

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ROSSANA ARRUDA BORGES

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:  
BARREIRAS E FACILITADORES ORGANIZACIONAIS

FLORIANÓPOLIS, SC  
2014



ROSSANA ARRUDA BORGES

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:  
BARREIRAS E FACILITADORES ORGANIZACIONAIS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Atividade Física  
Relacionada à Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Tânia Rosane  
Bertoldo Benedetti

FLORIANÓPOLIS, SC  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Borges, Rossana Arruda  
Programa de Promoção de Atividade Física no SUS :  
barreiras e facilitadores organizacionais / Rossana Arruda  
Borges ; orientadora, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti -  
Florianópolis, SC, 2014.  
125 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em  
Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Avaliação de programas. 3.  
Atividade Motora. 4. SUS. I. Benedetti, Tânia Rosane  
Bertoldo. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A dissertação: **Programa de Promoção de Atividade Física no SUS:  
Barreiras e Facilitadores Organizacionais**

Elaborada por: Rossana Arruda Borges

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial a obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA  
Área de Concentração: Atividade Física relacionada à Saúde

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2014.

---

Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo CDS/UFSC  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação Física

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti – orientadora CDS/UFSC

---

Prof<sup>ª</sup>. PhD Andriara Schwingel – Membro Externo DKCH/ UIUC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Albertina Bonetti – Membro Interno CDS/UFSC



## DEDICATÓRIA

*A painho e mainha, que sempre me ensinaram seguir em frente.  
Me ensinaram acima de tudo a ser gente. Gente do bem.  
Me ensinaram também a nunca desistir dos meus sonhos por mais  
desafiantes que eles possam ser.  
Vocês sempre foram minha maior fonte de inspiração! Se um dia fui  
buscar meus ideais longe, foi porque assim que vocês me ensinaram!!!  
Me ensinaram que a Família é nosso bem maior, sem os princípios e  
valores nela construídos, nada seremos.  
E é por isso que a vocês dedico mais essa conquista.*





## AGRADECIMENTOS

*“A gratidão é o único tesouro dos humildes”*

*(William Shakespeare)*

Agradecer sempre! E em primeiro lugar à Deus pai, Deus filho e Deus Espírito Santo, que me deu o dom da vida e do serviço. Que me oportunizou dois anos de muitas descobertas, aprendizagens e superações. Esses dois anos foi um marco em minha vida, e por isso a ti senhor, sou e serei sempre eternamente grata por todas as maravilhas que fizeste.

Em especial agradeço a minha célula máter, minha amada família. Painho, Mainha e Sha, sem o incentivo constante de vocês não teria essa insaciável ânsia pelo novo, pelo desafiador. Vocês me fazem acreditar sempre, que tudo é possível!

Ao meu amigo, namorado, noivo e futuro marido, Sergio. Sem dúvida alguma seu apoio constante me fez dia após dia seguir em frente. Inicialmente o sonho era só meu, mas com o tempo passou a ser nosso, pois sonho que se sonha junto, vira realidade. Seu amor foi fundamental, e qualquer frase a mais que aqui escreva, seria insuficiente para demonstrar toda minha gratidão a você.

À Profª Tânia que me possibilitou essa vivência acadêmica enquanto sua orientanda, depositando confiança em mim na condução de tantas atividades. Admiro-lhe pela professora trabalhadora que és, e em especial pela sua perspicácia na luta por uma formação qualificada da Educação Física no SUS.

Aos membros da Banca: Profª Andiará, Profª Albertina e Profª Kelly, vocês foram fundamentais no processo de qualificação deste trabalho acadêmico, e suas contribuições foram como pontes entre: o conhecimento da causa e a sistematização do mesmo. Obrigada pela

dedicação que vocês destinaram a este trabalho, ela foi mais uma motivação para continuarmos a caminhada.

Às Beneditinhas, minhas irmãs acadêmicas, Sueyla, Faby, Lucélia, Aline, Simone e Fernanda. Vocês souberam me acolher de uma forma que jamais esquecerei cada uma com seu jeitinho, mas de maneira única me cativaram e para sempre estarão todas guardadas no meu coração. Jamais esquecerei nossas gargalhadas e momentos de muita descontração nos deslocamentos para os Centros de Saúde.

As minhas primas acadêmicas Giseli, Cilene, Juliane, Yara e Elisa, vocês me mostraram a forma mais doce de fazer parte de um núcleo de pesquisa. Gi, sempre muito disponível para ajudar, Ci e Yara, sempre prontas para alegrar, Ju, sempre pronta para acalmar e Elisa, a primeira a receber e tão bem fez isso. Um núcleo predominantemente de mulheres. Mulheres guerreiras, lutando pelos seus ideais. Obrigada pelos ensinamentos e pelos anos de convivência.

A comunidade nordestina, Prof. Jorge, Luciana, Filipe, Kelly, Diego e Walter, vocês que representam brilhantemente nossa amada terra, o meu muito obrigada, em especial pelas aprendizagens adquiridas em reuniões de núcleo de pesquisa.

Ao PPGEF/UFSC, em especial nas pessoas do Prof. Edio Petroski, que oportunizou por tantas vezes ocasiões de crescimento acadêmico, do Prof. Juarez Nascimento que me possibilitou uma mobilidade acadêmica, do Tiago Viktor e do Paulo Cesar que sempre tão atenciosos e ágeis às respostas das minhas solicitações, sanando todas as minhas dúvidas e elaborando os documentos necessários.

Ao GEAFI, NUCIDH e NUPAF, que me ensinaram que o trabalho em equipe é sempre a opção mais interessante. Fiz desses espaços meu segundo lar, e por isso com certeza sentirei saudades.

Aos profissionais da SMS da PMF e aos idosos que viabilizaram e participaram com tanto empenho da pesquisa de implantação do programa VAMOS.

Ao Prof<sup>o</sup> Mauro e sua família GPES que tão bem me acolheram ao retornar a minha segunda casa no Recife – a ESEF/UPE, foi mesmo muito rica a experiência que vivi neste grupo de pesquisa.

A Prefeitura Municipal do Recife (PMR), pela concessão do afastamento de minhas atividades profissionais e pelo auxílio financeiro concedido.

Aos novos amigos de Floripa, em especial Tia Leila e Sr Timóteo, que foram anjos da guarda em minha vida aqui e aos meus amigos de Caruaru, Recife, do Brasil e do mundo que procuravam arrumar um tempinho para ligar, mandar uma mensagem e me dar força nos momentos de cansaço e saudosismo.

Finalizo essa sessão de agradecimentos, neste último parágrafo sem nomear diretamente ninguém, e ao mesmo tempo falo para todos: Obrigada, obrigada e obrigada para aqueles que compreenderam de forma tão grandiosa a minha ausência. Sei que ela foi necessária e para mim foi uma escola da vida.



## **EPIGRAFE**

*Tudo posso naquele que me fortalece!*  
*Filipenses 4:13.*



## RESUMO

### PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: BARREIRAS E FACILITADORES ORGANIZACIONAIS

Autora: Rossana Arruda Borges

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

Objetivou-se analisar as barreiras e os facilitadores organizacionais para implantação de um programa de promoção da Atividade Física (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa experimental, com abordagem quanti-qualitativa do problema, analisou o programa de Mudança de Comportamento (MC) denominado '*VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde*', que foi aplicado em dois Centros de Saúde (CS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). A metodologia de avaliação adotada pelo VAMOS é o modelo RE-AIM (R=Reach/Alcance, E=Effectiveness/Efetividade, A=Adoption/Adoção, I=Implementation/Implementação e M=Maintenance/Manutenção). Neste estudo foram analisados somente o Alcance e a Adoção do programa em nível organizacional. Por questões didáticas as análises foram sistematizadas em dois momentos. No primeiro momento buscou-se verificar o potencial de alcance populacional e adoção organizacional do programa. Já, no segundo, o foco estava na investigação dos fatores influenciadores no alcance e na adoção do VAMOS. Participaram do estudo os profissionais de Educação Física (PEF) do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (n=7), profissionais que trabalhavam nos CS no período que o VAMOS foi aplicado (n=20) e profissionais ligados à gestão e coordenação de programas desenvolvidos na rede de Atenção Básica de Saúde (ABS) da PMF (n=2). Os dados referentes ao primeiro momento foram coletados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Sistema de Informação da Secretaria de Saúde da PMF e na ficha diagnóstica aplicada aos idosos avaliados no *baseline*. Já para o segundo momento os dados foram coletados antes, durante e depois da intervenção, a partir das seguintes técnicas: entrevistas e grupos focais, com um roteiro pré-determinado. As falas foram gravadas

e posteriormente transcritas. A análise do material coletado no momento 1 se deu por meio do *software* SPSS® versão 15.0, enquanto os dados do momento 2 foram analisados pelo *software* ATLAS-TI®, versão 5.0. Dentre os resultados, observou-se que a taxa de alcance do VAMOS foi de 15,2%, enquanto a adoção foi de 85,7% dos CS convidados a participar da pesquisa. As análises de representatividade entre os dois CS que desenvolveram o VAMOS demonstraram que no CS Barra da Lagoa a população masculina teve seu alcance limitado, todavia quanto às características sociodemográficas, condições de saúde e nível de AF não foram observadas diferenças significantes entre os idosos do CS Barra da Lagoa e do CS Santo Antônio. Quando verificado as barreiras para o alcance e a adoção, as principais reportadas foram: a falta de apoio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a sobrecarga de trabalho, respectivamente. Já em relação aos facilitadores o fator mais reportado para potencializar o alcance foi a ESF recomendar o programa, e para adoção, a organização ter interesse pelo programa e os PEF serem competentes. Conclui-se que as barreiras identificadas para implantação de um programa de promoção de AF estão relacionadas à aspectos como a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a falta de entendimento de uma proposta inovadora, enquanto os facilitadores relacionam-se ao envolvimento e o interesse da ESF. A partir desses achados espera-se adequar essa proposta ao cotidiano das ESF, potencializando sua reaplicação em realidades semelhantes.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas. Atividade Motora. SUS. (fonte: DeCS, BIREME).



## **ABSTRACT**

### **PROMOTION PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM IN SUS: BARRIERS AND FACILITATORS ORGANISATIONAL**

Author: Rossana Arruda Borges

Advisor: Prof. Dr<sup>a</sup> Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

The aim of this study was to examine the barriers and facilitators organizational to implementation of a program to promote Physical Activity (AF) in the Unified Health System (SUS). This research experimental, with quantitative and qualitative approach to the problem, analyzed the program Behavior Change (MC) called 'VAMOS - Active Life Improving Health', which was applied in two Health Centers (CS) of Florianópolis. The evaluation methodology adopted by VAMOS is the RE-AIM model (R=Reach, E=Effectiveness, A=Adoption, I=Implementation and M=Maintenance). This study analyzed only the adoption and reach of the program at the organizational level. For didactic reasons the analyzes were compiled into two parts. At first we tried to verify the potential of population-wide and organizational adoption of the program. Already in the second, the focus was on investigating the factors that influence the reach and adoption of VAMOS. Participated in the study Professionals of Physical Education (PPE) of the Support Nucleus Family's Healthy (NASF) (n=7), professionals working in the CS during the VAMOS was applied (n = 20) and professionals involved in the management and coordination of programs developed in the Basic Health Care Network (ABS) PMF (n= 2). The data for the first time were collected at the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), at Information System of the Department of Health and in diagnostic record applied to elderly assessed at baseline. Already for the second time the data were collected before, during and after the intervention, from the following techniques: interviews and focus groups with a predetermined script. The discussions were recorded and later transcribed. The analysis of the

material collected at first time occurred through the SPSS<sup>®</sup> software version 15.0, while the data from the second time were analyzed by ATLAS-TI<sup>®</sup> software, version 5.0. Among the results, it was observed that the rate range of the VAMOS was 15.2%, while adoption was 85.7% of CS invited to participate. Analyses of representation between the two CS who developed the VAMOS demonstrated that in Barra da Lagoa male population had limited range, however regarding sociodemographic characteristics, health status and level of AF no significant differences were observed between elderly Barra da Lagoa CS and Santo Antônio CS. When checked the barriers to reach and adoption, the main reported were: lack of support from Family Health Team (ESF) and work overload, respectively. In relation to the facilitators the factor most reported of potentiate reach was the ESF recommend the program, and for adoption, the organization has interest in the program and PEF are competent. We conclude that the barriers identified for implementation of a program for the promotion of AF are related to aspects as the workload of professionals and lack of understanding of an innovative proposal as facilitators relate to the involvement and interest of the ESF. From these findings it is expected adapt this proposal to daily of ESF, increasing its reapplied in similar situations.

**Keywords:** Program Evaluation. Motor Activity. Unified Health System. (source: DeCS. BIREME).

## LISTA DE FIGURAS

### Página

1. Fases da Coleta de dados .....	43
2. Recrutamento Organizacional dos Centros de Saúde para participação do estudo, Florianópolis, 2012 .....	55
3. Fluxograma do delineamento amostral dos idosos participantes do estudo, de acordo com os Centros de Saúde, Florianópolis, 2012.....	59
4. Barreiras para o Alcance do programa VAMOS, segundo os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013. ....	66
5. Barreiras para a Adoção (Centro de Saúde) do programa VAMOS, segundo os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013 .....	69
6. Barreiras para a Adoção (PEF) segundo os profissionais de Educação Física que atuaram no programa VAMOS, Florianópolis, 2013.....	72
7. Facilitadores para o Alcance do programa VAMOS, de acordo com os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013.....	75
8. Facilitadores para a Adoção (Centro de Saúde) do programa VAMOS de acordo com os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013.....	78
9. Facilitadores para a Adoção (PEF) do programa VAMOS segundo os profissionais CS e os PEF do NASF, Florianópolis, 2013.....	81



## LISTA DE TABELAS

### Página

1. Custos para implantação do programa de Mudança de Comportamento - VAMOS, Florianópolis, SC, 2012.....	60
2. Características da população-alvo e dos participantes da intervenção ( <i>Baseline</i> ), dos CS Barra da Lagoa e Santo Antônio, Florianópolis, SC, 2012.....	61
3. Associação entre as características sociodemográficas dos idosos dos diferentes CS ( <i>Baseline</i> ), Florianópolis, SC, 2012.....	62
4. Associação entre condição de saúde, IMC e nível de atividade física, dos idosos dos diferentes CS ( <i>Baseline</i> ), Florianópolis, SC, 2012.....	64
5. Motivos e Barreiras percebidas pelas PEF que participam do NASF e que não aplicaram o programa VAMOS, Florianópolis, SC, 2013.....	73



## **LISTA DE SIGLAS**

ABS: Atenção Básica a Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AF: Atividade Física

BL: Centro de Saúde Barra da Lagoa

CS: Centro(s) de Saúde

DS: Distrito Sanitário

EF: Exercício Físico

EFT: Exercício Físico Tradicional

ESF: Equipe de Saúde da Família

G: Gestor

GC: Grupo Controle

GEFT: Grupo Exercício Físico Tradicional

GMC: Grupo Mudança de Comportamento

MC: Mudança de Comportamento

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEF: Profissional (is) de Educação Física

PMF: Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNM: Profissional de Nível Médio

PNS: Profissional de Nível Superior

PPS: Programa(s) de Promoção da Saúde

PPS/AF: Programa de Promoção da Saúde/ Atividade Física

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

ST: Centro de Saúde Santo Antônio

SUS: Sistema Único de Saúde

VAMOS: Programa 'Vida Ativa Melhorando a Saúde'



## SUMÁRIO

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO..... 27</b>
<b>1.1</b>	<b>O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA..... 27</b>
1.1.1	Formulação da Situação Problema..... 29
<b>1.2</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO..... 30</b>
1.2.1	Objetivo Geral..... 30
1.2.2	Objetivos Específicos..... 30
<b>1.3</b>	<b>DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS..... 31</b>
<b>1.4</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO ESTUDO..... 32</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA..... 33</b>
2.1	Programas de Promoção da Atividade Física no SUS..... 33
2.2	Programas de Mudança de Comportamento ..... 34
2.3	Avaliação de Programas..... 36
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 39</b>
<b>3.1</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... 39</b>
<b>3.2</b>	<b>SUJEITOS DO ESTUDO..... 39</b>
<b>3.3</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 40</b>
<b>3.4</b>	<b>INTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 40</b>
<b>3.5</b>	<b>COLETA DE DADOS..... 42</b>
3.5.1	Procedimentos Éticos em Pesquisa..... 43
3.5.2	Procedimentos de Coleta de Dados..... 44
3.5.3	Financiamento..... 49
<b>3.6</b>	<b>TRATAMENTO DOS DADOS..... 50</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4</b>	<b>RESULTADOS..... 53</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO..... 85</b>

## **CAPÍTULO VI**

<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>93</b>
----------	---------------------------------------	-----------

## **CAPÍTULO VII**

<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO .....</b>	<b>95</b>
----------	---	-----------

	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
--	-------------------------	-----------

	APÊNDICE A – Ficha diagnóstica (informações utilizadas para este estudo).....	105
--	---	-----

	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas e Grupos Focais.....	109
--	--	-----

	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	115
--	--	-----

	APÊNDICE D – Material de divulgação do programa ‘VAMOS’.....	119
--	--	-----

	ANEXO 1 – Parecer do CEPESH da UFSC .....	123
--	---	-----

## CAPÍTULO I

### 1 INTRODUÇÃO

#### 1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA

A prevalência de inatividade física é elevada no mundo e no Brasil (HALLAL, et al., 2012). Além disso, este comportamento está relacionado com o risco aumentado no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (LEE, et al., 2012), sendo considerada como um dos quatro principais fatores de risco de causas de morte em todo o mundo (OMS, 2009). A inatividade física combinada com outros riscos cardíacos faz com que a atividade física (AF) seja amplamente divulgada como benéfica a saúde (BAUMAN e CHAU, 2010). Embora tais informações estejam cientificamente comprovada na literatura há anos, a promoção da AF em nível populacional ainda se apresenta como um desafio (AMORIM et al., 2013).

Estudos epidemiológicos apontam benefícios da AF na redução do risco de surgimento das DCNTs e mortalidade por elas (PAFFENBARGER, et al., 1986; KRAUSE, et al., 2007), no aumento da expectativa de vida (PEREIRA, et al., 2009), na melhoria da qualidade de vida da população (GORDIA, et al., 2009; OLIVEIRA, et al., 2010; PUCCI, et al., 2012) e na economia de gastos públicos (BIELEMANN, 2010).

Neste sentido, a partir do ano de 2005 o Ministério da Saúde iniciou a liberação de recursos para os projetos de AF a ser implantados no Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA, et al., 2008). Continuando com este movimento, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que inseriu a prática de AF na estratégia de promoção de saúde, reforçando a importância do estilo de vida fisicamente ativo (BRASIL, 2006). Essa conjuntura contribuiu para um aumento expressivo no número de programas e ações de promoção de AF na saúde pública brasileira, especialmente com parceria das prefeituras municipais. Entretanto ainda são escassas as evidências de que tais iniciativas tenham tido bons resultados no âmbito populacional (AMORIM, et al., 2013). Isto pode ser confirmado ao observar que a prevalência geral de AF suficiente no tempo livre, variou de 13 a 18,7% de 2006 a 2010, não havendo diferenças ao longo dos anos no Brasil, sendo considerada baixa e estável em todas as regiões do país. Também

foram verificados menores percentuais entre as mulheres, os indivíduos com baixa escolaridade e os idosos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011a).

