

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-graduação em Educação Física – PPGEF
Centro de Desportos – CDS

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS): PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES
QUANTO À SAÚDE, BARREIRAS E FACILITADORES**

FLORIANÓPOLIS

2016

LÚCIA MIDORI DAMACENO TONOSAKI

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS): PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO À
SAÚDE, BARREIRAS E FACILITADORES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de mestre em Educação Física. Área de concentração: Atividade Física Relacionada a Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

FLORIANÓPOLIS

2016

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

Damaceno Tonosaki, Lúcia Midori
PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE (VAMOS):
PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO À SAÚDE, BARREIRAS E
FACILITADORES / Lúcia Midori Damaceno Tonosaki ;
orientadora, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti -
Florianópolis, SC, 2016.
100 p.

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

Inclui referências

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

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS): PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO À
SAÚDE, BARREIRAS E FACILITADORES**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Educação Física, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2016.

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

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Marco Aurélio de Figueiredo Acosta
Universidade Federal de Santa Maria

Prof^ª. Dr^ª. Alcyane Marinho
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dr^ª. Gelcemar Oliveira Farias
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico à minha família, aos amigos e aos participantes do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter possibilitado essa caminhada de descobertas.

À minha família, sem ela essa caminhada teria sido mais difícil, obrigada pelo apoio financeiro e confiança depositada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido sob a forma de bolsa de estudos nos últimos 24 meses, que me permitiu desenvolver as atividades acadêmicas com dedicação exclusiva.

Às “TaniCats” Carla Elane, Helma Mororó, Mônica Silva (minhas irmãs baianas), e a Aline Gerage, Simone Meurer, e as mais novas irmãs Lisandra Konrad e Camila Tomiki.

Aos meus estimados amigos Sofia Manta e Gabriel Aguiar, pela companhia, alegria e apoio na coleta. Iane Nery pela amizade e companhia, ao Luiz Amaral pelo incentivo, carinho e o “ombro amigo” nos momentos de crise. À todas as amigadas que conquistei nessa estadia em Florianópolis.

À D. Sônia e Karen pelo acolhimento inicial na “Ilha da Magia”, e a D. Rita e Marina pelo acolhimento na reta final.

Aos meus amigos João Leal Neto e Bruno Morbeck pela rica convivência, carinho e acolhimento. Vocês são meus irmãos de coração por toda vida.

À William Salles pelas sábias orientações com o Programa Nvivo.

A todos os participantes do Programa VAMOS, sem os quais esse estudo não seria possível.

À minha orientadora professora Dr^a. Tânia R. Bertoldo Benedetti, pela paciência e confiança nessa etapa da minha formação profissional e humana.

À Banca avaliadora pela aceitação e valiosa contribuição na construção deste estudo.

A tod@s muito obrigada!

“[...] eu gosto muito de pessoas. ”
(*Daniela Cirimbelli, participante do*
VAMOS 2014)

RESUMO

Programas de mudança de comportamento têm proporcionado melhora a saúde por intermédio da adoção de hábitos de vida saudáveis. Atentar-se para a percepção do sujeito tem um papel importante na compreensão da saúde, bem como os benefícios que a mudança de comportamento traz para as suas vidas. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar as percepções dos participantes no Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS), quanto à promoção da saúde, barreiras e facilitadores. A pesquisa é caracterizada como qualitativa. Para compreender o objeto, este objetivo derivou de um estudo maior, que é o VAMOS, aplicado nos Centros de Saúde em Florianópolis (SC). A amostra foi constituída por todos os participantes do grupo de mudança do comportamento que concluíram o programa em suas duas versões: a primeira em 2012; e a segunda em 2014; e, que participaram do Grupo Focal (GF). Na primeira versão, 39 participantes iniciaram o Programa, desses, 16 participaram do GF. Na segunda versão, participaram 40 pessoas, desses, 19 do GF. Foi aplicada uma ficha diagnóstica aos participantes para formação do *baseline*, um GF, de onde foram extraídas as categorias sobre a percepção por meio da análise do conteúdo. Os dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade e renda) foram coletados por meio de entrevista face a face e transcritos e armazenados no *Epidata*. As variáveis qualitativas foram analisadas com auxílio do programa *Nvivo 10 for Windows* para criar as categorias de análise do conteúdo, para os dados sociodemográficos foi utilizada a análise descritiva desvio padrão e frequência pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - versão 17.0®)*. O VAMOS possibilitou aos participantes a construção de processos cognitivos tanto individuais quanto coletivos. Estes processos cognitivos são fatores importantes para a tomada de atitudes que contribuem na mudança de comportamento, podendo contribuir na prevenção de problemas de saúde ou manutenção de uma vida saudável. A análise da *percepção* possibilitou uma avaliação sobre o programa, auxiliando as possíveis modificações de suas versões futuras. Assim, acredita-se que os achados da pesquisa possam contribuir na melhoria do programa, especialmente buscando potencializar os facilitadores e minimizar as barreiras para que mudanças de comportamento sejam alcançadas, que é a característica principal do programa.

Descritores: Percepção. Atividade Motora. Saúde.

ABSTRACT

Behavior change programs have provided improved health through the adoption of healthy lifestyle habits. To be attentive to the perception of the subject is an important role for the understanding of health, as well as the benefits that the behavior change brings to their lives. In this sense, the objective of this study is to analyze the perceptions of participants of the Active Life Program Improving Health (VAMOS), as regards to health promotion, barriers and facilitators. The research is characterized as qualitative to better understand the study object, and was derived from a larger study, VAMOS, that is applied in health centers of Florianópolis (SC). The sample consisted of all participants of the behavior change group that completed the program in their two versions: first in 2012, and second in 2014; and who participated in the Focus Group (FG). In the first version, 39 participants began the Program, of which these, 16 participated of the GF. In the second version, there were 40 people, of which, 19 participated of the GF. Diagnostic record was applied to the participants to form the baseline, one GF, where the categories of the perception were extracted using the content analysis. The socio-demographic data (gender, marital status, age and income) were collected using face-to-face interview, than were transcribed, and stored in Epidata. Qualitative variables were analyzed with the assistance of Nvivo10 program for Windows to create the content analysis categories; to the demographic data were used the descriptive analyzing, standard deviation and frequency, by the Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS - version 17.0®). VAMOS enabled the participants to build both individual and collective cognitive processes. These are important factors for taking actions that contribute to the change behavior, and thus contribute to preventing health problems or to maintenance a healthy life. The analysis of the perception enabled an evaluation about the program, helping the possible changes for the future versions. In consequence, it is believed that the research findings can contribute to the improvement of the program, especially looking for enhance the facilitators and minimize barriers to behavior changes are achieved, the main characteristic of the program.

Keywords: Perception. Motor activity. Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de distribuição dos sujeitos da pesquisa.....	35
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do grupo focal	47
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos Programas ALED e VAMOS (2012).....	23
Quadro 2. Conceitos da Teoria Social Cognitiva.....	24
Quadro 3. Títulos dos encontros da primeira versão do programa VAMOS.....	39
Quadro 4. Títulos e objetivos dos encontros do programa VAMOS da segunda versão.....	42
Quadro 5. Barreiras e facilitadores percebidos pelos participantes do programa VAMOS em suas duas versões, 2012 e 2014.....	49
Quadro 6. Benefícios percebidos pelos participantes durante o programa de mudança de comportamento.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AF - Atividade Física
ALED - *Active Living Every Day*
CATI - Centro de Atendimento a Terceira Idade
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS - Centro de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EFT - Exercício Físico Tradicional
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GC - Grupo Controle
GF - Grupo Focal
IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*
MC - Mudança de Comportamento
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAC - Programa Academia da Cidade
PAS - Programa Academia da Saúde
PMC - Programa de Mudança de comportamento
PNPS - Plano Nacional de Promoção a Saúde
RNAF - Rede Nacional de Atividade Física
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SOE - Serviço de Orientação ao Exercício
SUS - Sistema Único de Saúde
TSC - Teoria Social Cognitiva
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
VAMOS - Vida Ativa Melhorando a Saúde
VIA - Vida Ativa
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 GERAL.....	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.3 DEFINIÇÕES DE TERMOS.....	17
1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 PROGRAMAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS....	20
2.2 PERCEPÇÃO DE ADULTOS E IDOSOS.....	27
2.3 BARREIRAS E FACILITADORES PERCEBIDOS.....	30
3 MÉTODOS.....	33
3.1 CARACTERÍSTICA DA PESQUISA.....	33
3.2 POPULAÇÃO.....	33
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS.....	34
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	36
3.6 COLETA DE DADOS.....	37
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA.....	45
3.8 TRATAMENTO DOS DADOS.....	46
4 RESULTADOS.....	47
BARREIRAS E FACILITADORES.....	50
BENEFÍCIOS PERCEBIDOS.....	53
5 DISCUSSÃO.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
Limitações, pontos fortes do estudo e sugestões.....	73
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
APÊNDICE B – FICHA DIAGNÓSTICA E O QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO PROGRAMA VAMOS 2014.....	84
APÊNDICE C – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL.....	89
APÊNDICE D – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS.....	94
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DO PROGRAMA VAMOS.....	96
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPSH/UFSC).....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA

O cenário atual tem demonstrado modificações negativas no comportamento humano com relação ao estilo de vida, ocasionando um declínio no estado de saúde, especialmente no que concerne à prática de atividade física e alimentação. Neste sentido, o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2013) vem realizando desde 2006 uma pesquisa nas capitais brasileiras. A pesquisa aponta que houve um aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade de 51,0% e 17,4% respectivamente em 2012, para 52,5% e 17,9% em 2014. Por outro lado, houve um aumento tímido no nível de atividade física (AF) de 33,5% em 2012 para 35,3% em 2014 (BRASIL, 2013; 2015).

O inquérito telefônico também apresentou dados importantes sobre o consumo alimentar. A população brasileira diminuiu o consumo de feijão, substituiu o almoço ou jantar por lanche, aumentou o consumo de refrigerantes e o consumo de sal na alimentação. Além disso, consumiu poucas frutas e hortaliças (BRASIL, 2015).

Esses fatores em conjunto implicam em efeitos deletérios à saúde. A inatividade física é responsável por 6% a 10% das doenças não transmissíveis, coronarianas, diabetes tipo 2, câncer de mama e cólon, sendo responsável por 9% das mortes prematuras. Seu controle poderia aumentar a expectativa de vida em 0,68 anos (LEE et al., 2012). A modificação alimentar associada ao baixo nível de atividade física, implica em resultados negativos a saúde, aumentando, assim, os seus gastos (KATZMARZYK et al., 2009; BRASIL, 2015).

Como um contraponto para diminuir esta situação no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) em direção semelhante à de outros países, buscou caminhos para promover a saúde de sua população. Neste sentido, lançou em 2006, o Plano Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que em 2014 passou por atualizações. O PNPS tem como objetivo reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde e promover a qualidade de vida por meio dos condicionantes e determinantes – condições de trabalho, ambiente, educação, modos de viver, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais por meio de diferentes ações como por exemplo o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2014).

Ainda neste contexto, em 2005 o MS iniciou a construção da Rede Nacional de Atividade Física (RNAF), acontecimento de suma importância para a implementação das ações do PNPS na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no âmbito estadual como municipal. Em 2006, efetiva a Vigilância de Fatores de Riscos e a Proteção de Doenças Crônicas. Diante dos fatos apresentados, a RNAF, a criação PNPS e o VIGITEL são importantes marcos no processo que estabelece a promoção da saúde para população brasileira.

Como estratégia política de ações, o MS lançou em 2009 editais de financiamento de programas para promoção da saúde para os municípios do Brasil (BRASIL, 2009). Foram financiados por meio desses editais 1.374 programas de promoção da saúde, sendo que 74,8% tinham ações relacionadas ao eixo temático “práticas corporais/atividade física” (AMORIM et al., 2013).

Desta forma, a atividade física passa a ser tema prioritário do PNPS, contribuindo para aumento do nível de atividade física da população e apresentando algumas intervenções já consolidadas no país. Dentre eles o Programa Agita São Paulo, Curitiba Ativa, Academia da Cidade (PAC), Saúde Ativa e o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE). Em 2011 foi lançado o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, esse plano incentiva e financia o Programa Academia da Saúde (PAS) articulado com a Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2014).

As atividades físicas oferecidas tanto nos programas existentes quanto nas academias da saúde são chamadas de *tradicionais*, ou seja, são atividades físicas, práticas corporais ou exercícios físicos que “apresentam semelhante característica, por meio de aulas estruturadas e ministradas por professores ou estagiários de Educação Física, incluindo aulas de ginástica, hidroginástica, natação, voleibol, yoga, musculação, dança, entre outras. A duração semanal varia de duas a três horas” (BENEDETTI et al., 2012, p.725).

Pensando nesse cenário, nos espaços ora em construção e na necessidade de promoção da saúde da população brasileira, no baixo alcance da população e no alto custo dos programas tradicionais, os Programas de Mudança de Comportamento (PMC) parecem propícios. Segundo Benedetti et al. (2012), o PMC proporciona uma significativa mudança no estilo de vida e contribui para a autonomia do sujeito no desenvolvimento de hábitos saudáveis. Os autores citam ainda que os benefícios do PMC, comparando com o programa de exercício

estruturado (tradicional) são similares e em longo prazo parecem ser mais efetivos (WILCOX et al., 2008; 2009; GRIFFIN et al., 2010).

Na tentativa de atender às necessidades existentes no cenário de saúde, foi criado um PMC chamado “Vida Ativa Melhorando a Saúde” (VAMOS) que se baseou no programa internacional “Active Living Every Day” (ALED). Segundo Bors (2009), o programa ALED tem como objetivo aumentar o nível de atividade física adotando-o para sua rotina por meio da mudança de estilo de vida. Esses programas são baseados em evidências e proporcionam melhorias significativas na saúde dos participantes (BARUTH et al., 2010).

O programa de intervenção VAMOS é realizado por meio de encontros semanais, junto aos usuários do SUS, com o intuito de empoderar¹ os participantes, sendo alicerçado na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986). O programa está estruturado em 12 encontros em que os participantes são orientados a mudança de estilo de vida, pelo cumprimento de pequenas metas diárias, definidas nos encontros semanais. O programa foi e está sendo testado em Centros de Saúde (CS) e mediados por um profissional de Educação Física devidamente treinado, locado na rede de saúde da atenção básica (BENEDETTI et al., 2012).

Neste sentido, é fundamental verificar a percepção dos participantes como uma importante fonte de informação. É imprescindível compreender como os participantes concebem o programa de mudança de comportamento, quanto à saúde, às barreiras e aos facilitadores para que se possa melhorar o programa, atendendo as necessidades da população. Em relação à percepção, aqui entende-se como as relações sociais, o diálogo, o mundo dos objetos culturais e experiências afetivas (NÓBREGA, 2008).

Ainda sobre a “percepção” é entendida como a memória de tudo que nos cerca, as vivências e as mudanças qualitativas que ocorrem interiores ao sujeito (BERGSON, 1999). Modenesi (2011, p.9), quanto ao conceito de Bergson sobre a percepção, diz que “a percepção pura existe não propriamente em nós, mas no mundo exterior, nas coisas que rodeiam, nos movimentos que excitam nossos sentidos”. Logo, a leitura da percepção do sujeito nos conduz a compreender o ambiente vivido e os seus estímulos.

¹ O termo empoderar, aqui utilizado, se refere ao cunhado pelo educador Paulo Freire, para indicar uma pessoa que realiza com autonomia e consciência as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer enquanto ser social (FREIRE, SHOR, 1986).

Partindo das análises da percepção do participante, é possível captar as percepções de barreiras e facilitadores para a mudança do comportamento. Durante o processo de mudança o indivíduo pode passar por fatores limitantes que devem ser superados para alcançar o objetivo almejado, assim como existem os fatores facilitadores que estimulam a mudança, fatores esses que permeiam esferas sociais, individuais e ambientais (PATHFINDER, 2013).

No estudo realizado por Silva e Costa (2013), a identificação das barreiras e dos facilitadores tornou possível a descoberta do consumo insuficiente de frutas e verduras em adultos de Brasília. As barreiras consideradas foram a falta de hábito, o sabor desagradável das hortaliças e a falta de tempo. Por sua vez os facilitadores apresentaram o desejo de ser saudáveis e a manutenção ou perda de peso. Na pesquisa de Grande e Silva (2014) foram identificadas como barreiras a falta de gosto pela aula de ginástica laboral e a falta de tempo. Os facilitadores foram: melhorar a saúde e a disposição para o trabalho. A compreensão da percepção de barreiras e facilitadores tornam-se importantes no auxílio de elaboração dos programas de promoção da saúde voltados para atividade física e alimentação saudável e adequada.

Neste sentido, este estudo é fruto de desejos e inquietações em promover reflexões no âmbito das políticas públicas para promoção da saúde. Assim, desejamos proporcionar uma análise acerca do programa que oportunize melhoria do comportamento para hábitos adequados e saudáveis na população de forma duradoura.

Diante do exposto, nossa questão de pesquisa é investigar qual a percepção dos participantes sobre a saúde, as barreiras e os facilitadores na promoção da saúde no programa VAMOS, aplicado nos Centros de Saúde do município de Florianópolis – SC.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos benefícios para a saúde, às barreiras e os facilitadores dos participantes do programa de mudança do comportamento para a promoção da saúde - VAMOS, aplicado nos Centros de Saúde do município de Florianópolis – SC.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) analisar a percepção dos benefícios dos participantes no programa de mudança de comportamento para promoção da saúde – VAMOS;
- b) verificar a percepção de barreiras e facilitadores na promoção da saúde pelos participantes no programa de mudança de comportamento para a promoção de saúde - VAMOS.

