude.pt](http://www.ulsna.min-saude.pt).

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A SEU/SUA FISIOTERAPEUTA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Para este efeito e para quaisquer questões adicionais que possa ter relativas ao tratamento dos seus dados pessoais, poderá contactar a fisioterapeuta Vanessa Rodrigues Monteiro Rua através do email: vanessarua.fisioterapia@gmail.com.

Certa que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Muito Obrigado.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A SEU/SUA FISIOTERAPEUTA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice D: Consentimento Informado



Declaração De Consentimento Informado Para As Entrevistas Nos Grupos Focais

Eu, _____ autorizo a recolha de dados no âmbito do estudo de investigação “ Modelo de Cuidados Hospitalares Para Idosos”, desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E., ULSNA, E.P.E., designadamente pelo Serviço de Fisioterapia para a realização de entrevistas presenciais ou online em grupo. Autorizo a gravação da minha imagem pessoal em formato áudio e/ou vídeo durante a entrevista. Reconheço que me foi dado a possibilidade de escolher um pseudónimo de forma a garantir o anonimato da minha identidade. Consinto que o mesmo seja utilizado na agregação e transcrição dos dados bem como na posterior divulgação dos mesmos em publicações científicas. Declaro que tomei conhecimento dos termos e condições aplicáveis ao tratamento dos dados pessoais, para a finalidade acima, nos termos descritos na Política de Privacidade da ULSNA, E.P.E., que se encontra disponível, para consulta, no *site* da referida em www.ulsna.min-saude.pt, a qual consultei previamente, tendo sido informado que poderei, a qualquer momento, retirar o meu consentimento. Compreendo que poderei, nos termos da legislação aplicável em matéria de proteção de dados pessoais, exercer os direitos de acesso, retificação, limitação do tratamento, portabilidade, oposição e apagamento (“direito a ser esquecido”) dos dados pessoais, de forma livre, sem restrições e gratuitamente. Para este efeito e para quaisquer questões adicionais que possa ter relativas ao tratamento dos meus dados pessoais, fui informado que poderei contactar a responsável do estudo caso tenha alguma dúvida.

Fisioterapeuta Responsável pelo Estudo:

(Vanessa Rodrigues Monteiro Rua)

O(A) Participante: _____

Portalegre, ____ de _____ de 2022

Apêndice E: Guião da Entrevista

1. Discussão do Guião dos Grupos Focais

Na definição dos comportamentos a adotar/ modificar, um aspeto importante da discussão, é a justificação para a avaliação da fragilidade pessoas idosas e integração de cuidados de saúde multidisciplinares e integrados em pessoas idosas (PI) com fragilidade. Depois da discussão, parece ser importante focarmos a importância de identificar a fragilidade em pessoas idosas e integrar um processo de diagnóstico e terapêutico multidisciplinar (*Comprehensive geriatric assessment- CGA*) que incorpora a referenciação dos utentes para um programa de mobilidade e exercício focado na prevenção do agravamento da fragilidade durante o episódio de internamento. Os resultados da implementação do programa devem gerar as seguintes mudanças no comportamento dos participantes:

1. myMOB - Comportamentos a modificar nos médicos/fisioterapeutas/enfermeiros

Médicos	Fisioterapeutas	Enfermeiros
Resultado: Avalia o índice de fragilidade	Resultado: Avalia a fragilidade física e intervêm de acordo com a mesma	Resultado: promove as AVD's e a mobilidade durante o internamento
1. Compreende a importância de avaliar a fragilidade no PI internado;	1. Compreende e aceita os benefícios do programa de mobilidade e exercícios em PI hospitalizados;	1. Promove a autonomia das AVD's do PI desde o leito, às transferências (cama-cadeirão; autonomia para ir à casa de banho)
2. Avalia a fragilidade utilizando o índice de rockwood no PI internado;	2. Realiza a avaliação da fragilidade física;	2. Compreende e aceita os benefícios do programa de mobilidade e exercícios em PI hospitalizados;
3. Integra o CGA em PI frágeis;	3. Seleciona EX (s) relevantes de acordo com nível de função física encontrado;	
4. Referência corretamente os PI para a fisioterapia;	4. Monitoriza o progresso;	
	5. Progride no plano de intervenção de acordo com os critérios de progressão;	

Nota prévia sobre os guiões de entrevista

Os guiões de entrevista desenvolvidos para os grupos (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) foram estruturados de acordo com os domínios do modelo COM-B e TDF. As questões foram desenhadas para gerar discussão e identificar barreiras e facilitadores dentro de cada um dos 14 domínios do TDF.