Já, em 1997 o profissional de Educação Física (PEF) foi reconhecido como profissional da saúde por meio da Resolução CNS - Nº 218, de 6 de março de 1997, mas só em 2008 foi oficialmente proposta a inserção do PEF na atenção básica, conforme a portaria G.M. nº. 154/2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Essa inserção do PEF na Atenção Básica à Saúde (ABS) se deu especialmente pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), pelos Programas Academia da Cidade (PAC) e por algumas iniciativas locais que promovem projetos visando à promoção, proteção e reabilitação da saúde.

A participação destes profissionais na ABS é uma estratégia fundamental para aumentar a prática de AF na população e minimizar os riscos ocasionados pela inatividade física. (KANTORSKI, et al., 2009; PINTO, et al., 2009). O PEF está dentre os profissionais que compõem a equipe que atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo considerado como o mais indicado para desenvolver, planejar e avaliar AF na ABS (SILVA, et al., 2011). Embora, o PEF tenha sido oficialmente incluído na área da saúde, a sua atuação na Saúde Pública ainda é limitada, devido a sua formação acadêmica deficitária no estudo da AF e sua inter-relação com SUS.

Neste contexto, o formato dos programas de promoção da saúde por meio da AF que são desenvolvidos por esses profissionais se alicerçam num modelo tradicional. As atividades propostas nesses programas em sua maioria compreendem sessões de AF estruturada, oferecida de forma permanente, com média de uma hora de duração e frequência de 2 a 3 vezes por semana. Nestas sessões o objetivo é desenvolver os principais componentes da aptidão física relacionada à saúde (resistência aeróbia, força/resistência muscular, agilidade, equilíbrio e flexibilidade). A média é de 30 pessoas/sessão. Esses programas aqui chamados de Programas de Exercício Físico Tradicional (EFT) vêm apresentando bons resultados (GOMES e Duarte, 2008; BORGES et al., 2009; HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010; MEURER et al., 2011) entretanto são caros para o SUS (BENEDETTI et al., 2012), porque requer espaços apropriados, materiais específicos, um número elevado de profissionais para apresentar que atende um pequeno percentual de pessoas.

Diante deste cenário foi pensado um programa de mudança de comportamento (MC) para promoção de um estilo de vida ativo (BENEDETTI et al., 2012), visando sanar as lacunas dos atuais

programas de EFT, ampliando o alcance em nível individual e a adoção em nível organizacional, reduzindo os gastos para o seu desenvolvimento, aumentando a retenção dos participantes e tornando-o assim, sustentável na lógica do serviço público de saúde.

O programa de MC VAMOS – Vida Ativa melhorando a Saúde, foi baseado no *Active Living Every Day* (ALED) (BLAIR et al., 2001), e aplicado inicialmente em dois CS do município de Florianópolis, com o objetivo de promover a AF entre idosos cadastrados nestes CS. Algumas modificações foram realizadas no programa antes de seu desenvolvimento, com vista a realizar adaptações culturais necessárias à população e ao contexto o qual se destinava. Dois PEF do NASF foram responsáveis por sua aplicação, e ambos receberam um treinamento prévio. O VAMOS teve uma duração de três meses, sendo um encontro semanal com duração média de uma hora e meia.

Diante do exposto e considerando que poucos são os estudos que avaliam outras dimensões a não ser a efetividade desses programas de promoção da atividade física no SUS, destaca-se a expressiva contribuição de um estudo que identifique as barreiras e facilitadores organizacionais que influenciam no alcance e na adoção dos programas de promoção da AF na atenção básica, possibilitando reflexões norteadoras no processo de implantação destes programas.

### 1.1.1 Formulação da Situação Problema

Quais são as principais barreiras e facilitadores em nível organizacional que influenciam o alcance e a adoção de um programa de promoção da Atividade Física por meio da Mudança Comportamental desenvolvido na Atenção Básica à Saúde com idosos?

## **1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar as barreiras e facilitadores organizacionais para o alcance e a adoção de um programa de Mudança de Comportamento (MC) para a promoção da Atividade Física (AF) no SUS, em sua fase de implantação.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

1. Investigar o potencial de alcance e de adoção de um programa de MC para a promoção de AF para idosos desenvolvidos na ABS;
2. Identificar as barreiras organizacionais que dificultam o alcance e a adoção de um programa de MC para a promoção da AF no SUS, em sua fase de implantação;
3. Verificar os facilitadores organizacionais que potencializam o alcance e a adoção de um programa de MC para a promoção da AF no SUS, em sua fase de implantação.

### 1.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

#### **Alcance**

Conceitual: é uma medida em nível individual de participação, que refere-se às características e percentuais da população-alvo que participou do programa (GLASGOW et al., 1999).

Operacional: é a razão entre o número de idosos que estavam dispostos a participarem do programa pelo número de idosos potencialmente elegíveis (no caso, idosos que realizaram consultas nos CS nos 6 meses antecedentes ao início do programa), dado em valores percentuais.

#### **Adoção**

Conceitual: é uma medida em nível organizacional, que refere-se à proporção e representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que adotam uma determinada política ou programa. A adoção é geralmente avaliada por observação direta ou entrevistas ou pesquisas estruturadas (GLASGOW et al., 1999).

Operacional: é a razão entre número de CS e PEF que aceitaram desenvolver a pesquisa pelo número de CS e PEF convidados a participar.

#### **Barreiras**

Conceitual: o termo barreiras, usado no âmbito da AF, tem sido recorrentemente utilizado para as desvantagens (na língua inglesa *cons* abreviação que tem equivalência linguística na expressão portuguesa “*os pros e os contras*”, isto é, “*as vantagens e as desvantagens de qualquer ato a realizar*” – (Dicionário da Língua Portuguesa, 1998) percebidas na estruturação da tomada de uma decisão (MOTA & SALLIS, 2002).

Operacional: obstáculos que impedem ou dificultam o alcance da população alvo e da adoção do programa de mudança de comportamento VAMOS pelos CS, em sua fase de implementação.

#### **Facilitadores**

Conceitual: fatores que ajudam na capacidade das organizações em implementar atividades de promoção da saúde (TAYLOR, 1998).

Operacional: fatores que facilitam o recrutamento individual dos participantes e a adoção do programa tanto pelos CS quanto pelos PEF.

## 1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimita-se em abordar as barreiras e facilitadores organizacionais no processo de implantação de uma proposta inovadora de MC no que tange o campo das intervenções de promoção da AF no SUS. O programa de MC VAMOS foi aplicado em dois CS do município de Florianópolis/SC, sendo que os participantes deveriam ter 60 anos ou mais e serem cadastrados nos CS. Para este estudo foram utilizados inicialmente três fontes de informação: os dados secundários de 2010, estimativa 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os dados do Sistema de Informação de dados da Atenção a Saúde (Infosaúde) da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Dos idosos que realizaram consultas nos CS nos 6 meses antecedentes ao início do programa, por fim os dados da ficha diagnóstica aplicados com os idosos avaliados no *baseline*. Em seguida a investigação qualitativa se deu em uma amostra intencional composta por: profissionais de saúde vinculados à secretaria municipal de saúde da prefeitura de Florianópolis, que estabeleceram uma relação direta com o objeto de estudo, a saber: profissionais de Educação Física que participam do NASF, profissionais que trabalhavam nos CS no período de desenvolvimento do programa e profissionais da gestão e coordenação de programas desenvolvidos na atenção básica de saúde da PMF.



## CAPÍTULO II

### 2 REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio das diretrizes internacionais da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física, elegeu a promoção da AF como uma das ações prioritárias do SUS (MALTA et al., 2009). E, em consonância com o acima exposto, o Ministério da Saúde (MS), desde 2005, iniciou um financiamento para os municípios desenvolverem estratégias de promoção da saúde, sendo enfatizados os projetos de promoção da AF. (KNUTH et al., 2010; MALTA et al., 2009). Até 2010 foram investidos aproximadamente R\$ 171 milhões no financiamento dessas iniciativas, cujo conjunto passou a ser denominado “Rede Nacional de Atividade Física” (RNAF) (AMORIM et al., 2013).

Entretanto, antes mesmo de ter sido iniciado essa ação do governo federal já existiam intervenções consolidadas na área da promoção de AF em cidades brasileiras, como o Programa Academia da Cidade (PAC) no Recife (HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010), o PAC de Belo Horizonte (COSTA, et al., 2013), o PAC de Aracaju (MENDOÇA, et al., 2009), o Programa CuritibaAtiva (HALLAL et al., 2009), o Programa Agita São Paulo (MATSUDO et al., 2008), o programa FloripaAtiva (BENEDETTI et al., 2009) o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) (VENTURIM e MOLINA, 2005), o Programa Saúde Ativa (NAKAMURA et al., 2010), entre tantos outros. E, em abril de 2011, foi lançado o Programa Academia da Saúde, com o intuito de ampliar a promoção da AF em todo território nacional (MS, 2011).

Quanto à atuação dos PEF nesses programas, observa-se que os mesmos vêm buscando cumprir com as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010 e 2011b), ou seja, o PEF procura desenvolver suas ações com objetivo de promoção, reabilitação e manutenção da saúde, priorizando os grupos de risco e objetivando prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (GOMES e DUARTE, 2008; SILVA et al., 2011; NAKAMURA et al., 2010).

Considerando as características gerais dos programas, de acordo com a revisão realizada por Amorim, et al. (2013), a região Centro-

Oeste apresentou a maior proporção de cidades financiadas pelo MS para o desenvolvimento de programas de promoção da AF (17,8%). A maior parte destes programas (72,3%) foi desenvolvida em cidades com menos de 30.000 habitantes. Apenas 8,2% dos programas atingiam 500 pessoas ou mais. Os idosos receberam maior atenção das intervenções (76,9%). Em se tratando de grupos especiais, hipertensos e diabéticos foram os mais contemplados (59,2%). A caminhada orientada foi a atividade oferecida com maior frequência (80,6%), seguida por aulas de ginástica (78,5%). A falta de estrutura física e de pessoal (30,3%), seguida da burocracia (25,1%), foram às dificuldades mais citadas para funcionamento dos programas (AMORIM, et al., 2013). A maioria desses programas basearam-se nas recomendações de AF propostas pelo ACMS, e restringe o leque de possibilidades de intervenção neste setor, a uma atividade exclusivamente prática.

## 2.2 PROGRAMAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Os programas de mudança de comportamento já provaram sua efetividade na redução de comportamentos de risco à saúde (PROCHASKA et al., 2012). Esses programas em sua maioria são ofertados no modelo não presencial. Muitos programas são de auto monitoramento via internet, ligações telefônicas ou envio de correspondência.

No âmbito internacional já se pode encontrar programas que oferecem propostas de mudança comportamental, apresentando resultados efetivos e elevados percentuais de retenção na área da promoção da AF. Alguns deles são: “*Community Healthy Activities Model Program for Seniors*” (CHAMPS) (STEWART et al., 1997), “*Be fit, be well*” (BENNETT et al., 2012), “*Active Living Every Day*” (ALED) (BLAIR, 2001), “*Active-for-Life*” (AFL) e o “*Active Choice*” (WILCOX et al., 2009). Sendo que estes dois últimos programas o AFL e o ALED apresentaram uma retenção de 61% e 70%, respectivamente, após um ano do término da aplicação do programa.

Resultados de estudos realizados nos Estados Unidos com programas de mudança comportamental elucidaram uma melhor relação custo-benefício, quando comparados aos programas “tradicionais” de

exercícios físicos (SEVICK, 2010). Mas ambas as iniciativas são efetivas na promoção da saúde (DUNN, 1999).

Neste sentido o programa desenvolvido e aplicado na presente investigação ‘VAMOS’, encontra-se alinhado com a atual perspectiva de promoção da saúde que emergiu dos questionamentos acerca do modelo biomédico tradicional de tratar o processo saúde-doença, centrado na figura do médico e baseado em ações curativas individuais, desconsiderando a influência de fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais na determinação da qualidade de vida e saúde dos brasileiros.

Para o desenvolvimento do VAMOS os profissionais de Educação Física envolvidos pertenciam ao NASF da SMS da prefeitura de Florianópolis, entretanto na revisão de Bonfim (2012), nenhum dos 10 programas nacionais analisados relataram que o profissional em questão era membro de algum NASF, sendo que o vínculo mais frequente era com a Secretaria de Esportes. Neste sentido, percebe-se que estes são profissionais em potencial para o desenvolvimento de iniciativas como esta aqui proposta.

Assim como se observa um extenso intervalo de tempo entre a promulgação de um conceito mais abrangente de saúde. A partir da institucionalização do SUS na década de 80 e a operacionalização de ações concretas por parte dos órgãos competentes, através da construção da PNPS em 2006 é possível cogitar que esse novo formato de promoção da AF também leve um certo tempo para se firmar na ABS como uma estratégia promissora neste setor.

Até a presente data foram encontrados poucos estudos que aplicaram um programa educacional para promoção da AF no SUS

A oferta do programa VAMOS apenas ao sub-grupo populacional, idoso, vai de encontro com o determinado pela portaria GM nº154, 2008 onde descreve que as práticas corporais/atividades físicas deverão ser oferecidas à população em geral, sem restrição aos indivíduos já adoecidos ou mais vulneráveis. Também, vale a pena lembrar que no que se trata de desenvolvimento de programas na ABS, poucos são os recursos destinados a ações específicas para promoção da AF e com isto, muitas vezes se faz necessário eleger aqueles sujeitos com que mais podem se beneficiar, ou seja os mais vulneráveis.

### 2.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

As intervenções de AF vêm apresentando uma expansão considerável na América Latina, entretanto o exercício de avaliá-las parece ser algo deixado em segundo plano (HOERNER et al., 2013). Entende-se que a avaliação deveria fazer parte de todo o processo de implantação dessas iniciativas, o que de fato não se configura na realidade. A necessidade de criar uma cultura de avaliação emerge da urgência em qualificar essas iniciativas aumentando assim o seu poder de disseminação.

Já no cenário das avaliações de programas e serviços de saúde no SUS, há uma tendência em priorizar a utilização da avaliação apenas como uma ferramenta na discussão de redução dos gastos público em saúde e em alguns programa a efetividade por meio de testes específicos. Essa forma reduzida de avaliar limita a produção de aprendizagens críticas – para os sujeitos envolvidos e para a sociedade (MAGLUTA, 2013). Evoca-se por uma avaliação capaz de produzir novas possibilidades de um repensar e recriar da realidade dos programas e serviços de saúde.

Da mesma forma acontece com os programas de promoção de AF, onde encontramos avaliações centradas em sua maioria na dimensão da efetividade dos programas. A própria PNPS reporta em seu texto apenas essa dimensão, quando descreve que as ações de monitoramento e avaliação, visam: “desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2006). Estes estudos que maximizam a validade interna de modo onde a causa e o efeito apenas pode ser atribuído para elementos específicos de cada tipo de intervenção. Uma alternativa seria ressaltar as possibilidades do enfoque qualitativo de avaliação em que a participação dos diversos atores são fundamentais na construção de um olhar mais profundo sobre o objeto a ser investigado. Outro aspecto que merece destaque é a necessidade de aprimorar a articulação entre o ensino e os serviços de saúde, com vista a ampliar a possibilidade de realização das avaliações em lócus, visando alcançar o objetivo de que a avaliação faça parte do gerir e cuidar do SUS (MAGLUTA, 2013).

O que se percebe é que muitos pesquisadores e gestores estão preocupados com a abrangência ou generalidade dos resultados, sua eficiência e relação custo-efetividade dos PPS (GLASGOW et al., 2006). Entretanto, quando estes são aplicados em contextos do mundo real parecem simplesmente não ter sustento.

Resultados das investigações de práticas baseadas em evidências na área da saúde pública já são amplamente divulgadas. E, assim como esta ciência teve seus avanços, o que hoje se espera é uma ênfase nos estudos que tratem de forma mais expressiva a validade externa, aprimorando a ciência da implementação e disseminação (GLASGOW et al., 2006). Talvez assim a lacuna que exista entre o que se realiza nas pesquisas com experimentos altamente controlados e o que se consegue transpor para o mundo real, possa ser minimizada. Pois embora as intervenções de mudança de comportamento se mostrem eficazes na adoção de estilos de vida saudáveis, traduzir elas para ambientes de cuidados primário à saúde parece ainda ser um grande desafio.

Se a validade externa não passar a ser algo enfatizado nesses estudos de avaliação, se corre o risco que estes programas testados não saia nunca do papel para o mundo real, comprometendo a aplicabilidade dos resultados encontrados. E, as metodologias qualitativas ajudam na validade externa, no exercício de transpor os achados para o mundo real (GLASGOW et al., 2006). Mas o método de pesquisa qualitativa tem sido uma novidade nos estudos da atividade física, pois, normalmente, são mais frequentemente utilizados nas áreas da antropologia, educação e sociologia (THOMAS et al., 2012).

Para tanto as atuais ações governamentais no incentivo aos programas de promoção de AF são, até o presente momento, inéditas no cenário internacional (AMORIM et al., 2013) e por isso, estudos desse âmbito são imprescindíveis para compreender o funcionamento de tais iniciativas, possibilitando que os programas em andamento tenham um diagnóstico de suas ações, o que pode provocar redirecionamentos de estratégias de ações.



## CAPÍTULO III

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa experimental com abordagem quanti-qualitativa do problema e em relação aos procedimentos técnicos o estudo se enquadra como uma pesquisa empírica (SILVA et al., 2011).

Esta pesquisa avaliou o programa de MC denominado VAMOS, a partir de um delineamento longitudinal à luz do modelo RE-AIM (R=Reach/Alcance, E=Effectiveness/Efetividade, A=Adoption/Adoção, I=Implementation/Implementação e M=Maintenance/Manutenção). Sendo que este estudo se deteve em avaliar as dimensões do Alcance e da Adoção do programa em nível organizacional.

Por questões didáticas e por se tratar de um estudo que foi conduzido a partir das abordagens quanti e qualitativas optou-se em descrever os tópicos em dois momentos.

#### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

O presente estudo foi conduzido a partir de dois grupos de sujeitos informantes. Para o primeiro momento foram analisados dados referentes aos idosos cadastrados nos CS. E no segundo momento a seleção dos sujeitos aconteceu de forma intencional com os profissionais vinculados a pesquisa, pertencentes ao quadro efetivo da secretaria municipal de saúde da PMF em conformidade com os objetivos da pesquisa (TRAD et al., 2002). Constituíram o painel de informantes os seguintes profissionais da saúde: coordenadora da gestão de projetos da secretaria de saúde da PMF, coordenador dos profissionais do NASF, profissionais de Educação Física do NASF naquele momento (n=07), profissionais dos Centros de Saúde (n=20), sendo eles: coordenadoras do CS (02), profissionais de nível superior (02) e médio (03) e os Agentes Comunitários de Saúde (13).

### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

#### **I MOMENTO**

Para participar do VAMOS foram considerados elegíveis os idosos com 60 anos ou mais, cadastrados dos CS e que procuraram o CS nos últimos 6 meses. Sendo que para participar da pesquisa os mesmos não poderiam ser severamente debilitados fisicamente e/ou mentalmente, avaliados pela observação direta e que demonstraram interesse em participar da pesquisa por um ano. Ou seja, participar das reuniões, das quatro avaliações e dos grupos de intervenção (mudança de comportamento e atividade física tradicional). Sua participação também estava condicionada na concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Para tanto foram excluídos os idosos que participavam de outros programas de atividade física e que no desenvolvimento da presente pesquisa apresentaram assiduidade menor que 75% dos encontros/aulas.