1.3 DEFINIÇÕES DE TERMOS

- Percepções de adultos e idosos

A percepção é a aprendizagem de um dado objeto através da consciência, utilizando as sensações como instrumento. Segundo a teoria da Gestalt, a percepção é compreendida por meio da noção de campo, não existindo sensações elementares, nem objetos isolados (NÓBREGA, 2008).

Operacional – Para operacionalizar a percepção dos participantes em nosso estudo foram compreendidas representações das vivências, da intervenção e a consumação do percebido em atitudes e comportamentos detectados nos grupos focais, entrevistas e anotações dos encontros.

- Mudança de comportamento

O comportamento humano é o produto da interação dinâmica de influências pessoais, comportamentais e ambientais (MCALISTER, PERRY, PARCEL, 2008). O comportamento humano também é definido como produto das ações humanas, individuais ou coletivas, influenciados pelo contexto social e econômico (NICE, 2007). A mudança de comportamento “é o que acontece quando uma pessoa intencionalmente toma atitudes para mudar seus comportamentos para prevenir problemas de saúde ou permanecer saudável” (PATHFINDER, 2013, p.1).

Operacional – A mudança de comportamento em nosso estudo foi operacionalizada a partir da análise dos grupos focais sobre a

intervenção do programa VAMOS. Também serão analisadas as entrevistas e as anotações realizadas nos encontros.

- Hábitos saudáveis

Hábitos saudáveis são atitudes promotoras da qualidade de vida, agindo na manutenção da saúde física, social e psicológica. Os hábitos saudáveis remetem aos cuidados frequentes com a alimentação saudável, prática regular de atividade física, a ausência de vícios (tabaco, álcool, dentre outras), controle do estresse, valorização da convivência social e atividades intelectuais (BRASIL, 2014).

Operacional – Para operacionalizar a adoção de um estilo de vida saudável, visando a melhoria da saúde, foram analisados os relatos dos participantes do programa captados no grupo focal e reflexão com base na análise do conteúdo.

- Barreiras

Na atividade física são os fatores que influenciam negativamente a prática, caracterizando-se como fatores limitantes. Esses fatores podem ser interpessoais, intrapessoais, relacionados ao ambiente físico, estruturais e organizacionais (BETHANCOURT et al., 2014). Na alimentação os fatores limitantes para o consumo de frutas e verduras são a falta de hábito, a atribuição de sabor desagradável, e a questão econômica (SILVA, COSTA, 2013).

Operacional – São os obstáculos limitantes que impedem a prática da atividade física e consumo de alimentos saudáveis, influenciando de modo negativo a promoção da saúde. As informações foram categorizadas por meio dos relatos nos grupos focais e discutidas com base na análise do conteúdo.

- Facilitadores

Fatores que auxiliam e/ou possibilitam as atividades de promoção da saúde de forma motivadora (MAILEY et al., 2014). Na atividade física, proporcionam o bem-estar, aumenta a disposição, contribui na prevenção e no tratamento de doenças e na alimentação saudável, no consumo de frutas e vegetais prezando a ingestão de sais

minerais e vitaminas importantes para a manutenção da saúde (KRUG et al., 2015).

Operacional – São os fatores que influenciaram de forma positiva e motivadora à prática da atividade física e alimentação saudável e adequada auxiliando na promoção da saúde dos participantes do programa VAMOS. Estas informações foram analisadas por meio de relatos dos grupos focais e refletidas com base na análise do conteúdo.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimita-se em analisar a percepção dos participantes no Programa VAMOS, baseado na mudança de comportamento para um estilo de vida saudável, relacionado a percepção da saúde em suas duas versões do programa aplicadas nos Centros de Saúde do município de Florianópolis-SC.

São elegíveis para participar dessa pesquisa os usuários que participaram até o final do programa VAMOS, do grupo de mudança de comportamento, compreendendo os três meses de intervenção e do grupo focal no ano de 2012 e de 2014.

Os participantes da pesquisa são os adultos e os idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, frequentadores do programa VAMOS oferecido nos Centros de Saúde do município de Florianópolis.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo faz-se necessária a construção de um referencial teórico construído com base nos programas de mudança de comportamento para hábitos saudáveis, a percepção dos adultos e idosos, as barreiras e os facilitadores para a mudança de comportamento.

2.1 Programas de mudança de comportamento para hábitos saudáveis

O conceito clássico de Atividade Física (AF) foi publicado por Caspersen, Powell e Christenson em 1985 na revista internacional *Public Health Reports*. Os autores definiram que a atividade física é “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos

que resulta em gasto energético” (p.126). Este conceito clássico é muito utilizado acrescido de um comportamento complexo e multidimensional (GABRIEL; MORROW; WOOLSEY, 2012). Portanto, a AF é de difícil mensuração e definição por se tratar de um comportamento humano.

Outro comportamento humano que merece atenção é o alimentar, o qual envolve o contexto cultural em que se está inserido. No trecho retirado do Guia Alimentar para a População Brasileira observa-se a complexidade que envolve os hábitos alimentares, “[...] estão fortemente relacionados com a identidade e o sentimento de pertencimento social das pessoas, com a sensação de autonomia, com o prazer propiciado pela alimentação e, conseqüentemente, com o seu estado de bem-estar” (BRASIL 2014c).

Os hábitos alimentares em conjunto com a prática da AF, no que se refere ao balanço energético, poderá ser negativo ou positivo (SOUZA et al., 2010). O comportamento humano relacionado à prática de atividade física e alimentação sofre influências dos fatores econômicos, culturais e ambientais. Para Baranowski (2004) a prática de AF vem diminuindo, os alimentos cada vez mais industrializados influenciam o comportamento da população e, conseqüentemente, a sua saúde.

Com o intuito de desenvolver uma mudança no comportamento pela alimentação adequada e saudável há programas que contribuem para uma busca saudável. O Programa Nacional de Alimentação Escolar é um exemplo. Ele tem como objetivo promover a formação de práticas alimentares saudáveis, o crescimento, a aprendizagem, o desenvolvimento biopsicossocial e o rendimento escolar (BRASIL, 2015a).

Pensando na promoção da saúde, a educação em saúde tem grande valor. As ações educativas são de suma importância para a mudança do comportamento. França et al. (2012) realizaram uma intervenção baseada na terapia Cognitiva Comportamental com 13 encontros, elaborados semanalmente. Participaram do estudo 11 pessoas de ambos os sexos e com idade entre 18 e 70 anos. Os resultados da pesquisa indicaram que ações multiprofissionais desenvolvidas em grupo tem contribuição significativa na mudança do estilo de vida. A atividade física auxiliou na redução das doenças físicas e dos sintomas psicológicos, pois os sentimentos negativos como a tristeza e a ansiedade foram apontados como fatores que influenciam o comportamento alimentar negativamente.

Os programas de mudança de comportamento apresentam evidências quanto à contribuição para a saúde dos sujeitos, tanto no cenário internacional quanto nacional. No cenário internacional os programas dessa natureza são mais aplicados e evidenciados positivamente. Dentre eles pode-se citar o *Active Choice* e o *Active Living Every Day (ALED)*. O programa *Active Choice* é um programa realizado por meio de uma intervenção de seis meses, com um encontro presencial face a face, seguido de aconselhamento via telefonema individual, quinzenais nos primeiros dois meses e mensais para os últimos quatro meses, sendo até oito ligações no total. Por sua vez o programa ALED consiste em 20 ou 12 semanas de intervenção em que o participante tem encontros semanais em determinado local e em grupo (WILCOX et al., 2006; 2009).

Segundo Wilcox et al. (2009), os dados apontam resultados significativos em ambos os programas - ALED, no que se refere ao aumento da prática de atividade física, satisfação com as funções corporais e a composição corporal, quando acompanhada após quatro anos da intervenção.

Em 1997 foi publicado por Stewart e colaboradores um estudo sobre a *Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS)*, um programa baseado na Teoria Social Cognitiva. Ele foi desenvolvido em conjuntos habitacionais para idosos com duração mínima de seis meses neste lugar. O programa incentiva os participantes a praticarem AF utilizando espaços existentes na comunidade para aumentar o nível de AF. Os sujeitos envolvidos participavam de uma reunião informativa e motivacional, tinham assistência individualizada com técnicas de auto monitoramento, recebiam informações sobre a prática de AF, participavam de reuniões mensais para reconhecimento de barreiras, recebiam boletins de informações mensais e eram incentivados via telefone. Mais tarde, baseado na versão anterior surge o CHAMPS II, programa modelo de saúde pública dos Estados Unidos que incluiu pessoas com variados problemas de saúde que eram tratados com foco na especificidade individual (STEWART et al., 2001).

Segundo Sá e Florindo (2012), a mudança de comportamento é apontada como importante na formação e na ação profissional. Os autores publicaram o estudo no qual trabalharam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em programa de intervenção alicerçado pela pedagogia de Paulo Freire. A amostra foi dividida em dois grupos: no Controle (n=55) e de Qualificação (n=44). O estudo apontou que o programa educativo para a promoção da AF, foi bem aceito pelos

participantes e contribuiu para mudança da representação que os ACS sobre a AF, o que possibilitou uma melhora na prática do aconselhamento dentro da comunidade.

O método educacional de Paulo Freire também foi utilizado no estudo de Gomes e Duarte (2008). Esse estudo teve como objetivo desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física para promoção da saúde em adultos, atendidos pela Estratégia Saúde da Família, na cidade de Florianópolis (Brasil). Foram utilizados dois grupos: intervenção (n=51) e controle (n=52). Os resultados indicam que a intervenção influenciou de modo positivo a mudança de comportamento para a AF e saúde dos participantes, sendo que a intervenção teve duração de 4 meses (120 dias). Importante salientar que tanto o estudo de Gomes e Duarte (2008) quanto o estudo de Sá e Florindo (2012) utilizaram o Modelo Transteorético para identificação dos estágios.

Os programas de mudança de comportamento utilizam-se de diversas teorias para subsidiar os programas. Como aponta Gomes e Duarte (2008) e Sá e Florindo (2012), ambos utilizaram o Método Educacional Paulo Freire em programas de intervenção com enfoque na mudança de comportamento.

Em específico os programas ALED, *Active Choice* e CHAMPS são baseados nas Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986), e o Modelo Transteorético de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992). O modelo transteorético tem cinco estágios, a saber: *Pré-contemplação*, em que o sujeito não tem planos de mudar de comportamento nos próximos seis meses; *Contemplação* é o estágio em que as pessoas estão informadas dos benefícios e pretendem mudar nos próximos 6 meses; *Preparação*, estágio em que as pessoas pretendem iniciar no futuro imediato, vivenciaram a prática e pretendem iniciar; *Ação*, sendo o estágio em que as pessoas iniciaram e praticam a seis meses; e por fim, a *Manutenção*, é nesse estágio que se confirma a mudança de comportamento, o sujeito tem evidências das modificações no seu estilo de vida (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O Modelo Transteorético vem sendo utilizado para explicar a prontidão para a mudança de comportamento, mas atualmente emerge uma crítica sobre a eficácia da teoria. Ao que parece ela não esclarece a transição do estágio de mudança, as modificações que ocorrem possibilitando avançar ou retroceder neste estágio específico, isento das influências sociais. Na obra de Farinatti e Ferreira (2006), os autores relatam uma possível crítica à teoria intrapessoal, que tende a pensar que

a raiz do problema está relacionada ao controle individual. Diferentes das teorias interpessoais há uma influência recíproca do participante com o meio social. Considerar o indivíduo como parte do todo e que sofre influência do meio é imprescindível na compreensão das modificações que venham a correr na mudança do comportamento.

Pensando na importante interação entre o indivíduo e o meio para a mudança do comportamento, recentemente, no cenário nacional foi desenvolvido o Programa VAMOS que consiste em um programa de mudança de comportamento desenvolvido durante três meses totalizando 12 encontros. Esse programa inicialmente baseou-se no ALED, que ao ser testado no Brasil foram encontradas dificuldades na sua aplicação, passando por novas versões com profundas modificações (BENEDETTI et al., 2012). Pode-se observar a semelhança entre os dois programas no quadro a seguir:

Quadro 1. Características dos Programas ALED e VAMOS (2012).

Características	ALED*	VAMOS (2012)**
Objetivo	Integrar a atividade física na vida cotidiana por meio da mudança de comportamento, apoiadas através de atividades de aprendizagem.	Conscientizar os idosos sobre a importância da atividade física, visando adoção de um estilo de vida ativo e saudável.
Público Alvo	Adultos de todas as idades	Idosos
Cumprimento do programa	12 a 20 semanas.	12 semanas
Duração do programa	Máximo de 2 horas	1 hora e meia
Tamanho da classe	Ideal é de 10 a 20 participantes	Máximo de 20 participantes.
Conteúdo	Atividade Física	Atividade Física
Base teórica	Teoria Social Cognitiva e do Modelo Transteórico	Teoria Social Cognitiva

*Fonte: <https://www.ncoa.org/wp-content/uploads/Active-Living-Every-Day.pdf>. **Benedetti et al., (2012); Borges (2014).

A TSC objetiva a formação de pessoas que compreendem as circunstâncias da vida como agente proativo, auto reflexivo e não apenas produto das condições vividas, um sujeito empoderado de vivências e conhecimentos acerca do ambiente e das situações (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008).

Em sua obra Bandura, Azzi e Polydoro (2008) trabalharam conceitos que buscam compreender o comportamento humano na ótica da TSC, neste mesmo ano foi publicada outra obra que corrobora com tais conceitos (MCALISTER; PERRY; PARCEL, 2008). As obras compartilham conceitos sobre determinantes psicológicos do comportamento, aprendizagem por observação, determinantes ambientais do comportamento, autorregulação e desengajamento moral. Os conceitos podem ser observados no quadro abaixo.

Quadro 2. Conceitos, definições e exemplos da Teoria Social Cognitiva.

Conceito	Definição	Exemplificação
Determinismo recíproco	Fatores ambientais influenciam indivíduos e grupos, mas os indivíduos e grupos também podem influenciar seus ambientes e regulam seu próprio comportamento	Planejado proteção e promoção da saúde pública, alterando os fatores ambientais que influenciam a saúde e comportamento
Expectativas de resultado	Crenças sobre a probabilidade e o valor das consequências das escolhas comportamentais	Alterando as expectativas sobre o prazer associado com preservativos (McAlister et al., 2000)
Auto eficácia	Crenças sobre a capacidade pessoal para executar comportamentos que trazem os resultados	Melhorar as crenças das mulheres sobre sua capacidade de convencer os parceiros a usarem preservativos (McAlister

	desejados	et al., 2000)
Eficácia coletiva	Crenças sobre a capacidade de um grupo para realizar ações concertadas que trazem os resultados desejados	Organização de grupos de pais para organizar festas seguras e defendem outras mudanças ambientais para reduzir o consumo de álcool por menores (Perry et al., 2002)
Aprendizagem por observação	Aprender a executar novos comportamentos por exposição a telas interpessoais ou de mídia, nomeadamente através de modelagem de pares	Jornalismo promoção do uso do preservativo comportamental (McAlister, Johnson et al., 2000) e entretenimento-educação, que caracterizam mulheres capacitadas com habilidades de alfabetização (Singhal, Rogers, 1999)
Incentivo a motivação	O uso e abuso de recompensas e punições para modificar o comportamento	Leis de acusação a fumantes adolescentes podem ter efeitos indesejados (Loukas et al., 2006), mas os impostos podem impedir o início do uso do tabaco (Hopkins et al., 2001).
Facilitação	Fornecendo ferramentas, recursos ou mudanças ambientais que fazem novos comportamentos mais fáceis de executar	Distribuição de preservativos, sem qualquer custo (McAlister e outros, 2000) e assistência negócio para ajudar as mulheres a escapar da prostituição (Sherman et al., 2006)

Auto regulação	Controlando-se por meio da automonitorização, estabelecimento de metas, feedback, auto recompensa, autoinstrução, e alistamento de apoio social	Treinamento de auto-gestão informatizada para pacientes com asma (Lorig et al., 2001) e aconselhamento por telefone para a cessação tabágica (Rabius et al., 2004)
Desengajamento Moral	Maneiras de pensar sobre comportamentos prejudiciais e as pessoas que são prejudicadas que fazem infligir de sofrimento aceitável desengatando padrões morais de auto regulação	Desumanização e difusão de influência responsabilidade agressão e corporativos transgressões que prejudicam a saúde pública (Bandura et al., 1996, 2000)

Fonte: Tradução de McAlister, Perry e Parcel (2008).

Compreendendo a aprendizagem como um importante processo para a mudança do comportamento, será abordado a seguir, dentre os princípios citados, a aprendizagem por modelação, que faz parte do princípio da aprendizagem por observação e, em seguida, auto eficácia que está inserida no princípio de determinantes psicológicos.

As mudanças de comportamento advêm de transformações no sujeito a partir das vivências e observações. Segundo Costa (2008), a aprendizagem se dá pela modelação, pela observação do outro, das atitudes pelas quais se dá o processo de aprendizagem. A modelação é a capacidade de aprender e/ou modificar comportamentos, crenças e valores a partir de exemplos de outras pessoas ou do grupo, repetindo o comportamento de forma programada ou incidental.

A auto eficácia é a crença da capacidade de o participante elaborar e executar ações para sua própria realização. Sendo a base para a motivação humana, está situada e contextualizada no ambiente em que o sujeito está inserido. Por meio da vivência do sujeito, a auto eficácia se constitui por experiências bem-sucedidas, pela percepção positiva da capacidade de comportamento e pelo apoio social, sendo também

influenciada pelo estado emocional e fisiológico do sujeito (PAJARES, OLAZ, 2008).