O objetivo dos grupos focais com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, é determinar a viabilidade para a frequência/ implementação do programa myMOB e identificar os seus determinantes (Barreiras e facilitadores).

O conteúdo dos guiões de entrevista será discutido e ajustado considerando a experiência clínica e académica da equipa de investigação, e foi informado utilizando diferentes questionários e guiões de entrevista desenvolvidos para compreender os determinantes (barreiras e facilitadores) para implementação da avaliação da fragilidade na prática clínica e, adoção de intervenções que promovam a mobilidade/atividade física das PI segundo o seu índice de fragilidade com base nos domínios TDF.

Os guiões de entrevista não são prescritivos. Serão ajustados numa base iterativa para cada grupo focal.

Explorar a Capacidade [Médicos: Explorar o conhecimento/ aptidões para identificar PI com fragilidade; Fisioterapeutas: conhecimento/ aptidões para avaliar a fragilidade física e intervir segundo a mesma em PI- implementar programa myMOB; Enfermeiros: conhecimento/ aptidões para promover a mobilidade em PI em contexto hospital-implementar programa myMOB]

Componentes do COM-B Model	Theoretical Domains Framework	Questões Médicos	Questões Fisioterapeutas	Questões Enfermeiros
Capacidade física Habilidade (skills) física	Habilidades/ Aptidões [APT] O utente/ profissional de saúde têm as aptidões e competências para levar a cabo essas práticas?	(Não se coloca)	(Não se coloca)	(Não se coloca)
Capacidade psicológica A capacidade de se envolver nos processos de pensamento necessários - compreensão, raciocínio.	Conhecimento [CO] O utente/ profissional de saúde tem conhecimento das melhores práticas baseadas na evidência descritas nas normas de orientação clínica/ artigos científicos?	Sabe as razões pelas quais é recomendado que inclua a avaliação da fragilidade em PI? [CO] Sabe as razões pelas quais é recomendado uma avaliação e intervenção multidisciplinar (CGA) em PI com fragilidade? [CO] Sabe as razões pelas quais é recomendado encaminhar os utentes com fragilidade precocemente para a fisioterapia? [CO] ou Sabe quando deve encaminhar os PI para a fisioterapia? [CO]	Sabe as razões pelas quais deve avaliar a fragilidade física em PI? [CO] Sabe como deverá prescrever um plano de exercícios num PI com fragilidade física? [CO] Sabe as razões pelas quais é recomendado uma avaliação e intervenção multidisciplinar (CGA) em PI com fragilidade? [CO]	Sabe as razões pelas quais é recomendado promover a mobilidade hospitalar em PI? [CO] Sabe as razões pelas quais é recomendado uma avaliação e intervenção multidisciplinar (CGA) em PI com fragilidade? [CO]
	Memória, atenção, e processos de decisão Qual a probabilidade da implementação da nova prática ser esquecida?	Na sua/vossa opinião o que o poderia ajudar a incorporar a avaliação do índice de fragilidade no contexto clínico? [MAPD] Na sua/ vossa opinião o que o poderia ajudar a referenciar os	Tem hábito de avaliar a fragilidade física de PI? [MAPD]	Tem hábito de avaliar a mobilidade/ transferências/autonomia de PI? [MAPD]

		utentes mais precocemente para a fisioterapia? [MAPD]		
	<p>Regulamentação comportamental</p> <p>Que procedimentos e medidas já estão em vigor para ajudar a realizar a nova prática?</p> <p>Existem instrumentos para ajudar os utentes/ profissionais de saúde a lembrarem-se de realizar a nova prática (por exemplo, lembretes, avisos ou sugestões)?</p> <p>Que estratégias adicionais podem ajudar?</p>	<p>Tem hábito de avaliar o índice de fragilidade? [RC]</p> <p>Normalmente referencia os utentes para a fisioterapia? Se sim, como faz para realizar este processo? [RC]</p>	<p>Considerando a vossa prática atual, que tipo de práticas existentes podem facilitar a implementação do programa? E dificultar? [RC]</p> <p>Na sua/ vossa opinião o que o poderia ajudar a integrar o modelo na vossa prática do dia-a-dia? [RC]</p>	<p>Considerando a vossa prática atual, que tipo de práticas existentes podem facilitar a implementação do programa? E dificultar? [RC]</p> <p>Na sua/ vossa opinião o que o poderia ajudar a integrar o modelo na vossa prática do dia-a-dia? [RC]</p>