#### **II MOMENTO**

Utilizou-se como critério de inclusão para realização das análises qualitativas referentes a investigação das barreiras e facilitadores, os sujeitos com experiência (THOMAS et al., 2012) na rotina de trabalho da ESF como também aqueles ligados a gestão dos programas, cuja as informações serão de relevância. Sendo excluídos os profissionais dos CS que não trabalhavam no período inicial de desenvolvimento da pesquisa.

### **3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

O programa foi avaliado a luz do modelo “RE-AIM”, desenvolvido para avaliar com qualidade o impacto em saúde pública dos programas (GLASGOW, 1999). Este modelo está dividido em cinco dimensões:

R = Alcance da população alvo (Reach)

E = Eficácia ou efetividade (Effectiveness ou efficacy)

A = Adoção (Adoption)

I = Implantação (Implementation)



M = Manutenção (Maintenance)

Para esse estudo será considerada a avaliação das seguintes dimensões do instrumento: alcance da população alvo (Reach) e adoção do programa (Adoption). Neste sentido, o momento I abordará as questões quantitativas do estudo, e o momento II se refere às questões qualitativas.

## I MOMENTO

Para identificar o potencial de alcance e adoção do programa VAMOS foram consultados os dados oriundos do censo demográfico, IBGE 2010, estimativa 2012, do Sistema de Informação de Dados da Atenção a Saúde (InfoSaúde) da PMF, ano 2012 e da ficha diagnóstica (APÊNDICE A) aplicada com os idosos avaliados no *baseline*. Assim, foi possível obter informações referentes as características sócio-demográficas e as condições de saúde.

Algumas questões que nortearam a escolha por esses instrumentos foram:

- Qual o número de idosos (alcance), PEF e CS (adoção) que aceitaram participar do programa VAMOS (numerador) comparados àqueles que desistiram ou àqueles potencialmente elegíveis (denominador)?
- Quais foram os requisitos para os CS aplicarem o programa?
- Quais os custos necessários para o processo de recrutamento dos idosos?
- O que diferencia os participantes em relação aos não participantes? Eles são representativos?
- A intervenção realmente alcançou os grupos vulneráveis, com o objetivo de reduzir as disparidades na saúde com base na renda, idade, raça e etnia?

## II MOMENTO

Neste momento buscou-se investigar os fatores organizacionais influenciadores no alcance e adoção. Os dados foram coletados a partir do uso combinado das seguintes técnicas:

- a) Entrevista face-to-face com: coordenadora da gestão de projetos da secretaria de saúde da PMF, coordenador dos profissionais de Educação Física do NASF, PEF que não aceitaram participar do estudo, profissionais dos Centros de Saúde (coordenadoras do CS, profissionais de nível superior (PNS) e médio (PNM));
- b) Grupos focais com: PEF que aplicaram o programa e com os ACS.

Todas as entrevistas e grupos focais foram realizados seguindo um roteiro pré-determinado (APÊNDICE B), sendo as mesmas gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. O grupo focal é uma forma de entrevistas coletivas, baseada na comunicação e na interação (KITZINGER, 2000), onde busca-se colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

Algumas questões que nortearam a escolha por esses instrumentos foram:

- Como faço para atingir o máximo da população alvo com a intervenção?
- Quais estratégias de divulgação são mais factíveis para a lógica de funcionamento dos CS?
- Quais são as possibilidades concretas de adoção deste programa pelos CS e PEF?
- Existem profissionais capacitados para coordenar os programas? Espaço físico? Condição financeira?
- Os centros que implantaram o estudo tiveram o apoio necessário? Em algum CS não foi possível à conclusão do programa? Se sim, quais as razões? Se concluíram o programa?
- Será que os CS são capazes de solucionar os problemas que surgirem? De uma forma geral, quais são as Barreiras e Facilitadores Organizacionais para adoção do programa?

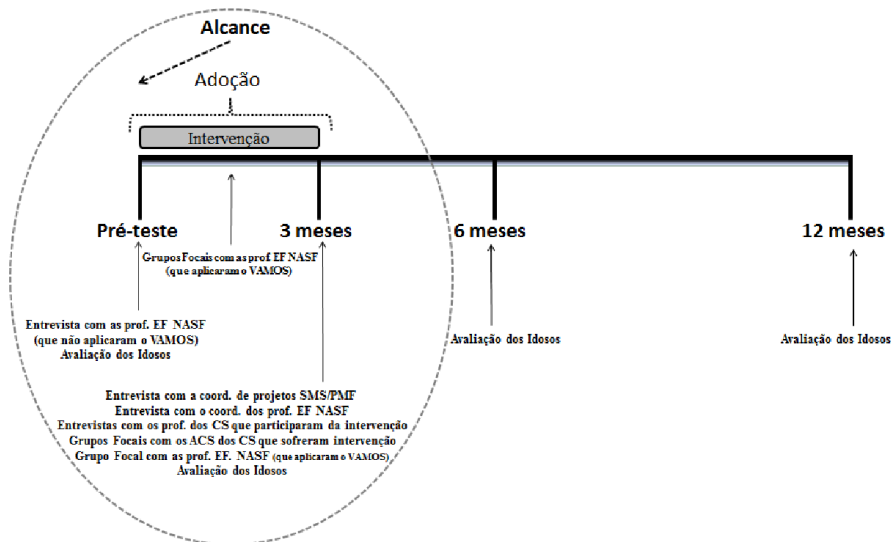
### 3.5 COLETA DE DADOS

As coletas de dados para esse estudo aconteceram nas fases conforme representadas na figura 1, dentro do círculo tracejado. Quanto às datas de coleta em cada fase da pesquisa do projeto piloto, compreendeu:

- Pré-teste ou *baseline* = março a maio de 2012.
- Intervenção = maio a agosto de 2012.

- Pós-teste= julho a outubro de 2012.
- Seis meses= novembro de 2012 a janeiro de 2013.
- Um ano= junho e julho de 2013.

**Figura 1.** Fases da coleta de dados, 2013.



### 3.5.1 Procedimentos Éticos em Pesquisa

A pesquisa atendeu os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos que foram convidados a participar do estudo, obtiveram esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa. Os que concordaram em participar assinaram o TCLE em duas vias, ficando uma de posse do participante e outra do pesquisador, estando arquivada na sede do estudo – CDS/UFSC (APENDICE C). Todos os idosos foram informados que sua participação era voluntária, quanto à preservação da identidade, quanto ao uso das informações apenas para fins acadêmicos, e sobre a possibilidade de recusa e/ou desistência dos mesmos a qualquer momento da pesquisa.

Este estudo encontra-se vinculado ao Projeto de Pesquisa “VIA – Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis”, atualmente denominado “VAMOS -Vida Ativa Melhorando a Saúde”, aprovado

pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 480560 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no dia três de fevereiro de 2012 processo nº 2387 (ANEXO1).

### 3.5.2 Procedimentos de Coleta de Dados

#### **I MOMENTO**

Os dados quantitativos referentes à população-alvo foram consultados na *homepage* de acesso público do IBGE. Já, os dados de caracterização sócio demográficas foram acessados no Sistema de Informação da Secretaria de Saúde da PMF (campo: produção por CID), e foram obtidos mediante visitas onde a coordenadora da gestão de projetos da secretaria de saúde da PMF mediou o acesso a essas informações. A ficha diagnóstica (APÊNDICE A) foi aplicada com os idosos para se obter a caracterização daqueles dispostos a participar, sendo obtidos por meio de entrevista individual, nos CS ou salão paroquial. A data e horário foram agendados previamente por telefone no momento mais conveniente aos profissionais de saúde e aos idosos, procurando se adequar a um momento em que a maioria deles pudessem comparecer.

Para a coleta de dados dos idosos foi realizado um treinamento com a equipe de avaliadores. O treinamento visava ensinar e padronizar os procedimentos de coleta de dados e instrumentos utilizados nas avaliações. A equipe foi composta por voluntários acadêmicos, mestrandos e doutorandos de Educação Física da UFSC. Cabe ressaltar que para cada novo avaliador, ingressante no projeto, efetuou-se uma capacitação pelos mestrandos e doutorandos participantes da pesquisa. A equipe de avaliações era em média de oito avaliadores em cada coleta de dados.

Definido os locais e profissionais que atuariam no projeto, foi pactuado com os PEF da Secretaria Municipal de Saúde e seus coordenadores que enquanto os PEF estivessem atuando no estudo, eles seriam substituídos em suas atividades rotineiras nos CS por alunos de mestrado e doutorado da UFSC, num total de 20 horas semanais, por

três meses, período de aplicação do VAMOS. Quando foi sugerido que os PEF do NASF conduzissem as intervenções foi pensado em aproximar o estudo ao máximo do mundo “real”, pois se fosse os pesquisadores que conduzissem, eles fariam o possível para que tudo saísse como foi planejado, mascarando eventuais barreiras para realização do programa no decorrer do processo de implantação.

As duas profissionais do NASF tiveram dois dias (8 horas/dia) de treinamento presencial com a equipe de pesquisa da UFSC. Após o primeiro encontro, receberam os materiais e instruções para que posteriormente participassem por duas semanas de um programa de treinamento online de facilitadores do ALED. Durante todo o processo foi ofertado as PEF um suporte pela profissional já certificada pela Human Kinetics® a conduzir esse treinamento. Após esse treinamento online foi realizada uma prova de certificação, onde a nota mínima aceitável fosse 8,0, caso contrário deveriam refazer o treinamento, o que não foi necessário. Após a aplicação da primeira prova foi realizado um dia de treinamento presencial na UFSC. Neste momento foi fixado os conteúdos e sanadas as dúvidas do treinamento online. Também foram apresentados conteúdos específicos de como ministrar as sessões do VAMOS. As profissionais levaram material escrito para estudarem e em uma semana fariam novamente uma prova para certificação final.

Após uma semana as PEF realizaram a prova final de certificação com aprovação (mínimo de 8,0). Portanto, as PEF estavam preparadas para ministrar o programa de mudança de comportamento. .

A necessidade de realização de treinamentos como este reflete a importância das parcerias do serviço com o ensino. Fato que pode se constituir ora como barreira ora como facilitador na implantação de programas inovadores, influenciando assim, o potencial de adoção destes.

#### a) Grupo de Mudança de Comportamento (GMC)

Com base no programa *Active Living Every Day* (ALED) proposto nos Estados Unidos (BLAIR et al., 2011) surgiu inicialmente o projeto VIA. O programa ALED é baseado em evidência e está consolidado nos Estados Unidos. Foi pago as licenças para aplicação do

programa à Human Kinetics®, pelo número de idosos participantes no programa.

Após a tradução do material didático do inglês para o português, foi realizada uma adaptação cultural para à realidade dos idosos brasileiros que foi conduzida por pesquisadores de Educação Física da UFSC.

Neste mesmo período, foram realizadas discussões e encontros com a participação de gestores da secretaria municipal de saúde, pesquisadores de educação física da UFSC, equipe de design gráfico da UFSC vinculado ao Laboratório de Orientação da Gênese Organizacional (LOGO) e idosos para a criação do DNA do programa. A partir das discussões e pesquisas coordenada pelo grupo do design - LOGO, modificou-se o slogan do programa de “VIA – Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis” para “VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde”. O painel semântico do programa definido por meio destas discussões modificou as características, passando a ter um DNA, que deveriam ser: integrador (motivador), emocional (gratificante), resiliente (adaptável), mercadológico (eficiente) e técnico (prático).

A partir da definição do DNA do programa a equipe do design preparou a parte gráfica do material didático com cores, fonte e imagens apropriadas para o público alvo (idosos). A aplicação da versão adaptada do programa foi testada em um estudo piloto, individual (10 idosos) e em grupos de 3 a 5 idosos. Segundo os idosos, o material apresentou uma linguagem clara, com algumas sugestões que foram acatadas pela equipe. As imagens fotográficas contidas no material didático foram modificadas considerando o contexto da realidade brasileira por idosos voluntários, pesquisadores de educação física da UFSC e um fotógrafo associado à equipe da LOGO.

O programa VAMOS tem como objetivo conscientizar os idosos sobre a importância da atividade física, visando adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável (BENEDETTI et al., 2012). A aplicação ocorreu nos CS entre os meses de maio à agosto de 2012 . O programa foi composto por 12 encontros, conforme o programa original, realizados uma vez por semana, com duração máxima de duas horas,

conduzidos por profissionais de Educação Física do NASF, previamente treinados para o desenvolvimento das sessões apresentados no material didático.

Durante os encontros foram tratados assuntos referentes à MC, para que as pessoas adotassem um estilo de vida mais ativo, trabalhando com um capítulo do livro-texto por encontro, e um encontro por semana. Cada encontro tinha um objetivo a ser atingido:

- ✓ Capítulo 1. VAMOS Preparar, decidir e fazer;
- ✓ Capítulo 2. VAMOS Encontrar novas oportunidades;
- ✓ Capítulo 3. VAMOS Superar desafios;
- ✓ Capítulo 4. VAMOS Estabelecer metas e recompensas;
- ✓ Capítulo 5. VAMOS Ganhar confiança;
- ✓ Capítulo 6. VAMOS Reunir Apoio;
- ✓ Capítulo 7. VAMOS Evitar Dificuldades/obstáculos;
- ✓ Capítulo 8. VAMOS Passo-a-passo;
- ✓ Capítulo 9. VAMOS Neutralizar o Stress;
- ✓ Capítulo 10. VAMOS Encontrar novos caminhos para ser ativo;
- ✓ Capítulo 11. VAMOS Planejar positivo;
- ✓ Capítulo 12. VAMOS Fazer mudanças duradouras.

O programa prevê distribuição de brinde como forma de reforço positivo. Neste sentido, nos encontros, os idosos ganharam diferentes prêmios seja pela assiduidade, pontualidade, modificação de hábitos, e no encontro 8 foi distribuído um pedômetro como forma de motivação para o controle das atividades físicas semanais. Após o término dos encontros era oferecido um lanche custeado pela equipe de pesquisa como forma de interação entre os participantes. Em todos os encontros do programa foram realizadas observações em um caderno específico, pelos pesquisadores e pelos PEF que aplicaram o programa. Eles registraram todas as questões pertinentes que aconteceram durante os encontros, tanto referentes aos idosos, quanto a dinâmica da equipe de saúde e ao desenvolvimento dos encontros.

## II MOMENTO

Para obtenção dos dados qualitativos deste estudo foram realizados um total de quatorze entrevistas e cinco grupos focais, conduzidos por um moderador (mediador), treinado e experiente na condução destas técnicas e um ou dois observadores. Especificamente no que se refere aos grupos focais participaram uma média de oito participantes por grupo. Vale ressaltar que em nenhum momento o observador intervém ou faz uso da voz, estando o mesmo reservado em um canto da sala, atento a aparelhagem audiovisual e registrando no diário de campo as reações (comunicação não verbal) dos participantes frente às perguntas e respostas suscitadas.

Durante a realização dos grupos focais, o moderador tinha a missão de: criar um ambiente favorável à discussão, que propiciava aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 2000), ficar atento as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, enfatizar para o grupo que não havia respostas certas ou erradas, encorajar o uso da fala por todos de forma ordenada e construir relações com os informantes para o aprofundamento, individual, das respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo próprio pesquisador. Destaca-se que o mesmo tem substancial conhecimento do tópico em discussão.

Em cada grupo focal, que teve uma duração média 90 minutos, foram usados dois gravadores de áudio e uma câmera fotográfica estando os mesmos expostos para o grupo. Ressalva-se que para o uso destes equipamentos foi solicitado à permissão de todos no TCLE. Durante a gravação os participantes se posicionaram sempre em círculo e foi realizado em uma sala de fácil acesso, confortável e silenciosa. Foi dada preferência pelos locais neutros, salões paroquiais, centros comunitários e sala de reuniões da UFSC, espaços habitualmente utilizados na realização de palestras e de outras atividades extramuros das equipes de saúde. Em algumas situações, os grupos foram realizados nas dependências dos CS, em salas destinadas à realização de atividades coletivas, como por exemplo, os auditórios.



Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido contendo as questões norteadoras, previamente discutidas com os pesquisadores americanos e questões dicotômicas, estilo “sim” e “não”, foram evitadas. Na sua estrutura continham questões de abertura/introdutórias, que falavam um pouco sobre o objetivo do grupo, o assunto a ser discutido, sem induzir respostas, assim como questões que reforçavam ou que confirmavam o que já tinha sido dito anteriormente e questões de fechamento. Antes de lançar as questões o moderador solicitava o consentimento ao grupo para efetuar a gravação e filmagem dando garantia de total sigilo do material obtido, em seguida apresentava os observadores e de forma sutil explanava algumas regras básicas de funcionamento dos grupos, proposta por Gondim (2002), a saber: 1) falar uma pessoa de cada vez; 2) evitar discussões paralelas para que todos possam participar; 3) dizer livremente o que pensa, pois esta atividade não busca um consenso das opiniões emitidas e a divergência de perspectivas e experiências é extremamente bem vinda; 4) evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes e 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão.

É de se destacar que antes de finalizar cada grupo focal, era realizado uma síntese do que havia sido dito para verificar se a conclusão preliminar estava apropriada e se os participantes gostariam de acrescentar algo a mais. Por fim, haja vista, uma saturação das informações ou um semblante de cansaço dos participantes era realizado um agradecimento final pela colaboração de todos, terminando o grupo e servindo aos participantes um pequeno lanche.

### 3.5.3 Financiamento

O projeto coordenado pela Professora Dra Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, obteve financiamento do Instituto Lemann (2011), pesquisa colaborativa entre Brasil-Estados Unidos (University of Illinois at Urbana-Champaign). A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) participou por meio de bolsas de Iniciação Científica, mestrado e doutorado a pesquisadores envolvidos. E, a Prefeitura Municipal do Recife/PE que autorizou o afastamento da autora deste manuscrito sem prejuízo em seus proventos.

### **3.6 TRATAMENTO DOS DADOS**

Visando maior confiabilidade, a digitação dos dados foi realizada por bolsistas de iniciação científica e do programa PET-Saúde. Eram sorteados aleatoriamente alguns dados para conferência e, em caso de divergências, houve consulta a fonte original.

#### **I MOMENTO**

Os dados levantados neste momento, foram tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2010 e, posteriormente transferidas ao Programa Statistical Package for Social Sciences® (SPSS) para o Windows, versão 15.0 para aplicação do tratamento estatístico.

Foi realizada uma análise descritiva para o cálculo dos valores da média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Para aplicações dos testes estatísticos foi verificado a normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-smirnov. Em caso de não normalidade foi realizado a transformação dos dados e mesmo depois se os dados não apresentassem distribuição normal o teste não paramétrico equivalente foi aplicado. Todos os testes foram bicaudais, com o nível de significância estatística adotado de  $p < 0,05$ .

O tratamento estatístico foi utilizado para testar as diferenças entre os idosos participantes do estudo e os idosos elegíveis (aqueles que realizaram consultas nos últimos 6 meses nos CS) e entre os idosos participantes do CS Santo Antônio comparando com os idosos do CS Barra da Lagoa. Para isto foi empregado os teste Qui-quadrado e o teste T para amostras independentes. Estas análises visaram verificar se houve semelhança entre os grupos com relação perfil sociodemográfico e as condições de saúde.

#### **II MOMENTO**

Os dados colhidos com a utilização das entrevistas e dos grupos focais são de natureza qualitativa. Segundo Ievorlino et al. (2001) ao analisá-los qualitativamente, há um conjunto de procedimentos que

visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o objeto de estudo.

Sendo assim as falas obtidas nas entrevistas e dos grupos focais foram gravadas e, transcritas na íntegra, para possibilitar uma análise no software Atlas TI® versão 6.0. Isto se deu a partir da técnica de análise de conversação da fala, que considera os aspectos relevantes de cada participante e da dinâmica da conversação entre eles. Este tipo de análise oportuniza a exploração dos dados com base nos tipos de categorias pressupostas pelos participantes, além de favorecer a avaliação da influência dos próprios pesquisadores nos resultados encontrados, dada sua participação ativa em todo o processo de construção do programa.



## CAPÍTULO IV

### 4 RESULTADOS

Para melhor sistematização e compreensão dos resultados, este capítulo está dividido em três tópicos que buscam responder os objetivos do estudo.

- Identificando o potencial de alcance e adoção de um programa de promoção de AF desenvolvido na rede de ABS;
- Identificando as barreiras organizacionais que dificultam o alcance e a adoção de um programa de promoção da AF no SUS, em sua fase de implantação;
- Identificando os facilitadores organizacionais que potencializam o alcance e a adoção de um programa de promoção da AF no SUS, em sua fase de implantação.

Há de se destacar que a partir do segundo tópico os resultados advêm das análises qualitativas das falas, onde as barreiras e os facilitadores para as variáveis investigadas, *alcance e adoção*, foram classificadas por profissionais, estando eles em diferentes níveis hierárquicos da organização. Entretanto para manter a sistemática de análise optou-se por separar as sessões a partir das categorias de análise e não a partir dos grupos de sujeitos investigados.

#### **4.1 IDENTIFICANDO O POTENCIAL DE ADOÇÃO E ALCANCE DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE.**

Este tópico compreende os resultados referentes ao momento 1 da pesquisa, e ao primeiro objetivo específico dessa dissertação e será apresentado inicialmente por meio de uma descrição detalhada do processo de recrutamento organizacional dos CS (Adoção) e individual dos idosos (Alcance) seguidos das análises de custo e representatividade.

O município de Florianópolis tem 50 CS distribuídos em cinco distritos sanitários (DS), também chamadas de regionais, a saber: Centro

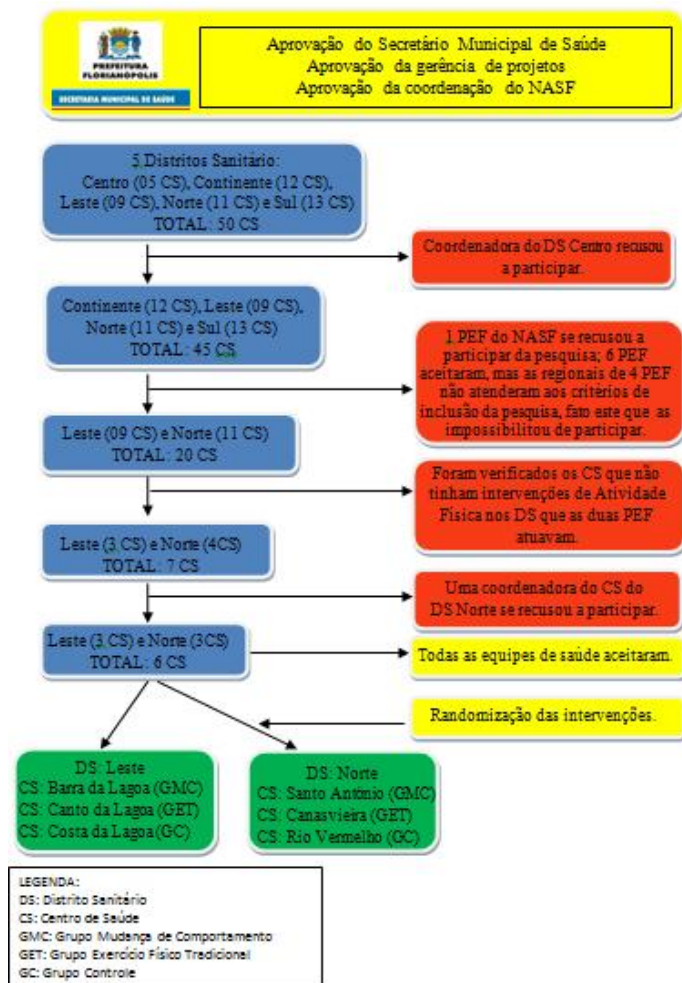
(05 CS), Continente (12 CS), Leste (09 CS), Norte (11 CS) e Sul (13 CS). Ou seja, inicialmente todos os 50 CS eram potencialmente participantes da pesquisa.

Para definir os CS que participaram da pesquisa, foram adotados critérios de inclusão de forma hierárquica, sendo estabelecido pelo grupo de pesquisa, que o projeto seria implantado apenas quando todas as esferas aceitassem participar. Este caminho é descrito a seguir sendo finalizado com a sumarização desses passos na figura 2.

- a) Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde pela gerência de projetos e coordenação do NASF, a qual todos os profissionais da saúde estão subordinados. Como critério de inclusão o CS não poderia ter nenhum programa de atividade ou exercício físico. Mesmo com esta restrição todos os DS tinham CS com o potencial de participar do estudo.
- b) Apresentação do projeto aos coordenadores dos cinco DS. Quatro aprovaram o projeto. A coordenadora do DS Centro disse que não seria possível participar, pois estavam em outro estudo do Ministério da Saúde.
- c) Posteriormente, o projeto foi apresentado e explicado as PEF do NASF (sete, sendo todas do sexo feminino). Destas, apenas uma se recusou a participar. Das 6 restantes, quatro delas foram impossibilitadas de participar em função dos critérios de inclusão relacionados ao desenvolvimento da pesquisa (as coordenações dos DS deveriam anteriormente ter expresso a concordância em participar do estudo e os CS que as PEF atendiam não podia ter grupos de AF), restando então a participação de duas PEF e, portanto, os DS que elas atuavam DS Leste e o DS Norte.
- d) Em seguida, estas duas PEF verificaram os CS elegíveis e que atendessem aos requisitos para a implantação do estudo, sendo assim encontrado um total de sete CS. Entretanto, em um deles a coordenadora se recusou a participar da pesquisa alegando à PEF, falta de estrutura, restando então seis CS.

Realizado estes passos, o projeto foi apresentado na reunião mensal de cada equipe nos CS. O programa foi discutido e teve suas dúvidas sanadas, ele deveria ser aprovado por toda a ESF para ser implantado. Ao final, obteve-se a aprovação dos seis CS, sendo três em cada DS.

**Figura 2.** Recrutamento Organizacional dos Centros de Saúde para participação do estudo, Florianópolis, 2012.



A figura 2 sintetiza a trajetória da adoção do programa pelos CS e pelos profissionais de Educação Física (PEF) da rede. Nela podemos observar que dos 7 CS e 7 PEF convidados a participarem, apenas 1 de ambos não aceitaram o convite e por conseguinte apresentaram uma taxa de adoção de 85,7%.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, estimativa 2012 e do Sistema de Informação da Secretaria de Saúde da PMF (campo: produção por CID), foi possível detalhar quantitativamente os idosos dos CS que eram potencialmente participantes da pesquisa. Destaca-se que para o presente estudo os idosos elegíveis compreendem aqueles que realizaram algum tipo de procedimento nos CS nos seis meses anteriores ao início da pesquisa (novembro/2011 a abril/2012).

A partir da definição dos idosos elegíveis em cada CS, foram utilizadas algumas estratégias em conjunto com a equipe de saúde de cada local para o alcance destes sujeitos.

- a) Sensibilização da população idosa pela equipe de saúde local para participarem da primeira reunião. Fato que ocorreu mediante algumas ações: convite dos médicos durante as consultas, convite dos agentes comunitários de saúde nas visitas as residências dos idosos, aos centros comunitários e as igrejas próximas; na distribuição de flyers (500/ CS) e na fixação de cartazes (ANEXO 2) nos CS, nos pontos de grande circulação de pessoas e em locais estratégicos. Os custos referentes a este material divulgativo impresso, foram: R\$800,00 e R\$150,00 os flyers e os cartazes, respectivamente, somados a quantia de R\$120,00 referente ao transporte destes materiais aos CS. A distribuição desse material e divulgação aconteceu entre 15 e 20 dias antes da primeira reunião.
- b) Realização das reuniões iniciais, pela equipe de pesquisadores da UFSC, com os idosos. Os encontros contaram com a presença de integrantes da equipe de saúde local. Na primeira reunião estiveram presentes 84 idosos (total de idosos dos seis



CS), de acordo com a figura 02. Neste momento, os idosos não tinham conhecimento em relação ao programa que seria realizado em cada CS, pois, a randomização foi realizada em etapa seguinte.

- c) Randomização do programa por meio de sorteio, realizado na presença dos profissionais de Educação Física do NASF e mestrandos de Educação Física da UFSC, na Secretaria Municipal de Saúde. Deste modo, cada distrito teve um CS com um grupo de MC, um de atividade física tradicional e um controle, totalizando seis grupos, três por distrito. Este resultado da randomização foi apresentado para as equipes de saúde.
- d) Pela reduzida participação de idosos na reunião inicial em cada CS, houve nova divulgação e reformulado o formato das reuniões iniciais conduzidas pela a equipe de pesquisa. Outras reuniões foram agendadas.
- e) Realização da primeira avaliação (coleta de dados) nos CS, também chamado de pré-teste ou *baseline*.

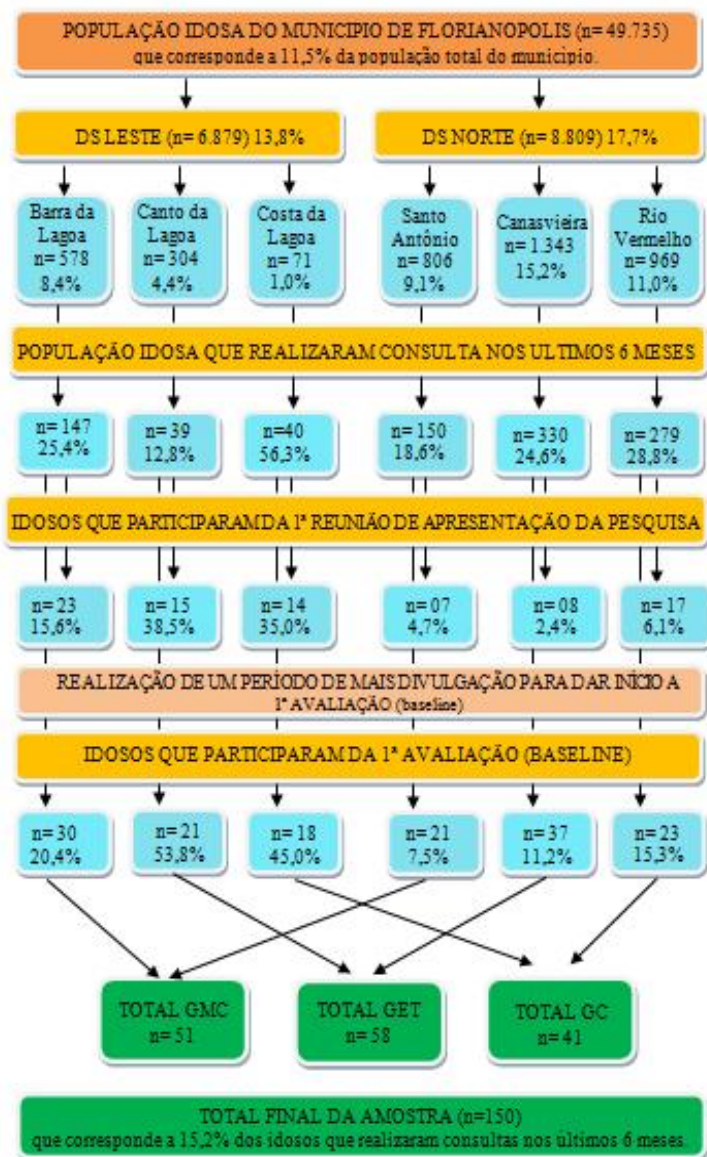
Todas estas etapas encontram-se na figura 3.

Na fase apresentada no item “b”, referente às reuniões iniciais, destaca-se que alguns CS tiveram mais dificuldade de recrutamento do que outros, dado principalmente às questões organizacionais de cada ESF como também algumas peculiaridades da própria localidade. Nos tópicos seguintes as questões organizacionais serão apresentadas em detalhes, optou-se por neste momento, apresentar brevemente algumas características locais que diferenciam cada CS de forma impar. Com uma população reduzida de idosos que se consultaram nos últimos 6 meses, ambos CS Costa da Lagoa e Canto da Lagoa, também apresentavam uma acessibilidade limitada. A Costa da Lagoa tem um terreno montanhoso e acidentado pela presença de diversos aclives, além de ser uma comunidade isolada das demais. Seu acesso é por trilhas, com duração média de 1h ou de barco. Já com relação ao Canto da Lagoa, a ausência de

calçadas na via principal de acesso, onde inclusive o fluxo de carros é acentuado, dificulta a mobilidade. Quanto aos CS Canasvieira e Rio Vermelho, observa-se as maiores taxas de idosos em relação aos 6 CS do presente estudo, 15,2% e 11,0% respectivamente. Entretanto, os CS ficam distante da moradia da maioria dos idosos que fazem uso de seus serviços. Em Santo Antônio os idosos que ali residem são oriundos de diversos locais do Brasil e em sua maioria apresentam boa escolaridade. Por fim, na Barra da Lagoa verificamos a presença de uma comunidade local basicamente açoriana, e os idosos com baixo nível de escolaridade. Também foi observado que estes idosos já têm uma rotina bem preenchida de atividades, e no caso dos homens, muitos ainda estão envolvidos com atividades de pesca.

Após todos esses procedimentos descritos, dos participantes elegíveis (n= 985 idosos), um total de 150 idosos concluíram a avaliação inicial do estudo. E, a partir desses dados foi possível realizar o cálculo da taxa de alcance, sendo expresso pela seguinte operação matemática:  $150/985 \times 100 = 15,2\%$ .

**Figura 3.** Fluxograma do delineamento amostral dos idosos participantes do estudo, de acordo com os Centros de Saúde, Florianópolis, 2012.



Na análise dos custos, por meio de cálculos dos gastos com o programa verificamos que o custo por participante recrutado girou em torno de R\$8,91 no CS Barra da Lagoa e R\$12,74 no CS Santo Antônio. Esses valores foram obtidos pela divisão entre o total gasto com a impressão dos flyers e cartazes para cada CS, dividido pelo número total de idosos que participaram da primeira avaliação. É importante salientar que para a realização destes cálculos não foram contabilizados valores referentes à criação da arte do material, assim como custos para o pessoal que se envolveu no convite direto aos idosos, pois para isso contou-se com o apoio da equipe de design gráfico do Laboratório de Orientação da Gênese Organizacional – LOGO da UFSC e com os profissionais dos CS, em especial os Agentes Comunitários de Saúde - ACSs, que foram fundamentais na busca ativa por participantes em potencial.

Demais custos referentes à implantação do programa nos dois CS são apresentados na tabela 1. Esses custos interferem diretamente na adoção do programa por parte do serviço. Programas que não são financeiramente sustentáveis podem simplesmente não serem adotados.

**Tabela 1.** Custos para implantação do programa de Mudança de Comportamento - VAMOS, Florianópolis, SC, 2012.

<b>Itens/Especificações</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço unitário</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Impressão das Cartilhas	100	30,00	3.000,00
Treinamento das profissionais	2	596,50	1.193,00
Brindes (camisetas, bonés, garrafas de água, guarda-chuvas)	50	8,00	400,00
Pedômetro	30	25,00	750,00
Lanche	30	25,00	750,00
Recursos Humanos (PEF)	36 horas	22,00	792,00
<b>TOTAL</b>			<b>6.885,00</b>

Portanto, o valor do programa de mudança de comportamento por pessoa custou em média de R\$ 65,00 por pessoa curso (3 meses) enquanto que um programa tradicional custou R\$ 50,00 por pessoa/mês.

Os cálculos de representatividade dos participantes do programa em relação às características da população-alvo teve suas análises realizadas apenas com as variáveis sexo e idade, uma vez que os dados fornecidos pelo IBGE e os fornecidos pelo Sistema informatizado da SMS, tem limitação quanto as características sócio demográficas. Fato que dificultou a realização de análises estatísticas com as demais variáveis, previamente mencionadas, no tópico – metodologia. Os dados fornecidos nestes sistemas, tanto para as variáveis, escolaridade, renda e raça, são fornecidos para o sub-grupo populacional: *Pessoas de 10 anos ou mais de idade* .... Sendo assim, as análises passíveis de serem realizadas estão apresentadas na tabela 2.

**Tabela 2.** Características da população-alvo e dos participantes da intervenção (*Baseline*), dos CS Barra da Lagoa e Santo Antônio, Florianópolis, SC, 2012.

<i>Características</i>	<i>População-alvo</i>	<i>Participantes</i>	<i>P valor</i>
<b>Barra da Lagoa</b>			
Idade, anos, média (DP)	69,5 (7,8)	70,1 (7,1)	0,73 <sup>a</sup>
Sexo, feminino (%)	54,9	94,1	0,001 <sup>*b</sup>
<b>Santo Antônio</b>			
Idade, anos, média (DP)	70,3 (8,9)	69,5 (8,6)	0,65 <sup>a</sup>
Sexo feminino (%)	53,7	60,9	0,32 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *P valor obtido através do test t de student*

<sup>b</sup> *P valor obtido através do teste qui-quadrado ( $X^2$ )*

Observando a tabela 2 verificou-se que apenas no CS Barra da Lagoa a característica sexo, apresentou diferenças significantes entre a população-alvo e os participantes. As mulheres representam 54,9% da população-alvo e mais de 94% dos participantes do programa no CS Barra da Lagoa, o que nos leva a seguinte reflexão: o alcance para a população masculina nesse local é limitado.

Na tabela 3 está a caracterização sociodemográfica dos idosos que participaram do programa, nos diferentes CS.