O processo de aprendizagem se dá pela observação e interação do sujeito com o meio e o outro, logo a percepção tem associação com esse processo. A seguir será abordado o conceito de percepção.

2.2 Percepção de adultos e idosos

A compreensão da percepção é atualmente uma das temáticas abordadas em pesquisas tanto qualitativas, quanto quantitativas, pois possibilita conhecer as impressões e perspectivas dos participantes envolvidos em grupos. Pode-se observar que os estudos abordam a percepção de forma simplória, não compreendendo a sua essência. Neste sentido, buscou-se estudos que fundamentem a compreensão e que possibilitem a exploração de um conceito sobre a percepção.

Em 2008 foi publicado na Revista de Estudos de Psicologia uma revisão teórica que se baseava na teoria da percepção de Merleau-Ponty (1945/1994). Nessa revisão, Nóbrega (2008) diz que a *percepção* está relacionada às relações sociais, ao diálogo, ao mundo dos objetos culturais e as experiências afetivas.

O conceito de Nóbrega (2008) revela a *percepção* entrelaçada as relações sociais, culturais e vivências individuais. Para a nossa pesquisa a percepção é uma aliada importante na descoberta de fatores limitantes para a prática da atividade física e o consumo de uma alimentação adequada e saudável, para a compreensão de atitudes, vivências e impressões.

Seguindo essa perspectiva, Saes (2010) explica o que é a percepção e seus diferentes conceitos. A autora cita teóricos como Aristóteles, Merleau-Ponty, Immanuel Kant, David Hume e Ludwig Wittgenstein. A partir da análise dos diferentes teóricos, ele define a percepção “como um estado psicológico, mas também uma ação do conhecimento, uma atitude, uma habilidade adquirida, um poder de identificação diante de diferentes pontos de vista, pois percebemos relações distintas entre objetos, fatos e ações” (SAES, 2010, p. 36).

Como a autora aponta, existem diversos teóricos e diferentes formações conceituais na tentativa de conceituar a percepção. São filósofos, psicólogos que tentam compreender como se dá a percepção e as implicações da mesma nas ações e vida do indivíduo. Pensando na associação de percepção e ação, Figueira et al. (2015) utiliza o conceito de Bergson (1999):

Percepção é concebida como uma seleção de imagens relacionadas à ação possível do corpo sobre as coisas, que, ao integrar lembranças análogas à experiência presente, permite escolher uma reação apropriada (prática e útil à vida) nas circunstâncias que se impõem (FIGUEIRA et al., 2015, p.183).

Com base no conceito apresentado por Figueira et al. (2015) sobre o conceito de percepção descrito por Bergson (1999) e por Saes (2010), pode-se observar que a percepção perpassa questões psicológicas, ações cognitivas e culturais de experiências individuais.

Knowles et al. (2009) aborda a questão da aprendizagem de adultos em que a percepção está diretamente ligada às questões cognitivas, aponta que toda aprendizagem realizada pelos sentidos por meio da experiência é percepção, sendo intrínseca aos processos cognitivos. Logo, nos remete a Bandura (1989) e sua Teoria Social Cognitiva citada anteriormente.

A percepção parece ser um importante fator a ser considerado para compreender o comportamento humano e como trabalhá-lo (RENOVATO, DANTAS, 2005; ANTHONY et al., 2012). No presente estudo, o conceito que será utilizado sobre a percepção possibilitará o entendimento dos benefícios auto referidos para a saúde, bem como as barreiras e facilitadores apontados pelos participantes do Programa VAMOS.

No estudo de WEISS et al. (2012), foi buscado explorar a percepção para o aconselhamento médico, atividade física e mudança de comportamento do ser idoso. Compreender o aconselhamento médico foi identificado como um fator motivador. Observou-se a existência da associação da percepção de saúde com o aconselhamento médico no processo de mudança no que tange o hábito para a atividade física. Assim, entender a percepção dos participantes possibilita uma atenção direcionada às atitudes que contribuem para hábitos saudáveis.

Na pesquisa de Anthony et al. (2012) foram estudados participantes hipertensos, 44 mulheres e 42 homens. Verificou-se que 37 tinham ambas as doenças de diabetes e hipertensão, embora os participantes não identificassem a hipertensão arterial como patologia, mas como um fator do estresse agravante para o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, refletindo de forma negativa no cuidado com a patologia. Por meio da percepção do estudo foi possível compreender

as atitudes e as impressões com determinada vivência, possibilitando um olhar para a necessidade de cuidados específicos.

Segundo Lopes et al. (2014), a análise da percepção no processo de envelhecimento proporcionou uma observação mais profunda dos aspectos relacionados à saúde e aos fatores psicossociais utilizando o método de grupo focal com mulheres longevas, com mais de 80 anos, divididas em dois grupos: as ativas (n=15) e as inativas (n=15). Os resultados das análises das falas apontaram para os aspectos da saúde, o envelhecimento saudável e ao modo ativo. O estudo mostrou que os idosos apontam algumas limitações ocasionadas por doenças.

O mesmo grupo de pesquisa, também utilizando a técnica do grupo focal, abordou a percepção de 30 idosas frequentadoras de grupos de convivência de Florianópolis-SC que tinham comportamento sedentário. Os autores constataram, pela percepção das participantes, que a dor é um fator limitante para a prática de atividade física (KRUG et al., 2013).

As percepções e implicações de aconselhamentos médicos para a prática de atividade física e mudança de comportamento em idosos foi verificado no estudo de Weiss et al. (2012). O estudo utilizou a técnica de grupo focal e entrevista semiestruturada em três grupos: um grupo foi composto por cinco médicos, neste foi utilizado a entrevista semiestruturada; o outro foram de participantes convidados por telefone, moradores de Montreal, inativos dispostos a participar do estudo, e o último de um grupo de participantes ativos frequentadores de aula de ginástica.

Os resultados apontam que houve associação entre a percepção do estado de saúde com a atitude de aconselhamento médico para a atividade física e a mudança do comportamento para o aumento da prática em idosos. O aconselhamento surge como um fator motivacional para a prática da atividade física.

Foram avaliados 190 idosos do município de São José – SC, cujo o objetivo foi investigar o nível de percepção de saúde, atividade física e qualidade de vida em idosos participantes do Centro de Atendimento a Terceira Idade (CATI). Os resultados apontaram que a percepção em saúde foi positiva para os idosos participantes do grupo e que eram fisicamente mais ativos, a atividade física foi mensurada pelo questionário (*International Physical Activity Questionnaire*) – IPAQ versão curta (GUIMARÃES et al., 2011).

Portanto, neste estudo, analisaremos a *percepção* na tentativa de compreender a essência do participante, suas impressões sobre

experiências vividas, conhecimento estruturados por meio do processo do viver/perceber, a consumação e tradução da percepção.

2.3 Barreiras e Facilitadores

No tópico anterior versou-se sobre o conceito que usaremos neste estudo em relação à percepção. Continuando a linha de informações, neste tópico serão abordados as barreiras e facilitadores que foram identificados neste estudo por meio da análise da percepção do indivíduo.

As barreiras podem ser compreendidas como fatores limitantes, obstáculos para o cumprimento de um dado objetivo e os facilitadores como fatores que impulsionam o alcance de um objetivo (PATHFINDER, 2013).

A análise das barreiras e facilitadores permitem examinar as crenças pessoais, as atitudes, o conhecimento e as habilidades individuais e sociais. Possibilitam, também, verificar a relação do indivíduo com as estruturas e serviços. No estudo realizado por Toral, Conti e Slater (2009), as autoras buscaram avaliar a dieta de 25 adolescentes. As barreiras encontradas para a adoção de uma alimentação saudável tratavam sobre aspectos pessoais e sociais, como o sabor “ruim” dos alimentos saudáveis, a influência dos pais e a falta de opções de lanches saudáveis na escola. A partir desse estudo pode-se formular estratégias para melhoraria da alimentação dos adolescentes no âmbito escolar e familiar.

Outro estudo envolvendo questões alimentares foi publicado por Silva e Costa (2013), objetivou avaliar as barreiras e os motivadores para o consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília. Tiveram como fatores motivadores o ser saudável, manutenção ou perda de peso. As barreiras se apresentaram com as afirmações sobre o sabor desagradável das hortaliças, falta de hábito e pouco tempo disponível. A maioria dos pesquisados tinha baixo consumo de frutas e hortaliças. Por meio do guia alimentar para a população brasileira é possível criar ações de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis.

Outros aspectos importantes também são citados no estudo desenvolvido por Seron, Arruda e Greguol (2015), cujo objetivo era identificar a percepção das principais barreiras e facilitadores por 43 adultos com deficiência motora para a prática de atividade física. Os resultados demonstraram que a busca pela vida saudável, apoio da família e dos amigos, o comportamento profissional, foram os principais

facilitadores para a prática da atividade física. As barreiras versavam sobre as limitações físicas e a falta de programas específicos, além da falta de espaços disponíveis para a prática, a falta de recurso financeiro e a inabilidade física. Essa análise possibilitou a criação de estratégias para o público especificado.

No que se refere a espaços disponíveis para a prática de atividades físicas, a pesquisa de Grande e Silva (2014) buscou descrever as barreiras e facilitadores de um programa de atividade física no local de trabalho. As barreiras identificadas foram: a falta de gosto pela atividade da intervenção e a falta de tempo. Os facilitadores contaram com a melhoria da saúde e aumento da disposição no trabalho. Os achados do estudo ajudam a planejar as intervenções com atividade física no local de trabalho, promovendo os fatores facilitadores para a adesão dos trabalhadores ao programa.

Averiguar a subjetividade das percepções das barreiras e facilitadores também permite intervir e motivar a adesão no tratamento de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, pelos resultados que emergem na pesquisa. Nos estudos de Anthony et al., (2012) e Faquinello; Carreira; Marcon (2010), pode-se observar que os participantes não se percebiam enquanto hipertensos e desconheciam a gravidade da patologia. Por meio dessa análise é possível realizar a intervenção para o enfrentamento e controle da patologia.

Compreender as manifestações dos participantes é importante no acompanhamento do processo para o alcance dos objetivos e identificação dos obstáculos para o controle de peso. O estudo de Alvarado et al. (2015) buscou identificar as barreiras e explorar os fatores que facilitariam a prática da atividade física em 17 mulheres afro-caribenhas com sobrepeso e obesas. Foram identificadas as barreiras sociais, estruturais e individuais. Dentre as barreiras sociais foram relacionados a questão de gênero, as responsabilidades familiares; dentre os obstáculos estruturais, as poucas oportunidades para o deslocamento ativo, pouco espaço para o exercício em casa, baixo acesso as aulas de ginástica. As estratégias de atividade sustentada, incluindo caminhadas e exercícios em grupo de baixo custo demonstraram ser bem-sucedidas. As barreiras individuais citadas foram: percepções sobre as doenças crônicas e a descrença na atividade física como contribuinte no controle de peso. Neste estudo os participantes também não percebiam a existência da doença crônica.

As declarações das barreiras e facilitadores nos permitem conhecer os indivíduos pelas suas percepções e seus anseios voltados

para os ambientes em que estão inseridos. Sejam eles no ambiente de trabalho, escolas e em contextos sociais economicamente desfavorecidos.

3 MÉTODOS

Neste capítulo serão descritos os procedimentos metodológicos que nortearam essa pesquisa. Abordou-se, primeiramente, a caracterização da pesquisa, em seguida teceram-se considerações acerca da técnica utilizada para a coleta e análise de dados.

3.1 Característica da Pesquisa

Esta pesquisa é descritiva de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2013), o método qualitativo permite desvelar os processos sociais, as representações e as percepções. Negrine (2010) salienta que essa abordagem tem como pressuposto científico descrever e analisar os dados coletados, para, num segundo momento, interpretar e discutir seus resultados.

3.2 Contexto de Investigação

3.2.1 Participantes do Programa VAMOS

A população da qual designou os participantes deste estudo são todos os participantes do programa VAMOS em sua primeira e segunda versão, aplicados em 2012 e 2014.

A primeira versão do programa VAMOS foi aplicada no ano de 2012 em seis Centros de Saúde (CS). Três eram pertencentes ao Distrito Sanitário Leste e três ao Distrito Sanitário Norte, totalizando 123 participantes: 39 participaram do grupo de Mudança de Comportamento (MC); 52 participaram do grupo de Exercício Físico Tradicional (EFT); e, 32 do Grupo Controle (GC). Todos os participantes foram idosos cadastrados nos CS.

Na segunda versão, aplicada no ano de 2014, o programa contou com a participação de três CS. Dois CS do Distrito Sanitário Continente e um CS do Distrito Sanitário Leste. Totalizando 66 participantes: 40 do grupo de MC; e, 26 participantes do GC. Os participantes eram adultos e idosos de ambos os sexos cadastrados nos CS.

O Programa em sua primeira versão tinha o enfoque para a abordagem na AF e nas estratégias que possibilitavam aos participantes aumentarem o nível de atividade adquirindo autonomia com o objetivo de promover a prática entre idosos cadastrados nestes CS. Na segunda

versão aplicada no ano de 2014, o programa abordou a AF e a alimentação adequada e saudável, tendo como objetivo motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável (atividade física e alimentação adequada e saudável).

Para melhor compreender o programa em suas duas versões (VAMOS I e II), serão apresentadas as atividades realizadas em cada versão do programa, bem como as etapas para a divulgação e coleta de dados. Importante salientar que para este estudo foram utilizados os dados secundários dos grupos focais e informações sociodemográficas do programa VAMOS em suas duas versões.

VAMOS I e II

A primeira versão do programa foi aplicada no ano de 2012 em seis Centros de Saúde (CS) do Município e foi acompanhado por um ano. Após a aprovação em diversas instâncias da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizado um processo de randomização dos CS por sorteio, na presença dos profissionais de educação física atuantes no NASF e dos mestrandos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (BENEDETTI, et al., 2012). Assim, dois CS fizeram parte do grupo controle, dois fizeram parte do grupo de atividade física tradicional e dois do grupo de intervenção de mudança de comportamento. Em todos os locais as atividades foram conduzidas por um (a) profissional de Educação Física da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Florianópolis, devidamente treinado e atuante nos CS do município.

A coleta de dados do *baseline* do programa VAMOS I aconteceu de março a maio de 2012. O programa de intervenção se deu entre julho a agosto do mesmo ano. Na segunda versão a formação do *baseline* para o programa VAMOS II ocorreu de julho a agosto e a intervenção de agosto a novembro de 2014.

Após os três meses de intervenção do programa foram realizados os grupos focais e entrevistas com os participantes e os profissionais dos CS sobre o programa, em momentos e questionamentos distintos.

A dissertação de Borges (2014), estudando o programa VAMOS I apontou, dentre os resultados, duas grandes modificações que deveriam ser realizadas na próxima versão, foram, respectivamente, que o programa deveria ser ofertado também para a população adulta (Versão I foi oportunizada apenas para idosos); e, que abordassem

conteúdos sobre alimentação adequada e saudável. Também foi ressaltado que alguns conteúdos não estavam claros, eram difíceis e não eram aplicados à nossa cultura.

A primeira versão do programa foi constituída com 12 encontros a partir da versão original do ALED com os direitos autorais adquiridos da empresa *Human Kinetics* com foco na atividade física. O ALED tem como objetivo integrar a atividade física na vida cotidiana por meio da mudança de comportamento, apoiadas em atividades de aprendizagem. O programa tinha como foco a mudança de comportamento para a atividade física (BENEDETTI et al., 2012).

O programa foi constituído de uma apresentação do VAMOS e de 11 encontros, sendo um por semana no decorrer de três meses com duração de mais ou menos 1 hora e 30 minutos. Os participantes do programa receberam livretos em cada encontro que eram ministrados por uma profissional de Educação Física da SMS de Florianópolis. Os encontros ocorreram no auditório do Centro de Saúde – CS.

Quadro 3. Títulos dos encontros da primeira versão do Programa VAMOS.

ENCONTRO	TÍTULO	OBJETIVOS
1	“VAMOS preparar, decidir e fazer”	Conhecer o programa e o material didático; Pensar em mudanças de hábitos bem-sucedidas; Identificar a disponibilidade para mudança, refletindo sobre a gestão do tempo;
2	“VAMOS encontrar novas oportunidades”	Transformar o tempo inativo em oportunidade para a atividade física, refletindo sobre; Atentar para os benefícios da caminhada, iniciando um plano de atividade física; Modificar a atividade de intensidade leve em atividade de moderada a vigorosa.

3	“VAMOS superar desafios”	Identificar os desafios que enfrenta, percebendo as desculpas usuais; Revisar os benefícios de uma vida ativa e exercitar a solução de problemas.
4	“VAMOS estabelecer metas e recompensas”	Estabelecer metas e identificar recompensas para manter-se motivado; Escrever mensagens positivas e utilizar escadas.
5	“VAMOS ganhar confiança”	Compreender o gasto de energia da atividade física, identificando as atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa; Transformar os afazeres em oportunidades para as atividades físicas e substituir as mensagens negativas por positivas; Contar os minutos gastos em atividades moderadas ou vigorosas, encontrando meios de queimar calorias extras por semana.
6	“VAMOS reunir apoio”	Identificar as principais fontes de apoio, aprendendo como pedir ajuda; Reconhecer as pessoas que tentam lhe desmotivar; Aprender algumas técnicas de alongamento e rever as atividades anteriores, avaliando o seu processo até agora.

7	“VAMOS evitar as armadilhas”	Identificar as armadilhas que podem enganar, reconhecendo a armadilha do tudo ou nada; Adicionar algumas atividades de fortalecimento muscular e planejar situações de alto risco.
8	“VAMOS passo-a-passo”	Conhecer o contador de passos o pedômetro, revisar formas de monitorar a atividade física; Manter um registro das atividades físicas semanais e redefinir objetivos e recompensas.
9	“VAMOS neutralizar o estresse”	Aprender sobre o risco do estresse, identificando situações estressantes; Encontrar formas de administrar melhor o tempo, estabelecendo prioridades; Explorar técnicas de reduzir o estresse.
10	“VAMOS encontrar novos caminhos para ser ativo”	Identificar novas formas de ser ativo fisicamente, verificando outras opções de atividade física na comunidade; Adicionar atividade física extra no cronograma mensal, selecionando equipamentos de exercício em casa.
11	“VAMOS planejar Positivo”	Substituir mensagens negativas por atitudes positivas, preparando-se para situações que podem desviar as metas; Planejar e aumentar a atividade física.

12	“VAMOS fazer mudanças duradouras”	Retornar as atividades preferidas e comemorar as realizações; Experimentar novas atividades para renovar as motivações, classificando as estratégias que funcionam melhor; Assumir um compromisso para o futuro, solucionando problemas que permanecem no caminho.
----	-----------------------------------	--

Fonte: Coleção do VAMOS primeira versão de 2012.

Na versão II do programa VAMOS foi aplicada no ano de 2014 a 2015, em dois CS do Distrito Sanitário do Continente e o grupo controle em um CS no Distrito Sanitário Leste.

A intervenção do programa VAMOS II diferenciou-se nesta segunda versão com a inclusão do conteúdo de hábitos alimentares e da população adulta, além da modificação de diversos conteúdos apontados por Borges (2014).

Nos encontros do programa VAMOS II foram abordados novos encontros de mudança de comportamento para atividade física e alimentação adequada e saudável. Como exposto no quadro no 5.

Quadro 4. Títulos e objetivos dos encontros do Programa VAMOS da segunda versão.

ENCONTRO	TÍTULO	OBJETIVO
Introdução	“Vida Ativa Melhorando a Saúde”	Conhecer o programa e o material didático, bem como os personagens que fazem parte da família VAMOS.
1	“Vamos preparar?”	Conhecer os conceitos de Atividade Física e exercício físico; Pensar na mudança de hábito; Identificar disponibilidade para a mudança; Listar benefícios de uma vida

		saudável.
2	“Vamos saber mais sobre alimentação saudável?”	<p>Refletir e aprender sobre alimentação saudável e seus benefícios;</p> <p>Encontrar formas de tornar a alimentação mais saudável;</p> <p>Iniciar um plano para a mudança da alimentação;</p> <p>Relatar a alimentação da semana atendo aos obstáculos que podem atrapalhar os planos.</p>
3	“Vamos decidir e praticar?”	<p>Refletir e planejar o gasto de tempo diário para movimentar-se;</p> <p>Conhecer as diferentes intensidades da atividade física (leve, moderada e vigorosa);</p> <p>Relatar as atividades físicas que realizará, apontando os possíveis obstáculos que podem atrapalhar a prática;</p>
4	“Vamos superar os desafios?”	<p>Identificar os obstáculos para uma vida mais saudável;</p> <p>Pensar nas soluções dos problemas.</p>
5	“Vamos estabelecer metas?”	<p>Relembrar as intensidades das atividades físicas, alimentação saudável;</p> <p>Administrar o tempo gasto em atividade física moderada e vigorosa, bem como a</p>

		<p>alimentação;</p> <p>Estabelecer metas e planejar monitoramento;</p> <p>Pensar em mensagens positivas.</p>
6	“Vamos reunir apoio e ir passo a passo?”	<p>Identificar as principais fontes de apoio;</p> <p>Relembrar as formas de atividade física e formas de monitoramento;</p> <p>Utilizar o contador de passos.</p>
7	“Vamos ganhar confiança e revisar os objetivos?”	<p>Realizar uma avaliação do processo até o momento atual;</p> <p>Estabelecer metas próprias para atividade física e alimentação;</p> <p>Ter confiança nas ações e a substituição de mensagens negativas por positivas;</p> <p>Aprender técnicas de alongamento.</p>
8	“Vamos enfrentar os obstáculos?”	<p>Reconhecer e identificar obstáculos;</p> <p>Planejar se para situações de alto risco;</p> <p>Adicionar na rotina atividade de fortalecimento muscular e culinária.</p>
9	“Vamos desfazer o estresse?”	<p>Aprender sobre o risco do estresse;</p> <p>Identificar situações de estresse;</p> <p>Explorar técnicas para reduzir o estresse.</p>
10	“Vamos encontrar	Identificar novas formas de ser

	novas oportunidades para ter uma vida saudável?”	fisicamente ativo e ter uma alimentação saudável; Verificar outras opções de atividade física e de alimentação na comunidade; Adicionar atividade física extra e novos alimentos na semana; Preparar para situações que podem desviar da meta.
11	“Vamos realizar mudanças duradouras?”	Buscar novas atividades e alimentos para renovar a alimentação; Identificar estratégias que funcionem melhor para cada um; Solucionar problemas que permanecem; Assumir um compromisso para o futuro.
Apêndice	“Vida Ativa Melhorando a Saúde”	Proporcionar uma revisão dos temas vistos; Servir de apoio para a prática de atividade física.

Fonte: Coleção: VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde (2014), ISBN:978-85-60522-84-2.

No decorrer de ambas as versões do programa VAMOS foi utilizada uma estratégia de motivação por meio da distribuição de pedômetros para incentivar e acompanhar a prática de atividade física.

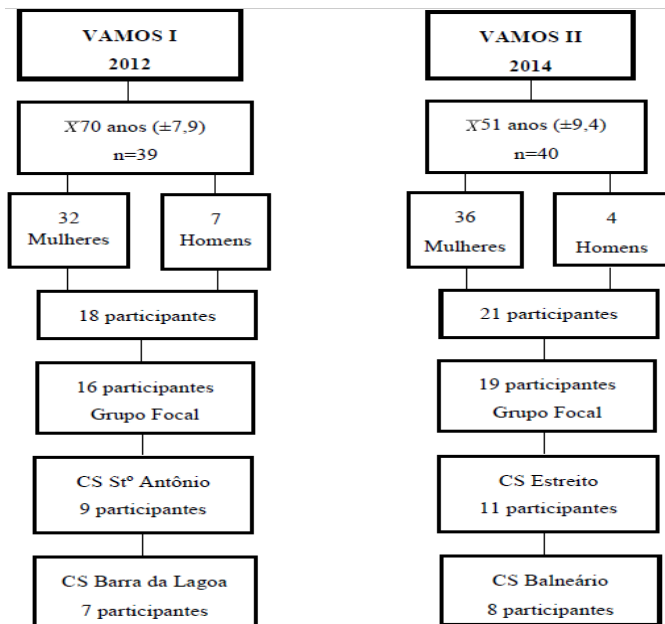
3.3 Participantes da pesquisa

Foram considerados participantes deste estudo aqueles que concluíram os três meses do programa VAMOS, responderam ao questionário e participaram do GF em uma das versões do Programa (I e II). A amostra foi constituída por adultos e idosos de ambos os sexos,

usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis-SC. Como pode ser observada a distribuição no fluxograma da **figura 1**.

No programa VAMOS I - 2012 participaram do grupo focal 16 participantes. No VAMOS II - 2014 participaram 19 participantes que permaneceram até o final da intervenção.

Figura 1. Fluxograma de distribuição dos participantes do programa VAMOS.



3.4 Instrumentos de Medidas

- Condições sociodemográficas

O instrumento de medida empregado caracterizou-se por um questionário estruturado pela equipe de pesquisa composto de 11 blocos. Para o presente estudo utilizou-se as questões referentes as variáveis sociodemográficas. Foram trabalhadas às questões relativas à idade, sexo, estado civil e renda salarial para a descrição sociodemográfica dos participantes do estudo (APÊNDICE A).

- Percepções dos participantes

Para verificar as percepções sobre os benefícios à saúde, as barreiras e aos facilitadores para a promoção da saúde dos participantes do programa VAMOS, foram analisados os grupos focais realizados após a intervenção (três meses) no final das duas versões do programa.

O GF é uma técnica utilizada para compreender a percepção dos participantes de uma pesquisa. Segundo Giovinazzo (2001), o objetivo da técnica é obter a percepção dos participantes sobre um determinado tópico de interesse da pesquisa, e pode ser realizada em conjunto com outros métodos ou não.

Os grupos focais são realizados com um pequeno número de participantes de 8 a 12 pessoas. Segundo Mattar (1993), um número maior que 12 pessoas a qualidade do grupo focal fica comprometida, pois pode ocorrer a inibição dos participantes. E um número menor que oito pessoas compromete o dinamismo da técnica.

Os grupos focais contaram com uma equipe de aplicação devidamente treinada, composta por uma mediadora, dois observadores e um operador de áudio e imagem. Foram conduzidos com o auxílio de um roteiro, composto por 11 questões norteadoras que versavam sobre a divulgação do programa, a atuação da professora, a participação do usuário, os motivos para a participação e as impressões sobre o programa. Importante salientar que o mesmo roteiro foi utilizado para nortear o grupo focal no VAMOS em sua versão I e II.

As questões norteadoras dos grupos focais não foram desenvolvidas especificamente para este estudo, embora é objetivo do programa conhecer as barreiras e facilitadores para melhorar sua estrutura em novas versões. Portanto, neste estudo foram utilizados dados secundários dos grupos focais do Programa VAMOS, logo, todas as questões e impressões expressas pelos participantes foram consideradas. As questões podem ser encontradas no APÊNDICE B.

3.5 Procedimentos e Coleta de Dados

Após a anuência e divulgação, foram realizadas as avaliações no *baseline* e após três meses da intervenção nas duas versões. Foi aplicado um questionário em forma de entrevista face a face, com questões específicas sobre idade, sexo, renda e ocupação e uma ficha diagnóstica aplicada no *baseline* (APÊNDICE A e B). Para esta

pesquisa foram utilizados os dados sociodemográficos, percepção em saúde e mudança de comportamento.

Os questionários foram aplicados por estudantes de graduação e da pós-graduação previamente treinados no início (*baseline*) e ao final do programa (pós-intervenção). Os dados foram registrados em papel e digitados no programa *Epidata*[®] para futuras análises.

Os grupos focais foram registrados em gravador de áudio e transcritos por bolsistas de iniciação científica no arquivo em formato *Word*, para posteriores análises. Foi utilizada câmera de vídeo para o registro das imagens dos depoimentos. Além disso, dois membros da equipe registraram em diário de campo as observações ocorridas durante os grupos focais, anotando as reações e emoções do grupo aprofundando a interação entre os participantes. Segundo Minayo (2013), essa prática auxilia ricamente na coleta dos dados, pois possibilita a leitura minuciosa da situação pelo pesquisador.

3.6 Procedimentos Éticos em Pesquisa

Foi garantido aos participantes seu anonimato, respeitando a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes foram codificados conforme o ano de aplicação do programa em que estavam inclusos, seguido com as iniciais do CS a qual frequentava e a numeração do participante (ex.:12SAP1). Todos anuentes com os objetivos do programa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficando sob domínio do participante e a outra com o pesquisador, ficando arquivada no Centro de Desporto da UFSC (APENDICE D).

Quanto aos aspectos éticos, o projeto intitulado: “Projeto VIA – descobrindo caminhos saudáveis” foi aprovado em 03 de fevereiro de 2012 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 480560 e no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob o processo nº 2.387. Esse projeto atualmente chama-se “VAMOS: Vida Ativa Melhorando a Saúde” (ANEXO A).

3.7 Tratamento dos dados

Para as variáveis qualitativas foi utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), com o auxílio do programa *Nvivo 10*[®] *for Windows*, para a categorização dos relatos do grupo focal. Respeitando a

organização em três polos, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação). A unidade de registro utilizada foi o *Tema*. Essa unidade de registro permite investigar atitudes, motivação de opiniões etc., a “[...] análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p.135).

Para os dados sociodemográficos foi utilizada a análise descritiva de desvio padrão e frequência pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - versão 17.0®)*.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados que serão discutidos posteriormente com o objetivo de analisar as Barreiras e Facilitadores para mudança de comportamento identificados pelos participantes do estudo, bem como verificar os benefícios para a saúde adquiridos no decorrer do programa de Mudança de Comportamento.

Barreiras e Facilitadores

Participaram do grupo focal do Programa VAMOS (2012 e 2014), 35 idosos e adultos, sendo 16 em 2012 e 19 em 2014. Na tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas, conforme as versões do programa VAMOS.

Nesta tabela, pode-se observar que a maioria dos participantes dos grupos focais do VAMOS I e II foram do sexo feminino, com idade ≥ 60 anos, tinham companheiro e com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Características demográficas dos participantes do programa VAMOS I e II.

	VAMOS I	VAMOS II
	n (%)	n (%)
Sexo		

Feminino	12(75)	17(89,5)
Masculino	4(25)	2(10,5)
Idade		
< 60 anos	0	9 (47,4)
≥ 60 anos	15 (100)	10 (52,6)
Estado Civil		
Sem companheiro	4 (26,7)	6 (31,6)
Com companheiro	11 (73,3)	13 (68,4)
Renda		
< 1 salário	2 (13,3)	2 (10,5)
1 - 3 salários	9 (60)	9 (47,4)
4 - 6 salários	1 (6,7)	6 (31,6)
> 6 salários	2 (13,3)	1 (5,3)

Para verificar a percepção dos participantes nas duas versões do programa foram analisados quatro grupos focais, buscando identificar as barreiras e facilitadores percebidos pelos mesmos. Na análise das categorias emergiram as barreiras que foram registradas nos grupos focais em 69 ocorrências, enquanto as categorias que emergiram sobre os facilitadores foram 116 ocorrências.

Dentre as barreiras mais citadas o clima e suas variações sazonais (calor e chuva), a falta da aula prática no programa e as limitações do corpo, foram identificadas como consenso nos quatro grupos focais nas duas versões do programa. Outras barreiras importantes que foram encontradas relacionam-se com o material didático no tocante a profusão do conteúdo e o formato, a falta de acolhimento da equipe de saúde e a falta de segurança nas proximidades em que o programa foi oferecido e a estrutura para a prática da atividade física nos Centros de Saúde (CS).

A falta de infraestrutura para a prática da atividade física e a aplicação do programa também foram citados pelos participantes, pois nos dois CS o programa foi oferecido fora de suas imediações, por não haver um lugar específico para a realização dos encontros e das reuniões no próprio Centro de Saúde. A ausência de aula prática foi relatada

como uma barreira comum nos quatro grupos focais. Esses fatores foram identificados como limitantes para a prática e frequência no curso.

No que diz respeito aos facilitadores, foram identificados como consenso nos quatro grupos focais o pedômetro e o material didático de ótima qualidade. Entretanto na primeira versão ocorreram relatos do material como facilitador e como barreira, ou seja, necessitava de aprimoramento. As barreiras apontadas quanto ao material foram sanadas na segunda versão do programa, no qual foi citado apenas como um facilitador. A distribuição do pedômetro foi um fator motivador para a prática de atividades físicas.

Outros facilitadores emergiram dos grupos focais como a figura da (o) multiplicador (a) como profissional comprometido (a), paciente e motivador; a consciência corporal no que se refere ao respeito e reconhecimento dos limites corporais; o estabelecimento de metas que é sugerido durante os encontros; o apoio social da família, amigos e profissionais de saúde; o acolhimento da equipe de saúde e da equipe do VAMOS; e o café também foi apontado positivamente.

A estratégia da distribuição do pedômetro surgiu como um fator motivador. Os participantes apontaram que observando o pedômetro eles tiveram autonomia para se auto monitorar e estabelecer metas, fato também citado com relação ao material utilizado.

O quadro 6 apresenta as principais barreiras e facilitadores e a frequência de cada categoria identificada nas falas no processo de análise dos dados.

Quadro 5. Barreiras e facilitadores percebidos pelos participantes do programa VAMOS em suas duas versões, 2012 e 2014.

Barreiras	f	Facilitadores	f
Falta da aula prática nos encontros	12	Material didático bem elaborado	21
Clima desfavorável	9	Professor (a) bom – multiplicador	21
Limitações do corpo	6	Distribuição dos pedômetros	9
Papel e forma do material didático	7	Consciência corporal – limites	10
Falta de acolhimento da equipe de saúde	7	Estabelecimentos de metas sugeridas no material didático	8
Falta de segurança e estrutura nos locais de aplicação do Programa	5	Apoio social amigos e família e profissionais de saúde	12

Timidez do participante	4	Acolhimento da equipe de saúde e do programa	12
-------------------------	---	--	----

f: frequência na qual surgiram as barreiras e facilitadores no grupo focal.

Facilitadores

No que se refere aos facilitadores, foram identificadas importantes falas de determinadas categorias de análise, entre elas: material utilizado, papel do profissional envolvido - multiplicador, e estratégia motivadora do uso do contador de passos - pedômetro.

Os participantes revelam que o material didático utilizado no programa está bem elaborado (14EP4) “Eu achei bem elaborado, eu achei que tá perfeito”. Apontam que o material é importante para relembrar os assuntos abordados durante os encontros, especialmente quando expõem as experiências positivas sobre a administração do tempo e a criação de estratégias de como se manter ativo: “É interessante pegar e reler novamente como eu disse, você precisa pra é... relembrar é... reforçar, é interessante” (14EP8). E “Esse livro me ensinou também em administrar o tempo, a gente tem esse negócio de falar com quem quiser não tem? Todo mundo tem. A gente administra mal (14EP3)”. Alguns participantes elencaram algum módulo como preferido e falaram sobre a aprendizagem adquirida, como podemos observar no relato abaixo:

Achei muito importante aquela parte do apêndice que tem aquela parte da ginástica ali de passo a passo, desenvolver ali o exercício né, se as pessoas puderem, quiserem tá... é só seguir por ali mais ou menos já dá pra fazer alguma coisa em casa, no momento que não dá pra sair, que não tenha caminhada, se tem gente em casa, de sempre a gente tem algum imprevisto que deixa a gente meia sem sair né, que nós vamos chegar um parente ou... principalmente nós lá em casa que tamos com um casal de velhos que tá sempre recebendo visita, e as vezes a hora a gente olha naquilo ali e dá pra fazer de noite em casa, gostei muito daquilo... e de tudo que tá no livro também (14EP2).

As ações da profissional (multiplicadora), no caso a professora que ministrou os encontros, foram apontados como positivas durante a

intervenção a motivação da turma, a postura quanto profissional, o carisma e a atenção para com os participantes. No relato do participante fica claro a atenção e paciência da professora para com o participante “(...) explicava bem as coisas pra gente, às vezes a gente podia não entender bem, mas ela voltava, explicava de novo, isso aqui é assim, isso aqui é assado, tudo que ela falava” (12BLP6). Nesse outro trecho emerge o compromisso com a socialização da informação oportunizada pela professora, como pode-se observar: “Ela não te deixa sem resposta” (14BP11).

Um interessante relato sobre a importância do profissional (multiplicador) veio por meio de uma participante, na qual a professora (multiplicadora) traduziu a importância de sua participação no grupo de atividades para que conseguisse vencer um momento delicado de sua vida, o luto, e continuar a participar do programa.

Pra mim, depois que eu entrei, eu me fortaleci muito assim, porque eu já tava com depressão, foi a primeira coisa que eu já tava porque eu perdi uma filha faz 1 ano e 8 meses e eu não consigo tirar da minha cabeça, cada vez, cada dia pior, mas naquele dia, parece assim que não foi aquelas pessoas que estavam ali, era Deus que chegou e disse tu vai porque senão, tu não vai aguentar, eu vim, cheguei aqui a (xxxxx) me recebeu muito bem, ela é uma pessoa maravilhosa, e pra mim assim, modificou toda a minha vida (12BLP2).

Outros relatos importantes foram com relação ao uso do pedômetro, doado como uma estratégia motivadora para a prática de atividade física. O pedômetro possibilitou ao participante o auto monitoramento, criação das próprias estratégias e o aprendizado com a vivência, transformando em hábito a prática de atividade física. “Ah eu aprendi muito com isso, principalmente as caminhadas, é bom a gente saber os passos que a gente dá, esse aparelhinho (...) é ótimo” (12BLP3), outro relato revela a ação conjunta do contador de passos com a prática cotidiana, “(...) em relação aos hábitos de atividade física também eu já tinha bastante convivência, esse pedômetro né, agora já tô com ele dois meses direto, também só tiro pra tomar banho e dormir e já incorporei” (14BP9). As duas falas revelam a apropriação do conhecimento e do uso do pedômetro na prática cotidiana. O pedômetro se transformou em incentivo a prática da atividade física.

Foi bom que ela levantou isso aí, por que pra mim foi fundamental, sabe por que não vivo mais sem ele [risos] aquilo ali te motiva, já disse o (xxxxx) que vou comprar e dá de presente pros meus filhos, vai ser meu presente de natal pra eles pra ver se desperta neles também essa, esse incentivo, então isso aí foi muito bom. É um companheiro (14BP3).

Ainda, com relação ao auto monitoramento, no trecho relatado por outro participante, percebe-se a ligação dele com a prática da atividade física. O participante relata que o pedômetro possibilitou a caminhada consciente, a superação, pois caminhou de 25 a 26 mil passos por dia, importante salientar que o participante é cardiopata e realiza reabilitação cardíaca três vezes por semana e o monitor certamente contribui com o tratamento do coração que vinha sendo realizando.

(...) eu não sabia do, da, do... de quanto a gente deve investir na caminhada por semana né, então como eu tô fazendo essa reabilitação eu faço 40 minutos três vezes por semana e as vezes eu caminhava, as vezes não, sempre caminhava mas nunca estabelecia aquela meta de sexta ou sábado, as vezes ia domingo, ia caminhar na beira mar e aquele... esse pedômetro, ele incentivou. Muita gente fica querendo vencer ele a cada dia né, eu cheguei a fazer 25 pra 26 (14EP3).

Outros facilitadores emergiram no grupo focal. Dentre eles a consciência corporal, quanto ao reconhecimento dos limites, o respeito com o corpo, o estabelecimento de metas para a caminhada, administração do tempo e planejamento alimentar que são propostos nos encontros, o apoio social da família (marido, netos, filhos e amigos), o acolhimento da equipe de saúde e da equipe do Programa VAMOS.

(...) as meninas são maravilhosas (referindo a equipe de saúde), sempre foram, não é por causa do... do programa, sempre me trataram super bem, eu não sei se nós que somos mais idosos, elas têm um carinho especial ou se elas tratam todo mundo assim mas acredito que todo mundo. E as pessoas aqui do grupo... do programa é maravilhoso, tanto que a gente ficou né (12SAP2).

O café, que era realizado após os encontros pelo próprio grupo, foi revelado como um importante momento de socialização. Oferecido no final do encontro, era preparado pelo próprio grupo. Nele aconteceram trocas de experiências, troca de receitas, compartilhamento de histórias de vida e a cooperação na sua organização.

Também foi citada a localização dos encontros do programa quando desenvolvido nos CS. Fato que revelou a importância das atividades acontecerem no CS e nas proximidades de suas residências.

Barreiras

Em relação as barreiras, a mais citada pelos participantes foi a falta da aula prática no programa. Para os participantes, seria interessante um tempo destinado a atividades como caminhada e/ou alongamento. “Ah pois é, eu leio alguma coisa, mas pra mim é mais na aula prática, pra mim é mais interessante” (12BLP5). O participante (14EP3) também salientou: “Em vez de um dia ter a reunião, um dia da semana por exemplo né, um dia do mês né ou dois ‘éh...’ ir lá pra praça e fazer uma caminhada”. O relato abaixo também sugere a inserção do momento prático na aula:

(...) pra incluir um pouquinho de exercício na prática do encontro, tinha dito pra a (xxxxx) que no livro é bastante teórico, mas a gente conseguiu colocar em pratica a questão da alimentação (...) comer uma fruta pela manhã, no carro uma banana ou uma maçã (...) é...mas o que se falou tanto, tanto, tanto em atividade física e que eu achava, falei pra ela, que deveria ter pelo mínimo 10, 15 minutos dessas duas horas que o curso terminava 10:35 ou 10:40 e que esses 15, 20 minutos, meia hora fosse usado para a atividade física falou-se tanto da importância da atividade física, então poderia aproveitar esse tempo já que estávamos e faria a atividade física (...) todos a fazer a atividade física, isso é uma coisa que deveria incluir nesse horário de 9 horas como parte do processo (14BP9).

O clima também foi identificado como uma barreira pelos participantes. Em Florianópolis as variações climáticas foram apontadas como limitadoras para a prática da atividade física e deslocamento para frequentar o programa. Há muita alteração com o frio, a chuva e o calor.

Hoje eu disse pra ele que agora tá calor, nós vamos acordar 6 horas da manhã, pra ver se a gente levanta 7 e já tem calor. Essa semana eu caminhei as 8, sai de casa 20 pras 8 (referindo ao horário) e já voltava assim um calor horrível, sol quente né. Já falei com ele, é 6 horas da manhã, se tu não acordar eu vou só (14EP4).

E ainda:

(...) não vou caminhar agora de manhã por que o sol tá muito quente, ai a tarde eu trabalho e a noite por que estou estafado, amanhã começo a caminhar um pouco mais cedo, e... tudo vai caminhando né, chega uma hora que tu vai ser obrigado a começa a viver uma vida mais ativa ou se não tu vai piorando o teu quadro clínico cada vez mais (14BP7).

Alguns participantes ainda contam com dificuldades mais acentuadas.

A chuva pra mim é difícil porque eu atravesso o rio e não tem como eu vir com uma sombrinha remando, quando eu chego cá do outro lado eu tô toda molhada, então eu não vou pra pegar um resfriado (..) Pra mim é difícil (12BLP4).

A terceira barreira mais apontada foi a limitação do corpo e as limitações do movimento pelos participantes. O participante (14EP1) relata ter dificuldades no caminhar por causa da composição corporal elevada. “Não, mas eu mesmo que eu caminhe, eu caminho devagar, eu não consigo”. Outro participante (14BP5): “É eu não subia escada, (...) parece que eu não podia subir escada e a (xxxxx) dizia tem que botar, tem que subir a escada, (...) não, tem que subir”. Nesse relato surge novamente a imagem do professor (multiplicador) enquanto motivador para a mudança de comportamento. Já, no relato de outro participante

(12BLP7) é visível a superação e a auto eficácia do participante. A fala (12SAP8) relata o incomodo do “bico de papagaio” (*Osteofitose*) provoca, dificultando a prática da atividade física.

Então serviu muito, não porque eu já fazia ginástica, que eu precisava também fazer exercício físico, mas eu era mais parada na caminhada, achava que as dores que eu tinha (..) prejudicava, como eu queria alcançar metas, dez, oito, então eu comecei a caminhar mais né (12BLP7).

É, ele faz a caminhada ele sabe, que eu só gosto de conversar com ele, o médico (...) eu sinto dor do cabelo até o dedo do pé...eu nasci só pra sentir dor, tudo na minha vida eu tenho, nesse dedo aqui, na mão...aí eu não posso anda muito, porque eu tenho uma dor aqui no meu, no meu...eu tô com seis bico de papagaio ... então não dá pra andar muito ... meus papagaios tão só me incomodando (12SAP8).

Além das barreiras citadas anteriormente, outras emergiram ao longo do programa. Dentre elas, o material didático que anteriormente foi citado como motivador, neste momento é citado como uma barreira.

É, e a noite quando cê ta lendo, sei lá eu tô falando por mim que eu uso óculos (...), eu vejo assim que ele bate o reflexo e você não tem uma leitura muito boa, mas isso no meu caso, talvez outros não tenha tido (...) (12SAP5).

Não, não, não...isso do papel me incomoda também (...)”, foi apontado também o formato do material 12SAP4 - “(...) que eu acredito que...eu também vou fazer (...) encadernação que é coisa simples, né, coisa baratíssima e se fica um negócio não perdido (...) (12SAP6).

Estas barreiras foram solucionadas na segunda versão do programa VAMOS, ou seja, em 2014 o tipo de papel foi modificado e o tamanho e forma do material também. Portanto, estas barreiras somente foram identificadas na primeira versão do programa, em 2012.

Em menor escala também foram apontadas barreiras como a falta de acolhimento da equipe de saúde: “As pessoas estão ganhando no serviço e acha assim, que tão fazendo um favor pra gente” (14EP5). Ocorrendo também reclamações acerca do mau atendimento ao procurar informações sobre o Programa: “Melhorar a maneira que elas falam com as pessoas, né, (...) aquela mulher não era pra está ali, não sabe lidar com as pessoas, muito imprópria, comigo ela foi (...)” (14BP4).

A falta de segurança nas redondezas do local que foi oferecido o programa, da estrutura para os encontros quando realizado fora do CS: - “Era melhor tá lá no centro de saúde, era mais perto, pois é mas pra elas já fica mais ruim (...)” (12BL2). “(...) ou falta de condução, falta de (...) de alguém que leve, tem gente que não tem segurança aonde (...) a noite não dá pra sair porque tem ladrão e é bastante” (12SAP5).

A participante 14BP8 relata ao acanhamento para a mudança de hábito, ou seja a timidez: “Ou ficava com vergonha de comer uma fruta [grupo concorda]” e a 14EP4: “(...) daí eu assumi um compromisso de fazer um trote, eu tenho vergonha de ficar na beira mar [imitou um trote] mas eu... [risos do participante e do grupo], mas eu caminhando normal”. E o excesso de atividade desenvolvida pelos idosos fora do programa, como observa dois participantes: 12BL3 - “A nossa vida é meio porreta!”.

Quinta-feira a gente tem a ginástica de manhã, chega em casa 09:30h, aí vai cuidar da comida tudo, aí de tarde tem o grupo da Dona (xxxxx), que é dos idosos, sai de lá cinco horas entendeu? Terça – feira tem a ginástica, e vem pra cá uma e meia é tudo assim (12BL7).

Portanto, entre os facilitadores e as barreiras que foram apontadas é necessário utilizá-las da melhor forma, ou seja, utilizar os facilitadores que foram identificados buscando vencer as barreiras encontradas. Pois, um programa de mudança de comportamento não se constrói rapidamente, mas por meio de constantes mudanças a partir da identificação dos facilitadores e das barreiras a serem vencidas.

Benefícios Percebidos

Para analisar a percepção dos benefícios dos participantes no Programa VAMOS, foram analisados os quatro grupos focais do VAMOS nos anos de 2012 e 2014. Dos grupos emergiram 79

referências das categorias codificadas, classificadas como benefícios externos ao participante (extrapessoal) e os benefícios internos (intrapessoal). Os benefícios intrapessoais foram elencados nas categorias de aprendizado, do físico e do psicológico. Os benefícios extrapessoais foram mais acentuados apenas na categoria social. Como podemos observar no Quadro 7.

Benefício Intrapessoal - Aprendizado

O benefício intrapessoal percebido da categoria aprendizado foi observado apenas nos grupos focais do VAMOS aplicado em 2014, no qual o público adulto foi incluído, pelas sugestões do programa anterior. Como se pode observar no relato do participante 14EP7: “Não tem nada negativo, tudo positivo, foi ótimo, aprendi bastante, espero levar pro resto da minha vida sim, assim... a caminhada, alimentação né (...)”. O participante declara a internalização dos conteúdos que farão parte de sua vida. Outro relato importante em que se pode perceber que o participante aprende a gerir o seu tempo, organizar suas atividades por meio do material oferecido pelo Programa:

Esse livro me ensinou também em administrar o tempo, a gente tem esse negócio de falar com quem quiser não tem? Todo mundo tem. A gente administra mal (14EP3).

No relato a seguir o participante revela que aprendeu a lidar com a obesidade e as frustrações das dietas malsucedidas, como se pode observar:

(...) nunca ninguém disse assim, não olha sua meta é emagrecer 20, 30 quilos, 10, 5, mas você não precisa se matar na primeira semana, na segunda semana, você tem que ir conquistando né, essas seguranças, isso pra mim foi, nossa, eu fiquei impressionada, nossa, eu não sabia, muitas coisas né a gente não sabia, o fato de se alimentar corretamente, no espaço de tempo certo e que isso melhora seu metabolismo, são as pequenas coisas no conjunto que (...) (14BP10).

Outro relato expõe o aprendizado sobre a importância de uma alimentação saudável e regrada, 14BP8:

Eu tava deixando de comer arroz com feijão pensando que eu ia emagrecer, não pode deixar de Comer arroz com feijão, não a gente faz totalmente errado, então essa coisa, de comer de três em três horas.

Assim como a narrativa descrita a seguir:

Ficou mais leve pra todo mundo, né, como foi interessante incluir hábitos saudáveis isso foi um ganho pra a vida da gente, né, que a gente achava, obeso não ia fazer exercício, que se estressar era motivo pra comer e muito pelo contrário, a gente entrou aqui com a consciência de que não precisava ser daquele jeito com novas estratégias de um jeito novo que a gente ouvia falar que dava certo que a gente não conseguia localizar na vida da gente e de alguma forma a gente introduziu hábitos saudáveis na vida da gente, deixar todo mundo que nem a Dona (xxxxx), que focou todo dia, todo dia nas pequenas coisas (14BP10).

Quadro 6. Benefícios percebidos pelos participantes após a participação no programa de mudança de comportamento - VAMOS.

Benefícios Percebidos							
Intrapessoal		f	%	Extrapessoal		f	%
Aprendizado	Melhor administração do tempo	11	14	Sociais	Ter convivência social	22	28
	Praticar atividade física						
Físicos	Ter uma alimentação saudável	23	29	Sociais	Pertencer a algum grupo	22	28
	Se organizar						
	Melhorar a condição física						
	Ter consciência corporal						
	Ter autocuidado						
	Ter mobilidade corporal						
	Saber as limitações do corpo						

Psicológicos	Melhorar autoestima	a				
	Aprender a superar-se	23	29			
	Ter Motivação					
	Melhora na depressão					

*f=frequência absoluta em que as categorias surgiram nas falas do grupo focal; % frequência relativa das categorias citadas.

Os benefícios intrapessoais relacionados ao aprendizado se referiram a conhecimentos adquiridos sobre como administrar o tempo, organizar suas atividades por meio do material didático oferecido, sobre a prática como a caminhada e alimentação saudável e adequada. Além do aprendizado sobre o enfrentamento das frustrações com as dietas malsucedidas e composição corporal.

Benefício Intrapessoal – Físicos

Sobre os benefícios intrapessoais com relação a questão física, pode se observar no relato da participante que as conquistas alcançadas como auxílio do Programa melhoraram sua condição física.

Bom, pra mim! É... mudou muito a minha flexibilidade eu tinha muita dificuldade de levantar o pé pra botar na cadeira eu já tinha dificuldades de levantar os pés pra andar, me doía muito, né, os pés, o joelho e... era pesado, né, minhas pernas pesadas a Deus isso eu melhorei bastante, passo quando a minha neta deixa algo na cozinha no chão eu passo por cima, já nossa, foi assim...coloco as minhas meias meu calçado que não coloquei a anos, no primeiro dia que eu botei foi até um dia que eu fiz a cabeça eu peguei o tênis e disse a Janaina eu vou botar esse tênis, eu tô fazendo exercício quem sabe eu conseguir, menina eu comecei a chorar que eu consegui colocar, calcei a meia e calcei o tênis [chora emocionada][aplausos dos companheiros] (14BP5).

O Programa despertou uma consciência sobre o próprio corpo e o autocuidado dos participantes. Muitos passaram a ser mais ativos depois do programa, como pode ser observado no relato do participante 12SAP5 “(...) eu já vejo assim, caminhar, no meu dia a dia melhorou também. Que eu já fazia, mas hoje eu faço mais, tá com incentivo, tendeu?!”. A participante 12SAP2 relatou a melhora da mobilidade corporal: “(...) tá tudo mais solto, era tudo encolhido, agora tão tudo mais, mais solto (...)”.

No relato do participante 12SAP4, pode-se perceber o autocuidado e o respeito com as limitações do corpo:

(...) mas ele já tá lá, orientado né (...) se você, não longamente, mas se você tem de quinze a vinte minutos de descanso se você pega sua perna levanta um pouco você tem (...) você levanta suas pernas acima do sofá, e você passa desacordado por quinze minutos, você relaxa seu corpo, movimenta seu sangue todo, e no outro... à tarde você trabalha dez vezes mais, cê tem muito mais disposição, do que se você ficar sentando... é por isso (...) (12SAP4).

As melhorias percebidas e a satisfação com o resultado alcançado, a como podemos observar no relato desse participante, que é cardiopata e se encontrava obeso:

(...) passei a levar a sério o programa (...) os hábitos alimentares e as atividades são importantes, hoje né, já estou satisfeito com a perda de alguns quilos, né a gente vai perder cinco, dez, quem sabe depois vinte [referindo-se perda de peso], aos pouquinhos tá indo de uma certa forma que tá me deixando bem satisfeito (14BP7).

Os benefícios interpessoais que emergiram sobre questões físicas foram a melhoria na condição física, aprender a ter consciência sobre o próprio corpo, autocuidado, melhora na mobilidade corporal, respeito às limitações do corpo e satisfação com o alcance dos resultados.

Benefício Intrapessoal – Psicológico

O último benefício intrapessoal é o que se refere às questões psicológicas dos participantes. No relato abaixo a participante revela a importância da autoestima na superação de limitações. A participante foi motivada pela multiplicadora a se movimentar mais, essa motivação fortaleceu sua confiança.

Pra mim primeiro, ela botou meu alto astral lá em cima, porque tinha muitas limitações por causa dos médicos, né, tenho problema cardíaco, tenho problema de asma tenho tireoide (...) a senhora não pode lavar roupa, a senhora não pode varrer casa, a senhora não pode fazer muito esforço, então me limitei aquilo, né, não fazia nada e a minha filha brigava comigo “mãe não lava a louça!”, (...) “bota tudo dentro da pia quando eu chegar do serviço eu lavo” e eu deixava, mas a (xxxxx) mudou a minha cabeça em tudo, e esse VAMOS pra mim foi muito bom, por que eu não comia gordura (14BP5).

A participante ainda relata que modificou as roupas que vestia e revelou-se confiante para desenvolver as atividades diárias como podemos observar.

(...) pra mim foi muito bom, só vestia roupas muito escuras, porque, né, já tenho 77 anos, então eu achava que uma roupinha, mais colorida ia ficar feia, pra pessoa velha né [conversa entre as colegas] era morrom, era cinza, era azul marinho, verde, troquei tudo (...) [risos de todos][aplausos]. Teve uma coisa melhor ainda que aconteceu comigo, hoje eu lavo louça, ponho roupa na máquina, calço o tênis, esses dias olhei o meu armário e disse tá tão feio eu vou limpar ele, coloquei um bacia com água e detergente e tirei tudo de dentro do armário, passei pano e coloquei tudo lá no lugar direitinho, o que não prestava eu joguei fora, ai sentei e fiquei (...) cheguei até a colocar um comprimido lingual na boca e disse não vai dá nada, não vai dá nada (14BP5).

Outro relato importante é a preocupação do participante com relação à dependência decorrida pelo envelhecimento e o agravamento de doenças, como se vê em 14BP4:

Pra mim foi importante também, a questão da independência de fazer alguma coisa do meu jeito, aquela coisa, né, mas eu deixei essa preocupação por que é Deus nos permite essa, essa, essa sorte, né, envelhecer todo mundo vai, todo mundo quer pelo menos, né, mas eu digo assim com qualidade (...).

O Programa revelou-se motivador para 14BP11: “Ele é bem motivador!”, e contribuiu com o resgate da autoestima dos envolvidos, o participante sentisse mais jovem 14BP6: “(...) muita coisa, vou mudar a minha idade”. Os benefícios intrapessoais psicológicos permearam sobre a auto estima do participante, a confiança para a superação de limitações e para o desenvolvimento das atividades diárias, melhorando, assim, o quadro emocional de muitos participantes.

Benefício Extrapessoal - Social

Nos benefícios extrapessoais foi constatado um fator facilitador na aprendizagem para o convívio social. Aprender a conviver foi expresso em um dos relatos, 12SAP5: “(...) é exemplo, agora (...) também não foi muito explanando que cada um que se descobriu o que mais convier (...) pra gente buscar fazer uma competição (...)”. Essa convivência demonstrou-se importante para a socialização dos participantes do grupo, 12SAP 8: “(...) só dos amigos, e a gente ter a oportunidade de conversar, trocar ideias isso é bem positivo”. Também permitiu ouvir outras histórias que contribuem para a resolução de problemas como o participante 12SAP5 relata “(...) né estimular as pessoas a se socializarem pra resolver seus problemas (...) familiar né que tem (...) marido e mulher (...)”.

O apoio social surge como um importante alicerce, trazendo benefícios para os participantes, na figura da família, como se vê na descrição da participante 14BP8, especificamente:

(...) através disso assim a rotina da minha casa mudou totalmente eu tenho dois filhos também e ele se cuida muito que ele quer ser médico então isso tá ajudando a família inteira, realmente valeu

a pena, hoje eu posso dizer que se eu não tivesse vindo teria me arrependido.

Em outro relato há o encontro intergerações, bisavó e bisnetos, a relação positiva na superação de obstáculos, como se pode observar.

Esses dias fui levar meus bisnetos na escola que os pais foram viajar, lá no Lauro Lins, ele sabe qual é aquela estrada né, aí quando cheguei na rua o (xxxxx) a bichinha (...) aí a menina é mais velhinha “não vai subir bichinha? ”, vô, vô subir (...) minina quase morro, com dor no joelho, com dor nos pés, com dor no quadril, mas subi, cheguei lá vamo parar pra a bichinha tomar folego (...) (14BP5).

O relato revela a sua identificação com o Programa, o valor do grupo e a complementaridade entre os participantes.

(...) é com isso o programa ele contempla exatamente isso ele é de uma forma gradual, sistemática, pontual, monitora, incentiva, cobra, monitora, então tudo isso tem a ver comigo meu jeito de ser e além disso, é também eu vim, permaneci no curso bastante motivada, o curso fez tão bem pra mim (...) uma das coisas importantes que eu aprendi lá foi de que o grupo ele é hiperativo e para as pessoas permanecerem agrupadas uma tem que fazer sentido pra outra e que é isso que dá a liga para a sustentação do grupo, aqui o outro nos complementa no grupo (14BP9).

Os benefícios extrapessoais sociais que emergiram nos grupos focais são referentes à convivência social e o aprendizado, possibilitado por ela o apoio social familiar para a prática e o sentimento de pertença ao grupo, que proporcionou a aproximação dos participantes.

Assim, os resultados do estudo apresentam os benefícios percebidos para a saúde (intrapessoal, aprendizagem, físicos e psicológicos e extrapessoal social), as barreiras e facilitadores para a mudança do comportamento para a atividade física e alimentação saudável e adequada como se apresentou ao longo do estudo.

5 DISCUSSÃO

Este tópico foi organizado na ordem de discussão dos Facilitadores e Barreiras percebidas para a mudança de comportamento. Como também dos benefícios à saúde percebidos pelos participantes durante a realização do Programa VAMOS.

Facilitadores percebidos

A partir da análise das falas dos participantes dos grupos focais nas duas versões do programa VAMOS, foram identificados como facilitadores o material didático fácil e informativo, bom professor (a) multiplicador, distribuição do pedômetro como fator motivador, melhora na consciência corporal, estabelecimento de metas sugeridas no material didático, apoio social do grupo e o acolhimento da equipe de saúde.

O material didático utilizado segundo os participantes possibilitou a elaboração de estratégias para a prática de AF diante das diversidades. Também possibilitou os participantes a revisitarem o conteúdo abordado durante a intervenção, configurando uma importante ferramenta para sua aprendizagem. Segundo Knowles, Holton, Swanson (2011), o aprendizado se dá pela repetição e pela prática. O material didático favorece lembrar a execução de movimentos e estratégias, podendo, ou não, possibilitar a mudança de comportamento.

A Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1986) apresenta que a mudança de um comportamento se dá pelo aprendizado, fato que pode acontecer pela sua experiência. Podendo ser, essa direta, em que o participante aprende experimentando e reproduzindo um modelo, chamada de aprendizagem por modelação. Ela tem quatro etapas: a atenção, retenção, reprodução motora e a motivacional ou de incentivo. No caso da utilização do material didático - módulo de apêndice - se encaixa o processo de reprodução motora, o participante internalizou informações simbólicas e as pôe em prática (BANDURA, AZZI, POLIDORO, 2008). Assim, os participantes por meio do material didático oferecido pelo programa VAMOS podem criar as próprias estratégias ou seguir modelos presentes no material, como pode-se observar nos relatos sobre o apêndice.

O papel do multiplicador (a) foi ressaltado de suma importância para a mudança de comportamento no que se refere à motivação dos participantes. Meurer e Palma (2010), em estudo com participantes adultos e deficientes, verificaram que o profissional era o incentivador

para a superação de barreiras e motivava a prática de atividade física. Pois possuíam conhecimentos importantes sobre a especificidade do público atendido. Portanto, o multiplicador deverá estar ciente do seu papel de motivador, é fundamental para o bom andamento do programa. Neste sentido, faz-se necessário um treinamento adequado ao multiplicador, fato que os profissionais responsáveis pelo programa estão providenciando a habilitação de novos multiplicadores.

A estratégia de distribuição de pedômetro foi motivadora diante dos relatos dos participantes. No estudo realizado por Fukuoka et al. 2010 a melhoria da percepção em saúde de mulheres adultas sedentárias da cidade de São Francisco na Califórnia, o estudo aponta aumento na prática da caminhada com o monitor de passos resultando em 20% a mais de passos caminhados, comparado a primeira semana sem o uso do pedômetro, demonstraram motivação pelo uso do aparelho, além da autonomia para o auto monitoramento das atividades realizadas.

Morton et al., (2015) utilizaram a tecnologia da mensagem de texto com enfoque em saúde (*mHealth*), coadunada com a utilização do pedômetro para o enfrentamento do diabetes tipo 2 em um programa de mudança de comportamento “*Walking Away*”. O estudo piloto demonstrou benefícios iniciais para a mudança do comportamento e controle do diabetes tipo 2. Mas os autores ressaltam que a pesquisa se encontra em fase de implementação estando em verificação a eficácia do programa em 4 anos.

Novas estratégias de promoção da atividade física como a caminhada ganham força no cenário internacional. O desafio do programa “10.000 passos” propõe a caminhada seja no deslocamento, lazer e por exercício físico, cumprindo pequenas metas diárias, além de possibilitar informações importantes sobre a importância da prática (CHOICES, 2015). Essa estratégia tem semelhança como Programa VAMOS que oportuniza a monitoração da caminhada, por meio da distribuição de pedômetros, juntamente com informações sobre os benefícios para a saúde. Nos estudos de Borges et al. (2014) e Preciado e Bonilla (2011) a estratégia de distribuição dos pedômetros foi motivadora para o aumento e manutenção dos minutos de atividade física praticada. Essas ações são importantes para o trabalho motivacional dos participantes, melhorando a auto eficácia e conseqüentemente a saúde.

A consciência corporal emergiu como um facilitador. O participante, conhecedor dos seus limites e das suas conquistas durante o programa se compreende como produto do meio a ser transformado. A

mudança física resultante de sua participação no programa parece acontecer. (14BP5) “Bom, pra mim! É... mudou muito a minha flexibilidade eu tinha muita dificuldade de levantar o pé pra botar na cadeira eu já tinha dificuldades de levantar os pés pra andar (...)”. Segundo Bandura, Azzi e Polidoro (2008) as crenças de autoeficácia influenciam de modo positivo a consciência física e a superação do participante. Sabendo que cada corpo tem um histórico que deve ser considerado, os participantes buscaram estratégias para melhorar as suas limitações corporais.

A prática regular da atividade física contribui de modo significativo no retardo das modificações antropométricas, neuromusculares, metabólicas e psicológicas advindas com o avanço da idade (MATSUDO, MATSUDO, 1992). Esses benefícios estão evidentes no relato citado por uma participante que informa a melhoria da flexibilidade e locomoção. No estudo de Chaput et al., (2011) a atividade física e sua ação conjunta com a alimentação saudável, possibilitou a recuperação e a manutenção do peso corporal. Também na idade adulta a atividade física tem ações como melhoria da qualidade de vida de sobreviventes de câncer (KOUTOUKIDIS; KNOBF; LANCELEY, 2015), melhoria da absorção de cálcio prevenindo e tratando a osteoporose (MOREIRA et al., 2014), promoção da saúde mental e redução dos riscos de desenvolvimento de depressão (MAMMEN; FAULKNER, 2013).

Outros facilitadores versaram sobre o estabelecimento de metas. Esse mecanismo está ligado a autorregulação do participante na mudança do comportamento (BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008), sobre o apoio social e sobre o acolhimento da equipe. Estes são fatores importantes para a melhoria da saúde e de sentir-se querido pelo grupo, sentimento de pertencer a algo (WETHINGTON; KESSLER, 1986). Corroborando com o achado sobre o apoio social e acolhimento da equipe, o estudo de Faquinello, Carreira e Marcon, (2010) aponta que os fatores do apoio profissional e a atenção ao usuário acometido pela Hipertensão devem caminhar juntos possibilitando a promoção da saúde, prevenção de doenças auxiliando no enfrentamento de patologias como as DCNTs em usuários dos CS.

O café oferecido após os encontros organizados pelo próprio grupo e a localização em que foi realizado o Programa, quando nos Centros de Saúde, foram aspectos importantes levantados pelos participantes como motivadores para a permanência e consequentemente a mudança de comportamento dos participantes. O café é tido como um

momento de socialização entre os participantes, é um espaço de troca de informações, histórias de vida e experiências cotidianas. Na revisão realizada por Ruthirakuhan et al. (2012), sobre a eficácia da atividade física, socialização e estímulo intelectual para pessoas acometidas por Alzheimer, os dados apontaram que as refeições compartilhadas podem melhorar o engajamento social e as relações sociais e a atividade física garantem a independência e as capacidades cognitivas dos indivíduos.

Barreiras percebidas

A partir da análise das falas dos participantes dos grupos focais nas duas versões do programa VAMOS foram identificadas as seguintes barreiras: falta da aula prática, clima desfavorável, limitações do corpo, material didático da primeira versão do programa, falta de acolhimento da equipe de saúde, falta de segurança nas proximidades do local onde acontecia o programa, falta de estrutura dos locais que era oferecido o programa (barreira citada quando o programa não era realizado no CS) e a timidez de alguns participantes.

Uma das principais barreiras que foram identificadas, foi a falta de aula prática no programa, o VAMOS é de cunho teórico. No estudo de EIRAS et al. (2010), a aula prática foi indicada como um fator motivador para a adesão a atividade física, pois aula estava envolta em significados, os participantes sentiam se “mais vivos” e “energizados”. Krug, Lopes e Mazo (2015) estudando 30 idosas acima de 80 anos verificaram que o prazer pela prática foi um facilitador para a prática regular de atividade física. A aula prática parece ser um importante fator a ser considerado para a mudança do comportamento para a atividade física. Este achado deverá ser considerado pela equipe do programa para futuras mudanças, no que diz respeito à inclusão de um momento prático na aula, podendo ser um demonstrativo de atividades, que possam ser realizadas em casa, atividades funcionais, por exemplo.

O clima também foi apontado como uma barreira. As variações climáticas, como o calor, chuva e o frio, provocadas pelos processos sazonais, limitava a prática da atividade física e deslocamento para frequentar o programa. Resultado semelhante é mostrado no estudo realizado por Eiras et al. (2010). O clima foi apontado como fator limitante para a prática de atividade física ao ar livre. Cassau et al., (2011) e Korikiakangas et al. (2011) em seus estudos com idosos e diabéticos tipo 2 também apontam o clima como fator limitante.

O Estado de Santa Catarina apresenta variações climáticas expressivas, consequência de diversos sistemas atmosféricos e de altitude (MONTEIRO, 2001). Assim o tempo instável torna-se uma barreira para a prática de atividade física, influenciando negativamente na mudança do comportamento.

As limitações do corpo se mostraram como outra barreira. As restrições advindas com a idade são elencadas como fatores limitantes para a prática da atividade física. A limitação do corpo também foi identificada por Krug, Lopes e Mazo (2015) e Cassau et al. (2011). No estudo de Krug, Lopes e Mazo as idosas relataram as limitações corporais ora como barreiras e ora como facilitadores para a prática de atividade física, dependendo de como elas estavam fisicamente. Cassau et al. (2011) verificou as barreiras para a prática de atividades físicas pelos idosos de diferentes níveis socioeconômicos, e a limitação corporal também foi apontada pelos participantes.

O estudo do VIGITEL 2014 aponta que a frequência da prática de atividade física moderada de 150 min por semana tende a diminuir com o avanço da idade (BRASIL, 2015). O avançar da idade influencia na diminuição das atividades físicas por motivos de limitações corporais como citado no parágrafo anterior.

O material didático, na primeira versão do programa VAMOS, apareceu como uma barreira, pois era diferente. Na primeira versão o formato era A4 e com folhas soltas e no tipo de papel *couchê*. Os relatos apontaram incômodo para a leitura pelo brilho excessivo e o formato em que as folhas eram soltas, sendo necessária a encadernação ao final do Programa. Essas questões foram solucionadas na segunda versão, no qual foi modificado o tipo de papel, o tamanho do livro (A3 dobrada) e os encontros foram divididos por número de livros, ou seja, um material único foi dividido em 14 livretos (um a cada encontro, mais o encontro inicial e o apêndice). Ao que parece o problema foi resolvido, posto que nos grupos focais da segunda versão este tópico não apareceu.

A falta de acolhimento da equipe de saúde também foi apontada como um fator desmotivante. Na revisão realizada por Canesqui e Barsaglini (2012) o apoio social é importante no tratamento de doenças crônicas e o envolvimento do profissional emerge como influência positiva no tratamento. Em outra revisão mais antiga de Wethington e Kessler (1986), apontam que receber apoio social da equipe de saúde possibilitam a promoção e efeitos positivos sobre a saúde. A percepção do apoio social está associada ao sentimento de pertença ao grupo, do

sentir-se querido/amado. Logo a ausência do apoio e acolhimento da equipe influencia negativamente na adoção de hábitos de vida saudável.

Abordada também por Faquinello, Carreira, Marcon, (2010), as autoras estudaram 20 adultos e idosos hipertensos e suas percepções sobre o acolhimento pela equipe de saúde do CS. A percepção dos usuários quanto ao atendimento da equipe era limitada, o que dificultava o alcance dos usuários que também não se percebiam enquanto hipertensos, comprometendo assim, o enfrentamento e controle da patologia. Curiosamente no estudo não foi citada a ação do enfermeiro do CS, o que apresenta a perda de identidade dos profissionais diante dos usuários do serviço de saúde.

Também foram citadas como barreiras a falta de segurança e a estrutura para a prática de atividade física. Esta barreira também aparece como facilitadores na pesquisa realizada por Eiras et al. (2010). Os achados dos autores apontam que a estrutura do ambiente e a segurança, foram fatores motivadores para a prática de atividade física, pois envolviam um ambiente agradável e a presença da família.

A timidez para a prática da atividade física apareceu com quatro ocorrências e parece estar ligada a um dos constructos da TSC que é a autoeficácia. Segundo Bandura (1986) a autoeficácia é a crença de que se pode executar alguma atividade para o alcance de um objetivo. Logo, a timidez é um sinal para a edificação do constructo, atuando na tomada de decisão do participante em diferentes níveis, ela é inversamente proporcional a autoeficácia. A timidez presente nos relatos representa a tomada de decisão para a adoção dos hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física, em específicos em local aberto como a “Beira Mar” em que os participantes tinham acesso. As atividades desenvolvidas no Programa promovem a socialização de todos os participantes, incentivando-os a interagir no grupo trabalhando, assim o desenvolvimento da autoconfiança.

A mudança de comportamento é um processo complexo. Para que ocorra uma mudança concreta e significativa o participante deve ser motivado para o enfrentamento das barreiras e otimização dos facilitadores. Segundo Bandura (1977) a autoeficácia é a crença de se atingir determinada situação. Assim, a percepção de barreiras é o primeiro passo para a mudança de comportamento, na qual o sujeito identifica a limitação e busca desenvolver o senso de autoeficácia, que é capaz de contornar as possíveis barreiras.

Benefícios percebidos

Os benefícios percebidos pelos participantes foram classificados como intrapessoais e extrapessoais. No que refere aos benefícios intrapessoais estão o aprendizado, os benefícios físicos e os psicológicos, no extrapessoais estão os benefícios sociais.

O benefício intrapessoal da aprendizagem foi observado apenas no grupo focal do VAMOS 2014. Dentre os relatos emergem a internalização dos conteúdos abordados, a aprendizagem no gerenciamento do tempo, controle das frustrações da obesidade, aprendizado sobre a alimentação saudável. Segundo Bandura (1986) a aprendizagem pode ocorrer pela vivência do participante sendo denominada como aprendizagem direta que se dá pela experiência vivida.

A aprendizagem foi citada apenas no grupo focal da segunda versão do programa, bem como a barreira da timidez. Segundo Morgan (1997) e Krueger e Casey (2000), a técnica do grupo focal tem a desvantagem da ausência da finitude dos dados e a falta de controle dos dados gerados, por tratar-se de resultados subjetivos. Portanto, pode ter sido uma dificuldade no processo de identificação das barreiras o que gerou essa falta de precisão.

O aprendizado relacionado ao controle das frustrações ocorridas com pessoas obesas foram socializadas durante o programa, fortalecendo a autoeficácia da participante para o enfrentamento da mesma. Segundo Bandura (1977) a autoeficácia é a crença e habilidade do participante para desenvolver um planejamento obtendo resultados desejados. Fato que pode ter ajudado a participante enfrentar tal problema.

No relato sobre a alimentação saudável emergiu a citação de uma das participantes como um fator motivador para o grupo, a citação se referia a uma das participantes que modificou os hábitos alimentares cumprindo pequenas metas. O fato é fruto da aprendizagem direta e do desenvolvimento da autoeficácia e eficácia coletiva. A eficácia coletiva é a capacidade do grupo agir por meio das funções específicas que cada participante desenvolve no grupo. Nesse caso, a participante citada cumpriu com os objetivos propostos, e conseqüentemente contribuiu para alcançar as metas de mudança de comportamento do grupo (BANDURA, 2008).

No que se refere ao benefício intrapessoal físico, emergiram relatos sobre a consciência corporal, a melhoria na condição física.

Esses benefícios são os físicos e também são citados por Eiras et al., (2010) como um motivador à adesão do participante idoso a prática de atividade física. O autocuidado e respeito com as limitações do corpo também emergiram como benefícios físicos, e se dá pela melhoria da autoestima que o participante pode alcançar com a satisfação corporal (SILVA et al., 2011).

Na análise das falas os benefícios percebidos no âmbito psicológico foram: a melhoria da autoestima que auxiliou na superação das limitações, melhora da do quadro depressivo, superação do luto e a confiança para desenvolver atividades diárias. No estudo de intervenção desenvolvido por Silva et al. (2011) corroborando com os nossos achados aparecem o autocuidado, o apoio social e a melhoria do quadro de saúde. O público alvo eram pessoas acometidos por doenças crônicas e co-morbidades, mas as percepções foram positivas entre si e o grupo. Naquele estudo, a família apareceu como peça chave para o enfrentamento das doenças crônicas e como motivadora para a prática das atividades físicas do grupo.

Nos benefícios psicológicos, a autoeficácia está diretamente relacionada com as melhorias relatadas pelos participantes. As possibilidades de desenvolver objetivos demonstram resultados como a autonomia dos participantes em realizar as atividades domésticas, superando as limitações do corpo. Observa-se nos relatos a presença da resiliência, em que alguns participantes reconhecem suas limitações, mas sentem-se capazes de se recuperar e manter o foco no objetivo apesar do obstáculo (BANDURA, 1997; FONTES e AZZI, 2012).

O programa também contribuiu na melhora do quadro depressivo. No estudo de Rigo e Teixeira (2005) os resultados foram semelhantes ao estudar idosas que viviam sozinhas. Os relatos demonstraram que o grupo foi de suma importância no enfrentamento do processo de luto e outras perdas, como perdas de trabalho e contatos sociais. Segundo Mammen e Faulkner, (2013) qualquer intensidade da atividade física age como prevenção à depressão.

Também foi identificado o benefício extrapessoal social. A convivência é importante para a socialização e resolução de problemas. O apoio social do grupo nos remete novamente a eficácia coletiva (BANDURA, 2008), em que o participante é parte de um todo, almejando o mesmo objetivo.

Nos relatos, a família e suas relações surgem como importante suporte social, motivador na resolução de problemas e superação de obstáculos. Corroborando com o estudo Silva et al. (2011) apontam a

importância da família no enfrentamento de doenças crônicas e como motivadora para a manutenção da prática de atividades físicas.

O Programa VAMOS apareceu como uma possibilidade de encontrar pessoas diferentes. Esse relato nos remete novamente a eficácia coletiva citada anteriormente e ao sentimento de pertença. No estudo de revisão realizado por Guimarães e Caldas (2006) a sensação de pertencimento ao grupo surge como importante na vida do participante que vive sozinho.

Ao analisar as percepções dos benefícios para a saúde, as barreiras e os facilitadores dos participantes do programa VAMOS, as informações que emergiram contribuirão na melhoria das versões futuras do programa VAMOS. Foi possível visualizar os anseios e limitações superadas pelos participantes do programa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes do Programa VAMOS tiveram percepções importantes no âmbito pessoal e social durante a vivência no grupo. Essas percepções foram tecidas na identificação dos facilitadores de mudança de comportamento e as barreiras para a mudança da prática de atividade física que aqui é entendida como um *start* da transformação de um comportamento.

No que se refere à percepção dos benefícios adquiridos durante a participação do programa, os relatos dos participantes apontaram melhorias pessoais como a aprendizagem, questões físicas e psicológicas, além dos benefícios sociais.

O Programa VAMOS possibilitou aos participantes a construção de processos cognitivos individuais e coletivos. Esta construção é importante na tomada de atitudes para mudar seus comportamentos, contribuindo assim, na prevenção de problemas de saúde e/ou manutenção de vida saudável. A análise da percepção dos participantes possibilitou a equipe uma avaliação sobre o programa. Essa análise é um fator importante para a avaliação do programa na identificação dos fatores motivadores ou limitadores para o alcance dos objetivos, auxiliando as possíveis modificações de versões futuras do programa.

Assim, acredita-se que os achados da pesquisa possam contribuir na construção de novos estudos que versem sob a melhoria de programas de promoção da saúde, que se utilize de mudanças de

comportamento como um pilar principal. Estes programas de mudança de comportamento são promissores para a melhoria da saúde dos participantes de forma duradoura.

- **Limitações, pontos fortes do estudo e sugestões**

As limitações do estudo estão associadas à utilização de dados secundários o que pode ter influenciado na qualidade da captura de informações durante o grupo focal.

Os pontos fortes estão na possibilidade de análise da percepção de forma qualitativa, o que nos ofereceu dados importantes de uma riqueza ímpar. Proporcionando conhecer o participante por meio da escuta de seus anseios, opiniões e atitudes com o objetivo de compreender sua percepção e por meio dessa observação, auxiliar o programa no que se refere à melhora do alcance oportunizando os benefícios da mudança de comportamento a um leque maior de pessoas.

As recomendações circulam para o encorajamento da realização de mais pesquisas qualitativas, visando à captura de ricas informações, considerando o participante como peça importante na construção da pesquisa. Que a análise da percepção possa fazer parte da avaliação do programa, pois se demonstrou com uma importante ferramenta. Mas para isso, sugere-se a construção de um roteiro específico para a identificação dos benefícios à saúde, barreiras e facilitadores para a mudança de comportamento.

7 REFERÊNCIAS

- ALVARADO, M.; MURPHY, M. M.; GUELL, C. Barriers and facilitators to physical activity amongst overweight and obese women in an Afro-Caribbean population: A qualitative study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 97, 28 jul. 2015.
- AMORIM, T.C.; KNUTH, A.G.; CRUZ, D.K.A. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. Pelotas/RS. 18(1):63-74, 2013.
- ANTHONY, H; VALINSKY, L; INBAR, Z; GABRIEL, C; VARDA, S. Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. **BMC Family Practice** 2012, 13:24.
- BANDURA, Albert. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, A; AZZI, RG; POLYDORO, S. (org). **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- _____. O exercício da agencia humana pela eficácia coletiva. In: BANDURA, A; AZZI, RG; POLYDORO, S. (org). **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- _____. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.
- _____. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2ª reimpressão da 1ª edição 2011.
- BARUTH, M. et al. Changes in physical functioning in the Active Living Every Day program of the Active for Life initiative. **International Journal of Behavioral Medicine**, 30 June 2010. doi: 10.1007/s12529-010-9108-7, 2010.
- BARANOWSKI, T. Why combine diet and physical activity in the same international research society?. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 1:2, 2004.
- BENEDETTI, T.R.B. SCHWINGEL, A. GOMEZ, L.S.R. ZAJKO, W.C. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da

concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropom Desempenho Humano** 2012, 14(6): 723-737.

BENEDETTI, T.R.B; GOMES, L.S.R; LOPES, A.C.S; CHODZKO-ZAJKO, W; SCHWINGEL, A.C. **Coleção: VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2012.

BENEDETTI, T.R.B; GOMES, L.S.R; LOPES, A.C.S; CHODZKO-ZAJKO, W; SCHWINGEL, A.C. **Coleção: VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2014.

BERGSON, H. **Matéria e memória**: ensaio sobre a relação do corpo com o Espírito. Tradução: Paulo Neves. 2 edição. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BETHANCOUR, H.J; ROSENBERG, D.E; BEATTY, T; ARTERBURN, D. Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. **Clinical Medicine & Research**. Volume 12, Number 1-2: 10-20, 2014.

BRASIL. **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)**. Fundo Nacional de desenvolvimento da Educação. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar> . Acesso em 24 junho 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 139, de 11 de agosto de 2009. **Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União 2009; 13 ago. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf e http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0139_11_08_2009.html .

_____. Ministério da Saúde. **Hábitos saudáveis podem evitar complicações na saúde**. Saúde 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/habitos-saudaveis-podem-evitar-complicacoes-na-saude>. Acesso em 26 junho 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico .** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Política Nacional de Promoção a Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BORGES, R.A. **Programa de Promoção de Atividade Física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais.** Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desporto. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Orientadora: Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, Florianópolis, SC, 2014. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PGEF0373-D.pdf> .

BORGES, L. J. et al. Pedometers: strategy to promote physical activity in elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 211–213, mar. 2014.

BORS, P; DESSAUER, M; BELL, R; WILKERSON, R; LEE, J; STRUNK, S.L. The Active Living by Design National Program Community Initiatives and Lessons Learned. **American Journal of Preventive Medicine**. 37(6S2):S313–S321, 2009.

CASPERSEN, C.J, POWELL, K.F, CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep** 1985;100:126-31.

CASSOU, A. C. et al. BARREIRAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE POR GRUPOS FOCALIS. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 19, n. 3, 15 dez. 2008.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103–1114, maio 2012.

CHAPUT, J.-P. et al. Physical Activity Plays an Important Role in Body Weight Regulation. **Journal of Obesity**, v. 2011, 2011.

CHOICES, N. H. S. **The 10,000 steps challenge - Live Well - NHS Choices**. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/Livewell/loseweight/Pages/10000stepschallenge.aspx>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

COSTA, A.E.B. Modelação. In: BANDURA, A; AZZI, R.G; POLYDORO, S. (org). **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EIRAS, S. B. et al. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 2, 2010.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 736, 2010.

FARINATTI, P. T. V. FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

FIGUEIRA, T.R; DAVIS, N.A; MORAIS, M.N; LOPES, A.C.S. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 181-200, jan./abr. 2015.

FRANÇA, C.L; BIAGINNI, M; MUDESTO, A.P.L; ALVES, E.D. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. **Estudos de Psicologia**. 17(2): 337-345, 2012.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Trad.: Adriana Lopes. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FONTES, A. P.; AZZI, R. G. Self-efficacy beliefs and resilience: findings of social-cognitive literature. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 1, p. 105–114, mar. 2012.

FUKUOKA, Y. et al. Innovation to motivation—pilot study of a mobile phone intervention to increase physical activity among sedentary women. **Preventive Medicine**, v. 51, n. 3-4, p. 287–289, set. 2010.

GABRIEL, K.K.P; MORROW, J.R.J; WOOLSEY, A.L.T. Framework for Physical Activity as a Complex and Multidimensional Behavior. **Journal of Physical Activity and Health**. 9(Suppl 1), S11-S18, 2012.

GIOVINAZZO, R. A. Focus Group em Pesquisa Qualitativa – Fundamentos e Reflexões. **Revista Administração On Line**. v. 2 No. 4. 2001.

GOMES, M.A e DUARTE, M.F.S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Volume 13, Número 1, 2008.

GRANDE, A. J.; SILVA, V. Barreiras e facilitadores para a adesão à prática de atividade física no ambiente de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 204–209, 30 jun. 2014.

GRIFFIN, S. F. et al. Results from the Active for Life process evaluation: program delivery fidelity and adaptations. **Health education research** [S.I.], v. 25, n. 2, p. 325-42, apr. 2010.

GUIMARÃES, A.C.A; SILVA, F.B; SOARES, A; FERNANDES, S; MACHADO Z. Nível de Percepção de Saúde, Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 15, Número 4, Páginas 393-398, 2011.

GUMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. The influence of exercise on depressive disorders of the elderly: a systematic review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 4, p. 481–492, dez. 2006.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. [s.l.] SAGE, 2000.

KATZMARZYK, P.T; CHURCH, T.S; CRAIG, C.L; BOUCHARD, C. Sitting Time and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 2009: 998-1005.

KNOWLES, M; HOLTON III, E.F; SWANSON, R.A. **Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade**

da educação corporativa. [Recurso Digital]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KOUTOUKIDIS, D. A.; KNOBF, M. T.; LANCELEY, A. Obesity, Diet, Physical Activity, and Health-Related Quality of Life in Endometrial Cancer Survivors. **Nutrition Reviews**, v. 73, n. 6, p. 399–408, 1 jun. 2015.

KORKIAKANGAS, E. E. et al. Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study: Motivators and barriers to exercise among adults. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 25, n. 1, p. 62–69, mar. 2011.

KRUG, R.R; LOPES, M.A; MAZO, G.Z; MARCHESAN, M. Pain impairs the practice of regular physical activities in the perception of longevous women. **Revista Dor**. São Paulo. jul-set;14(3):192-5, 2013.

KRUG, R. DE R. et al. Barriers and facilitators for the practice of physical activity in old and physically inactive women. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 1, p. 57–64, fev. 2015.

LEE, I.M; SHIROMA, E.J; LOBELO, F; PUSKA, P; BLAIR, S.N; KATZMARZYK, P.T. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. **Lancet**. 2012 July 21; 380(9838): 219–229.

LOPES, M.A; KRUG, R.R; BONETTI, A; MAZO, G.Z. Envelhecendo na percepção das pessoas longevas ativas e inativas fisicamente. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 141-153, 2014.

MAILEY, E.L; HUBERTY, J; DINKEL, D; MCAULEY, E. Physical activity barriers and facilitators among working mothers and fathers. **Bio Med Central Public Health**, 14:657, 2014.

MALTA, D.C; SILVA, M.M.A; ALBUQUERQUE, G.M; AMORIM, R.C.A; RODRIGUES, G.B.A; SILVA, T.S; JAIME, P.C. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. Pelotas/RS. 19(3):286-299, 2014.

MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical Activity and the Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 5, p. 649–657, nov. 2013.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Editora Atlas, 1993.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e benefício da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 8(04), 1992.

MCALISTER, A. L.; PERRY, C. L.; PARCEL, G. S. How individuals, environments, and health behaviors interact: Social Cognitive Theory. In: GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (EDS.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.

MEURER, S. T.; PALMA, L. E. MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DE PESSOAS AMPUTADAS. **Pensar a Prática**, v. 13, n. 3, 21 dez. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MODENESI, J. C. Tempo e espaço, mudança e movimento, percepção/sensação e lembrança em Henri Bergson. **Revista Geografares**, n°9, p.1-28, jul./Dez., 2011.

MONTEIRO, M. A. Caracterização climática do estado de Santa Catarina: uma abordagem dos principais sistemas atmosféricos que atuam durante o ano. **Geosul**, Florianópolis, v.16, n.31, p 69-78, jan./jun. 2001.

MOREIRA, L. D. F. et al. Physical exercise and osteoporosis: effects of different types of exercises on bone and physical function of postmenopausal women. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 58, n. 5, p. 514–522, jul. 2014.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. [s.l.] Sage, 1997. v. 16.

MORTON, K. et al. A Text-Messaging and Pedometer Program to Promote Physical Activity in People at High Risk of Type 2 Diabetes: The Development of the PROPELS Follow-On Support Program. **JMIR mHealth uHealth**. vol. 3, iss. 4, E105, p.1, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Behaviour change: the principles for effective interventions. **NICE public health guidance 6**. Issued: October 2007. guidance.nice.org.uk/ph6.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, V; TRIVIÑOS, A.N.S. **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, 13(2), 141-148, 2008.

PAJARES, F; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A; AZZI, R.G; POLYDORO, S. (org). **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PATHFINDER. International. **Straight to the Point: Identificando e Priorizando Necessidade de Mudança de Comportamento**. A global leader in sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: <<http://www.pathfinder.org/publications-tools/identificando-e-priorizando.html>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

PRECIADO, C.; BONILLA, J. Pasometría: estrategia de intervención y promoción de la actividad física. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 9, n. 2, p. 191–201, 2011.

RENOVATO, R. D.; DANTAS, A. DE O. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Infarma**, v. 17, n. 3/4, p. 72–75, 2005.

RIGO, M. DE L. N. R.; DE CASTRO TEIXEIRA, D. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 7, n. 1, 2005.

PROCHASKA, J.O; DICLEMENTE, C.C; NORCROSS, J.C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**. Vol. 47. N 9: 1102-1114,1992.

RUTHIRAKUHAN, M. et al. Use of Physical and Intellectual Activities and Socialization in the Management of Cognitive Decline of Aging and in Dementia: A Review, Use of Physical and Intellectual Activities and Socialization in the Management of Cognitive Decline of Aging and in

Dementia: A Review. **Journal of Aging Research**, Journal of Aging Research, v. 2012, 2012, p. e384875, 31 dez. 2012.

SÁ, T.H; FLORINDO, A.A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. Pelotas/RS. 17(4):293-299, 2012.

SAES, S. F. A. **Percepção e imaginação**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

SERON, B. B.; ARRUDA, G. A. DE; GREGUOL, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 37, n. 3, p. 214–221, jul. 2015.

SILVA, L. W. S. et al. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Kairós**. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 14, p. 145–166, 2011.

SILVA, C. L.; COSTA, T. H. M. Fruit and vegetable intake barriers and facilitators among adults from Brasilia, Brazil [Abstract in English]. **Scientia Medica**, v. 23, n. 2, p. 68–74, 2013.

SOUZA, D.R; ANJOS, L.A; WAHRLICH, V; VASCONCELLOS, M.T.L; MACHADO, J.M. Ingestão alimentar e balanço energético da população adulta de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil: resultados da Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde (PNAFS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(5):879-890, mai, 2010.

STEWART, A.L; MILLS, K; SEPSIS, P.G; KING, A.C; MCLELLAN, B.Y; ROITZ, K; RITTER, P.L. Evaluation of champs, a physical activity promotion program for older adults. **Annals of Behavioral Medicine** 19(4):353-361, 1997.

STEWART, A.L; VERBONCOEUR, C.J; MCLELLAN, B.Y; GILLIS, D.E; RUSH,S; MILLS, K.M; KING, A.C; RITTER, P; BROWN, J.R, BW; BORTZ, W.M. Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. **Journals Gerontolgi A Biol Sci Med Sci**. August; 56(8): M465–M470, 2001.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e

características esperadas em materiais educativos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2386–2394, 2009.

WEISS, D.R; WOLFSON, C; YAFFE, M.J; SHRIER, I; PUTS, M. Physician Counseling of Older Adults About Physical Activity: The Importance of Context. **American Journal of Health Promotion**. Nov/Dec 2012, Vol. 27, No. 2.

WETHINGTON, E.; KESSLER, R. C. Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 27, n. 1, p. 78–89, 1986.

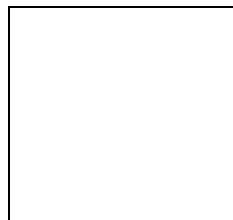
WILCOX, S. et al. Results of the first year of active for life: translation of 2 evidence based physical activity programs for older adults into community settings. **American Journal of Public Health**, v.96, n.7, p.1201–1209, 2006.

WILCOX, S. et al. Active for life: final results from the translation of two physical activity programs. **American journal of preventive medicine** [S.I.], v.35, n. 4, p. 340-51, oct. 2008.

WILCOX, S; DOWDA, M; WEGLEY, S; ORY M.G. Maintenance of change in the Active-for-Life initiative. **American Journal of Preventive Medicine**. Dec;37(6):501-4, 2009.

APENDICE A – Ficha diagnóstica utilizada no VAMOS 2012

Vamos



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) ALED (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

5. O sr(a) tem filhos? (0) Sim (1) Não Quantos?
.....

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)?.....

8. Nos últimos 12 meses qual foi a sua ocupação?
.....

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)

11. Qual é a renda média mensal incluindo o senhor (a) e as pessoas que vivem em sua residência (renda mensal familiar em salários mínimos)?

- (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

Caso afirmativo: marque com um X as doenças e anote o tempo de diagnóstico em anos.

Doenças	Tempo (anos)	Doenças	Tempo (anos)
(1) Doença cardíaca		(13) Alzheimer	
(2) Hipertensão (pressão alta)		(14) Depressão	
(3) Sequela Acidente Vascular (derrame)		(15) Dislipidemia (triglicéridios, colesterol alto, HDL, LDL)	
(4) Artrose		(16) Diabetes	
(5) Artrite Reumatóide		(17) Doenças dos olhos	
(6) Dores Lombares		(18) Dificuldades Auditivas	
(7) Osteoporose		(19) Incontinência Urinária	
(8) Osteopenia		(20) Neoplasias(tumores)	
(9) Asma		(21) Fibromialgia	
(10) Bronquite Crônica		(22) Gastrite	
(11) Enfisema		(23)	
(12) Prisão de ventre		Outros:.....	

* tempo diagnóstico da doença

3. Para o sr(a), seu estado de saúde atual dificulta a prática de atividade física/exercício físico? (0) Sim (1) Não Caso Afirmativo: De que modo dificulta?

(1) Cansaço

(2) Falta de ar

(3) Tontura

(4) Dor. Onde?.....

(5) Outro. Qual (s)?.....

4. O sr(a) toma medicamentos (0) Sim (1) Não Quantos?

.....

Qual (is)?.....

5. O sr(a) fuma? (0) Sim (1) Não - Há quanto tempo?

anos.

4. a) Você já fumou? (0) Sim (1) Não - Por quanto tempo?
..... anos

4.b) Há quanto tempo parou de fumar? anos.

f) Quedas

1. O sr(a) teve alguma queda (tombo) no último ano?

(0)Sim (1)Não. Quantas?.....Onde

(local)?.....

Consequências da queda

(tombo)?.....

g) Utilização dos serviços de saúde

1. Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) consultou com médico?

(0)Sim (1)Não. Quantas vezes?

.....

2. Onde procurou esse atendimento? (0) público (1) particular (2) convênio

(1) Posto de saúde

(2) Consultório médico

(3) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

(4) Ambulatório ou consultório de clinica

(5) Ambulatório de hospital

(6) Pronto- socorro ou emergência

(7) Atendimento domiciliar

3. Qual foi o motivo de procurar atendimento de saúde?

4. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?

(1) O custo dos serviços médicos

(2) O custo dos medicamentos que são prescritos

(3) Os exames clínicos que são prescritos

(4) A demora para a marcação das consultas /exames

(5) O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório

(6) O tratamento oferecido pelos médicos

(7) O tratamento oferecido pelo pessoal não médico

(8) Outros problemas (especifique)

g) Prática de atividade física

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física que o(a) Sr.(a) faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que Sr(a) gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL USUAL** ou **HABITUAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

a. Sem contar qualquer caminhada extra, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você caminha **no seu tempo livre** por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum. **Vá para questão 4c** _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXXXXX	XXXXXXXX

b. Quando você caminha no seu tempo livre, a que passo você normalmente anda?

(1) **rápido** (2) **moderado** (3) **lento**

c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades vigorosas no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, enfim esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum. **Vá para questão 4d** _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXXX	XXXXXX

d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu tempo livre como: caminhar a passo rápido, pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica na terceira idade e dançar **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum. **Vá para seção 5**
_____ horas _____ minutos





DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.

SEMANA	HORAS/MIN.	SEMANA	HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXXX	XXXXXXX

Entrevistador(a):.....

Data:.....

APÊNDICE B – Ficha diagnóstica e o Questionário utilizado no programa VAMOS 2014

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	 LDESC	 PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS	ID BIX: _____
Entrevistador (a): _____	Data: ____/____/____	Horário: ____ h ____ min.		
Unidade de Saúde: _____	Distrito: _____			
Nome do participante: _____				
Ocupação: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Idade: _____	ALCANCE	

Prezado(a) Senhor (a), seja bem-vindo(a) ao projeto VAMOS!

Gostaríamos de te conhecer! Para isso, irei te fazer algumas perguntas. Peço que preencha os itens que aparecem abaixo. Caso tenha dúvida você **poderá interromper** a entrevista a qualquer momento.

ENDEREÇO COMPLETO
Favor preencher cada quadrado com apenas **UMA** letra de forma grande e legível:

Rua:

Número:

 Complemento:

CEP:

 Bairro:

Q 01. Neste momento o(a) Sr (a) está? <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) (com companheiro(a)) <input type="checkbox"/> Separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	Q01.____
Q 02. Você tem filhos? <input type="checkbox"/> Não (Vá para a questão 04) <input type="checkbox"/> Sim	Q02.____
Q 03. Quantos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> ≥7	Q03.____
Q04. Qual é a renda média mensal do Sr(a)? <input type="checkbox"/> <1 salário (menor que R\$ 722,00) <input type="checkbox"/> + de 6 salários (+ de R\$ 4.332,00) <input type="checkbox"/> 1—2 salários (R\$ 722,00 a R\$ 1.444,00) <input type="checkbox"/> 2—3 salários (R\$ 1.444,00 a R\$ 2.166,00) <input type="checkbox"/> 3—4 salários (R\$ 2.166,00 a R\$ 2.888,00) <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários (R\$ 2.888,00 a R\$ 4.332,00)	Q04.____

Agora gostaríamos de saber como está a sua relação com a **Atividade Física** e com a **Alimentação Saudável**. Para isso deverá marcar como está no momento. **VAMOS** lá é com você!

Atividade Física

Não / Sim

Parte do tempo (1 ou 2 vezes por semana) / Com frequência (3 ou 4 vezes por semana)

Nunca / Pouco / Muitas vezes

Alimentação Saudável

Não / Sim

Fazendo sempre (3 ou 4 vezes por semana) / Fazendo às vezes (1 ou 2 vezes por semana)

Nunca / Pouco / Muitas vezes

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.

Florianópolis, ____ de ____ de 2014.

Participante do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA



ID BD: _____

Entrevistador _____ (a): _____

Data: ____/____/____ Horário: ____ h ____ min.

Unidade de Saúde: _____ Distrito: _____

_____ Grupo: I() C()

Nome _____ do _____ participante: _____

Avaliação: ¹[] Teste ²[] Re-teste ³[] 6 meses
⁴[] 12 meses

Prezado (a) Senhor (a), vamos iniciar a aplicação do questionário. Caso tenha **alguma dúvida**, você **poderá interromper** a entrevista a qualquer momento. Inicialmente vamos começar a falar sobre as práticas de **atividades físicas** que o (a) senhor (a) realiza.

BLOCO 10: INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

Q180. Qual é a **data do seu nascimento?** _____ / _____ / _____
_____ ⁹[] Não sabe / não respondeu

Q180. __

APÊNCIDE C – Questões norteadoras do grupo focal

Roteiro para o Grupo Focal – VAMOS

Idosos – Grupo focal

1. Como vocês ficaram sabendo do programa?
2. Qual foi o motivo que vocês participaram do programa?
3. Como vocês foram recebidos (acolhidos) no centro de saúde?
4. O ambiente, luz, luminosidade, limpeza, espaço, materiais eram adequados para oferecer as atividades do programa?
5. O café foi adequado? Vocês acham que a oferta deste é necessária em todas as aulas?
6. O que vocês acharam do programa? Positivo? Negativo?
7. O que vocês acharam do professor? (esperar reação dos idosos). Ela estava preparada pra ministrar as aulas? Chegava no horário? A roupa era adequada? Usou os materiais adequadamente? Sempre explicou o que vocês solicitaram? A linguagem era adequada para o entendimento de vocês?
8. Você acredita que seus vizinhos e amigos, que não participaram do programa, iriam gostar do programa?
9. Você tem alguma sugestão para o programa?
10. O que deveria ser modificado no programa? Por quê?
 - Aulas/ reuniões (tempo):
 - Ambiente (espaço):
 - Material utilizado (livro):
 - Dinâmica de desenvolvimento das aulas:
11. Gostaria de fazer outro comentário (sugestão, elogio ou reclamação sobre o programa)?

APÊNDICE D – Material de divulgação do programa VAMOS

Flyer

Frente



Flyer

Verso



APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
do programa VAMOS



**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 com 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.

A metodologia adotada prevê a aplicação questionários de qualidade de vida e autoeficácia, de testes que mensuram a o peso, estatura e circunferências, testes de flexibilidade, força, equilíbrio, resistência aeróbia e de força e os níveis de atividade física. O estudo será realizado por um ano sendo três meses de intervenção e 9 meses de acompanhamento com avaliação inicial, após 3 meses, depois de 6 meses e um ano. No total serão 4 avaliações.

Será garantido o sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos participantes do estudo. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-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.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Participante do estudo

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC)

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos</p>
	<p>CERTIFICADO 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.º0584/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, CERTIFICA 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>APROVADO</p>
<p>PROCESSO: 2387</p>	<p>FR: 480560</p>
<p>TÍTULO: Projeto VIA - Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis</p>	
<p>AUTOR: Tania Bertoldo Benedetti, Tânia R. Bertoldo Benedetti</p>	
	<p>FLORIANÓPOLIS, 03 de Fevereiro de 2012.</p>
	<p>_____ Coordenador do CEPSH UFSC</p>