Explorar a Motivação [Médicos: Motivação para implementar o myMOB; Fisioterapeutas: Motivação para implementar o myMOB; Enfermeiros Motivação para implementar o myMOB]

Componentes do COM-B Model	Theoretical Domains Framework	Questões Médicos	Questões Fisioterapeutas	Questões Enfermeiros
Motivação reflexiva Crenças sobre o que é benéfico e prejudicial, intenções, decisões e planos conscientes;	Papel e identidade social/profissional [PIPS] A prática está alinhada com a forma como profissional de saúde vê a sua identidade profissional? Será que a clínica se enquadra no seu papel atual?	Considera que a implementação do modelo myMOB é importante para si, para a sua prática atual, e para a sua profissão? [PIPS]	Considera que a implementação do modelo myMOB é importante para si, para a sua prática atual, e para a sua profissão? [PIPS]	Considera que a implementação do modelo myMOB é importante para si, para a sua prática atual, e para a sua profissão? [PIPS]
	Crenças sobre capacidades [CsCap] Será que o utente/ profissional de saúde se sente confiante de que pode levar a cabo a prática descrita no artigo/ normas de orientação clínica? Que barreiras reduzem a sua confiança?	Sente-se confiante para implementar o modelo? Há algum aspeto ou fator no seu trabalho que reforce a implementação/ não implementação do modelo? [CsCap]	Sente-se confiante para implementar o modelo? Há algum aspeto ou fator no seu trabalho que reforce a implementação/ não implementação do modelo? [CsCap]	Sente-se confiante para implementar o modelo? Há algum aspeto ou fator no seu trabalho que reforce a implementação/ não implementação do modelo? [CsCap]
	Otimismo [O] Em geral, será que o profissional de saúde/ utente sente que alterar a sua prática/ comportamento conduzirá a resultados positivos?	Considera que o modelo trará benefícios aos utentes, tanto agora como no futuro? Que tipo de benefícios? [O]	Considera que o modelo trará benefícios aos utentes, tanto agora como no futuro? Que tipo de benefícios? [O]	Considera que o modelo trará benefícios aos utentes, tanto agora como no futuro? Que tipo de benefícios? [O]
	Crenças sobre as consequências [CsCons] O que pensa o profissional de saúde/ utente que acontecerá, seja positivo ou negativo, se a prática atual/ comportamento atual for alterado para se alinhar com as normas de orientação clínica/ evidência (por exemplo, em termos de resultados para os utentes, processos de cuidados, relação com colegas, impacto em si próprio como profissional de saúde)? O profissional de saúde/ utente acredita que os benefícios da mudança na prática/ comportamento compensam os custos?	Acha que a introdução do modelo na sua prática rotineira trará mais benefícios do que custos? Se necessário, considera que deve dar prioridade à implementação do modelo em detrimento de outras atividades da sua prática regular? [CsCons]	Acha que a introdução do modelo na sua prática rotineira trará mais benefícios do que custos? Se necessário, considera que deve dar prioridade à implementação do modelo em detrimento de outras atividades da sua prática regular? [CsCons]	Acha que a introdução do modelo na sua prática rotineira trará mais benefícios do que custos? Se necessário, considera que deve dar prioridade à implementação do modelo em detrimento de outras atividades da sua prática regular? [CsCons]

Componentes do COM-B Model	Theoretical Domains Framework	Questões Médicos	Questões Fisioterapeutas	Questões Enfermeiros
Motivação reflexiva Crenças sobre o que é benéfico e prejudicial, intenções, decisões e planos conscientes;	Intenções [INT] Os profissionais de saúde/ utentes querem realizar a nova prática? Se não, porque não? Com quantos dos seus utentes querem? Se não todos, porque não?	Pretende implementar o modelo myMOB? Se não, porque não?	Pretende implementar o modelo myMOB? Se não, porque não?	Pretende implementar o modelo myMOB? Se não, porque não?
	Objectivos [OBJ] Foram estabelecidos objectivos desafiantes, mas exequíveis com os profissionais de saúde em relação às práticas seleccionadas?			