**Tabela 3.** Associação entre as características sociodemográficas dos idosos dos diferentes CS (*Baseline*), Florianópolis, SC, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>ST<sup>1</sup></b> <b>f(%)</b>	<b>BARRA<sup>2</sup></b> <b>f(%)</b>	<b>P valor</b>
<b>Estado Civil (n: 40)</b>			<b>0,102</b>
Solteiro	0	0	
Casado/Juntado	17 (68)	8 (32)	
Separado/Divorciado	4 (57)	3 (43)	
Viúvo	2 (25)	6 (75)	
<b>Com quem mora (n: 37)</b>			<b>0,266</b>
Sozinho	1 (25)	3 (75)	
Acompanhado	21 (64)	12 (36)	
<b>Escolaridade (n: 40)</b>			<b>0,497</b>
Analfabeto	3 (100)	0 (0)	
Fund. Incompleto	9 (45)	11 (55)	
Fund. Completo	1 (50)	1 (50)	
Médio Incompleto	1 (100)	0 (0)	
Médio Completo	3 (50)	3 (50)	
Ensino Superior	4 (67)	2 (33)	
Pós-graduação	2 (100)	0 (0)	
<b>Religião (n: 40)</b>			<b>0,374</b>
Católico	20 (59)	14 (41)	
Evangélico	2 (100)	0 (0)	
Espírita	1 (33)	2 (67)	
Sem Religião	0 (0)	1 (100)	
Ateu	0 (0)	0 (0)	
<b>Ocupação (n: 37)</b>			<b>0,570</b>
Aposentado	14 (56)	11 (44)	
Pensionista	2 (40)	3 (60)	
Aposentado e Pensionista	1 (33)	2 (67)	
Remunerado Ativo	1 (100)	0 (0)	
Não Remunerado Ativo	3 (100)	0 (0)	

*Continua...*

<b>Renda (n: 38)</b>	<b>0,101</b>	
< 1 Salário	<b>4 (100)</b>	<b>0 (0)</b>
1 a 2 Salários	<b>11 (46)</b>	<b>13 (54)</b>
2 a 3 Salários	<b>1 (100)</b>	<b>0 (0)</b>
3 a 4 Salários	<b>0 (0)</b>	<b>1 (100)</b>
4 a 6 Salários	<b>1 (33)</b>	<b>2 (67)</b>
> 6 Salários	<b>4 (80)</b>	<b>1 (20)</b>

<sup>1</sup> *Centro de Saúde Santo Antônio*

<sup>2</sup> *Centro de Saúde Barra da Lagoa*

*NOTA: P valor obtido através do teste Exato de Fisher*

Não foi observada diferença significativa nas características sociodemográficas quando comparados os participantes do VAMOS no CS Santo Antônio e Barra da Lagoa.

A seguir a tabela 4 apresenta as variáveis referentes à condição de saúde, e o nível de AF dos idosos que participaram do programa.

**Tabela 4.** Associação entre condição de saúde, IMC e nível de Atividade Física, dos idosos dos diferentes CS (*Baseline*), Florianópolis, SC, 2012.

Variáveis	ST <sup>1</sup> f(%)	BARRA <sup>2</sup> f(%)	P valor
<b>Percepção de Saúde (n:40)</b>			<b>0,861<sup>a</sup></b>
Muito Boa	1 (50)	1 (50)	
Boa	10 (53)	9 (47)	
Regular	9 (60)	6 (40)	
Ruim	3 (75)	1 (25)	
Muito Ruim	0	0	
<b>Doenças (n: 40)</b>			<b>0,425<sup>a</sup></b>
Sim	23 (59)	16 (41)	
Não	0 (0)	1 (100)	
<b>Medicamentos (n: 40)</b>			<b>0,646<sup>a</sup></b>
Sim	20 (57)	15 (43)	
Não	3 (60)	2 (40)	
<b>IMC (n: 37)</b>			<b>0,29<sup>b</sup></b>
Média (kg/m <sup>2</sup> )	26,8	28,1	
<b>Nível de AF (n: 43)</b>			<b>0,64<sup>c</sup></b>
Média de Tempo Diário (min)	32,1	36,0	

<sup>1</sup> Centro de Saúde Santo Antônio

<sup>2</sup> Centro de Saúde Barra da Lagoa

<sup>a</sup> P valor obtido através do teste Exato de Fisher

<sup>b</sup> P valor obtido através do teste U Mann-Whitney

<sup>c</sup> P valor obtido através do teste test t de student

Quando analisados as condições de Saúde, o IMC e o nível de AF, também observamos que não houve diferenças significantes entre os grupos. A maioria tem uma percepção de saúde variando entre ‘boa’, e ‘regular’, relata ter doenças, tomam algum medicamento, estão com sobrepeso e são ativos.

A partir deste segundo tópico os resultados serão apresentados separadamente em função de cada categoria estabelecida. O texto foi estruturado da seguinte forma: apresentação da categoria analisada



contendo informações referentes aos núcleos de sentidos encontrados e a frequência em que cada subcategoria foi mencionada, seguido pela representação gráfica de cada categoria, gerada a partir do *software* ATLAS.ti®, e por fim a inclusão de alguns micro discursos relevantes.

#### **4.2 IDENTIFICANDO AS BARREIRAS ORGANIZACIONAIS QUE DIFICULTAM O ALCANCE E A ADOÇÃO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA AF NO SUS, EM SUA FASE DE IMPLANTAÇÃO;**

Na busca por compreender os fatores organizacionais influenciadores no alcance dos idosos e na adoção das organizações para participar do programa (VAMOS), lançou-se mão de uma análise de dados com abordagem qualitativa do problema. Onde o momento 2 da pesquisa inicia-se neste tópico e continua no tópico seguinte. A partir dessa metodologia adotada foi possível aprofundar os elementos que contribuíram como também aqueles que dificultaram a captação destes participantes.

Neste tópico, buscamos responder ao segundo objetivo do estudo, chamando a atenção dos elementos chaves que podem estar dificultando a implantação de tantos outros programas no âmbito nacional que não conseguem se firmar no contexto da APS na área de promoção da AF.

As Barreiras para o alcance da população idosa estão presentes na figura 4. Nela podemos identificar três núcleos de sentidos apontados pelos profissionais da SMS da PMF. O primeiro engloba o conjunto de sub-categorias que diz respeito aos profissionais do Centro de Saúde (dispostos na região central da figura), o segundo são dos participantes do programa (a esquerda da figura) e o terceiro ao formato do programa aplicado (a direita da figura). As subcategorias mais assinaladas em cada núcleo de sentido foram: 1. *Falta de Apoio da ESF* (9 ocorrências); 2. *Idosos acomodados* (7 ocorrências); e 3. *Programa Inovador* (4 ocorrências).



... “a gente de certa forma tá priorizando uma sub população. Ai me preocupa, então, que essa priorização seja feita não com base nas necessidades do território, mas com base na oferta e na disponibilidade no serviço por nós. Esse seria o risco de você implantar um programa estruturado no âmbito da atenção primária que trabalha basicamente com população aberta com problemas mal definidos, com uma inconstância muito grande de adesão” ... (G2)

A distância física, ou seja o local onde o programa foi realizado também foi um fator que diminuiu a participação dos idosos em um dos CS (Barra da Lagoa), como apontado na fala da ACS;

... “mas assim tinha gente que gostaria muito de participar e não participou porque a distância foi longe”... (ACS BL)

O VAMOS enquanto *Programa Inovador*, na visão dos ACS, ou seja aqueles profissionais que estão mais próximo à execução do programa, foi considerado como uma barreira para o alcance dos participantes, como mostra texto a seguir:

... “Eles (os idosos) têm uma certa dificuldade de tudo que é novo né... têm medo e aí, a gente ao convidar eles pra uma coisa que é nova, eles se assustam, é igual uma criança né... eles não sabem o que vai acontecer né”.... (ACS ST)

Mas essa visão destoa do que os profissionais da gestão pensam, pois ao questiona-los sobre o programa, eles acham o programa atrativo, para eles é justamente a inovação do programa, o diferencial.

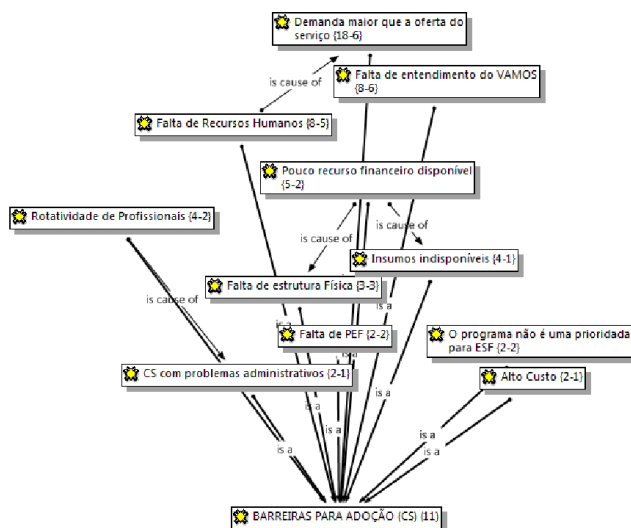
... “essas inovações que o programa trás, “o que é ser ativo?”, porque a gente trabalha muito com, é, ações pontuais da Educação Física, e não faz essa reflexão sobre o que que é ser ativo na vida. Achando que basta você ir na academia, fazer uma hora, você é ativo. Então pra mim, essa consciência do ser ativo no dia a dia é uma grande inovação do programa”... (G1)

A partir dessas análises podemos observar que a *falta de apoio da ESF* é por muitas vezes causada, pelo não entendimento do que é o

programa VAMOS e pelos problemas administrativos instaurados nos CS. A característica *inovadora do programa* VAMOS, principalmente no que diz respeito às diferenças em relação aos programas tradicionais de AF, foi percebida como um fator limitante para o recrutamento individual, uma vez que o seu formato dificultou a participação dos idosos analfabetos.

Passando para dimensão, Adoção, há de se convir que a mesma foi separada em duas facetas, uma se refere adoção do programa pelas organizações, que neste estudo são os CSs, e a outra, a adoção pelos agentes de intervenção que estão dispostos a executar o programa, ou seja os PEF. Considerando essa sistematização, dar-se-á prosseguimento da apresentação dos resultados.

Observa-se portanto a partir da figura 5, as barreiras para adoção do programa pelos CS. Nela estão apresentados dois núcleos de sentidos. O núcleo de sentido com um arsenal mais amplo de fatores limitantes para adoção se refere a fatores inerentes ao funcionamento do CS (dispostos na região central e esquerda da figura), e o outro núcleo (a direita da figura) contendo apenas duas subcategorias, a saber: *o programa não é uma prioridade para ESF* e *alto custo* faz relação com as características do próprio VAMOS. As subcategorias mais assinaladas em cada núcleo de sentido foram: *Demanda maior que a oferta do serviço* (18 ocorrências), *O programa não é uma prioridade para ESF* (2 ocorrência), respectivamente. É possível visualizar na figura 5 algumas relações de causa e efeito que são estabelecidas entre subcategorias.



**Figura 5.** Barreiras para a Adoção (Centro de Saúde) do programa VAMOS, segundo os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013.

A subcategoria *Demanda maior que a oferta de serviço* tem relação com a sobrecarga de trabalho que os profissionais vivenciam em sua rotina de trabalho diário. Este item foi o mais citado com 18 ocorrências, demonstrando que uma das principais causas para não adoção de novas propostas está justamente na indisponibilidade de apoio por parte da ESF, causada por uma rotina de trabalho bastante atribulada.

... “que o pessoal aqui já tá bem carregado, se botar mais vão explodir”... (ACS BL)

... “pela questão do, né que estamos já todo mundo bem carregado”... (ACS ST)

... “Ai entra o problema que a gente tá falando, como é que eu vou liberar eles por exemplo pra fazerem a fase de treinamento? Para terem quatro, oito horas semanais dedicadas a um programa que é voltado pra uma população de vinte pessoas, trinta pessoas, quando a gente tem uma demanda enorme para eles atenderem”... (G2)

Outra subcategoria reportada com certa frequência foi a *Falta de entendimento do VAMOS* (8 ocorrências), ou seja, se durante a apresentação para ESF os objetivos e formato do programa não ficarem claros para equipe, poucos frutos serão colhidos nesta fase inicial, pois segundo eles, não dá para atuar em algo que não se conhece.

... *“tanto que as equipes muitas vezes não entendiam”...*  
(PEF1)

Também não ficou claro para ESF a proposta de implantação do programa. O entendimento de alguns profissionais do CS é que o VAMOS seria um programa a parte, da universidade e não do serviço, não estando vinculado ao CS, logo a ESF entendeu que para o grupo acontecer a participação deles não era algo imprescindível.

... *“quando nos foi apresentado esse programa é que ele aconteceria paralelo às atividades da unidade, que não teria a obrigatoriedade da participação. (...) Dessa forma não era visto como um grupo da unidade, sendo assim não se tem nenhuma responsabilidade sobre ele” ...* (ACS BL).

Há de se destacar que a rotatividade dos profissionais afetou o processo inicial de aceite do programa. O CS da Barra da Lagoa por enfrentar essa realidade, demorou mais tempo em relação ao CS Santo Antônio, para conceder o aceite de desenvolvimento da pesquisa, sendo necessária a realização de várias reuniões para esclarecimentos.

... *“como esta tendo muita turbulência na unidade, a gente quase não conseguiu se envolver assim, foi logo depois que ficou sem o médico e aí meses depois esta sem médico né seu XXXXX entrou de férias, então foi um período meio conturbado assim”...*(Coordenadora do CS BL).

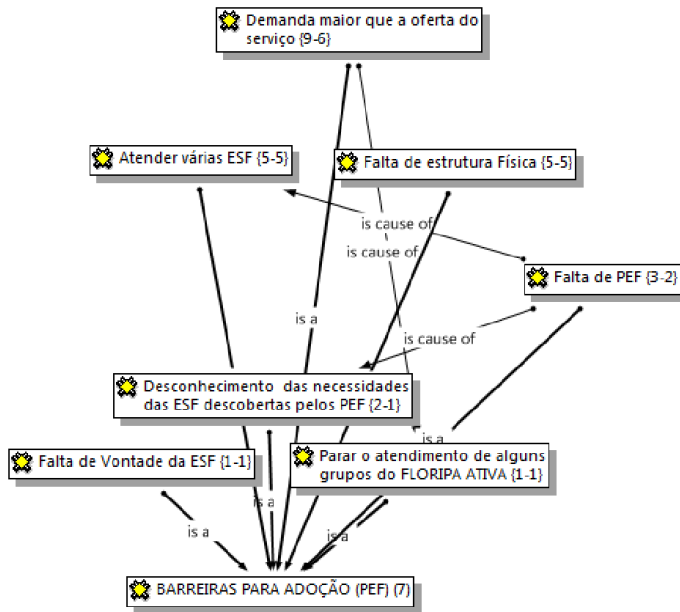
O *Alto custo* aqui reportado por um dos gestores, faz menção aos insumos necessários para aplicação deste programa, como os gastos relacionados ao material impresso (panfletos, cartazes, livro didático), custos com lanches, brindes (como o aparelho – pedômetro), assim como os custos referentes ao treinamento. Já, os gastos relacionados aos recursos humanos não são aqui contabilizados, visto que o programa será aplicado por profissionais da rede.

...“se o programa depende do pedômetro, por exemplo, do contador de passos, ou de algum outro insumo aí eu te diria que nesse momento a chance de ser implantado é um pouco menor, seria 2 (numa escala de 0 a 5 pontos)”... (G2)

... “talvez seja caro pensando no que é disponível per capita para a população em relação ao governo, o que é repassado para os municípios, do piso fixo que está pouquíssimo, é caro”... (G1)

Na percepção destes profissionais o que mais dificulta os CS adotarem um programa com o formato do VAMOS é a *sobrecarga de trabalho deles* e a *dificuldade orçamentária do serviço*. O que deve ser levado em consideração é que esses dois fatores influenciam outros, gerando assim, mais barreiras para implantação do programa.

Finalizamos o tópico das barreiras, apresentando àquelas referentes à adoção do programa pelos PEF. A figura 6 sistematiza as subcategorias que foram apontadas, e se referem a realidade encontrada por esses profissionais no serviço em que atuam. Portanto, só teve um núcleo de sentido. Surgiram sete subcategorias temáticas, sendo que a *Demanda maior que a oferta do serviço* apresentou 9 ocorrências, após *Atender várias ESF* e *Falta de estrutura física* (5 ocorrências), *Falta de PEF* (3 ocorrências), *Desconhecimento das necessidades das ESF descobertas pelos PEF* (2 ocorrências). Novamente é possível visualizar algumas relações de causa e efeito que são estabelecidas entre algumas subcategorias.



**Figura 6.** Barreiras para a Adoção (PEF) segundo os profissionais de Educação Física que atuaram no programa VAMOS, Florianópolis, 2013.

Assim como foi apontado nas barreiras para adoção do programa pelos CS, a *Demanda maior que a oferta do serviço*, também foi a mais citada. Ou seja, a sobrecarga de trabalho e seus fatores associados permaneceram sendo a principal barreira para adoção. Se observarmos na figura 6 de forma global podemos dizer que retirando as barreiras: *Falta de estrutura física* e *falta de vontade da ESF*, todas as outras subcategorias tem relação com o quadro de recursos humanos da rede.

... “a falta de recursos humanos, né, que como são 12 Unidades lá, eu cuido de 5, são 7 Unidades que estão descobertas, sem PEF, então o programa não poderia ser desenvolvido lá sem a presença de um profissional, isso em um dos NASFs, né”... (PEF3)

... “teria que abrir mão de algum outro programa em troca desse, né, por exemplo, ah... vai ter que parar o grupo de



*caminhada ou Floripa Ativa pra incluir esse... esse novo programa” ... (PEF3)*

Antes de avançar para os fatores facilitadores, nesta sessão optou-se por investigar também quais os motivos para o não desenvolvimento do VAMOS por cinco das sete PEF que participam do NASF. As profissionais de Educação Física foram questionadas quanto à percepção das barreiras para implantação do programa em suas regionais e esses resultados são apresentados na tabela 5.

**Tabela 5.** Motivos e Barreiras percebidas pelas PEF que participam do NASF e que não aplicaram o programa VAMOS, Florianópolis, SC, 2013.

<b>PEF do NASF</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Motivos para não desenvolvimento do VAMOS</b>	<b>Barreiras percebidas para aplicação do programa.</b>
PEF3	Mestrado	Sua regional não atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa.	Falta de PEF, Desconhecimento das necessidades das ESF descobertas pelos PEF.
PEF4	Especialização	A coordenadora da regional não aceitou.	Demanda maior que a oferta, Parar com alguns grupos de AFTrad.
PEF5	Graduação	Sua regional não atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa, Falta de estrutura física.	Falta de estrutura física.
PEF6	Mestrado	Atender várias ESF, Falta de estrutura física, Tempo indisponível.	Os PEF atenderem várias ESF.

**Continua ...**

PEF7	Mestrado	Aceitou, mas sua regional não atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa.	Falta de vontade da ESF desenvolver o programa.
------	----------	--	---

---

Os principais motivos que levaram cinco das sete PEF que fazem parte do NASF a não participarem do estudo, foram: sua regional não atendia aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e o acúmulo de atividades existentes na rotina de trabalho das PEF. As barreiras percebidas por estas profissionais de EF, caso viesse ser implantado o VAMOS, tinha relação direta com o acúmulo de atividades, gerado muitas vezes pela alta demanda de serviço e reduzido quadro de PEF da PMF. A falta de estrutura física e o desinteresse das ESF por programas com este perfil também foi destacado.

Na tentativa de verificar se o grau de escolaridade das profissionais influenciou na adoção do programa, e considerando que as duas profissionais que aceitaram e aplicaram o programa, uma tinha o título de mestrado (P1) e outra apenas de graduação (P2). Percebemos que possivelmente não houve nenhuma associação, mas isso só poderia ser de fato comprovado se o número de PEF que participam do NASF fosse maior e pudesse se aplicado um teste estatístico adequado.

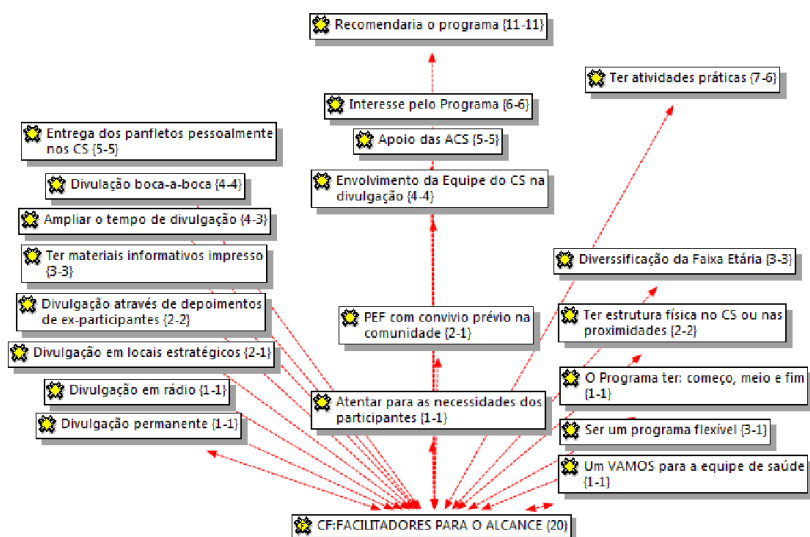
#### **4.3 IDENTIFICANDO FACILITADORES ORGANIZACIONAIS QUE POTENCIALIZAM O ALCANCE E A ADOÇÃO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA AF NO SUS, EM SUA FASE DE IMPLANTAÇÃO**

Para identificar os facilitadores organizacionais que potencializam o alcance e a adoção de um programa de AF no SUS no momento de sua implantação, e respondendo ao terceiro objetivo dessa dissertação, serão apresentados os resultados que se encaixam como soluções viáveis para as barreiras tratadas no tópico anterior. Portanto, este tópico merece especial atenção para que possibilidades de superação das barreiras sejam maximizadas.

Na figura 7, estão apresentados os fatores facilitadores para o alcance. Observamos a presença de três núcleos de sentido: o núcleo a esquerda reporta as subcategorias relacionadas as *estratégias de divulgação*, o núcleo central faz menção as *atitudes dos profissionais*

dos CS e o núcleo localizado a direita é constituído pelas subcategorias relacionadas diretamente ao *formato do programa* e suas necessidades.

Nesta categoria emergiram 20 sub-categorias, sendo que as principais, a *recomendação do programa* pelos profissionais do CS apresentou 11 ocorrências, o programa *ter atividades práticas* (7 ocorrências), o *interesse pelo programa dos profissionais do CS* (6 ocorrências), o *apoio dos ACSs* (5 ocorrências), a *entrega de panfletos pessoalmente nos CS* (5 ocorrências), o *envolvimento da ESF na divulgação* (4 ocorrências), a *divulgação boca-a-boca* (4 ocorrências), a *ampliação do tempo de divulgação* (4 ocorrências).



**Figura 7.** Facilitadores para o Alcance do programa VAMOS, de acordo com os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013.

Quando questionados aos profissionais dos CS se os mesmos recomendariam o programa foi unânime a resposta *SIM*, essa ação de fato contribui no processo de recrutamento. Se todos os profissionais em suas diferentes atuações no trabalho desenvolvido no CS recomendarem o programa, a disseminação fica potencializada, pois não se trata apenas de uma divulgação através de um ou outro, e sim de todos, realizando um trabalho em equipe.

*Entrevistador: “Você recomendaria esse programa para idosos, e para pessoas de outras faixas etárias?”*

*- “Olha, sem duvida, até eu queria fazer. Bem bacana”*

*(PNM BL)*

*- “Com certeza” ... (PNS BL) e (ACS ST)*

*- “Eu recomendaria” ... (ACS BL)*

A divulgação boca-boca, como podemos observar, ainda é uma importante ferramenta quando se pretende atingir a população geral. Além dos profissionais, os próprios idosos servem como um canal importante para novos participantes.

*... “Porque no Centro é atendido uma demanda definida, a gente consegue atender um determinado número, mas o boca a boca, as informações vão passando e a gente sempre vai ter alguém mais pra querer participar, então acredito que teria uma adesão, sim. Teríamos um grupo maior” ... (PNS ST)*

Muitas vezes, são criados programas fechados sem ser possível qualquer alteração, sendo que sua aplicação fica praticamente inviável. Neste sentido, foi exposto a necessidade de se pensar em um programa com um formato flexível, ou seja que se adapte ao contexto, pois cada realidade é única, e cada grupo tem suas necessidades.

*... “uma coisa que facilitou (o recrutamento) foi eles poderem entrar não só naquela primeira vez (programa flexível), eles poderem entrar na semana seguinte que daí um vai avisando o outro também pra...”*

Os profissionais de Educação Física que aplicaram o VAMOS alertaram para a necessidade de ajustes no programa, considerando o perfil da maioria dos idosos brasileiros.

*...“Os nossos idosos não gostam de ler, tem que ser modificado (referindo-se ao livro didático utilizado como base)”... (PEF1.)*

*...“As aulas não podem ser tão teóricas”... (PEF2).*

Outro aspecto interessante é que para facilitar a captação de participantes foi sugerido que este programa não devia ser limitado apenas a participantes idosos, mas que também pessoas mais jovens pudessem ser beneficiadas por essa iniciativa. Principalmente por se

tratar de um programa de mudança de comportamento, ou seja, quanto mais cedo possível iniciar a participação em uma discussão deste gênero, mais fácil seria uma mudança de comportamento, ou seja mais promissora seria a adoção de um estilo de vida ativo e saudável pelos participantes do programa.

... *“Se agente deixar só os idosos eu fico um pouco receosa, mais ampliando pra outras faixas etárias eu acho que sim (teria demanda)”*... (Coordenadora do CS ST)

Para além da ampliação da faixa etária, e considerando que os ACS são profissionais chaves nesse processo de captação, uma proposta lançada pelos ACSs, seria a aplicação de um VAMOS para eles, podendo ser desenvolvida antes mesmo do recrutamento dos usuários. Essa proposta aumentaria o entendimento do programa por esses profissionais como também serviria para que eles adotassem a promoção da AF como estratégia de promoção da saúde.

... *“Nós devemos começar a fazer o programa”*... (ACS1)

... *“Seria bom se a equipe pudesse fazer o programa”*... (PCS1)

... *“mas em si o programa motivou os funcionários a fazer mais atividade ... e a gente nesse gás, acabou passando pras meninas (demais profissionais do CS). Tanto que a (ACS – N) agora voltava caminhando, a (ACS – V), a (ACS – D), todo mundo caminhando. Isso é um reflexo da proposta para o grupo, e isso é legal”* ... (ACS ST)

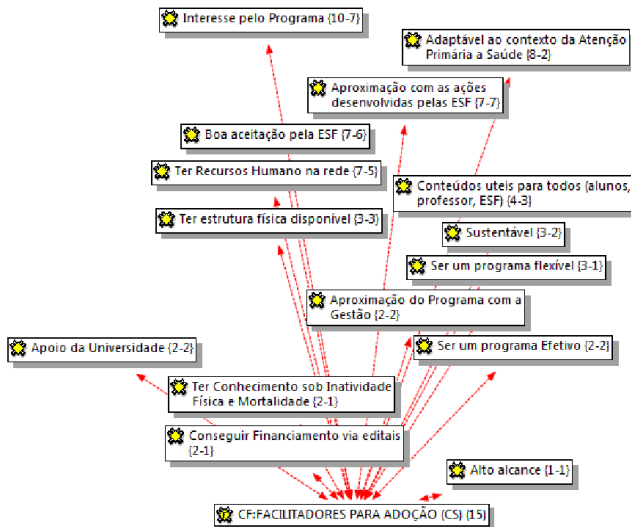
... *“eu acho maravilhoso (o programa), acho que deveria existir, não deveria nem parar, deveria de continuar de hoje, porque foi muito bom, só que assim ó, a falta de funcionário faz com que sobrecarregue, que nem eu comentei, tinha dias que eu queria tá aqui (no programa), mas estava na recepção e da recepção não era nem o meu papel”*... (ACS CS ST)

... *“até por que, por exemplo aconteceu comigo que elas (ACS) estão lá ajudando, por que elas gostam, elas acham interessante, elas querem participar e fica de forma de capacitação até pra elas né”* ... (PEF2)

Portanto, a partir da figura 7, podemos perceber que todos os profissionais envolvidos no programa recomendariam o programa, a

maioria acha importante também ter atividades práticas durante os encontros e apoio e envolvimento da equipe e especialmente das ACSs, além da maior divulgação do programa pela equipe e por mais tempo.

Quanto aos facilitadores para adoção do programa pelos CS, está apresentado na figura 8. Identificou-se 15 subcategorias, distribuídas em dois núcleos de sentido. O núcleo que está relacionado ao contexto de atuação dos profissionais (mais a esquerda) com as seguintes subcategorias: *Interesse pelo Programa* (10-7), *Boa aceitação pela ESF* (7-6), *Ter Recursos Humanos na Rede* (7-5), *Ter estrutura física disponível* (3-3), *Apoio da Universidade* (2-2), *Ter conhecimento sob Inatividade Física e Mortalidade* (2-1) e *Conseguir Financiamento via editais* (2-1), e o outro núcleo ligado ao formato do programa em si. Nele estão contidos as seguintes subcategorias: *Adaptável ao contexto da Atenção Primária a Saúde* (8-2), *Aproximação com as ações desenvolvidas pelas ESF* (7-7), *Conteúdos úteis para todos (alunos, professor, ESF)* (4-3), *Sustentável* (3-2), *Ser um programa flexível* (3-1), *Aproximação do Programa com a Gestão* (2-2), *Ser um programa Efetivo* (2-2) e *Alto alcance* (1-1).



**Figura 8.** Facilitadores para a Adoção (Centro de Saúde) do programa VAMOS de acordo com os gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, Florianópolis, 2013.

Como podemos ver, o *interesse pelo programa* é essencial, assim como na análise dos facilitadores para o alcance, sendo o mais citado. O programa pode ser o mais efetivo, como o cenário ao qual ele será implantado ser o mais apropriado possível, mas se a ESF não tiver interesse em aplicá-lo não haverá sucesso na implantação pois não haverá uma adoção. Este interesse é demonstrado a seguir, quando a coordenadora reporta sentimento de tristeza por não ter conseguido se envolver no processo:

... *“eu fico assim triste porque não consegui me envolver tanto, mas é isso que eu falei assim, o posto ficou mais conturbado nos últimos anos a gente estava comentando sobre isso”*...(Coordenadora do CS BL)

... *“Olha, eu acho que em princípio o que se precisa realmente é a vontade. Isso inclusive já existe”* ... (PEF7, se referindo aos profissionais ligados a sua regional)

... *“é, tipo, interesse nosso (se referindo as PEF do NASF) até de tentar expandir isso né”* ... (PEF5)

Quando se fala que o programa precisa ser Adaptável ao contexto da Atenção Primária a Saúde, pretende-se chamar atenção para um diálogo entre o formato do programa e a realidade o qual o programa vai ser desenvolvido. Pensar, construir e testar um programa num laboratório não garante que ele irá funcionar tal qual foi testado.

... *“Então o programa em si pode ser viável, mas ele vai ter que dialogar com o contexto. E aí se ele não dialogar com o contexto de implantação, ele ou é imposto ou ele não funciona”* ... (G2).

... *“acho que tem que ter uma abertura pra modificação do programa de acordo com os interesses e possibilidades da população local, dos profissionais...”* (G2)

... *“Então acho que talvez o que facilitaria mais a implantação do programa, mais talvez do que a demonstração de custo efetividade dele, seria a flexibilidade para a adaptação dele para o contexto da atenção primária”*... (G2)

Podemos observar também, em apenas uma única fala, três subcategorias relacionados a características que o programa precisa ter para que o serviço possa de fato adotarem-no, são elas: *ser um programa*

*sustentável, se aproximar das ações desenvolvidas pelas ESF e ser adaptável ao contexto da Atenção Primária a Saúde.*

*...“primeiro ele (o programa) teria que ser um curso sustentável, então ele precisa ver se é possível de ser mantido pelos profissionais que nós temos, pela dinâmica de trabalho que eles têm ao longo de um tempo grande. Segundo, ele precisa ser adequado pra dinâmica da população, então às vezes a gente faz uns cursos que são intensivos demais, que exigem um grau cognitivo muito alto, exigem uma adesão rigorosa, e a população falta uma consulta acaba não conseguindo participar. Então ele teria que ser flexível o suficiente pra caber no contexto da atenção primária que apesar de ser um cenário maravilhoso pra pesquisa não é um contexto de pesquisa, então ele é um contexto de serviço pouco estruturado, digamos assim” ... (G2)*

Como na sessão sobre as barreiras para adoção, o alto custo foi um dos itens abordados. Nesta sessão foi observado que uma forma de driblar essa barreira, seria minimizar os custos do programa, e outro caminho seria procurar outras formas de captação de verbas.

*... “a gente trabalha muito com captação de recursos também, então além desses recursos fixos que são repassados via os programas a gente capta recurso ... a gente teria que ter outra fonte de recursos que ai através de projetos. ... Ai nesse aspecto é mais fácil a gente conseguir um recurso próprio para o programa”... (G1)*

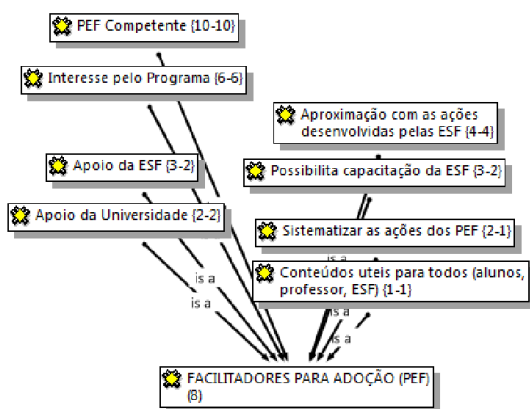
Entretanto mesmo o gestor fazendo essa reflexão aponta que:  
*... “o benefício para o cidadão não tem preço, né”... (G1)*

A partir da observação e análise da figura 8, vários itens contribuem como facilitadores do programa para a sua adoção. Na visão dos gestores, profissionais do CS e PEF ter interesse pelo programa é o primordial para que ele aconteça, além disso a aceitação pela ESF e ter



recursos foi apontado pela maioria dos respondentes. Ainda foi apontado que o programa deve ser adaptável ao contexto da atenção primária, se aproximar das ações desenvolvidas pelas ESF e os conteúdos do programa são úteis, sustentáveis e flexíveis.

Por fim apresentamos os facilitadores para adoção do programa pelos PEF. Podemos observar na figura 9, a presença de dois núcleos de sentido. Um se refere às necessidades levantadas por esses profissionais (a esquerda) e o outro faz menção a aspectos inerentes ao programa (a direita). Oito subcategorias vieram à tona nesta análise, sendo que *PEF Competente* apresentou 10 ocorrências, após *Interesse pelo Programa* (6 ocorrências), *Aproximação com as ações desenvolvidas pelas ESF* (4 ocorrências), *Apoio da ESF* e *Possibilidade de Capacitação da ESF* (3 ocorrências).



**Figura 9.** Facilitadores para a Adoção (PEF) do programa VAMOS segundo os profissionais CS e os PEF do NASF, Florianópolis, 2013.

Aplicar um programa em um formato nada habitual de promover AF, para alguns podem causar estranheza, mas se o profissional for competente, a possibilidade dele aceitar o desafio é potencializada.

*... “a PEF2 é uma profissional altamente capacitada altamente gabaritada com certeza ela levaria qualquer grupo de atividade física pra frente, certamente, sem dúvida alguma”... (ACS BL)*

As PEF que aplicaram o programa demonstraram um elevado grau de satisfação com o mesmo, apontando que esse é um dos caminhos de atuação dos profissionais de Educação Física na rede de atenção básica a saúde.

... *“Isto foi o que sempre esperei da Educação Física”* ... (PEF1)

... *“O programa é maravilhoso”*... (PEF2)

Para tanto, profissionais satisfeitos e motivados com a estrutura e objetivos de um dado programa, contribui para o interesse pelo mesmo.

... *“porque se dependesse delas com certeza elas dariam tudo pra fazer uma coisa né”*... (ACS BL).

Outro fator que merece destaque é o programa favorecer os profissionais que participam do NASF a cumprirem com uma de suas funções no apoio a ESF. Assim, foi dado um passo a frente, pois percebendo o VAMOS como uma possibilidade de capacitação da ESF, a adoção a proposta torna-se algo interessante.

... *“E é importante também porque um dos papéis do profissional de educação física do NASF é capacitar os outros integrantes da equipe”* ... (PEF2).

Portanto, ter profissionais comprometidos com o sistema, competentes e interessados por propostas inovadoras, parece ser uma condição que facilita a implantação de programas que se aproxime com as ações já desenvolvidas pelas ESF, ampliando os conhecimentos não só dos usuários do serviço participantes do programa, como também da própria equipe.

Não é objetivo deste estudo abordar as percepções dos diferentes atores sociais que se envolveram com o programa, entretanto ao finalizar esse tópico dos resultados, uma fala foi escolhida entre tantas para tentar representar parte do que foi o programa VAMOS na percepção de um dos idosos participantes contido numa fala de um dos PEF:

... “assim, eu escutei uma frase assim ó, de um dos idosos falando assim: “abençoado foi aquele que pode estar nesses três meses nesse curso.” Ele falou isso para um outro grupo de outras pessoas, abençoado é aquele que pode tá lá aprendendo aquilo pra vida, porque é.. não é todo mundo infelizmente que tem acesso a essas informações que podem mudar a tua saúde. Então, eu escuto mudança de vida, coisa que na a AF prática a gente escuta, claro, mas eles não valorizam igual” (PEF2)



## CAPÍTULO V

### 5 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar o potencial de alcance e de adoção de um programa de MC para a promoção de AF desenvolvidos na ABS, e identificar as barreiras e facilitadores organizacionais que interferem nestas duas dimensões, na fase de implantação do programa. Tal perspectiva foi traçada porque avaliar programas, sobretudo na ótica de compreender o que dificulta como também o que facilita o alcance da população-alvo e a adoção de um programa educacional de promoção da AF por parte dos profissionais envolvidos, torna-se um exercício importante, quando se pretende ter sucesso na implantação de novos modelos de programas na ABS.

Analisando a literatura relacionada à temática, observa-se que, na última década, diversos estudos buscaram avaliar programas relacionados à promoção da AF no Brasil (AMORIM et al., 2013; BENEDETTI e LOPES, 2009; COSTA, 2013; GOMES e DUARTE, 2008; HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010; MATSUDO et al., 2008; MENDONÇA et al., 2009; NAKAMURA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010). Entretanto nenhum desses estudos deteve-se a avaliar os itens aqui analisados. Também, poucos estudos utilizaram uma abordagem qualitativa de investigação (AMORIM et al., 2013; HALLAL et al., 2009) e tão pouco se preocuparam em investigar aspectos organizacionais que influenciam a implantação desses programas.

Quanto ao alcance, os achados do presente estudo indicam uma taxa de participação de 15% no programa VAMOS, o que pode ser considerado um valor baixo, mas superior ao encontrado no estudo de Almeida et al. (2010), no qual o valor correspondeu a 8%. No estudo de Almeida et al. (2010), todos os sujeitos com diagnóstico de pré-diabetes, vinculados ao um centro integrado de cuidado a saúde na cidade do Colorado (Estados Unidos) e que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa (n=12.468), foram considerados como participantes elegíveis. A oferta insuficiente de grupos de mudança de comportamento, a falta de entendimento do mesmo e a falta de tempo dos participantes, são alguns dos fatores apontados pelos autores, que podem ter interferido no baixo alcance. O baixo alcance dos programas já existentes é algo que tem inquietado os pesquisadores (BENEDETTI et al., 2013), pois por

mais rica que seja a literatura que reporta dados sobre a efetividade de programas de AF com o objetivo de promoção da saúde (BRASIL, 2011c), pouco se tem avançado na conquista de novos participantes, deixando de fora boa parcela da população. É nesse contexto que se coloca a seguinte reflexão, não basta ser efetivo, o programa precisa ser atrativo, para que o alcance seja potencializado e grande parte da população seja beneficiada. Então, observando as análises do presente estudo, percebe-se que o programa VAMOS apresenta um alcance limitado, entretanto com possibilidades de potencialização. A taxa de participação de 15%, ainda parece ser um alcance modesto, mas novas adaptações nesse processo de implantação deverão ser realizadas para que esse cenário seja modificado e o alcance de programas com esse objetivo ampliado.

Quanto ao potencial de adoção (nível organizacional), os resultados indicaram que 85,7% dos CS (n=7) e PEF (n=7) convidados a participarem do VAMOS, aceitaram o convite. O CS que se recusou a participar alegou não ter estrutura física adequada e o PEF, sobrecarga de trabalho e também falta de estrutura física. Um estudo brasileiro que analisou a adoção do programa *Jogo de Cintura*, encontrou uma taxa de 100% tanto pelas organizações quanto pelos profissionais das ESF (ROMEIRO et al., 2013). Esse estudo buscou através da elaboração de um modelo lógico, avaliar o desenvolvimento de um PPS aplicado em uma ESF de São Sebastião – DF. A avaliação enfatizou elementos do planejamento e da implantação do *Jogo de Cintura*, um programa de promoção da AF na ABS.

Partindo para a análise das barreiras, no que tange ao Alcance do programa, o presente estudo verificou que se trata de um programa inovador para um formato de programa de AF, bem diferente do que a população está acostumada a ver. Inicialmente houve resistência na participação pelos idosos, principalmente porque a população de uma forma geral não está habituada a participar de programas com este perfil, ou seja programas teóricos de promoção da atividade física. Os programas tradicionais de AF culturalmente são os mais atrativos, principalmente por deterem um arcabouço de atividades eminentemente práticas (JOSYULA; LYLE, 2013).

Dentre as barreiras organizacionais para a adoção do programa, apontadas pelos gestores, profissionais do CS e PEF do NASF, o presente estudo encontrou, principalmente, a *sobrecarga de trabalho* e a *dificuldade orçamentária* como barreiras para adoção do programa. Fato este, que corrobora com os achados de um estudo que também teceu

suas análises à luz de uma abordagem qualitativa, avaliando as barreiras e facilitadores para implantação de um programa (HARRIS et. all., 2005). O programa denominado SNAP (S=smoking/tabagismo, N=nutrition/nutrição, A=alcohol/alcoolismo e P=physical activity/atividade física) foi desenvolvido pelo governo australiano e aplicado em duas organizações ligadas ao setor da Atenção Primária a Saúde, sendo uma na zona urbana e outra na zona rural e tinha como objetivo a mudança comportamental sob os quatro fatores de risco apontados acima (HARRIS et. all., 2005). Os dois itens de *sobrecarga de trabalho* e a *dificuldade orçamentária* também foram apontados no estudo que avaliou as barreiras para implantação de uma intervenção promotora de AF na ABS (JOSYULA; LYLE, 2013). A intervenção citada pelos autores, se tratava de uma prescrição de AF com ou sem fornecimento de cupons para compras em lojas e envolveu adultos que realizavam visitas de avaliação do estado de saúde para o desenvolvimento de doenças crônicas e adultos não gestantes, que realizavam consultas de exames preventivos. Embora a sobrecarga de trabalho tanto dos profissionais do CS quanto dos PEF do NASF, ter sido apontada entre as principais barreiras para adoção do programa os mesmos destacam a iniciativa como algo viável e passível de ser aplicada na rede de atenção básica a saúde. Embora, segundo eles para sua implantação seria necessário uma organização prévia dos envolvidos, como também contratar novos profissionais. Por conseguinte, ao questionar os gestores sobre os custos necessários para o desenvolvimento do programa, eles apontaram que se o programa é bom sempre se consegue financiamento, e um dos caminhos seria via editais. Caminho este, também apontado no estudo de Romeiro et al. (2013).

Destaca-se, ainda, que quando analisado as estruturas físicas dos CS é notório a falta de espaços adequados limitando o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da promoção da AF, o que confira, como uma barreira para adoção de tais programas. Entretanto parece ser mais fácil encontrar espaços para realização de programas neste formato, do que para aqueles tradicionais de promoção da AF. É possível verificar a importância dos CS em obterem espaços adequados quando observamos os resultados da revisão de Bonfim (2012) no qual relata que a metade dos programas descritos, tinham os CS como único ponto de referência para o desenvolvimento de suas atividades.

No presente estudo, foi investigado os principais motivos que levaram cinco das sete PEF que fazem parte do NASF a não aplicarem o VAMOS em sua regional, estes foram: sua regional não atendia aos critérios de inclusão da pesquisa previamente estabelecidos e o acúmulo de atividades existentes na rotina de trabalho das PEF. Ou seja, a partir das análises das falas, verifica-se que houve apenas uma recusa (P4), e que no caso das demais houve impossibilidade de participação em função dos critérios de inclusão relacionados ao desenvolvimento da pesquisa. A investigação de informações oriundas dos profissionais não participantes também foi uma ação realizada no estudo de Josyula e Lyle (2013). Essas informações serão levadas em consideração na hora da reformulação do programa.

No que diz respeito aos facilitadores, o presente estudo verificou a presença de vários itens que se considerados podem levar a uma maximização do alcance da população alvo. Alguns destes se relacionam diretamente com as estratégias de divulgação, outros com as atitudes dos profissionais e por fim os itens relacionados com o formato do programa. De uma forma geral esses itens que aqui emergiram, são factíveis a realidade da atenção primária e por isso podem ser colocados em prática. Uma simples ação que pode ser incorporada na rotina de aconselhamento da equipe de saúde é a equipe recomendar o programa em seus contatos diários aos usuários. Somado a isso, a entrega de panfletos também demonstra ser interessante nesse contexto, pois contribui no processo de sensibilização da população para participação das ações desenvolvidas pelos CS. Esses profissionais chamaram atenção para que independente de se tratar de um programa educacional o mesmo deveria ter atividades práticas incorporadas em seus encontros.

Em relação à população-alvo, verificou-se nas falas dos profissionais a sugestão de ampliar a faixa etária da população a ser atendida, como vista a melhorar o alcance e maximizar as possibilidades de ações de educação em saúde para a população em geral. De acordo com a revisão de Bonfim (2012), podemos perceber que seis dos 10 programas analisados eram voltados à população em geral, enquanto três se limitavam à população adulta e idosa. Mas, vale ressaltar, que mesmo os projetos sendo abertos à população em geral, a maior adesão às



atividades era por parte das pessoas acima de 50 anos e geralmente do sexo feminino.

O estudo de Wieckowski e Simmons (2006), conduzido igualmente em ambiente comunitário também reportou ser interessante compartilhar depoimentos de ex-participantes, em forma de vídeos, sites, boletins informativos e apresentações, gerando assim entusiasmo para os participantes em potencial. O mesmo estudo, também chama atenção de que a probabilidade das organizações adotarem na prática um novo programa pesa sobre a forma como o programa é disseminado para a população-alvo.

O presente estudo apresenta vários itens que contribuem para que os CS adotem o programa. Ora esses itens se relacionam com o contexto de atuação dos profissionais, ora com o próprio formato do programa. Todos os itens têm sua importância, mas em decorrência da frequência elevada de um dos itens, destaca-se aqui a importância deste em relação aos demais. O *Interesse pelo programa* é demonstrado como condição *sine qua non* para a adoção do programa, pois de fato, não adiantaria organizar um programa que venha para atender as necessidades da comunidade se a equipe não despertar o interesse em desenvolvê-lo.

O desafio em fazer com que as organizações adotem uma proposta inovadora também foi apontado em estudo semelhante (WIECKOWSKI; SIMMONS, 2006). Os autores Wieckowski e Simmons (2006), levantaram que apesar desta ser uma tarefa difícil e complexa, existem maneiras de alcançar uma mudança prática do cenário, mesmo diante das barreiras inerentes a esse processo. O estudo sugere que anteriormente a implantação de programas inovadores, o estado de prontidão das organizações seja checado. A realização desta ação, facilita a visualização do potencial de sucesso da intervenção. Outra estratégia-chave sugerida seria envolver todos os profissionais que irão participar na execução do programa na fase de seu planejamento. Planejar em conjunto com a equipe de saúde ajudaria identificar métodos valiosos para imersão do programa no mundo real e isso pode ser feito através de grupos focais com os principais sujeitos intervenientes, que juntos auxiliariam na identificação e desenvolvimento de métodos eficazes. Outro item que facilita a adoção,

é a construção de parcerias com as universidades, essa informação vem incorporar os achados de outros estudos (BONFIM, 2012 ; ROMEIRO, 2013)

Em nosso estudo, foi apontado como fator facilitador, tanto para alcance, quanto para adoção, o desenvolvimento do VAMOS para os profissionais dos CS. Percebe-se uma lacuna de conhecimento, assim como um interesse por parte destes profissionais para entenderem melhor o programa que poderão levar a população e encorajá-los a se tornarem mais ativas e saudáveis. Conhecendo e vivenciando o que é o programa e com a oportunidade deles se beneficiarem do programa, é muito mais fácil e motivante a divulgação por parte dessas equipes. Além disso, atividades de capacitação/conscientização de gestores e funcionários da saúde vêm sendo desenvolvidas em programas nacionais, como por exemplo, os Programas: ‘Saúde Ativa Rio Claro’ (NAKAMURA et al., 2010), ‘Agita São Paulo’ (MATSUDO et al., 2008) e ‘Comunitário de Atividade Física’(SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011). Embora, essas iniciativas acontecem de forma pontual e diferentemente do formato programa VAMOS, pois não se tratam de programas com uma proposta de Mudança de Comportamento. Os conteúdos do programa VAMOS foram apontados como útil para todos, fazendo com que os profissionais se interessem em adotá-lo para aprimorar seus conhecimentos. Esta finalidade do programa que aumenta o conhecimento dos profissionais envolvidos foi semelhantemente apresentado no estudo de Harris (2005).

Ações como estas inclusive, já estão previstas na PNPS, onde é mencionado que as ações na rede básica de saúde e na comunidade devem contemplar a oferta de *“práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis”*, além de *“capacitar os trabalhadores de saúde”* (BRASIL, 2006).

A adoção também pode ser facilitada se o programa a ser implantado for concebido considerando sua viabilidade para o mundo real. Itens como este, também foram semelhantemente analisados no estudo de Wieckowski; Simmons (2006). A flexibilidade do programa deve existir, para que o programa possa se ajustar ao ambiente prático

realizada (JOSYULA; LYLE, 2013). Ou seja, a intervenção deve ser adaptável, fato concebido no VAMOS desde o seu DNA!

Ainda, se referindo ao estudo de Wieckowski; Simmons (2006), com o programa *Healthy Moves for Aging Well* procurou-se, antes de reaplicá-lo em outras organizações, desenvolver um bom relacionamento com os profissionais tanto da gestão como os envolvidos diretamente com a execução, visando garantir que o programa receberia o apoio necessário para sua execução, inclusive de ordem financeira. Neste mesmo estudo, foi apontado a importância de certa estabilidade dos profissionais nas organizações, pois é inerente a alteração da rotina dos serviços quando se implanta uma nova intervenção. Ou seja, a rotatividade dos profissionais só dificultaria o processo de implantação destas iniciativas, fato este apontado no nosso estudo. Esta situação é realmente desafiante, quando outros itens também se fazem presentes nesse processo inicial, tais como escassez de PEF, falta de estrutura física adequada, pouco recurso financeiro disponível, sobrecarga de trabalho entre outros. Uma ação prévia para aplicação da intervenção, é realizar uma aproximação desta aos profissionais pertencentes a organização, por meio de discussões em pequenos grupos, fato que parece uma ação interessante a ser realizada (JOSYULA; LYLE, 2013).

A realização deste projeto piloto, possibilitou aprender mais sobre alguns aspectos organizacionais relacionados a implantação de programas educacionais na ABS, neste caso específico para promoção da AF. E, apesar da carência de estudos nessa área, a literatura tem sugerido que a realização destes tipos de projeto piloto amplia o campo de conhecimento de questões relacionadas aos gestores, aos profissionais que executam e aos participantes (WIECKOWSKI; SIMMONS, 2006). Sendo assim, a contribuição dos programas de promoção da AF baseada em evidência se dá pela imersão destes em meio a uma diversidade cultural e linguística de idosos de baixa renda.

Desse modo, procurou-se com esse estudo analisar os resultados obtidos nesta fase inicial de implantação do VAMOS, bem como a partir das ricas informações que foram aqui geradas, propor uma reflexão acerca dos rumos da implantação de um PPS relacionado a AF, com o intuito de fornecer subsídios aos profissionais que atuam na área da saúde coletiva brasileira. Entretanto mais estudos a respeito desta temática são necessários, diante da complexidade que envolve o sucesso no processo de implantação de programas de promoção na AF no SUS.



## CAPÍTULO VI

### 6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

No cenário nacional, apesar de termos, diversos PPS/AF, percebemos que as informações, atualmente, não são suficientes para dar o suporte necessário aos profissionais envolvidos com a implantação destes na rede básica de saúde. É neste sentido, que o nosso estudo procurou avançar na discussão que permeia as avaliações de programas, procurando detalhar algumas dimensões tão importantes quanto à efetividade, mas que por muitas vezes são simplesmente esquecidas.

A realização deste estudo trouxe a tona itens imprescindível que devem ser considerados quando se pretende implantar um programa de mudança de comportamento na ABS. Assim como as barreiras que dificultam a implantação de tais iniciativas, também foi possível visualizar os facilitadores que potencializam tal processo.

Conclui-se que as barreiras identificadas para implantação de um programa de promoção de AF estão relacionadas à aspectos como a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a falta de entendimento de uma proposta inovadora, enquanto os facilitadores relacionam-se ao envolvimento e o interesse da ESF.

Perante a carência de estudos nacionais que avaliam tais dimensões, sugere-se que avaliações futuras passem a englobar estas e as outras dimensões proposta pelo modelo RE-AIM, visando uma avaliação mais completa e detalhada. Ressalta-se ainda, a partir desse estudo que o envolvimento e o interesse de toda ESF é crucial para implantação e desenvolvimento de qualquer programa na rede básica de saúde, e que sem este, qualquer iniciativa estará fadada ao fracasso.

Uma recomendação que ratifica o que já anteriormente no estudo de Bonfim e colaboradores, 2012 foi dito, é que apesar das práticas educativas para promoção da AF serem efetivas, a sua implantação não deve ser isolada, ou seja, sem articulação com uma oferta permanente de grupos práticos de AF. E, que este modelo de promover AF no SUS parece ser uma boa alternativa, principalmente por sistematizar atividades possíveis de serem desenvolvidas primordialmente pelos PEF que atuam nos NASFs



## CAPÍTULO VII

### 7 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO

Entre as limitações inerentes ao presente estudo pode-se citar o fato de não ter conseguido realizar uma descrição detalhada das características sócio-demográfica e comportamental da população-alvo, fato este que limitou as análises de representatividade. A não realização simultânea da coleta com a análise dos dados, por vezes dificultou o acesso de dados essenciais, sendo estes verificados sua falta após o término das coletas, na fase de escrita dos manuscritos. Por fim, embora estudos de intervenção mostrem taxas de participação semelhantes, as mesmas são consideradas baixas se olharmos o universo de sujeitos que podem se beneficiar com tais iniciativas.

Como pontos fortes do estudo, ressalta-se: a) a utilização de métodos quanti e quali na investigação do problema em questão; b) procurou-se em todo momento da pesquisa estabelecer um diálogo com o serviço no qual o programa estava sendo implantado, com vista a elucidar fatores influenciadores na implantação; c) ser um estudo longitudinal com investigação da percepção de diferentes atores sociais; d) a aplicação de um programa de intervenção *in locus*; e) o foco na validade externa, onde a aplicação do programa foi realizada pelos profissionais do serviço e não pelos pesquisadores, como de costume nos estudos; f) até onde se tem conhecimento, este foi o primeiro estudo nacional que avaliou um programa de mudança comportamental para promoção da AF no SUS a luz do modelo Re-aim; g) os resultados aqui encontrados podem ser utilizados em futuras implantações de PPS/AF no contexto do mundo real, visto que muitos dos achados podem ser utilizados como forma de potencializar a implantação destes.





## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FA, SHETTERLY S, SMITH-RAY RL, ESTABROOKS PA. Reach and effectiveness of a weight loss intervention in patients with prediabetes in Colorado. **Preventing Chronic Disease** 2010; 7(5).
- AMORIM TC, KNUTH AG, CRUZ DKA, MALTA DC, REIS RS, HALLAL PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2013; 18: 63-74.
- BAUMAN A, CHAU J. The role of media in promoting physical activity. **J Phys Act Health**. 2009 Nov;6 Suppl 2:S196-210.
- BENEDETTI TRB, SCHWINGEL A, GOMEZ LSR, CHODZKO-ZAJKO W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Rev Bras Cin e Desemp Hum** 2012; 14(6):723-737.
- BENEDETTI TRB, LOPES MA. Programas de Atividade Física para Idosos da UFSC – Florianópolis, SC. In: Afonso MR, Cavalli AS, editores. *Trabalhando com a Terceira Idade: Trajetórias de intervenção*. Pelotas: Editora Gráfica e Universitária; 2009. O. 20-29.
- BENNETT GG, WARNER ET, GLASGOW RE, ASKEW S, GOLDMAN J, RITZWOLLER DP, et al. Obesity treatment for socioeconomically disadvantaged patients in primary care practice. **Arch Intern Med**. 2012 Apr 9;172(7):565-74.
- BIELEMANN RM, KNUTH AG, HALLAL PC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2010;15(1):9-14.
- BLAIR SN, DUNN AL, MARCUS BH, CARPENTER RA, JARET P. **Active Living Every Day**. Campaign: Human Kinetics; 2001.
- BLAIR, SN. Et al. **Active Living Every Day**. 2. Ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2011.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde, v7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60p. (Série Pacto pela Saúde).

BRASIL. VIGITEL Brasil 2006: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Diário Oficial da União nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretaria de Atenção a Saúde, Cadernos de Atenção Básica. Brasil, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.488, de 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BONFIM MR, COSTA JLR, MONTEIRO HL. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2012; 17(3): 167-73.

BORGES, LJ. Influência de um Programa de Exercício Físico na Saúde e na Aptidão Funcional de Idosos Usuários dos Centros de Saúde de Fçorianópolis. 2009. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2009.

COSTA, BVL, MENDONÇA, RD, SANTOS LC, PEIXOTO SV, ALVES M, LOPES ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013; 18: 95 – 102

*DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA* (1998). Dicionários da Porto Editora (6.<sup>a</sup> Ed.). Porto: Porto Editora.

DUNN AL, MARCUS BH, KAMPERT JB, GARCIA ME, KOHL HW, BLAIR SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *Jama* 1999; 281(4):327-34.

GLASGOW, R.E.; et al. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. **Am J Public Health**. 1999; 89: 1322-1327.

GLASGOW, R.E.; et al. Reach, Engagement, and Retention in an Internet-Based Weight Loss Program in a Multi-Site Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res** 2007; 9(2):11.

GLASGOW, R.E; et al. External Validity: We Need to Do More. **Annals of Behavioral Medicine**. 2006: 105-108.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários **Estud. Psicologia**, Natal, **2002**; 7(2): 299-309.

GOMES MDA, DUARTE MDFDS. Efetividade de uma Intervenção de Atividade Física em Adultos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa-Brasil. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2008; 13: 44-56.

GORDIA AP, QUADROS TMB, CAMPOS W, PETROSKI EL. Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. **Rev. salud pública**. 2009;11(1):50-61.

HALLAL PC, CARVALHO YM, TASSITANO RM, TENÓRIO MCM, WARSCHAUER M, REIS RS, CRUZ DKA, DAMASCENA W, MALTA DC, TASSITANO R. Avaliação quali-quantitativa do programa academia da cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2009; 14: 9-14.

HALLAL PC, REIS R, HINO A et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. 2009;14(2):104-14.

HALLAL PC, TENÓRIO MCM, TASSITANO RM, REIS RS, CARVALHO YM, CRUZ DKA, DAMASCENA W, MALTA DC. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saúde Pública** 2010; 26: 70-78.

HARRIS MF, HOBBS C, DAVIES GP, SIMPSON S, BERNARD D, STUBBS A. Implementation of a SNAP intervention in two divisions of general practice: a feasibility study. **MJA**, v. 183, n. 10, p. 54-58, nov, 2005.

HALLAL PC, ANDERSEN LB, BULL FC et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. **Lancet** 2012; 380:247-57.

HOEHNER CM, RIBEIRO IC, PARRA DC, REIS RS, AZEVEDO MR, HINO MS, SOARES J, HALLAL PC, SIMÕES EJ, BROWNSON RC. Physical Activity Interventions in Latin America Expanding and Classifying the Evidence. **Am J Prev Med** 2013;44(3): e31- e40.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KANTORSKI LP, JARDIM VMDR, PEREIRA DB. A Integralidade no Cotidiano de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaucha Enferm** 2009; 30: 594-601.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KNUTH AG, MALTA DC, CRUZ DK et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. **J Phys Act Health**. 2010 Jul;7 Suppl 2:S253-8.

KRAUSE MP, BUZZACHERA CF, HALLAGE T, PULNER SB, SILVA SGD. Influência do nível de atividade física sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte**. 2007;13:97-102

LEE I-M, SHIROMA EJ, LOBELO F et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet** 2012; 380:219-29

MAGLUTA C. Desafios da Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(2):414-416, fev, 2013

MALTA DC, CASTRO AMD, CRUZ DKA, GOSH CS. A Promoção da Saúde e da Atividade Física no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2008; 13: 24-27.

MALTA DC, CASTRO AM, GOSCH CS et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde ea agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2009;18(1):79-86.

MATSUDO S, MATSUDO V, ARAUJO T et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Rev bras ativ fis saúde**. 2008;13(3).

MENDONÇA BCA, TOSCANO JJO, OLIVEIRA ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física; Academia da Cidade Aracaju program: promoting health through physical activity. **Rev bras ativ fis saúde**. 2009;14(3).

MEURER, ST; BENEDETTI, TRB; MAZO, GZ. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Rev. Bras. Ativ. Saúde**. Londrina, v.16, n.1, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 2011; 8 abr.

MOTA J, SALLIS JF, **Atividade Física e Saúde: Factores de Influência de Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes**. Ed.: Campo das Letras, Porto/Portugal, p. 127, 2002.

NAKAMURA PM, PAPINI CB, CHIYODA A, GOMES GADO, VALDANHA NETTO A, TEIXEIRA IP, LUCIANO E, KOKUBUN E. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2010; 15: 128-132.

OLIVEIRA KPC, VIEIRA EDL, OLIVEIRA JDD, OLIVEIRA KRD, LOPES FJG, AZEVEDO LF. Exercício Aeróbio no Tratamento da Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos do Programa do Programa de Saúde de Ipatinga. **Rev Bras Hipertens** 2010; 17: 78-86.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Riscos Globais de Saúde: Mortalidade e Carga de Doenças Atribuíveis aos Riscos mais Graves. Genebra, Suíça: **Organização Mundial de Saúde**, 2009.

PAFFENBARGER RS, HYDE R, WING A, HSIEH C. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. **N Engl J Med**. 1986;314:605-13.

PEREIRA JC, BARRETO SM, PASSOS VMDA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica** 2009;25:491-498.

PINTO NRS, TANAKA OY, SPEDO SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2009; 25: 927-938.

PROCHASKA JO, EVERS KE, CASTLE PH et al. Enhancing multiple domains of well-being by decreasing multiple health risk behaviors: a randomized clinical trial. **Popul Health Manag**. 2012; 15(5):276-86.

PUCCI GCMF, RECH CR, FERMINO RC, REIS RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Rev. Saúde Pública.** 2012;46(1):166-79.

RODRIGUES JD, FERREIRA DKS, SILVA PA, CAMINHA IO, JUNIOR JCF. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2013; 18: 5-15.

ROMEIRO C, NOGUEIRA, JAD, TINOCO, AG, CARVALHO KMB. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2013; 18: 132-42.

SANTOS SFS. Núcleo de apoio à saúde da família no Brasil e a atuação do profissional de Educação Física. 185f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, 2012.

SEVICK MA, DUNN AL, MORROW MS, MARCUS BH, CHEN GJ, BLAIR SN. Cost-effectiveness of lifestyle and structured exercise interventions in sedentary adults: results of project Active. *Am J Prev Med* 2000;19(1):1-8.

SILVA L, MATSUDO S, LOPES G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2011; 16: 84-88.

SILVA, SG et al. Caracterização da pesquisa. In: SANTOS SG. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa quantitativa aplicada à Educação Física.** Florianópolis. SC: Tribo da Ilha, 2011.

STEWART AL, MILLS KM, SEPSIS PG, KING AC, MCLELLAN BY, ROITZ K, et al. Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. **Ann Behav Med** 1997; 19(4):353-61.

TAYLOR SM, ELLIOTT S, ROBINSON K, TAYLOR S. Community-based Heart Health Promotion: Perceptions of Facilitators and Barriers. **Revue Canadienne de Santé Publique**, 1998; 89 (6): 406-409.

THOMAS JR, NELSON SJ, SILVERMAN. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. ARTMED, 2012.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002; 7 ( 3): 581-589.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. 2009; 19 (3,): 777-796.

VENTURIM LMVP, MOLINA MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício: Vitória/ES. **Rev bras ativ fís saúde**. 2005;10(2).

WIECKOWSKI JMSG, SIMMON JLCSW. Translating Evidence-Based Physical Activity Interventions for Frail Elders. **Home Health Care Services Quarterly** (The Haworth Press, Inc.) 2006; 25 (1/2): 75-94.

WILCOX S, DOWDA M, WEGLEY S, ORY MG. Maintenance of change in the Active-for-Life initiative. **Am J Prev Med**. 2009 Dec;37(6):501-4.

\_\_\_\_\_.<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm/>. Acessado em 13 de fevereiro de 2013.



APÊNDICE A – Ficha diagnóstica  
(informações utilizadas para este estudo)





## 1. FICHA DIAGNÓSTICA

### a) Dados de Identificação:

Nome completo:.....

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Data de nascimento:.....

Idade:.....anos

Onde o sr(a) nasceu. Cidade: .....Estado:..... País:.....

Programa (1) Exercício Físico (2) VAMOS (3) Grupo Controle

Endereço:.....

Telefone:.....

Em caso de emergência ligar para quem?

Nome e parentesco:.....Telefone:.....

Local e início no programa: .....

**Pressão Arterial:** .....

### b) Características sócio-demográficas

**1. Quanto tempo o sr(a) vive em Florianópolis?..... E nesse lugar? .....**

**2. Qual é o máximo de anos que o sr(a) estudou? .....**

#### 2.1 Escolaridade:

(1) Analfabeto/sem escolaridade

(2) Fundamental incompleto/1 a 7 anos

(3) Fundamental completo/ 8 anos

(4) Médio incompleto/9 a 10 anos

(5) Médio completo/ 11 anos

(6) Ensino superior completo

(7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado)

#### 3. Qual é a sua religião?

(1) Católico/a (2) Evangélico/a (3) Espírita (4) Sem religião

(5) Ateu (6) Outro:.....

#### 4. Qual o seu estado civil?

(1) Solteiro (2) Casado/juntado (3) Separado/divorciado (4) Viúvo

(5) Outros

**6. Quantas pessoas incluindo o sr(a) moram na sua casa?**

.....

**7. Com quem o sr(a) mora?**

(1) Sozinho (2) Cônjuge (3) Filhos (4) Netos (5) Outro(s).  
Qual(s)?.....

**9. Atualmente o sr(a) é:**

- (1) Aposentado (a)
- (2) Pensionista
- (3) Aposentado (a) e Pensionista
- (4) Aposentado (a) ativo
- (5) Pensionista ativo
- (6) Aposentado(a)/Pensionista ativo
- (7) Remunerado ativo
- (8) Não remunerado ativo

**10. Qual é a renda média mensal do sr(a) ?**

- (1) < 1 (menor que 622,00)
- (2) 1—|2 (622,00 a 1.244,00)
- (3) 2—|3 (1.245,00 a 1.866,00)
- (4) 3—|4 (1.867,00 a 2.488,00)
- (5) 4—|6 (2.489,00 a 3.732,00)
- (6) + de 6 (+ de 3.733,00)

**c) Condições de saúde**

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

**1. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é**

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

**2. O sr(a) tem alguma doença (1)sim (2)não****4. O sr(a) toma medicamentos (0) Sim (1) Não Quantos?**

.....Qual (is)?.....

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas e Grupo Focal



## **ROTEIRO DE ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL**

Nome/Equipe do(s) entrevistado(s):.....

Função: .....

Local: ..... Data .....

Entrevistador: .....

### **ENTREVISTAS - MEMBROS DA COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE**

1. O que você pensa sobre o programa implantado nos centro de saúde?
2. O que você achou atrativo no programa?
3. O que você apontaria como positivo no programa?
4. O que você apontaria como negativo no programa?
5. Quais os benefícios do programa oferecido?
6. Houve reclamação sobre o programa? Qual?
7. O que você pensa sobre o custo do programa?
8. Com a verba atual para este centro de saúde, o programa pode ser implementado? Será necessária verba adicional?
9. Para que o programa pudesse ser implantado em diferentes centros de saúde, alguma coisa precisaria ser modificada?
10. Você pensa que a secretaria de saúde tem condições de oferecer o programa por longo tempo? ( ) sim ( ) não. Por que?
11. Em sua atual forma, qual a probabilidade, de 0 a 5 - sendo 0 "zero" nenhuma chance, do programa ser implementado nos centros de saúde?

### **ENTREVISTAS – PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE SAÚDE**

1. Foi difícil o recrutamento dos idosos para esta intervenção? O que você pensa que facilitaria esse processo?
2. O que você pensa em relação ao programa que foi implantado neste centro de saúde nos últimos 3 meses? A partir do que você conheceu.
3. O programa modificou a rotina no centro de saúde? Em que?
4. O que você apontaria como positivo na implantação do programa?
5. O que você apontaria como negativo na implantação do programa?

6. De uma nota de 0 a 5 para a probabilidade desse programa fazer parte da rotina dos serviços nos centros de saúde ? Sendo (0 zero) nenhuma probabilidade.
7. Você pensa que os profissionais de Educação Física que trabalham no centro de saúde têm condições de oferecer o programa regularmente? Ela está preparada e conseguiria assumir as aulas? Teriam tempo?
8. Você pensa que a sua equipe de saúde está preparada para oferecer o programa?
9. Você recomendaria esse programa para idosos? E para outras faixas etárias?
10. Você percebeu (nas reuniões, conversa do dia-a-dia ...) que as explicações/treinamento da profissional foi suficiente para que a equipe de saúde do Centro de Saúde entendesse os objetivos do projeto e as razões pelas quais ele foi implementado nos centros de saúde?
11. Pela experiência que tem com os idosos dessa região, você pensa que os idosos iriam aderir/aceitar/participar do programa caso este seja implementado nos centros de saúde?
12. Você tem algum outro comentário? Alguma sugestão?

## **GRUPO FOCAL – PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF QUE APLICARAM AS INTERVENÇÕES**

### **MOMENTO I (aplicação de 1/3 do programa)**

1. Com relação ao material didático que esta sendo utilizado e que foi preparado pelos profissionais de design, vocês tem observado algum problema? E os idosos? Com relação à cor, fonte, foto, os exercícios propriamente dito, aqueles de preencher o que vocês sentiram em relação a isso?
2. Vocês estão achando os exercícios difíceis? Ou vocês estão achando que eles não entendem o exercício ou é o excesso de exercício? Vocês acham que é possível mudar alguma coisa?
3. Os idosos estão fazendo a tarefa em casa?
4. Com relação aos folders também pode ser falado algo, ou só a apostila?
5. Quantos idosos estão vindo?
6. Como está o andamento do programa? Aspectos positivos e negativos?
7. Vocês tem percebido que o lanche é algo importante?



8. E como é o domínio dos conteúdos para as aulas? Consegue entender, organizar?
9. Vocês estão conseguindo fazer o domínio desse grupo, fazer falarem e essas coisas assim?
10. Quais estão sendo os maiores problemas e vocês tem alguma solução para esses problemas?
11. Vocês tiveram algum problema na busca de estratégias de auxílio pelas unidades de saúde para o melhor andamento do programa?

### **MOMENTO II (aplicação de 2/3 do programa)**

1. Com relação ao material didático desses novos capítulos, vocês tem observado algum problema com relação ao entendimento? Vocês e os idosos? Com relação à cor, fonte, foto, os exercícios propriamente dito, aqueles de preencher o que vocês sentiram em relação a isso?
2. Vocês estão achando os exercícios difíceis? Ou vocês estão achando que eles não entendem o exercício ou é o excesso de exercício? Vocês acham que é possível mudar alguma coisa?
3. Os idosos estão fazendo a tarefa em casa?
4. Como está a assiduidade, e porque que vocês acham que diminuiu a assiduidade e o que fazer pra modificar isso? E algum deles procurou vocês fora do horário pra buscar conteúdo, quando faltaram?
5. Como está o andamento do programa? Aspectos positivos e negativos?
6. E como é o domínio dos conteúdos para as aulas? Consegue entender, organizar?
7. Vocês estão conseguindo fazer o domínio desse grupo, fazer falarem e essas coisas assim?
8. Quais estão sendo os maiores problemas e vocês tem alguma solução para esses problemas?
9. Como é que esta o encaminhamento para o fim das atividades?
10. Vocês acreditam que três meses é o tempo suficiente para mudar o comportamento?
11. Gostaria de fazer algum comentário extra?

### **MOMENTO III (término da aplicação do programa)**

1. O que vocês acharam do programa?
2. As lições estavam fáceis e claras para serem aplicadas?

3. O ambiente (luz, espaço, limpeza, claridade, materiais,...) onde foi ministrado as atividades neste três meses era adequado?
4. Os materiais oferecidos foram suficientes e adequados?
5. O treinamento que vocês realizaram foi suficiente para ministrar as atividades do programa? O que deveria ser mais abordado, o que não deveria ser mais abordado? O que deveria ser modificado?
6. Da forma com que o programa está organizado, vocês pensam que os idosos entenderam/receberam corretamente a mensagem? Vocês acham que o programa pode ser aplicado para outros grupos etários?
7. Vocês tiveram alguma dificuldade em ministrar as aulas no centro de saúde aos idosos?
8. Os profissionais do centro de saúde foram flexíveis com relação aos seus horários de trabalho? Tiveram algum problema com a chefia de vocês? ( ) sim ( ) não
9. Vocês tiveram algum problema com os locais que vocês trabalharam, com a equipe de saúde? Vocês acham que teve algum apoio da equipe, ou faltou? Vocês acham que a equipe entendeu o programa?
10. Quanto vocês acham importante a equipe de saúde tá por dentro do programa e qual seria a estratégia que vocês acham que devíamos usar pra isso?
11. O que vocês modificariam no programa? Com essas modificações, vocês acham que o alcance seria o mesmo ou seria diferente?
12. O que vocês pensam sobre este programa? Positivo? Negativo?
13. Vocês gostaria, de ministrar este programa por longo tempo?  
( ) sim ( ) não .Se não, por que?

### **ENTREVISTAS - PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF QUE NÃO APLICARAM AS INTERVENÇÕES**

1. Porque você não aceitou aplicar o programa em sua regional?
2. Quais as principais barreiras que você percebe para desenvolver o programa na sua regional?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE DESPORTOS**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a)

Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, temos o prazer de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “*Projeto VAMOS*”, como projeto de pesquisa do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, com apoio da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis.

Esta investigação tem por objetivo comparar as vantagens e desvantagens de um programa tradicional de exercício físico com um programa de mudança de comportamento para promover estilo de vida ativo entre idosos em Centros de Saúde.

A partir destes dados poderemos criar e oferecer novas metodologias de pesquisa e de ação para o sistema de saúde brasileiro; testar um programa “*Active Living Everyday*”, baseado em reuniões semanais que provoca mudanças de comportamento, para a prática de atividade física dos idosos brasileiros; contribuir para o aumento do percentual de idosos praticantes de atividades físicas buscando melhor qualidade de vida na velhice.

O estudo acontecerá no período de um ano, sendo três meses de intervenção e nove meses de acompanhamento. Haverá quatro avaliações nos idosos, sendo uma no início do projeto, aos três meses, aos seis meses e após um ano. Nestas, serão aplicados questionários de qualidade de vida, de níveis de atividade física e de autoeficácia. Medidas do peso, da estatura, da circunferência e da quantidade de atividade física semanal serão realizadas. Assim como, testes de flexibilidade, força, equilíbrio e resistência aeróbia.

Será garantido o sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos participantes do estudo.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e colocamos-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: benedetti@cds.ufsc.br ou fone 3721-9462).

TCLE: De acordo com o esclarecido, aceito participar da pesquisa “*Projeto VAMOS*”, estando devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos.

Ass.: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

APÊNDICE D – Material de divulgação do programa ‘VAMOS’

**CARTAZ**



# Vamos



**Sua saúde depende de você!  
Convide seu amigo, seu  
vizinho e venha participar!**

Maiores informações tel: (48) 3721-8562 /  
(48) 3721-8564 benedetti@cds.ufsc.br

**Centro de Saúde**

Local: \_\_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

**FLYERS**

## Flyer - Frente



## Flyer - Verso



ANEXO 1 – Parecer do CEPESH da UFSC.



	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos</p>	<p><b>CERTIFICADO</b> Nº 2387</p>
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, <b>CERTIFICA</b> que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.</p>		
<p><b>APROVADO</b></p>		
<p>PROCESSO: 2387</p>	<p>FR: 480560</p>	
<p><b>TÍTULO:</b> Projeto VIA - Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis</p>		
<p><b>AUTOR:</b> Tania Bertoldo Benedetti, Tânia R. Bertoldo Benedetti</p>		
<p>FLORIANÓPOLIS, 03 de Fevereiro de 2012.</p>		
<p>_____ Coordenador do CEPSH/UFSC</p>		