Componentes do COM-B Model	Theoretical Domains Framework	Questões Médicos	Questões Fisioterapeutas	Questões Enfermeiros
Motivação automática Respostas emocionais, desejos, impulsos e hábitos resultantes da aprendizagem associativa e estados fisiológicos	Reforço [REF] Que tipos de incentivos e recompensas existem para o fazer (por exemplo, cumprimento das normas organizacionais, obtenção de acreditação, satisfação profissional, incentivos financeiros, ou satisfação com a prestação de cuidados de alta qualidade)? Existem alguns desincentivos para o fazer?	Quando a minha intervenção se baseia na melhor evidência disponível obtenho o reconhecimento do meu contexto de trabalho? [REF]	Quando a minha intervenção se baseia na melhor evidência disponível obtenho o reconhecimento do meu contexto de trabalho? [REF]	Quando a minha intervenção se baseia na melhor evidência disponível obtenho o reconhecimento do meu contexto de trabalho? [REF]
	Emoções [EM] Como se sentem os profissionais envolvidos em relação a realizar o novo comportamento/prática? Fazer a nova prática vai criar stress, ansiedade ou preocupação? A prática alterada é vista de uma forma positiva ou ameaçadora?	Quando implementa uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível como é que isso a faz sentir? - Esta sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção? [EM]	Quando implementa uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível como é que isso a faz sentir? - Esta sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção? [EM]	Quando implementa uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível como é que isso a faz sentir? - Esta sensação torna mais fácil ou mais difícil realizar essa intervenção? [EM]

EXPLORAR A OPORTUNIDADE [Médicos: Explorar a oportunidade para implementar o myMOB; Fisioterapeutas: Explorar a oportunidade para implementar o myMOB; Enfermeiros: Explorar a oportunidade para implementar o myMOB].

Componentes do COM-B Model	Theoretical Domains Framework	Questões Médicos	Questões Fisioterapeutas	Questões Enfermeiros
<p>Oportunidade física</p> <p>Oportunidade proporcionada pelo ambiente;</p>	<p>Contexto e recursos ambientais [CRA]</p> <p>O profissional de saúde tem tempo suficiente para realizar a nova prática? Existem tarefas concorrentes que possam impedir o profissional de saúde de realizar a nova prática? Em caso afirmativo, quais são elas?</p> <p>Estão disponíveis os recursos necessários para permitir a mudança? Se não, o que é necessário (mudança de espaço físico, adição de ferramentas, material e equipamento, software, apoio financeiro)?</p>	<p>Considera que as suas atividades profissionais favorecem/encorajam a implementação do modelo myMOB? [CRA]</p> <p>Considera que tem tempo e os recursos necessários para implementar o modelo myMOB? [CRA]</p>	<p>Considera que as suas atividades profissionais favorecem/encorajam a implementação do modelo myMOB? [CRA]</p> <p>Considera que tem tempo e os recursos necessários para implementar o modelo myMOB? [CRA]</p>	<p>Considera que as suas atividades profissionais favorecem/encorajam a implementação do modelo myMOB? [CRA]</p> <p>Considera que tem tempo e os recursos necessários para implementar o modelo myMOB? [CRA]</p>
<p>Oportunidade social</p> <p>Oportunidade proporcionada pelo meio cultural que dita a forma como pensamos sobre as coisas</p>	<p>Influências sociais [IS]</p> <p>Quem pensa que deve fazer isto (profissionais envolvidos)? Alguém pensa que não o devia fazer? (por exemplo, colegas, gestores, organizações profissionais, ou utentes e respetivas famílias)? Em que medida é que estas pessoas influenciam se o farão? Será que os profissionais de saúde já o fazem?</p>	<p>Acha que o seu ambiente de trabalho, incluindo os seus colegas, outros profissionais, coordenação, promovem e apoiam a implementação de modelos desta natureza? [IS]</p>	<p>Acha que o seu ambiente de trabalho, incluindo os seus colegas, outros profissionais, coordenação, promovem e apoiam a implementação de modelos desta natureza? [IS]</p>	<p>Acha que o seu ambiente de trabalho, incluindo os seus colegas, outros profissionais, coordenação, promovem e apoiam a implementação de modelos desta natureza? [IS]</p>

Apêndice F: E-book do Programa MyMOB

Dado a natureza digital do e-book e para preservar todos os detalhes do seu conteúdo este encontra-se disponível para consulta através do link:

https://www.canva.com/design/DAExpBRXDCY/x5i3gvJVouliguFTw8w6PQ/view?utm_content=DAExpBRXDCY&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink