



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

Emanuele Naiara Quadros

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS – NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS: PERCEPÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Florianópolis

2022

Emanuele Naiara Quadros

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA
VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS – NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Atividade Física relacionada a Saúde.
Orientador: Profa. Dra. Tânia R. Bertoldo Benedetti
Coorientador: Prof. Dr. Thiago Sousa Matias

Florianópolis

2022

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

Quadros, Emanuele Naiara
Barreiras e facilitadores para a implementação do
programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS - na Atenção
Primária à Saúde de Florianópolis : percepção dos
profissionais de saúde / Emanuele Naiara Quadros ;
orientador, Tania Rosane Bertoldo Benedetti, coorientador,
Thiago Sousa Matias, 2022.
120 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em
Educação Física, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Barreiras. 3. Facilitadores. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Programas de Promoção à saúde. I.
Benedetti, Tania Rosane Bertoldo. II. Matias, Thiago
Sousa. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Educação Física. IV. Título.

Emanuele Naiara Quadros

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA
VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS – NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

O presente trabalho foi avaliado e aprovado pela banca examinadora composta pelos
seguintes membros:

Prof Thiago Sousa Matias, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Eduardo Kokubun, Dr.

Universidade Estadual Paulista

Prof.^a Gelcemar Oliveira Farias, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para a obtenção do Título de mestre em Educação Física

Prof. Juliano Dal Pupo, Dr.

Coordenação do programa de Pós-Graduação

Prof.^a Tania Rosane Bertoldo Benedetti, Dra.

Orientador (a)

Dedico esse trabalho ao meu pai Artur Quadros (in memoriam)
por sempre me incentivar a estudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal. A instituição UFSC que me proporcionou diversos momentos de sabedoria e aprendizado com o seu corpo docente e estrutura exemplares.

Aos meus amigos e familiares que continuaram comigo no decorrer do caminho e aos que fiz no meio da caminhada. Cada um de vocês foi essencial para que eu não desistisse!

Por fim, mas não menos importante, a Deus e todos os desafios que Ele me propõe e que apesar de muitas vezes eu não compreender o porquê, sei que são para o meu melhor.

“Há esperança, mesmo quando seu cérebro diz que não” (John Green, 2017).

RESUMO

Programas de mudança de comportamento têm proporcionado melhoras na saúde e qualidade de vida das pessoas. Verificar a percepção dos profissionais que atuam nessas intervenções é um aspecto importante para a compreensão da implementação, das dificuldades e facilidades durante o processo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar as barreiras e os facilitadores para a implementação do Programa VAMOS pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Esta pesquisa caracterizou-se como qualitativa. Portanto, o objetivo derivou de um estudo maior, denominado programa VAMOS que foi aplicado na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis (SC) em 2016. A amostra foi constituída pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde que tiveram algum contato com o programa (multiplicadores e equipe de saúde). Os dados foram coletados por meio de entrevista face a face e grupos focais. O conteúdo das entrevistas foi transcrito, analisado e complementado com diários de campo, além da análise do processo de implementação. Para os dados sociodemográficos utilizou-se a análise descritiva. As variáveis qualitativas foram analisadas com auxílio do *software* QSR Nvivo®, versão 12.0 *for Windows* para criar as categorias de análise do conteúdo. Para realizar a análise de conteúdo, foi elaborada uma matriz analítica baseado na Teoria Sócio Cognitiva, seus determinantes e constructos. Também foi utilizado a ferramenta de avaliação RE-AIM como forma de suporte, facilitando a análise e o delineamento das categorias. Foram analisadas 34 entrevistas com os profissionais das UBSs (agentes comunitárias, técnicos em enfermagem e gestores) e com um grupo focal realizado com três multiplicadoras (profissionais de educação física). A maioria eram do sexo feminino (94,1%), com idade entre 36 a 45 anos (41,1% da amostra), com tempo de atuação na UBS (82,3%) de 11 a 20 anos (50%). Com relação ao processo de implementação, observou-se que 85,99% do protocolo foi realizado conforme esperado. Foram identificadas 13 barreiras e 14 facilitadores para implementação do programa VAMOS 2.0, englobando os determinantes pessoal e ambiental da TSC. A baixa compreensão sobre os objetivos do programa, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e a pouca participação da equipe profissional foram identificadas como barreiras para o processo de implementação. Por outro lado, a crença positiva de eficácia do programa, a percepção de mudança dos participantes e o material apropriado foram observados como facilitadores. Este estudo sintetizou, sob a percepção de profissionais da saúde, barreiras e facilitadores organizacionais que influenciaram na implementação de um programa de mudança de comportamento para atividade física e alimentação saudável na APS no contexto brasileiro. Estes resultados podem ser utilizados para projetar futuras intervenções, possibilitando melhorar os resultados no processo de implementação em programas de mudança de comportamento na saúde pública.

Palavras-chave: Profissionais da saúde. Ciência da implementação. Percepção. Saúde Pública. Teoria Social Cognitiva.

ABSTRACT

Behavior change programs have provided improvements in people's health and quality of life. Checking the perception of professionals who work in these interventions is an important aspect for understanding the implementation, difficulties and facilities during the process. In this sense, the objective of this study was to identify the barriers and facilitators for the implementation of the VAMOS Program by professionals of Primary Health Care in Florianópolis. This research was characterized as qualitative. Therefore, the objective was derived from a larger study, called the VAMOS program, which was applied in Primary Health Care in Florianópolis (SC) in 2016. The sample consisted of professionals from the Basic Health Units who had some contact with the program (multipliers and health team). Data were collected through face-to-face interviews and focus groups. The content of the interviews was transcribed, analyzed and complemented with field diaries, in addition to the analysis of the implementation process. For sociodemographic data, descriptive analysis was used. Qualitative variables were analyzed using the QSR Nvivo® software, version 12.0 for Windows to create the content analysis categories. To perform the content analysis, an analytical matrix was created based on the Socio-Cognitive Theory, its determinants and constructs. The RE-AIM assessment tool was also used as a form of support, facilitating the analysis and design of the categories. Thirty-four interviews were analyzed with the professionals of the UBSs (community agents, nursing technicians and managers) and with a focus group carried out with three multipliers (physical education professionals). Most were female (94.1%), aged between 36 and 45 years (41.1% of the sample), with time working at the UBS (82.3%) from 11 to 20 years (50%). Regarding the implementation process, it was observed that 85.99% of the protocol was performed as expected. 13 barriers and 14 facilitators were identified for the implementation of the VAMOS 2.0 program, encompassing the personal and environmental determinants of TSC. Low understanding of the program's objectives, lack of knowledge, work overload and little participation of the professional team were identified as barriers to the implementation process. On the other hand, the positive belief in the effectiveness of the program, the participants' perception of change and the appropriate material were observed as facilitators. This study synthesized, under the perception of health professionals, barriers and organizational facilitators that influenced the implementation of a behavior change program for physical activity and healthy eating in PHC in the Brazilian context. These results can be used to design future interventions, making it possible to improve the results in the implementation process in public health behavior change programs.

Keywords: Health personnel. Implementation Science. Perception. Public health. Cognitive Social Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Logotipo do Programa VAMOS	33
Figura 2 Barreiras para a implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.	72
Figura 3 Facilitadores para a implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Temas prioritários para a promoção da saúde segundo a PNPS.....	23
Quadro 2 Principais programas, ações e estratégias de promoção da atividade física e alimentação saudável.....	26
Quadro 3 Apresentação dos temas e objetivos das versões 2.0 e 3.0 do Programa VAMOS ..	37
Quadro 4 Estudos de barreiras e facilitadores organizacionais na implementação de programas de intervenção.....	41
Quadro 5 Ferramenta RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil	52
Quadro 6 Categorização dos estratos a partir da qualidade do ambiente construído para a prática de atividade física e da renda por setor censitário, Florianópolis, 2016.....	56
Quadro 7 Ferramenta de avaliação da dimensão implementação do programa VAMOS de acordo com o <i>checklist</i> de 54 itens do RE-AIM (BRITO et al., 2018)	61
Quadro 8 Avaliação da implementação do Programa VAMOS, versão 2.0, de acordo com os itens do RE-AIM. Florianópolis, Brasil, 2016/2017	68
Quadro 9 Barreiras e Facilitadores organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.....	70
Quadro 10 Barreiras organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.	75
Quadro 11 Facilitadores organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos profissionais das equipes de saúde que implementaram o programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.....	66
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	American College of Sports Medicine
AF	Atividade Física
AFL	<i>Active-for-Life</i>
ALED	<i>Active Living Every Day</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Alimentação Saudável
CHAMPS	<i>Community Healthy Activities Model Program for Seniors</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Ensino a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
GUIA	Alimentar para a População Brasileira
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	Inatividade Física
LAMCE	Laboratório de Estudos em Ambiente, Mudança de Comportamento e Envelhecimento
LOGO	Laboratório de Orientação da Gênese Organizacional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAG	Physical Activity Guidelines
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RE-AIM	<i>Reach; Effectitiveness; Adoption; Implementation; Maintenance</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TSC	Teoria Social Cognitiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

VAMOS Vida Ativa Melhorando a Saúde

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	16
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos.....	18
1.3	JUSTIFICATIVA.....	19
2.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
2.1.1	Programas de Promoção à Saúde na Atenção Primária.....	25
2.1.2	Atividade Física e Alimentação Saudável.....	29
2.1.3	Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS.....	32
2.2	BARREIRAS E FACILITADORES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	38
2.3	TEORIA SOCIAL COGNITIVA.....	43
2.4	RE-AIM.....	51
3	MÉTODO.....	55
3.1	CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO.....	55
3.1.1	Delineamento do Estudo	55
3.1.2	Delimitação.....	56
3.1.3	Coleta de Dados	57
3.1.4	Considerações éticas.....	57
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	58
3.2.1	Amostra.....	58
3.2.2	Instrumento.....	58
3.2.3	Análise dos Dados.....	60
4	RESULTADOS.....	66

4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	66
4.2	PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS.....	67
4.3	BARREIRAS E FACILITADORES ORGANIZACIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS.....	69
4.3.1	Barreiras.....	71
4.3.2	Facilitadores	77
5	DISCUSSÃO	84
5.1	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	84
5.2	BARREIRAS E FACILITADORES.....	86
6	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXO A – Roteiro de Entrevista profissionais da UBS.....	110
	ANEXO B – Roteiro de Entrevista coordenador da UBS.....	111
	ANEXO C – Roteiro de Entrevista multiplicadora	112
	ANEXO D – Roteiro Grupo Focal Multiplicadores	113
	ANEXO E – Checklist da Implementação	114
	ANEXO F – Roteiro Diário de Campo	116
	ANEXO G – Lista de Frequência Final.....	117
	APENDICE A- Matriz de análise	118

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) sofre a influência de diversos fatores, dentre eles, os de risco modificáveis como o excesso de peso, alimentação inadequada e a inatividade física. Em relação as mortes por DCNT a inatividade física é responsável por aproximadamente 20 a 30% dos casos (WHO, 2020a; BRASIL, 2021a).

Dados obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apresentaram níveis baixos de Atividade Física (AF) na população Brasileira (44,8%). E, o consumo adequado de frutas e hortaliças foi realizado por apenas 22,9% da população (BRASIL, 2020a).

Impulsionados por esse cenário o Governo Federal Brasileiro iniciou programas como estratégias de Promoção a Saúde na tentativa de incentivar a melhora no nível de AF e a AS como os Programas Academia da Saúde (PAS) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (BECKER et al., 2016). Ademais as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, o Incentivo da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde e o Guia de Orientação para o Breve Aconselhamento sobre Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde - que se encontra em fase de estudo - somam-se as estratégias, que aperfeiçoaram as ações e os programas na atividade física (MORAES et al., 2019; BRASIL, 2021c; BRASIL, 2022b; LEONARDO, 2022).

Um dos principais locais de aplicação dos programas de promoção da saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), que servem como porta de entrada do sistema de saúde para a comunidade (BRASIL, 2018). Por isso, os profissionais e gestores da APS buscam estratégias para minimizar o cenário crescente da mortalidade decorrente das DCNT por meio de iniciativas para o aumento da prática de atividade física e da alimentação saudável.

Durante a implementação de intervenções, os profissionais se deparam com diversas barreiras e facilitadores seja do participante (usuário) ou da organização. Quando se fala de barreiras e facilitadores observa-se que as pessoas são influenciadas de diferentes formas por determinantes comportamentais, pessoais e ambientais (BANDURA et al., 2008;

DAMSCHRODER et al., 2009; BANDURA et al., 2011). Estudos mostram que o indivíduo age ou deixa de agir baseado em mais de um motivo, ou seja, há um somatório de forças influenciadas por suas experiências e fatores externos. Fatores pessoais (auto eficácia, modificação, estado emocional, conhecimento), comportamentais (apoio da equipe e dos gestores) e ambientais (qualidade do local, tempo, segurança) influenciam na implementação dos programas (MENDES et al., 2017; SULLIVAN; LACHMAN, 2017).

Analisando a literatura relacionada à temática, nota-se que alguns estudos relatam as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física e alimentação saudável pelos usuários dos programas de promoção da saúde (OLIVEIRA; FRANÇA, 2014; FIGUEIRA et al., 2015; MENDES et al., 2017; RECH et al., 2018; TONOSAKI et al., 2018; COELHO et al., 2018; SOCOLOSKI et al., 2021; CHRISTOFOLETTI et al., 2022; MANTA et al., 2022). No entanto, estes estudos não se detiveram em avaliar os aspectos organizacionais que influenciam a implementação desses programas com uma abordagem qualitativa por meio da ferramenta Re-aim.

As barreiras e os facilitadores podem ser identificados conforme as características, atitudes, suporte social, organizacional e ambiental (KILPATRICK et al., 2017). Considerando a magnitude da atuação desses profissionais e sua influência direta, sobre os usuários que atendem, entender as barreiras e os facilitadores para implementar os programas é importante. Assim, compreender os aspectos que influenciam os profissionais em sua atuação para que possam otimizar o desenvolvimento desses programas de forma efetiva. Somente dessa forma, contribuiremos para diminuir o avanço das DCNT. Os estudos têm demonstrado que a alta demanda de atividades dos profissionais que atuam na APS e a falta de recursos financeiros são as principais barreiras para os profissionais implantarem os programas (RUBIO-VALERA et al., 2014; FIGUEIRA et al., 2015; BABA et al., 2017; BORGES et al., 2019; MACIEL, 2021).

Uma revisão sistemática realizada por Becker et al. (2016), aponta que os programas de promoção de saúde aumentaram a prática de AF e possibilitaram a implementação de novos modelos estratégicos como o programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017). O programa VAMOS se baseia na mudança de comportamento e está pautado na teoria social cognitiva (BENEDETTI et al., 2012). Ele tem como objetivo motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo e saudável

em relação à atividade física e a alimentação, realizando mudanças de forma sustentável, ou seja, ao longo do tempo (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017).

No tocante as barreiras e facilitadores para os participantes do programa, foi observado que a equipe de profissionais envolvidos na sua condução influencia na implementação (TONOSAKI et al., 2018). Contudo, quando falamos das barreiras organizacionais para adoção do programa a falta de tempo/horário dos profissionais, rotatividade profissional, sobrecarga de trabalho e a insegurança, foram citados (MACIEL, 2021), necessitando assim de melhor identificação desses aspectos.

Por meio de uma análise qualitativa é possível identificar tais fatores. Acrescentando, na análise quantitativa aspectos como percepção dos profissionais, compreensão das intenções e atitudes, diferenças individuais, compreendendo como ocorreu o processo de implementação e o porquê. Dessa forma, busca-se compreender os fatores que podem influenciar na implementação do programa de intervenção como o VAMOS, em relação as mudanças no nível e tempo de prática de atividade física e no consumo de uma alimentação saudável (AS), a fim de possibilitar a aplicação da intervenção para o contexto da comunidade e a sua replicação (HOLTROP et al., 2018). Portanto, este estudo busca identificar as barreiras e os facilitadores para implementação do Programa VAMOS na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar as barreiras e os facilitadores organizacionais para a implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

1.2.2 Objetivos Específicos

✓ Averiguar como ocorreu o processo de implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

✓ Investigar a percepção dos profissionais sobre as barreiras organizacionais para a implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

✓ Investigar a percepção dos profissionais sobre os facilitadores organizacionais para a implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

1.3 JUSTIFICATIVA

Uma nova versão do VAMOS (RIBEIRO et al., 2021) já está sendo implementada na APS. Considerando todos os resultados já obtidos da implementação do programa, sabe-se que este certificou mais de 130 profissionais da saúde para implementar o programa e alcançou 1.118 pessoas. Apesar de todos os resultados de efetividade e eficácia do programa (BORGES et al., 2014; BORGES et al., 2017; GERAGE et al., 2017; MEURER et al., 2019; BENEDETTI et al., 2019; GERAGE et al., 2020; QUADROS et al., 2020; SOUZA et al., 2020), alguns resultados de barreiras para a adoção, alcance e adesão do programa já foram identificados (TONOSAKI et al., 2018; BORGES et al., 2019; MACIEL, 2021; TOMICKI et al., 2021). Dentre estes, nota-se que a equipe de saúde foi apontada tanto como barreira quanto facilitador para a adoção, alcance e permanência do programa. Neste sentido, faz necessária, portanto, uma análise do papel da equipe dos profissionais envolvidos, a fim de esclarecer como eles visualizam e influenciam na implantação do programa, em conjunto de quais as barreiras e os facilitadores para a sua atuação profissional na implementação e no cenário como agente da prática.

Uma melhor compreensão sobre as barreiras e os facilitadores tanto individuais (participantes) quanto organizacionais (profissionais) para a implementação dos programas, irão auxiliar no desenvolvimento de estratégias com intervenções mais eficazes. Para isso o uso de dados qualitativos, utilizando a percepção dos indivíduos é a primeira forma para avaliação de ambientes comunitários. Diversos estudos identificaram as barreiras e os facilitadores dos participantes dos programas de intervenção (GRANDE; SILVA, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; JUNG et al., 2017; MENDES et al., 2017; RECH et al., 2018; TONOSAKI et al., 2018, COELHO et al., 2018; SOCOLOSKI et al., 2021; CHRISTOFOLETTI et al., 2022; MANTA et al., 2022). Entretanto, poucos deles identificaram as barreiras e os facilitadores organizacionais, ou seja, dos profissionais atuantes nessas intervenções (BORGES, 2014; RUBIO-VALERA et al., 2014; BABA et al., 2017; MANTA et al., 2022). A observância de

estudos com abordagem qualitativa é ainda menor nesse cenário (BORGES, 2014; RUBIO-VALERA et al., 2014).

Dentre os dados observados por meio do programa VAMOS, os dados qualitativos foram pouco estudados (BORGES, 2014; TONOSAKI et al., 2018; BORGES et al., 2019; QUADROS et al., 2020; MACIEL, 2021), necessitando de melhor compreensão das intenções, diferenças individuais e as relações efetivas que se estabelecem no processo de implementação do programa.

A análise qualitativa faz-se necessária para pensar e produzir conhecimentos sobre as barreiras e facilitadores para implementação dos programas de promoção da saúde, ainda mais que o Ministério da Saúde possui um departamento específico que visa a promoção da saúde desde 2019, nomeado como Coordenação Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) (decreto n. 9795 de 17 de maio de 2019) (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2022a). Tais dados não podem ser reduzidos apenas aos aspectos biológicos e quantificáveis. É necessária uma análise mais aprofundada, considerando a problemática que envolve o fato. O estudo qualitativo leva em consideração os fatos históricos, socioeconômicos e a subjetividade do ocorrido. Analisando como o profissional se percebe e se desenvolve, caracterizando o sujeito em questão e não apenas as variáveis que ele apresenta como resultado (MINAYO, 2004). Acrescentando a análise quantitativa aspectos como percepção dos funcionários, compreensão das intenções e atitudes, diferenças individuais, compreendendo como ocorreu e o porquê. Buscando assim, a essência dos fatores que podem influenciar na implementação de programas, a fim de possibilitar a aplicação da intervenção para o contexto da comunidade e a sua replicação (SANTOS; PIRES, 2012; HOLTROP et al., 2018).

No âmbito pessoal, esta pesquisa justifica-se pelo fato de ter iniciado as minhas leituras a assuntos semelhantes no ano de 2013, no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) com o subprojeto “Os benefícios das atividades lúdicas e suas relações com a atuação profissional, nos ambientes hospitalares”, onde o foco do estudo eram os profissionais de educação física que atuavam em hospitais.

Em 2018 ao iniciar o mestrado iniciei um novo processo de coleta de dados que me remeteram ao tempo do PIBIC, das vivências anteriores tendo em vista que muito se assemelhavam as coletas de dados passadas. A partir dessas experiências, surgiram questionamentos, reflexões, manifestando-se o interesse em problematizar as dificuldades e

facilidades que os profissionais que atuam na prática encontram. Aqui especificamente na implementação do programa VAMOS. A proposta de ouvir os profissionais emerge da necessidade do investigador em realizar uma análise centrada apenas no seu olhar, reduzindo os dados na tentativa de valorizar o protagonismo dos profissionais como participantes da pesquisa, rompendo com a concepção dominante de que o participante é o principal e único objeto de estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este projeto foi estruturado em dois tópicos a fim de contextualizar o cenário da promoção da saúde. O primeiro tópico aborda a *promoção da saúde*, realizando um breve resgate histórico, relacionando políticas e estratégias desenvolvidas que oportunizam a população a resgatar estes comportamentos. Por meio dos tópicos: Atividade Física e Alimentação Saudável, Programas de Promoção de Saúde Pública, Vida Ativa Melhorando Saúde – VAMOS.

O tópico seguinte enfatiza as *barreiras e os facilitadores para implementar programas de atividade física e alimentação saudável*. Apresenta-se os tópicos barreiras e facilitadores e a ferramenta RE-AIM como método de investigação. Como proposta de instrumento para avaliar o programa de promoção da saúde e identificar as principais barreiras e facilitadores organizacionais.

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é definida como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde (BRASIL, 2018). É “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, sp). Diversas conferências (Canadá, 1986; Austrália, 1988; Suécia, 1991; Colômbia, 1992; Indonésia, 1997) realizadas entre os anos 1980-2000 (WHO, 2014) demonstraram que fatores sociais e ambientais eram determinantes para a saúde. No Brasil ela é considerada “no âmbito individual e coletivo, e se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2018, p. 07). Contudo, a promoção da saúde não é “responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (WHO, 1986, sp).

Portanto, essa promoção é um processo no qual a comunidade deve ser parte ativa na melhoria da saúde e qualidade de vida, considerando a autonomia, singularidade do sujeito, coletividade, contexto social, econômico, político e cultural que eles vivem (BRASIL, 2018). Nesse sentido, os serviços de saúde passam então a promover ações individuais e coletivas, focando no estilo de vida da população (DIAS et al., 2018).

Percebe-se assim que a promoção da saúde é fundamental para a redução do risco de morbimortalidade pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estima-se que 70% das mortes mundiais de adultos são causadas por DCNT e a causa subjacente deste fato é a mudança social e econômica do estilo de vida ocasionando o aumento dos fatores de risco (WHO, 2022a). Aspectos como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física (IF), hipertensão, consumo abusivo do álcool e obesidade (BAUMGARTEL et al., 2016) são considerados fatores de riscos modificáveis. Sendo assim, a mudança do estilo de vida é de suma importância para a diminuição de tais fatores. Visando isso, em 2004 na 57ª Assembleia Mundial da Saúde foi criada uma das primeiras políticas globais a “*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*”, com temas centrais e recomendações referentes a alimentação, atividade física (AF) e saúde (WHO, 2004).

No cenário nacional, em 2006 foi criada a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) como um novo modelo de atenção à saúde, priorizando o combate ao tabagismo, violência, consumo de álcool excessivo e a prevenção do consumo de drogas, além de realizar a promoção da AF, da AS e do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015). Reformulada em 2014 a PNPS com objetivo de:

[...] promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2015, p. 11).

A partir da formulação da PNPS são definidos temas para ações de promoção da saúde caracterizados como prioridades nas estratégias nacionais sendo permeadas principalmente pela educação permanente. O quadro 1 apresenta estes temas e descreve seus objetivos específicos que vão desde a capacitação dos profissionais da rede para implementar ações de enfrentamento de condições de saúde e promoção da qualidade de vida da população.

Quadro 1 Temas prioritários para a promoção da saúde segundo a PNPS

Tema	Objetivo
Formação e educação permanente	Mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, profissionais da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, a fim de incluí-las nos espaços de educação permanente.

Alimentação adequada e saudável	Promover ações sobre alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e segurança alimentar, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.
Práticas corporais e atividades físicas,	Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.
Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados	Promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.
Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas	Promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas, com corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.
Promoção da mobilidade segura	Buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção primária e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. Orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo ações de saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e nos demais setores envolvidos, além da sociedade, a fim de definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura. Avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, para que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e, conseqüentemente, a paz no trânsito.
Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos	Promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos. Desenvolver tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero e de orientação sexual e à identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e em relação às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Promover a articulação da Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura da paz.
Promoção do desenvolvimento sustentável	Promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários (cidades/municípios, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros), permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários.

Fonte: Brasil (2018).

Todavia, a promoção da AF foi pautada como prioridade nas estratégias nacionais de promoção da saúde, assim como o combate as DCNT por meio da promoção da saúde, da prevenção e do controle do tabagismo a das articulações de ações intersetoriais (BRASIL,2020).

Enfatizando a importância de se trabalhar tais aspectos em 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o “*Global Action Plan: for the prevention and control of noncommunicable diseases*” com o objetivo de reduzir fatores de risco modificáveis para as DCNT e seus determinantes sociais por meio da criação de ambientes que promovam a saúde.

Entretanto, o aumento das DCNT devido ao crescimento dos seus quatro principais fatores de risco (inatividade física, alimentação inadequada, tabaco e o consumo excessivo do álcool) ainda é evidente. Estima-se que US\$ 7 trilhões dos cofres públicos dos países de média a baixa renda serão destinados ao combate das DCNT durante os anos de 2011-2025. De tal modo, as políticas, programas e intervenções desses fatores de risco resultariam na redução do valor destinado no enfrentamento das DCNT, assim como diminuiria o número de ocorrência e, conseqüentemente, de mortes devido a essas doenças (MALTA et al., 2017). Estas estatísticas, somadas a uma visão ampliada de promoção da saúde que tem a APS como porta de entrada para os primeiros cuidados, estimulou o incentivo a políticas e ações na saúde pública.

2.1.1 Programas de Promoção à Saúde na Atenção Primária

O Sistema Único de Saúde (SUS) divide-se em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária é a principal porta de entrada no sistema de saúde, mediando as comunicações, coordenando as ações e os serviços de promoção da saúde (BRASIL, 2019a). Deste modo torna-se fundamental compreender este sistema a fim de visualizar onde e como os programas de promoção de saúde estão inseridos.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi criada em 2006 para gerenciar a atenção primária à saúde (APS). Reformulada em 2017, tem o intuito de organizar e realizar ações de saúde por meio de uma equipe multiprofissional em Unidades Básicas de Saúde (UBS) voltado ao cuidado integral da população. Baseado nisso a APS desempenha um papel importante devido ao vínculo com o usuário, demonstrando maior compreensão do processo que impacta a vida e a saúde da população (BRASIL, 2017b).

As UBS concentram os atendimentos e reordenam os cuidados para outros locais da rede sempre que for necessário. Para atender os princípios do SUS e as diretrizes da PNAB, a APS trabalha com equipes da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que orientam o processo de trabalho com uma maior resolutividade. Auxiliando esses profissionais

o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (formado por profissionais interdisciplinares de diferentes categorias da área da saúde) atua em conjunto dando suporte clínico, sanitário e pedagógico, ampliando a abrangência e a resolubilidade das equipes de saúde (BRASIL, 2017b).

Desde a sua criação, o SUS (BRASIL, 1990) vem progredindo e reestruturando leis, resoluções, portarias e políticas de maneira contínua aspirando a qualificação da atenção à saúde, reafirmando seus princípios e diretrizes. Dentre as mudanças mais significativas destacam-se a redução da medicalização e a maior atenção a promoção da saúde, seguindo as tendências mundiais de organização do sistema de saúde (TESSER et al., 2010). As políticas qualificam o cuidado a saúde na APS contribuindo para o desenvolvimento de intervenções voltados para a promoção da saúde da população. Referente aos programas de promoção de saúde, estes devem estar vinculados à realidade das comunidades, atendendo as necessidades coletivas e/ou individuais, voltadas para o autocuidado ou mudança de comportamento (RIBEIRO et al., 2017).

A fim de possibilitar que os indivíduos assumam a responsabilidade por sua saúde encontram-se no cenário internacional programas de mudança de comportamento voltados para a AF (quadro 2). Estes, são propostas que apresentam efetividade nos seus resultados além de um alto percentual de retenção na promoção da AF. No cenário nacional, também foram elaborados programas de promoção da AF e da AS (quadro 2) com respaldo nas diretrizes da “Política de Alimentação e Nutrição” (BRASIL, 2013), “Guia Alimentar para a População Brasileira” (BRASIL, 2014), “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT” (BRASIL, 2011a), “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021c), o “Incentivo da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2022b) e por fim o “Guia de Atividade Física para a População Brasileira” (BRASIL, 2021a) (quadro 2). Tornando a AF e a AS como temas prioritários nas agendas de promoção da saúde e das diversas ações (MALTA et al., 2014; KONRAD et al., 2017).

Quadro 2 Principais programas, ações e estratégias de promoção da atividade física e alimentação saudável

Programa	Metodologia	Objetivo
<i>Community Healthy Activities Model Program for Seniors</i> (STEWART et al., 1997)	Tradicional*	Promover o aumento dos níveis de atividade física ao longo da vida dos idosos.

<i>Be fit, be well</i> (GREANEY, 2009)	Tradicional*	Promover a hábitos saudáveis de condicionamento físico como a perda de peso, ganhar tônus muscular e comer mais saudável.
<i>Active Living Every Day</i> (BLAIR et al., 2001)	Mudança de comportamento	Motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo.
<i>Healthy Eating Every Day</i> (BLAIR et al., 2001)	Mudança de comportamento	Motivar as pessoas a adotarem uma alimentação saudável.
<i>Active-for-Life</i> (WILCOX, 2009)	Tradicional*	Promover a alfabetização física de crianças por meio da conscientização dos pais.
<i>Active Choice</i> (WILCOX, 2009)	Aconselhamento por telefone	Ajudar mentores voluntários a implementar programas supervisionados por telefone, focados no aumento da atividade física para melhorar a saúde cardiovascular de idosos inativos ou subativos.
Agita São Paulo (MATSUDO et al., 2008)	Tradicional*	Combater o sedentarismo no Estado de São Paulo promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativa.
Floripa. Ativa (BORGES, 2009)	Tradicional*	Estimular a prática de exercício físico na população idosa de Florianópolis; Contribuir para a melhoria e manutenção da capacidade funcional do idoso; diminuir a morbimortalidade decorrente de Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Município de Florianópolis, contribuindo para redução de custos relacionados a essas doenças.
Curitiba Ativa (REIS et al., 2010)	Tradicional*	Orientar a população sobre a importância da atividade física como instrumento para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.
Saúde Ativa (NAKAMURA, 2010)	Tradicional* e Aconselhamento	Incentivar a prática de AF e melhorar a Qualidade de Vida da população.
Academia da Cidade (MENDONÇA et al., 2010)	Tradicional* e Aconselhamento	Promoção da saúde coletiva através da prática de atividades físicas, lazer e orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis, potencializando o uso dos espaços públicos e promovendo o protagonismo social com vistas à melhoria da qualidade de vida.
Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011b)	Tradicional*	Contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.
Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011a)		Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.
Política de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013)		Melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Guia alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014)	Apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população.
Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021a)	Direcionar à população brasileira com o foco na promoção da saúde por meio da atividade física
Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2021c)	Auxiliar os profissionais de saúde a planejarem e avaliarem suas práticas de atividade física, para torná-las replicáveis e sustentáveis no SUS, bem como propiciar maior participação e autonomia dos usuários.
Incentivo da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022a)	Incentivo financeiro para os municípios que estiverem realizando implementações de AF e saúde.

*aulas práticas de AF, ministradas por profissionais de Educação Física com a duração de até 60 min e em média com duas sessões semanais.

Fonte: A autora (2022).

A APS continua sendo foco de aprimoramento da lógica de trabalho. Além da estruturação de um novo modelo de financiamento (BRASIL, 2019b), a reorganização das equipes de saúde (BRASIL, 2020b) surgiu para aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe. Além disso, recentemente uma portaria do Ministério da Saúde foi publicada destinando incentivo específico a implementação de ações de AF na APS (BRASIL, 2022a).

Dentre as ações realizadas pela APS os programas de promoção da AF e da AS nas UBS do Brasil possuem a prevalência de 47% e 72% respectivamente (RAMOS et al., 2014; BECKER et al., 2016). Com isso o apoio multiprofissional do NASF-AB impulsionou a promoção da saúde uma vez que 80% das ações com promoção da AF e da AS serão realizadas em municípios que contam com a equipe (FLORINDO et al., 2016).

Essas ações podem ser desenvolvidas por meio de orientações, aconselhamentos, atividades educativas, palestras, mídias, atividades em grupos e/ou individualmente. A escolha de como proceder depende do objetivo específico da ação, da comunidade e do contexto em que está inserida (BRIXNER et al., 2017; RIBEIRO et al., 2017). No que se refere a promoção da AF os meios mais utilizados são a educação em saúde, aconselhamento, modelo tradicional e programas de mudança de comportamento.

Contudo, a maioria das ações de promoção da AF ainda são realizadas com o modelo tradicional de programas (aulas práticas de AF) ministradas por profissionais de Educação Física com a duração de até 60 minutos e em média com duas sessões semanais (BENEDETTI et al., 2012). Já, programas direcionados à alimentação saudável são baseados em recomendações do GUIA, integrando as diretrizes da PNPS e do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com a promoção de práticas alimentares saudáveis, vigilância alimentar e nutricional e a prevenção e o cuidado dos agravos relacionados (BRASIL, 2013).

Sabendo que a atividade física em conjunto com a AS apresenta um aumento na adoção desses comportamentos, investir na estratégia de programas de mudança de comportamento para a obtenção de comportamentos ativos e saudáveis parece ser promissor (ALQUAIZ; TAYEL, 2009; FLORINDO et al., 2016).

2.1.2 Atividade Física e Alimentação Saudável

A AF é definida como qualquer movimento corporal que despenda mais gasto de energia do que os níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985). Ela é fundamental para a manutenção corporal e uma vida ativa e saudável. Pessoas que praticam atividade física regular têm um fator protetivo contra as DCNT de até 40% em comparação as pessoas inativas (WEN et al., 2011), diminuindo o seu risco de mortalidade em até 24% (WOODCOCK et al., 2011) e aumentando a sobrevida em até 5,5 anos (SCHNOHR et al., 2017).

A prática regular da AF moderada e vigorosa reduz os riscos de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, hipertensão, sobrepeso e/ou obesidade, depressão, câncer de mama e de colo do útero, entre outros. Além disso em algumas dessas doenças os indivíduos fisicamente ativos apresentam um risco reduzido de morte em relação a indivíduos inativos. Somada aos benefícios para a prevenção de doenças a AF auxilia o indivíduo na melhora da qualidade de vida, do sono, função física, maior energia e vitalidade para uma vida saudável (ALMEIDA et al., 2013; PAG, 2018; WHO, 2018; SILVA et al., 2019). Um adulto deve acumular 150 minutos de AF moderada, ou 75 minutos de AF vigorosa durante a semana (WHO, 2020b; BRASIL, 2021a) para obter benefícios à saúde. Contudo, o Brasil possui 13,9% da população inativa fisicamente (BRASIL, 2020a).

No Brasil 44,8 % da população adulta não alcança os níveis desejáveis de AF (BRASIL, 2020a). A Inatividade Física (IF) é um problema no cenário mundial, contribuindo

para o constante o aumento das DCNT. Estudos revelam que a IF é um fator de risco para a mortalidade. Seus custos mundiais giram em torno de US\$ 54 bilhões em assistência médica, destes 57% são pagos pelos cofres públicos (WHO, 2018; SILVA et al., 2019). Nesse cenário aproximadamente 60% da população mundial é inativa, sendo responsável por 20 a 30% das mortes e se encontra como o quarto fator de risco para a mortalidade (BECKER et al., 2016; BRITO et al., 2018; SILVA et al., 2019; WHO, 2020a). Para pessoas com diabetes mellitus, por exemplo, a atividade física pode evitar cerca de 3% dos casos de mortalidade. Sendo considerada como uma forte evidência para a prevenção e auxílio no tratamento dessa doença (SILVA et al., 2019). Para pessoas com doença cardíaca coronária a AF se torna inversamente proporcional com o risco da doença, e, a prática regular desta acresce 2,4 anos de vida para as pessoas com esta doença (SCHNOHR et al., 2017).

Pensando nisso, a OMS lançou em 2018 o novo plano de ação mundial sobre atividade física e saúde para 2018 a 2030. Intitulado “*Let’s Be Active: Everyone, Everywhere, Everyday*” (“Sejamos ativos: todos, em todos os lugares, todos os dias”) o principal objetivo desse plano é a diminuição da IF em até 15% até o ano de 2030, incentivando as pessoas a serem mais ativas para tornar o mundo mais saudável, permeado por quatro tópicos principais: criar sociedades ativas, criar ambientes ativos, criar pessoas ativas e criar sistemas ativos. O plano demonstra e apoia como os países devem proceder na ampliação e fortalecimento de suas políticas baseadas em evidências, para a redução da inatividade, monitorando o progresso e os impactos dessas mudanças (WHO, 2018).

As modificações e aperfeiçoamento nas políticas públicas de promoção da saúde em específico de atividade física foi a criação do Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021a). Até pouco tempo atrás, usávamos como referência a recomendação mundial, *Who Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour* (WHO, 2020b). A partir de 2021 a Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) do Ministério da Saúde criou o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021a). O Guia e uma estratégia na promoção da AF e melhoria das condições de saúde, fazendo parte das diretrizes e das ações da PNPS o Guia de Atividade Física para População Brasileira apoia e incentiva a prática de AF, subsidiando políticas e promove a saúde. Sendo um conjunto de recomendações e informações para a comunidade Brasileira (BRASIL, 2021a). A fim de incentivar a implementação dessas ações o Governo

Federal instituiu o Incentivo da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde que prevê um incentivo financeiro para os municípios que estiverem realizando a implementação (BRASIL, 2022b).

A alimentação saudável é definida como a prática alimentar adequada para os aspectos biológicos, socioculturais e o uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2014). Definido como ações relacionadas ao alimento (escolha, modo de preparo, horários, processo, ingestão e todos os aspectos relacionados) o comportamento alimentar (VAZ; BENNEMANN, 2014) vem mudando com o aumento da ingestão excessiva de produtos processados prontos e/ou semiprontos para o consumo e, assim, diminuindo a ingestão de alimentos *in natura*, causando o aumento do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2014).

Sabe-se que fatores como elevado consumo de sal e gordura, baixa ingestão de frutas e hortaliças são fatores de risco para as DCNT (BRASIL, 2017a). Devido a isso as orientações a uma AS para Brasileiros é divulgada em uma ampla escala por meio de políticas e programas específicas. Entretanto, a alimentação do brasileiro não se enquadra no perfil desejado uma vez que o consumo de alimentos ultra processados vem aumentando anualmente (LINDEMANN et al., 2016; BRASIL, 2017a) e apenas 34,3% da população consome frutas e hortaliças regularmente em contrapartida a ingestão regular de alimentos ultraprocessados é realizada por 18,2% da população (BRASIL, 2020a).

Após longos debates com as universidades e as sociedades científicas a cerca desses problemas a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (MS) criou em 2006 o Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a alimentação saudável. Criado como uma estratégia na promoção da AS, conforme as recomendações da OMS de formular diretrizes nacionais e fazendo parte das diretrizes e das ações da PNPS o Guia Alimentar para a População Brasileira (GUIA) apoia e incentiva práticas alimentares saudáveis, subsidia políticas e promove a saúde nutricional. Ele é um conjunto de recomendações e informações voltadas para a comunidade no Brasil (BRASIL, 2014). Com o objetivo de conter o avanço da obesidade infantil a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) foi instituída em 2021 pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) visando contribuir para a melhoria da saúde e nutrição das crianças brasileiras (BRASIL, 2022c).

Seguindo as orientações da OMS de se manter atualizado, a reformulação do GUIA foi realizada levando em consideração mudanças de hábitos alimentares e o progresso científico. Conforme o objetivo descrito no quadro 2 é almejado a utilização em domicílios, escolas e em todos os locais que ocorrem a promoção da saúde. Recomenda-se ainda que a sua implantação na saúde pública ocorra pelos gestores e profissionais do SUS, beneficiando assim toda a população. Adotando a tendência mundial o GUIA visa a diminuição do consumo de alimentos processados e/ou ultra processados e o aumento do consumo dos alimentos *in natura* e/ou minimamente processados, fortalecendo sistemas alimentares sustentáveis (BRASIL, 2014).

São considerados alimentos *in natura* aqueles no qual a sua obtenção ocorre diretamente de plantas e/ou animais (ovo, leite, frutas e hortaliças) sem sofrer modificações até o consumidor final. Os alimentos minimamente processados são os alimentos *in natura* que sofreram poucas alterações até o consumidor final (grãos, carne resfriada, óleos e temperos). Os alimentos industrializados são subdivididos em processados e ultra processados. Os alimentos processados são alimentos que sofreram adições de substâncias (sal e açúcar) da sua fase *in natura* e/ou minimamente processado (frutas em calda, legumes em conserva, queijo e pães). Já, os alimentos ultra processados são definidos como alimentos que passaram por diversas alterações, etapas e técnicas de processamento, além da adição de diversas substâncias sendo muito utilizado na indústria (salgadinhos, macarrão instantâneo e bolachas recheadas) (BRASIL, 2014).

Sabendo que o nível de AF e os padrões nutricionais estão inadequados, passam a ser desafios significativos para a saúde pública (SCHWINGEL et al., 2016). Uma resposta efetiva para essas mudanças deve passar por políticas públicas que integrem a promoção da saúde com o compromisso e a realização dos direitos sociais. Essas políticas devem incentivar as escolhas de práticas e alimentação saudáveis, realizando assim a proteção de fatores que levem as escolhas não saudáveis, ressignificando o ato de se alimentar e de praticar AF, ampliando a sua consciência sobre a importância de tais fatores.

2.1.3 Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS

Dentre as abordagens que podem ser utilizadas tanto para a AF quanto para a alimentação, os programas de mudança de comportamento visam mobilizar o participante para

que ele possa manter um estilo de vida ativo e saudável de maneira permanente. Fazendo uso de técnicas de motivação com atividades simples e adaptáveis, para a rotina da comunidade eles são facilmente aplicados a realidade da APS (COSTA et al., 2015; RIBEIRO et al., 2017).

Buscando isso, pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com as universidades *University of Illinois at Urbana-Champaign* e a *University of Nebraska Medical Center* investigam programas de base comunitárias que objetivam realizar a mudança do estilo de vida da população.

Desenvolvido em 2011 e baseado no programa norte americano “*Active Living Every Day- ALED*” (BLAIR et al., 2010), o programa intitulado “Vida Ativa Melhorando a Saúde” (VAMOS) é um programa de mudança de comportamento que visa motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo e saudável (vamos.ufsc.br). A primeira versão do programa traduzido e aplicado no Brasil recebeu o nome de “VIA- Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis”. Contudo o mesmo necessitou de adaptações culturais e com o auxílio do Laboratório de Orientação da Gênese Organizacional (LOGO) da UFSC o programa foi totalmente modificado, criado um nome e uma identidade do programa, que se denominou VAMOS (Figura 1). O DNA do programa foi desenvolvido conforme a metodologia “*brand DNA process*” definindo-o como integrador (motivador), emocional (gratificante), resiliente (adaptável), mercadológico (eficiente) e técnico (prático) objetivando assim resultados efetivos na aplicação do programa (BENEDETTI et al., 2012).

Figura 1 Logotipo do Programa VAMOS



Fonte: Benedetti et al. (2012).

Procurando acatar as políticas que visam a prevenção das DCNT o programa surgiu da necessidade da prática de AF e da baixa participação dos brasileiros. Visando impactar a saúde pública por meio de uma forma alternativa de promoção da AF para os idosos. Partindo da avaliação e validação do programa notou-se a necessidade de duas adaptações: a ampliação

da população alvo para pessoas a partir de 18 anos e a inclusão da AS como temática (BENEDETTI et al., 2012).

Baseado na Teoria Social Cognitiva (TSC) o VAMOS adota o princípio do autogerenciamento para um autodesenvolvimento, adaptação e mudança (BANDURA, 1986). Incentivando os participantes a alcançarem as metas estabelecidas pelo programa, se tornarem ativos, se alimentarem de maneira saudável e manter as metas alcançadas (BENEDETTI et al., 2017).

A TSC parte do pensamento que as ações humanas derivam da combinação dos fatores pessoais, comportamentais e ambientais, considerando o indivíduo como auto-organizado, proativo, autorreflexivo e autorregulado. A mudança desse comportamento se dá por meio do entendimento das implicações decorrentes de seus próprios comportamentos (BANDURA et al., 2008; BANDURA et al., 2011). Com isso, o VAMOS trabalha com pessoas que querem realizar a mudança de comportamento auxiliando no estabelecimento de metas, automonitoramento, apoio social, autorrecompensa, melhoria das habilidades individuais e desenvolvimento de soluções para as barreiras visando o aumento da autoeficácia e da autonomia de escolhas pelos participantes (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017).

A versão 2.0 foi estruturada em 12 encontros teóricos com duração de até duas horas por semana, divididos entre três a cinco meses, o VAMOS é voltado para adultos (a partir de 18 anos) e idosos de ambos os sexos, de diferentes níveis de escolaridade, regiões e culturas. Seus encontros são mediados por um multiplicador (profissional de nível superior certificado pelo treinamento VAMOS) adotando a metodologia da educação em saúde. O profissional de nível superior da área da saúde que assim desejar pode realizar o treinamento (por EaD) com a carga horária de 20 horas aula. Ao término do treinamento, é realizada uma prova em que é exigido aproveitamento mínimo de 80% (JOSÉ et al., 2019). No final desse processo o profissional de saúde é considerado um multiplicador do programa VAMOS e assim que aceitar realizar a implantação do programa no seu local de trabalho poderá realizar os encontros diretamente com a população alvo. Os encontros são conduzidos com auxílio de material didático que contempla 13 livretos distribuídos em temas descritos no quadro 3. Além disso, cada livreto disponibiliza atividades que vão ao encontro do objetivo do programa, estabelecendo metas e estratégias a cada semana (BENEDETTI et al., 2012).

Na versão atual (3.0), o programa VAMOS é oferecido nas modalidades presencial e online (Moodle). A modalidade presencial é implementada em nove meses com encontros (1 a 7 semanal; 8 a 13 quinzenal; 14 a 18 mensal) conduzidos entre 1h30min e 2 horas de duração. Seus 18 cadernos abordam temáticas relacionadas aos benefícios da atividade física e da AS, dando ênfase no automonitoramento, na identificação de barreiras, no apoio social e no estabelecimento de metas (quadro 3). Estes temas são desenvolvidos com estratégias para desenvolver autonomia das pessoas e, assim, efetuar mudanças e manter novos comportamentos (RIBEIRO et al., 2021). Para ser implementado na área da saúde é oferecido um treinamento online que foi reestruturado e validado para a nova versão do VAMOS (3.0) (KONRAD et al., 2020). O novo formato do treinamento online apresenta cinco módulos. A trilha de aprendizagem tem uma sequência de conteúdo para que o cursista conheça a proposta do programa, os conceitos e marcadores para mudança de comportamento, as estratégias para gerenciar grupos de pessoas, a estrutura e os conteúdos para implementação e, por fim, as formas de avaliação do programa (KONRAD et al., 2020).

O formato online foi organizado contendo os mesmos conteúdos e atividades do formato impresso, para ser disponibilizado por meio de uma plataforma virtual responsivo (que se adapta aos diferentes dispositivos de comunicação), com objetivo de criar uma experiência de interação e usabilidade dos usuários com os conteúdos. Nela, o participante realiza um cadastro no ambiente virtual, criando *login* e senha individuais, com os quais acessa o material didático para avaliação, leitura e compreensão dos conteúdos, realizando as atividades de fixação e reflexão, auxiliando na aprendizagem e fixação das informações. O objetivo é gerar mudanças positivas para aumentar a prática de atividade física e melhorar o comportamento alimentar (RIBEIRO et al., 2021). Estudos recentes mostraram que a estratégia usada para disseminar e implementar uma intervenção de mudança de comportamento no serviço de saúde da atenção primária, teve impacto na adoção dos profissionais da saúde (KONRAD, 2021) e na efetividade dos desfechos do programa (RIBEIRO, 2021). Isto demonstra que o VAMOS apresenta potencial para auxiliar adultos e idosos na mudança de comportamento para um estilo de vida mais ativo e saudável, com relação à atividade física e alimentação quando implementado na área da saúde, no contexto brasileiro.

Com esse formato de programa pioneiro no Brasil o VAMOS está ganhando mais visibilidade em relação a sua inserção, principalmente na APS. O programa apresenta os seus

primeiros resultados com uma perspectiva positiva, demonstrando boa aceitação pelos participantes e profissionais de saúde. Destaca-se a fácil inserção nas UBS, a simplicidade, a replicabilidade e o baixo custo do programa tornando-o uma alternativa para o sistema público de saúde (BENEDETTI et al., 2012).

Aplicado em diversos cenários, o VAMOS vem demonstrando efetividade em relação aos seus principais marcadores: nível de AF, AS, massa corporal e percepção da qualidade de vida e, assim, contribuindo para a promoção e prevenção nos sistemas públicos de saúde. Após os três meses da intervenção demonstrou-se o aumento da AF leve, acréscimo de 10% no tempo de AF moderada/vigorosa, diminuição do comportamento sedentário, aumento do consumo de verduras e legumes, menor consumo de temperos industrializados, redução de em média 0,5Kg de massa corpórea, aumento da percepção da qualidade de vida, além da positiva percepção da autoeficácia para a AF (ANTUNES, 2015; MEURER, 2016; GERAGE et al., 2017).

O estudo qualitativo realizado por Tonosaki et al. (2018) identificou as principais barreiras e facilitadores para a implementação do programa pela perspectiva dos participantes. A fácil aplicabilidade, o envolvimento das equipes de saúde, o material didático, o uso do pedômetro e a ação do multiplicador foram relatados como facilitadores. Já, como barreiras foram identificados a sobrecarga de trabalho, ausência de atividades práticas, infraestrutura inadequada e a falta de entendimento da proposta.

Contudo, o estudo de KONRAD (2021) sintetizou barreiras e facilitadores organizacionais para adoção e implementação do programa resultando em adaptações das características do programa. Além disso, uma recente revisão sobre barreiras para implementação na APS (MANTA et al., 2022) reforçando a importância de avaliar o processo pelo qual as intervenções implementadas e identificar barreiras e facilitadores que possam melhorar os resultados de implementação e tornar as intervenções e programas mais sustentáveis na APS.

Quadro 3 Apresentação dos temas e objetivos das versões 2.0 e 3.0 do Programa VAMOS

VAMOS VERSÃO 2.0	OBJETIVO	VAMOS VERSÃO 3.0	OBJETIVO
Introdução	Programa, material didático e a família VAMOS.	1. VAMOS começar?	Apresentar o VAMOS. Realizar a avaliação inicial dos participantes.
1. VAMOS preparar?	Entender os conceitos de mudança de comportamento, AF e CA. Refletir sobre os benefícios de uma vida saudável.	2. VAMOS conhecer o programa?	Introduzir as questões relacionadas ao estilo de vida saudável e mudança de comportamento.
2. VAMOS saber mais sobre alimentação saudável?	Refletir sobre a alimentação habitual e obter informações sobre CA. Organizar um plano alimentar.	3. VAMOS conhecer os benefícios de um estilo de vida saudável?	Introduzir os conceitos, importância e benefícios da prática regular de AF e do CA.
3. VAMOS decidir e praticar?	Otimizar o tempo para incluir AF na rotina e as diferenças dos níveis de AF. Elaborar um plano inicial e automonitoramento.	4. VAMOS entender mais sobre AF?	Conhecer os tipos de atividades e exercícios físicos, recomendações para saúde, elaborando um plano semanal.
4. VAMOS superar desafios?	Conhecer as barreiras para mudança de comportamento no CA e AF e discutir possíveis soluções.	5. VAMOS entender mais sobre alimentação saudável?	Analisar as escolhas e preparo dos alimentos, com ênfase para gordura, sal e açúcar.
5. VAMOS estabelecer metas?	Rever os níveis de AF e CA. Monitorar o tempo de AF moderada ou vigorosa e a qualidade da alimentação.	6. VAMOS entender os riscos à saúde?	Conhecer sobre obesidade e suas consequências para a saúde.
6. VAMOS reunir apoio e ir passo a passo?	Identificar as principais fontes de apoio. Revisar o plano de atividade física e aprender a usar o contador de passos.	7. VAMOS enfrentar os obstáculos?	Compreender os fatores que interferem na mudança para um estilo de vida ativo e saudável.
7. VAMOS ganhar confiança e revisar os objetivos?	Debater os progressos obtidos e rever as metas de AF e CA. Usar mensagens positivas e técnicas de alongamento.	8. VAMOS rever os planos?	Criar elementos de análise que permitam revisar e reformular o plano de ação na AF e CA.
8. VAMOS enfrentar os obstáculos?	Reconhecer barreiras para um estilo de vida ativo e saudável. Aprender sobre fortalecimento muscular e CA na rotina.	9. VAMOS identificar o apoio social?	Verificar as fontes de apoio social que podem auxiliar nas mudanças de comportamento.
9. VAMOS desfazer o estresse?	Identificar situações de estresse e aprender técnicas para sua redução. Refletir sobre formas de administrar o tempo.	10. VAMOS gerenciar o estresse?	Compreender e identificar as causas do estresse, riscos e comprometimentos.
10. VAMOS encontrar novas oportunidades para ter uma vida saudável?	Identificar novas opções de AF e CA e a importância de manter o comportamento, evitando recaídas.	11. VAMOS conhecer boas práticas em atividade física?	Verificar boas práticas de AF em casa, no trabalho e no lazer.
11. VAMOS realizar mudanças duradouras?	Valorizar êxitos e manter a motivação. Refletir sobre estratégias para solucionar problemas e manter as mudanças.	12. VAMOS falar de gordura, sal e açúcar?	Adquirir maior conhecimento sobre gordura, sal e açúcar nos alimentos e impacto na saúde.
Apêndices	Reforçar os conhecimentos adquiridos com informações mais detalhadas e fotos de orientação para prática de exercícios.	13. VAMOS aprender sobre rótulos e calorias?	Compreender os rótulos dos alimentos e identificar os valores calóricos dos alimentos.
		14. VAMOS identificar oportunidades para ser saudável?	Identificar as oportunidades para adoção de um estilo de vida saudável.
		15. VAMOS evitar as recaídas?	Entender o que são recaídas e as estratégias para evitá-las.
		16. VAMOS manter a motivação e os progressos?	Entender como manter a motivação e o progresso na AF e CA.
		17. VAMOS manter os novos comportamentos?	Compreender a necessidade de manter comportamentos saudáveis.
		18. VAMOS reavaliar o estilo de vida?	Avaliar as mudanças obtidas durante o programa e traçar metas para seguir após a finalização.

AF Atividade Física; CA Comportamento Alimentar; QV Qualidade de Vida; RC Risco Cardiovascular.

Fonte: Ribeiro (2021).

2.2 BARREIRAS E FACILITADORES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A implementação é definida como a fidelidade que uma intervenção é realizada conforme o planejado. Essa fidelidade é importante pois o processo de implementação afeta diretamente a qualidade da eficácia ou da efetividade. Apenas pelo estudo da implementação os pesquisadores e profissionais atuantes adquirem uma melhor compreensão do que funciona em uma intervenção. A implementação é um fator importante a ser estudado pois, ela pode explicar por que alguns estudos utilizando os mesmos métodos geram resultados diferentes, impedindo assim potenciais falsas conclusões (CAROLL et al., 2007; PETRESCU-PRAHOVA et al., 2016).

Almeida et al. (2013, p. 10) dividem a implementação em dois níveis: individual e organizacional, definindo-as:

No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção.

A implementação trata, portanto, das minúcias de como ocorreu o processo de intervenção, com detalhamento sobre a sua consistência, tempo e custos (materiais, pessoal, divulgação, entre outros) (BENEDETTI et al., 2014). Carroll et al. (2007) demonstraram que quando um programa de auxílio para pessoas com problemas de saúde mental foi implementado com alta fidelidade houve uma melhora significativa na efetividade. A avaliação da implementação torna-se importante uma vez que uma intervenção deve ser apta de ser implementada no “mundo real”. Com isso a fidelidade da implementação de uma intervenção é uma das melhores formas para se replicar os resultados das pesquisas originais (CAROLL et al., 2007; NILSEN, 2015).

Na área da saúde pública muitas intervenções não conseguem atingir os resultados esperados, uma vez que as tendências emergentes (globalização, influência da mídia social, transições demográficas e a mudança climática) despertam novos desafios e nem sempre são seguidas de boas bases teóricas para a implementação (NILSEN, 2015; RAMASWAMY et al., 2019). As bases teóricas fazem a diferença no planejamento e execução de programas. Quando se adota uma base teórica para os programas aumenta-se a chance de sucesso no processo de

implementação, possibilitando que uma intervenção alcance êxito (CAROLL et al., 2007; NILSEN, 2015).

Damschroder et al. (2009) afirmam que pesquisadores da área da saúde reconhecem a necessidade da avaliação dos programas na execução de uma intervenção específica, a fim de prolongar a sustentabilidade e possibilitando de replicação. Resultados qualitativos auxiliam nessa perspectiva uma vez que, apesar do aumento dos programas para a promoção de uma vida ativa e saudável ainda é existente a falta de sua compreensão e padronização, verificando a necessidade da definição dos pontos fortes, da diversidade e da pluralidade dessas intervenções para tornarem-se replicáveis (NILSEN, 2015).

Para um melhor desenvolvimento de políticas e intervenções mais eficazes, se faz necessário identificar os fatores que podem ser modificados. Tais fatores são de natureza diversa, sofrem influência humana e possuem pontos fortes e fracos em seu conjunto (HUMPEL; OWEN; LESLIE, 2002). Visando identificar esses pontos é de interesse desta pesquisa o estudo das barreiras e dos facilitadores para a implementação. Para tanto se faz importante entender as suas definições e aplicabilidades.

O termo barreira é definido como qualquer coisa/algo que dificulte, impeça ou proporcione desvantagem (CAMBRIDGE, 2019). Baseado na palavra inglesa *cons* (contra) é considerado como um obstáculo que limita ou dificulta a realização de algo. Em relação as barreiras organizacionais podem-se considerar os indicadores que dificultam, limitam e/ou impedem o engajamento dos profissionais em uma determinada ação no seu campo de atuação. Sechrist, Walker e Pender (1987) classificam ainda as barreiras em percebidas e/ou reais. As barreiras percebidas são consideradas fatores que conforme as percepções do indivíduo dificultam a adesão de algo (clima, distância e estado de humor). E a barreira real é considerada quando esse fator é um obstáculo que realmente o impede (segurança e ambiente). Apesar de utilizar uma nomenclatura diferente, Bandura et al. (2008) considera que existem fatores que inibem e/ou facilitam determinada ação, onde são considerados os propósitos e as consequências (processo de modelação). Os facilitadores podem ser definidos como qualquer coisa/algo que facilita ou ajuda as pessoas durante um processo (CAMBRIDGE, 2019). Em relação aos facilitadores organizacionais são indicadores que favorecem, facilitam e/ou auxiliam o engajamento dos profissionais em uma determinada ação do seu campo de atuação.

A análise das barreiras e dos facilitadores permite então, identificar as crenças pessoais, atitudes, conhecimentos, habilidades sociais e individuais, percepções e anseios.

Possibilitando, também, verificar a relação do indivíduo com as estruturas e os serviços, sejam eles no ambiente de trabalho, escolar ou social. Com isso, consideram-se para este estudo como barreiras os motivos que dificultam ou desmotivam a atuação do profissional em implementar o programa VAMOS, e, como facilitador os motivos que facilitam e/ou tornam atrativo a implementação deste.

Durante a implementação de programas, os profissionais de saúde se deparam com diversas barreiras e facilitadores seja individual ou organizacional. Quando se fala de barreiras e facilitadores sabe-se que as pessoas são influenciadas por determinantes intrapessoais/fatores pessoais, interpessoais/fatores comportamentais e ambientais e que cada pessoa é afetada de diferentes formas por eles. Estes fatores influenciam e são influenciados (determinismo recíproco), existindo uma interação entre o ambiente, o pessoal/intrapessoal e o comportamento/interpessoal (BANDURA et al., 2008; DAMSCHRODER et al., 2009; BANDURA et al., 2011). São considerados fatores intrapessoais/pessoais desses profissionais: as crenças, experiências anteriores, competências, conhecimentos, motivação, atitudes e autoconfiança. Como fatores interpessoais/comportamentais considera-se as atitudes dos participantes, dos gerentes e dos colegas de trabalho. Em relação aos fatores ambientais o local de trabalho e a sua qualidade são relevantes (BANDURA et al., 2008; RUBIO-VALERA et al., 2014).

Estima-se que dois terços das implementações de intervenções dos serviços de saúde falham devido as barreiras encontradas. Estas podem ser advindas do participante, do grupo, da equipe de saúde, do nível organizacional ou até de nível político (DAMSCHRODER et al., 2009). A maioria dos estudos (GRANDE; SILVA, 2014; OLIVEIRA; FRANÇA, 2014; JUNG et al., 2017; MENDES et al., 2017; RECH et al., 2028; TONOSAKI et al., 2018, COELHO et al., 2018; SOCOLOSKI et al., 2021; CHRISTOFOLETTI et al., 2022) se preocupam em relatar as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física e alimentação saudável pelos usuários dos programas de intervenção. Por outro lado, já vemos alguns estudos (BORGES, 2014; RUBIO-VALERA et al., 2014; BABA et al., 2017; MANTA et al., 2022) que apontam uma preocupação com as barreiras e facilitadores organizacionais em programas de intervenção de promoção da saúde relacionadas aos profissionais atuantes nessas ações (Quadro 4).

Quadro 4 Estudos de barreiras e facilitadores organizacionais na implementação de programas de intervenção

Autor, Ano	D*	Local	Amostra	Modo de avaliação	Objetivo	Tipo	Principais resultados
Baba et al., 2017	M	São Carlos, SP	195 Grupo intervenção (GI) (n = 74) e controle (GC) (n = 74)	Descritivo e Resultados	Avaliar a eficácia de um programa de caminhada guiada em um contexto de alta vulnerabilidade social	Educacional e prática (6 meses)	O GI aumentou nos níveis de atividade física no pós-intervenção e 6 meses de seguimento, sem significância estatística. 89,5% dos profissionais da ESF perceberam os benefícios do programa para a população. O programa foi interrompido pela baixa aderência dos participantes e limitações de recursos humanos na dinâmica operacional da unidade.
Borges, 2014	M	Florianópolis, SC	199	Descritivo e Resultados	Analisar as barreiras e os facilitadores organizacionais para implantação de um programa de promoção da Atividade Física (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS)	Educacional (12 semanas)	Aplicação programa VAMOS durante 3 meses, em 3 UBS. As barreiras para o alcance e a adoção, as principais reportadas foram: a falta de apoio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a sobrecarga de trabalho, respectivamente. Os facilitadores para potencializar o alcance foi a ESF recomendar o programa, e para adoção, a organização ter interesse pelo programa e os profissionais de Educação Física serem competentes.
Rubio-Valera et al., 2014	R	NI**	35 artigos	Descritivo	Sintetizar a pesquisa qualitativa disponível nas barreiras e facilitadores identificados pelos médicos de cuidados primários e enfermeiros na implementação da PP & HP em adultos através de meta-etnografia.	Meta-etnográfica	No nível intrapessoal encontramos crenças dos profissionais sobre prevenção primária (PP) e promoção da saúde (PS), experiências, habilidades e conhecimento, e autoconceito. As atitudes e comportamento em relação a PP e PS de pacientes, especialistas, gestores de prática e colegas (fatores interpessoais) afetam a possibilidade de implementação. A nível institucional: a carga de trabalho, falta de tempo e recursos de referência, e a predominância do modelo biomédico (que prioriza o tratamento da doença) dificultam a implementação. Finalmente, as políticas afetam a distribuição de recursos, afetando, assim, a implementação de PP e PS. Fatores comunitários incluem características dos pacientes sociais e culturais (religião, recursos financeiros etc.), recursos de referência locais, mensagens de mídia de massa e campanhas da indústria farmacêutica, e a importância dada ao PP e PS no currículo na universidade.
Manta et al., 2022	R	NI**	16 artigos	PRISMA	Analisar as evidências científicas sobre barreiras e	NF**	Os estudos identificaram 54 relatórios diferentes sobre barreiras e 48 sobre facilitadores. Os relatos foram frequentemente

facilitadores percebidos
pelos atores na
implementação da AF na
APS.

identificados no domínio “contexto e recursos ambientais”,
com 27 relatórios sobre barreiras e 27 sobre facilitadores.
Encontramos 25 relatos de barreiras e 16 de facilitadores nos
domínios do EDT (Estrutura de Domínios Teóricos) que
demonstram características do perfil profissional.

*Delineamento: M (Misto), R (Revisão sistemática). Local: SP (São Paulo), SC (Santa Catarina), MG (Minas Gerais), RS (Rio Grande do Sul), ** Não informado
Fonte: A autora (2022).

Estudos realizados sobre essa temática demonstram que a alta demanda de atividades e a falta de recursos financeiros são as principais barreiras para os profissionais nos estudos apresentados (RUBIO-VALERA et al., 2014; BABA et al., 2017). Baba et al. (2017) aponta que as barreiras interferem na percepção da atuação dos profissionais da saúde em relação a prevenção de doenças e a promoção do estilo de vida saudável, o que não é considerado uma doença é visto e trabalhado como prescindível. A partir desta perspectiva as ações realizadas na APS incentivam o desenvolvimento de competências e habilidades por meio de reflexões e debates a fim de transformá-los em agentes dessa ação e atuarem com a promoção do estilo de vida ativo e saudável.

Nota-se que foram poucos os facilitadores apontados pelos estudos. Porém, observa-se que o envolvimento e auxílio de toda equipe de trabalho, o conhecimento e a experiência dos profissionais são facilitadores para a implementação (BORGES, 2014; RUBIO-VALERA et al., 2014; MANTA et al., 2022; RITTI-DIAS et al., 2021). Considerando que os profissionais que trabalham na APS têm contato regular com a população, entender o cenário de atuação (barreiras e facilitadores) é importante para compreender os aspectos que influenciam em sua atuação e otimizar o desenvolvimento e a efetividade dos programas de intervenções. Além disso, utilizar modelos de avaliação que possam abranger todos os determinantes relacionados a implementação de programas de mudança de comportamentos, é importante planejar intervenções que estejam fundamentadas em teorias comportamentais com intuito de alcançar uma eficácia maior na promoção da saúde em contextos populacionais.

2.3 TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Albert Bandura, nasceu em 1925, é um psicólogo canadense cuja formulação teórica (Teoria Social Cognitiva) é intensamente reconhecida na década de 80. Suas contribuições são relevantes em diversas áreas do saber, mas a principal contribuição é para a psicologia contemporânea, inicialmente conhecida como Teoria da Aprendizagem Social (décadas de 70 e 80), dando origem a Teoria Social Cognitiva (TSC) que foi amplamente difundida pela experiência referente a agressão infantil com o boneco “João Bobo”. A experiência foi realizada com crianças que viam adultos agredindo o boneco e replicavam seus comportamentos agressivos (modelação), enquanto crianças que não presenciavam este tipo de comportamento agiam de maneira não agressiva com o boneco. Apesar de ser um psicólogo reconhecido e premiado internacionalmente a sua teoria ainda é pouco difundida no Brasil (AZZI, 2014).

A TSC “é a denominação que engloba todas as outras teorias, e que, em conjunto, explica o desenvolvimento e as ações humanas” (AZZI, 2014, p. 28). Ela é amplamente indicada para aplicações sociais pois se caracteriza por determinantes modificáveis e a forma como estes determinantes são constituídos e como operam. Pela perspectiva da TSC o indivíduo é considerado como um todo, não existindo divisão entre mente e corpo, nem dualismos. “As pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições” (BANDURA et al., 2008, p. 15). A TSC adota o conceito central da reciprocidade triádica no qual as ações humanas são resultantes de três fatores, os fatores ambientais, pessoais e comportamentais operam como fatores determinantes e se influenciam mutuamente. Ou seja, cada indivíduo é considerado um ser agente (intencionalidade, pensamento antecipatório, autorreatividade e autorreflexividade) e assim, pode exercer controle em diversas situações (BANDURA et al., 2008).

“Ser agente é influenciar intencionalmente o próprio funcionamento e as circunstâncias da vida” (BANDURA et al., 2008, p.16) Para Bandura et al. (2008) a ação de agente está alicerçada em quatro capacidades: intencionalidade, pensamento antecipatório, autorreatividade e autorreflexividade. A intencionalidade é a capacidade dos indivíduos de “desenvolverem planos de ação e estratégias para alcançá-los [...]” (AZZI, 2014, p.30), é o ato de desenvolver ações com alguma intenção. O pensamento antecipatório é a capacidade das pessoas de antever, antecipar e simbolizar os resultados de suas ações. A terceira propriedade é a autorreatividade que se refere a “possibilidade do indivíduo transformar suas intenções e seus planos em realidade, por meio de processos autorregulatórios” (AZZI, 2014, p.30), ou seja, é a capacidade de avaliar o próprio progresso. E por fim, a autorreflexividade é a capacidade de refletir sobre si e sobre os seus atos por meio da auto-observação. Com o desenvolvimento dessas quatro capacidades, das interações e construções com o meio em um desenvolvimento gradual a agência ocorre.

Com isso, o indivíduo se torna agente interferindo no “[...] próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional” (BANDURA et al., 2008, p.15), possibilitando a adoção de novos comportamentos. Por considerar que as pessoas vivem em sociedade além da agência pessoal existe a agência coletiva onde considera que as pessoas trabalham juntas conforme as suas identificações de crenças, capacidades e aspirações compartilhadas. A agência coletiva por sua vez, afeta propriamente o comportamento humano à medida que atinge os seus

padrões pessoais, atitudes, estado emocional, autopercepções e autorregulações (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

O comportamento humano é regulado por consequências externas (ex. aprendizagem observacional e/ou experiências) e internas (controle dos sentimentos, pensamentos e ações), formando assim uma inter-relação. Diversos aspectos psicológicos originam o comportamento e tendem a atuar de maneira ativa no processo de mudança. De acordo com Bandura et al. (2008) o determinante ambiental é subdividido em ambiente imposto, selecionado e construído. O determinante pessoal possui os constructos psicológico e a aprendizagem por observação. O determinante comportamental é composto pelos constructos autorregulação e a autorregulação do comportamento moral (desengajamento moral).

Os determinantes ambientais se referem ao que é externo a pessoa, eles demonstram que o exercício de agência é realizado conforme a natureza e flexibilidade do ambiente, este por sua vez é apresentado de três formas diferentes; imposto, selecionado e construído. O ambiente físico e sócio estrutural, por exemplo, é um ambiente imposto sobre os indivíduos, resta as pessoas apenas interpretá-lo ou reagir a ele da melhor forma possível. O ambiente selecionado é a forma que é visto conforme a experiência do indivíduo, influenciando na percepção das pessoas e na sua utilização, dado o mesmo ambiente, indivíduos diferentes podem concentrar-se nas oportunidades ou enfatizar seus problemas e riscos. E, o ambiente construído é a criação que os indivíduos fazem de condições para que este sirva aos seus propósitos pessoais (BANDURA et al., 2008).

Os determinantes pessoais são considerados os componentes da cognição humana que permitem com que os indivíduos adquiram comportamentos, valores e escolham como utilizarão estes futuramente. Compostos pelos constructos psicológico e pela aprendizagem por observação, o determinismo recíproco, expectativa de resultados e a autoeficácia compõe o constructo psicológico. A TSC pondera o comportamento humano conforme o determinismo recíproco, ele é utilizado como a produção de efeitos que determinados eventos/ações geram, “em decorrência da complexibilidade dos fatores que interagem, os eventos produzem efeitos probabilisticamente, e não inevitavelmente. ” (BANDURA et al., 2008, p. 44). Ou seja, o comportamento, os fatores pessoais e ambientais funcionam como determinantes interconectados uns aos outros, criando uma interação recíproca triádica. Contudo, a influência desses três fatores exerce diferentes reações conforme o indivíduo e o contexto da situação. Por

isso, enquanto as pessoas agem elas também fazem um processo de avaliação do possível resultado de sua ação (expectativa de resultado), determinando assim a sua percepção e formação da sua autoavaliação, essa avaliação é realizada para desenvolver as crenças sobre a sua capacidade de realizar determinadas tarefas ou não. Pois a sua noção de eficácia perante tal atividade pode estimular ou inibir a realização deste (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

A autoeficácia é definida como um constructo pessoal e social. A autoeficácia pessoal é a crença individual de se atingir determinado resultado, assim a percepção desta é o início para a adoção ou mudança de comportamento, onde o sujeito identifica as limitações buscando ampliar a autoeficácia a fim de contornar estas barreiras. Já a autoeficácia social é crença compartilhada na capacidade de um sistema social em atingir objetivos, comportamentos e tarefas em conjunto (BANDURA, 1986). Essas crenças de eficácia permitem que os indivíduos exerçam o controle sobre suas ações, pensamentos e sentimentos propiciando o controle da agência pessoal e da crença de eficácia coletiva, por meio dela o indivíduo decide como vai agir, por quanto tempo e quanto de esforço deve ser despendido para essa ação (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

“As crenças das pessoas em sua eficácia pessoal e coletiva desempenham um papel influente na maneira como organizam, criam e lidam com as circunstâncias da vida afetando os caminhos que tomam e o que se tornam” (BANDURA et al., 2008, p.24). Ou seja, aquilo que se crê como capacidade de execução é preditivo da ação, todavia, uma ressalva deve ser feita onde apenas se acredita, não é o suficiente, pois para ações efetivas outros fatores são determinantes, se fazendo necessário o desenvolvimento de habilidades para a execução. As crenças de autoeficácia influenciam os aspectos da vida das pessoas, os sucessos e/ou fracassos que percorrem o seu caminho influenciando nas suas decisões e ações (BANDURA et al., 2008).

A aprendizagem por observação refere-se ao processo de modelação onde a partir da observação do comportamento do outro e de suas consequências é criado e/ou adotado um novo comportamento (BANDURA et al., 2008). A modelação em algumas situações pode apresentar uma aprendizagem mais eficaz do que a aprendizagem direta, uma vez que a maioria das nossas aprendizagens ocorre de forma indireta. É um processo que ocorre com todos os indivíduos constantemente e em sua maioria sem que o mesmo note. Por meio da modelação aprende-se comportamentos úteis, adequados, inúteis e inadequados escolhendo quais comportamentos

devemos seguir e quais evitar. A pessoa observada serve como modelo para o observador, esse modelo é na maioria das vezes um indivíduo que está acima, exerce algum poder, influência e/ou é admirada pelo observador. O processo de modelação ocorre por meio de 4 subprocessos interrelacionados: processo de atenção, retenção, produção e incentivo/motivação. O processo de atenção é o processo de observar e notar as ações do seu modelo, ele se faz necessário uma vez que para realizar a observação de um agente causador é de suma importância a percepção com precisão para imitar tal comportamento. A retenção se refere ao processo de recordar de tal modelo/comportamento para possível uso futuro por meio das representações significados e sentidos. O processo de produção é a tomada da ação em si, onde por meio da conversão das representações simbólicas reproduzimos o comportamento observado por meio de ações.

Esse processo de modelação pode gerar três modelos comportamentais (efeito modelador, efeito inibitório e desinibitório e o efeito da facilitação da resposta). O efeito modelador se refere a comportamentos que o observador notou no sujeito observado as quais não possuía anteriormente e então tais comportamentos viram passíveis de adoção. O efeito inibitório e desinibitório é quando o observador ao notar que o comportamento do modelo é bem-sucedido incentiva-se a ação e cria-se uma expectativa de resultado similar (bem-sucedido), o contrário também se faz verdade, onde ao notar que comportamento do modelo observado produz um resultado negativo, a sua reprodução é inibitória com receio de suas possíveis consequências. Já o efeito de facilitação de respostas funciona como pistas ao observador, onde ao visualizar o comportamento do seu modelo suas ações servem como sinalizações, contribuindo para o acontecimento de respostas anteriores (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

Vale ressaltar que as pessoas podem aprender algo, saber fazê-lo e optar por não realizar por diversas razões, como a questão motivacional citada (inibição e incentivo). Embora o processo de modelação gere uma reprodução de determinado comportamento, esta não se faz de maneira integral, pois existe uma introdução de elementos geradores e inovadores e esses aspectos podem ser variáveis conforme o observador e suas experiências vicárias (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008). Nota-se com isso que os indivíduos são flexíveis e capazes de aprender conceitos, atitudes, habilidades e comportamentos não apenas pela experiência direta, mas também pela observação das experiências de outras pessoas. Na aprendizagem

observacional o modelo central é a modelagem, já na aprendizagem ativa o modelo central é a experiência direta.

O determinante comportamental se refere aos comportamentos pessoais do indivíduo apenas, ele é composto pela autorregulação e pelo desengajamento moral (autorregulação do comportamento moral). O processo autorregulatório é um processo interno, voluntário ou não, de autocontrole da sua conduta, sentimento, pensamento possuindo como referência metas e padrões pessoais de comportamentos e as suas devidas consequências “é pelo processo autorregulatório que o indivíduo dá direcionamento ao seu comportamento” (AZZI, 2014, p.49), contudo ele é influenciado pelos fatores externos a pessoa, como por exemplo, os valores morais e éticos. Tudo que acontece no entorno do indivíduo exerce um papel no processo de autorregulação deste uma vez que auxilia na análise de suas ações. Ele é visto como a capacidade mais “distintamente humana” (BANDURA, 1986, p. 21). Ou seja, as pessoas realizam processos autorreguladores que proporcionam mudanças autodirigidas em seu comportamento, onde, por meio da autorreflexão os indivíduos ponderam sobre suas experiências, exploram suas crenças, avaliam seus comportamentos e conforme a sua percepção os alteram. Todas as pessoas realizam o processo de autorregulação ao longo da vida, o que muda de um indivíduo para o outro é a variedade de seu repertório comportamental e de sua interação com o ambiente, quanto mais sofisticados eles forem, maiores serão os seus modos de atuação.

É por meio do processo autorregulatório que se realizam as mudanças autodirigidas, em que a pessoa agenticamente exerce influência em sua motivação e em sua ação, direcionando seu comportamento. A autorregulação da motivação e da ação opera parcialmente por meio dos padrões internos adquiridos e das reações avaliativas construídas sobre os próprios desempenhos. A capacidade de antecipação adiciona outra dimensão ao processo de autorregulação. A maior parte do comportamento é direcionada a objetivos e resultados projetados para o futuro (AZZI, 2008, p. 50).

Dentro desta temática da autorregulação identifica-se a sua relação com o comportamento moral, ou seja, a forma como as pessoas se comportam de maneira recriminável sem se culpar por esta ação, este processo é denominado desengajamento moral. Os padrões morais não funcionam como reguladores inabaláveis do comportamento, com isso temos o poder de ativar e desativar esses padrões seletivamente possibilitando que pessoas compassivas e empáticas também sejam barbaramente cruéis. Da mesma forma que acontece o processo de

autorregulação explicado anteriormente ocorre o desengajamento moral, contudo seus padrões avaliativos e de julgamento são modificáveis, por isso o termo desengajamento, demonstrando como é possível se desprender de seus padrões morais para cometer atos antissociais sem autocondenação. A conduta moral é avaliada, portanto, pela lógica do determinismo recíproco, onde a conduta transgressiva é gerida por sanções sociais e/ou autoimpostas por meio do comportamento antecipatório (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

A necessidade que as pessoas têm de manter a sua autoimagem positiva e estável faz com que elas reduzam a dissonância cognitiva. Dissonância cognitiva é quando alguém se percebe agindo de maneira discrepante com o que as pessoas esperam e em relação a sua autoimagem e na tentativa de minimizar este desconforto de um ato já realizado torna-se mais fácil modificar o pensamento distorcendo-o e tornando a sua ação menos negativa (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

Os indivíduos fazem uso de oito mecanismos para justificar suas ações prejudiciais socialmente para não se sentirem culpadas ou julgadas por isso: justificativa moral; comparação vantajosa; linguagem eufemística; minimização, ignorância ou distorção das consequências; desumanização; atribuição de culpa; deslocamento de responsabilidade e difusão de responsabilidade. Estes mecanismos podem ser utilizados isoladamente ou em conjunto, formando diversas formas de julgamento, onde o peso dado a elas depende da configuração dos fatores da situação (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

O primeiro conjunto de mecanismos funciona como uma camuflagem dos comportamentos destrutivos, reconstrução de sua ação, transformando uma ação prejudicial em “uma boa ação”. Nestes mecanismos se encaixam a justificativa moral, a linguagem eufemística e a comparação vantajosa. A justificativa moral é ativada quando a ação pode ser aceita socialmente por meio de uma reconstrução (ex. atos de crueldade cometidos durante uma guerra em nome da paz). A linguagem eufemística é utilizada pelo mascaramento de atos por meio da mudança de nomeação das ações diminuindo assim a sua gravidade (ex. roubar pode ser visto apenas como uma forma de pegar emprestado). A comparação vantajosa opera quando comportamentos prejudiciais parecem mínimos em relação a comportamentos mais repreensíveis (ex. avançar um sinal vermelho de noite não é tão ruim quanto as pessoas que não respeitam as leis de trânsito) (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

O segundo conjunto de mecanismos funciona como uma distorção do agente da ação, distorcendo ou obscurecendo a relação causal, ou seja, é manipulado o motivo que causou tal comportamento. A difusão e o deslocamento da realidade são fatores determinantes desses mecanismos. A difusão da responsabilidade é utilizada quando outras pessoas também agem dessa forma (ex. ninguém dá seta, então por que eu vou dar?). Já o deslocamento da responsabilidade ocorre quando as pessoas visualizam as suas ações surgindo de pressões sociais (ex. um jovem que pratica *bullying* não pode ser culpado se ele é pressionado pelos colegas). O terceiro esquema é realizado pelo mecanismo da distorção, diminuição ou desconsideração das consequências. O fator da distorção das consequências é o único presente neste aspecto. Ele é aplicado quando as pessoas acreditam que os fins justificam os meios (ex. se uma criança está passando fome tudo bem se ela roubar) (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

A quarta e última caracterização do desengajamento moral ocorre quando a visão do agente ou de sua vítima é distorcida, a desumanização e a atribuição de culpa estão envolvidas nestes mecanismos. A desumanização é a retirada de qualidades humanas da pessoa ou a adição de características repugnantes, diminuindo a censura e o respeito por elas (ex. bandidos não merecem ser tratados como um ser humano). E, por fim a atribuição de culpa é quando as pessoas veem a si como vítimas pressionadas a agir de forma errônea, ou, veem a sua vítima como culpada ou merecedora desta ação (ex. moradores de rua que não querem ir para abrigos não podem reclamar que passam frio) (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

Recentemente uma série de artigos foi publicada dando crédito ao criador da TSC, consolidando a importância da teoria para os avanços das pesquisas comportamentais, em especial, na área da educação e saúde (POLYDORO, 2021). Considerando que a TSC é uma das mais influentes no campo do comportamento e da aprendizagem é importante compreender os aspectos que influenciam e determinam essa teoria possibilitando o uso deste modelo para que possa abranger os determinantes relacionados com a implementação de programas para uma maior efetividade na promoção de saúde e mudança do comportamento.

2.4 RE-AIM

Estudos (TABAK et al., 2012; NILSEN, 2015; STRIFLER et al., 2018) apontam diversos modelos e/ou ferramentas que podem ser usados para planejar e avaliar a implementação de intervenções na saúde pública. Tabak et al. (2012) encontraram 61 modelos avaliativos em sua revisão sistemática, dos quais destacaram-se cinco que podem ser usados de modo retrospecto para realizar uma avaliação e/ou prospectivamente a fim de informar o desenho do estudo. Revisão sistemática recente sobre estes modelos mostrou que a maioria tem sido usada na saúde pública para orientar e avaliar fatores que afetam a implementação de intervenções (ESMAIL et al., 2020). As ferramentas destacadas são: RE- AIM, *Streams of Policy Process*, *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*, *Ottawa Model of Research Use (OMRU)* e o *Interactive System Framework (ISF)*. Possibilitando a análise de uma perspectiva social abordando os níveis individuais, organizacionais, comunitários e de políticas públicas (TABAK et al., 2012; ESMAIL et al., 2020).

Dentre esses, o RE-AIM é de interesse deste estudo. Utilizado em larga escala por pesquisas internacionais e timidamente nas pesquisas nacionais, ele está sendo utilizado para a avaliação do programa VAMOS. Em 2013 a ferramenta foi traduzida e adaptada culturalmente à realidade brasileira (ALMEIDA et al., 2013). E, em 2018 foi elaborado um *check list* das dimensões do RE-AIM a fim de facilitar o seu uso em nível nacional (BRITO et al., 2018). Originalmente desenvolvido como um quadro para organizar revisões de literatura na área da promoção e prevenção da saúde, foi adaptado posteriormente para auxiliar no planejamento de programas a fim de otimizar os seus resultados na prática (GLASGOW et al., 1999, GLASGOW; ESTABROOKS, 2018). Atualmente o foco para o uso do RE-AIM tem sido as adaptações dos programas considerando métodos qualitativos baseados em fatores contextuais e explicativos dos resultados (GLASGOW et al., 2019; HARDEN et al., 2020; HOLTROP et al., 2021). Além da sustentabilidade das ações com uma abordagem que considera o contexto dinâmico focado na equidade da saúde ao longo do tempo (SHELTON, et al., 2020)

O RE-AIM tem por objetivo auxiliar no planejamento e avaliação das intervenções, auxiliar estudiosos da área e financiadores a perceber uma melhor sustentabilidade destes programas. Uma melhor compreensão da sua aplicação se faz importante para a maximização do seu quadro evolutivo auxiliando na elaboração e tomada de decisões mais efetivas

(ALMEIDA et al., 2013; ORY et al., 2014). O RE-AIM se baseia em nível individual (população-alvo) e organizacional (provedor) com cinco dimensões: *Reach* (Alcance), *Effectiveness or Efficacy* (Efetividade ou Eficácia), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção), descritos no quadro 5 (GLASGOW et al., 1999).

Quadro 5 Ferramenta RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil

Dimensões do RE-AIM	Definições	Nível de Avaliação
Alcance	É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.	Individual
Efetividade ou Eficácia	É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes incluindo qualidade de vida, potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos.	Individual
Adoção	É o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.	Organizacional
Implementação	No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção.	Individual e Organizacional
Manutenção	No nível organizacional, é à medida que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. No nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após o término da intervenção).	Individual e Organizacional

Fonte: Almeida et al. (2013).

Como característica da ferramenta as dimensões são inter-relacionadas, contudo também podem ser avaliadas separadamente. A implementação por exemplo depende que todas as dimensões tenham sido bem planejadas para a obtenção de êxito (ALMEIDA et al., 2013). Todavia, avaliar todas as dimensões do RE-AIM é um processo trabalhoso pela necessidade de coleta de dados com diferentes instrumentos para cada dimensão, ocasionando altos custos (financeiro, tempo e treinamento) que muitas vezes são raros no ambiente da saúde pública, principalmente em países de média e baixa renda (LEE et al., 2017; GLASGOW; ESTABROOKS, 2018). Por outro lado, quando as dimensões são investigadas isoladamente também se encontra os pontos fortes e fracos das intervenções, permitindo que as estratégias

sejam melhor delineadas (HARDEN et al., 2018; GLASGOW et al., 2019; HOLTROP et al., 2021).

Apesar do foco da maioria dos estudos ser na efetividade ou eficácia das intervenções, é fundamental avaliar as outras dimensões consideradas essenciais para o êxito dos programas. Aumentando a probabilidade de sucesso no contexto comunitário (BRITO et al., 2018). Para tanto o foco deste estudo é a dimensão organizacional da implementação. No quadro do RE-AIM a implementação se refere tanto no nível individual quanto no organizacional. No âmbito individual a implementação trata o quão perto do planejado o programa foi realizado, oferecendo diretrizes para a verificar a participação, treinamento e disponibilidade de recursos adequados. No âmbito organizacional é abordado a capacidade organizacional, conhecimento, recursos e infraestrutura que os locais têm para a realização do programa (PETRESCU-PRAHOVA et al., 2016).

Para compreender as razões dos resultados dessa dimensão a maioria dos estudos faz o uso dos dados quantitativos. Contudo, Forman et al. (2017) e Holtrop et al. (2018) afirmam que a combinação dos métodos quantitativos e qualitativos potencializam a compreensão das intervenções. Entretanto, na dimensão da implementação estudada pelo RE-AIM alguns aspectos não podem ser respondidos com dados quantitativos, necessitando de uma maior compreensão, análise e significado. Recomenda-se então a utilização da análise qualitativa. Os dados qualitativos podem fornecer respostas de como, por que é o que ocorreu na implementação (HOLTROP et al., 2018).

Além disso este método envolve os investigados de uma forma colaborativa, considerando suas ações, fato que a análise quantitativa não aborda. Compreender o como, por que, o que e quais recursos são necessários por meio de entrevistas e observações resulta em uma triangulação das informações, formando uma imagem mais completa da intervenção e não apenas o quão bem ela é implementada. Traduzindo assim a intervenção para outras definições e identificando como superar suas barreiras e facilitadores (HOLTROP et al., 2018). Assim, de forma geral, o RE-AIM pode ser usado para buscar de forma sistemática percepções, tomada de decisões e impactos. Estes fatores são essenciais para entender por que e como as intervenções são adotadas, implementadas e mantidas nas organizações (GLASGOW; ESTRABOOKS, 2018; GLASGOW et al., 2019; HOLTROP et al., 2021).

Logo, usar uma estrutura de implementação baseada em evidências é fundamental para a identificar as barreiras e facilitadores do processo de implementação de intervenções, pois auxilia na agregação sistemática de resultados com um padrão da terminologia (NILSEN, 2015; STONE et al., 2018). Adotar teorias ou estruturas na pesquisa em mudança de comportamento tem implicações para na rotina da prática clínica (ESMAIL et al., 2020). Desta forma, avaliar os programas no contexto da prática real e identificar barreiras é útil para desenvolver estratégias eficazes de implementação (HOLTROP et al., 2021), fundamentais para o sucesso de uma intervenção de mudança de comportamento na promoção da saúde na APS.

3 MÉTODO

3.1 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

3.1.1 Delineamento do Estudo

Os dados do presente estudo fazem parte do programa intitulado VAMOS versão 2.0, realizado no município de Florianópolis – Santa Catarina. O estudo foi desenvolvido pelo Laboratório de Estudos em Ambiente, Mudança de Comportamento e Envelhecimento (LAMCE) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O município de Florianópolis possui 49 UBS distribuídas em quatro Distritos Sanitários (Centro = 10 UBS, Continente = 11 UBS, Norte = 13 UBS e Sul = 15 UBS) (PMF, 2017). Para realizar a seleção das UBSs participantes foi utilizado como critério: as características dos espaços públicos de lazer construídos nas áreas de abrangência de cada UBS (MANTA, 2018) e a renda do setor censitário. A partir dessas características as UBS foram categorizadas conforme a qualidade do ambiente construído para a prática de AF (baixa X alta) e a renda do setor censitário (baixa X alta).

Para a classificação do ambiente foi utilizado o instrumento *Physical Activity Resource Assessment* (PARA) adaptada para o contexto brasileiro (HINO, 2014) por meio de uma escala *likert* de 0 a 3 pontos. O índice de qualidade do espaço público de lazer foi variável entre -3 e 6 pontos. Os valores mais elevados representam a alta qualidade dos locais e os negativos a baixa qualidade. Para a classificação da renda do setor censitário foi utilizado o censo do IBGE de todos os setores censitários do município de Florianópolis. Após o levantamento foi verificado quais os setores censitários que pertenciam a cada área de abrangência em cada UBS do município. Foi realizado uma análise em tercil sobre as condições de renda de cada UBS, sendo excluídos os tercis intermediários.

Para verificar as diferenças na área de abrangência da UBS com relação ao ambiente e a renda foram criados quatro grupos representando segmentos da população com características ambientais e econômicas diferentes (quadro 6).

Quadro 6 Categorização dos estratos a partir da qualidade do ambiente construído para a prática de atividade física e da renda por setor censitário, Florianópolis, 2016

Estratos	Ambiente	Renda	UBS (n)
1	Alto	Alta	5
2	Baixo	Alta	5
3	Alto	Baixa	4
4	Baixo	Baixa	11

Fonte: A autora (2022).

Foram elegíveis para o estudo as UBS que se enquadravam em qualquer um dos estratos do quadro seis que tivessem um profissional certificado pelo “*Treinamento para Multiplicadores do Programa VAMOS*”. Após apresentação desse panorama para os profissionais de Educação Física atuantes no NASF (n=12), quatro deles aceitaram participar do estudo (mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE), contemplando todos os estratos. Sabendo que cada profissional atuava em média em três UBS, houve autonomia para estabelecer onde seria ofertado o programa de intervenção. Assim, um dos profissionais atuou em dois locais. “Ter o apoio das equipes de saúde, conhecer o território das UBS e, principalmente, ter um vínculo com a comunidade usuária e conhecer parte de suas necessidades, foram considerados os motivos de escolha das UBS pelos profissionais de Educação Física” (TOMICKI, 2021).

As cinco UBS que implementaram o VAMOS foram: três dos distritos continentais de estrato 1, 2 e 4; uma do distrito norte de estrato 3; uma do distrito sul de estrato 3. Destaca-se que duas UBS foram selecionadas dentro do estrato 3 devido o interesse dos profissionais de Educação Física em participar do estudo.

3.1.2 Delimitação

O estudo foi realizado em cinco UBS de Florianópolis selecionadas por conveniência, a partir do quadro 6, ou seja, os profissionais de saúde que trabalhavam nessas Unidades Básicas de Saúde, estavam certificados pelo “*Treinamento para Multiplicadores do Programa VAMOS*” e aceitaram implementar o programa VAMOS.

3.1.3 Coleta de Dados

Após a aprovação pela Secretária Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa com os Seres Humanos da UFSC, o programa VAMOS foi apresentado aos coordenadores dos Distritos Sanitários, aos profissionais de Educação Física e aos coordenadores de cada UBS participante do estudo. Posteriormente foram agendadas reuniões com as equipes de saúde das UBS para apresentar o programa. Em cada UBS, foram realizadas duas reuniões: uma para cada equipe de saúde e outra a apresentação do programa na reunião geral (mensal que reúne todas as equipes de saúde e demais funcionários a fim de verificar se aceitariam participar e apoiar o estudo). Após o aceite das equipes da ESF/ABS, foram realizados discussões, esclarecimentos e ajustes necessários para implementar o programa totalizando 40 reuniões.

Para implementação do programa VAMOS nas UBS, foram selecionados profissionais de Educação Física que já tinham realizado o “*Treinamento para Multiplicadores do Programa VAMOS*”. Trata-se de uma capacitação de ensino a distância (EaD) via a Plataforma Moodle da UFSC. Os profissionais da saúde da UBS foram capacitados por meio de 12 sessões de treinamento (versão 1.0) com uma metodologia de autoinstrução, totalizando um período de 20 horas. Para realizar o treinamento era necessário ser profissional da área da saúde de nível superior e para ser certificado e implementar o VAMOS ter aproveitamento mínimo de 80% comprovado na prova final.

Os quatro profissionais que aceitaram participar da implementação do VAMOS foram certificados por meio da realização do treinamento, sendo considerados multiplicadores do programa.

3.1.4 Considerações éticas

O estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina – CAAE nº 47789015.8.0000.0121 e parecer nº 1.394.492 em 25 de janeiro de 2016. Também foi aprovado pelo Comitê Gestor de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Ele recebeu financiamento da FAPESC (edital nº 07/2013–MS–DECIT/CNPq/SES-SC – PPSUS, nº 3513/2013) com número de Termo de Outorga: 2014TR2263. Atendendo os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza aplicada com abordagem qualitativa descritiva. O propósito deste tipo de estudo é caracterizar a essência das pessoas estudadas (SANTOS; PIRES, 2012). Realizado por um conjunto de técnicas que possibilitam a apresentação da realidade, aprofundamento sobre o tema, representação de grupos sociais e compreensão das relações do sujeito em estudo que é permeado por valores, crenças e significados (MINAYO, 2004). Portanto, este estudo derivou do estudo maior (TOMICKI, 2020), denominado programa VAMOS versão 2.0 que foi aplicado na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis (SC) em 2016. A escolha dessa versão (2.0) foi realizada pois a versão 3.0 ainda se encontrava em fase de desenvolvimento, testagem e validação no início do presente trabalho.

3.2.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram profissionais das equipes de saúde que atuam nas UBS (profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, entre outros) supracitadas. Como critérios de elegibilidade, o participante deveria ter idade igual ou superior a 18 anos; estar cadastrado como servidor público de saúde no sistema da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuar na APS, nas equipes de saúde AB/ESF ou NASF, ser um multiplicador do VAMOS ou atuar como coordenador da UBS e aceitar participar do estudo assinando o TCLE. Os multiplicadores foram considerados para este estudo por terem o contato direto com o programa e seus participantes, os coordenadores pela sua visão administrativa e os demais funcionários que compõem a equipe de saúde por terem um contato indireto com o programa, com os participantes e por possibilitarem uma outra lente de análise. Para esse estudo não foram adotados critérios de exclusão.

3.2.2 Instrumento

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (anexo A, B e C), um grupo focal (anexo D), uma avaliação do processo (anexo E), um diário de campo (anexo F) e uma lista de frequência final dos participantes (anexo G). Essas coletas permitiram que o entrevistador tivesse um olhar mais aprofundado (SANTOS; PIRES, 2012). Durante o período de implementação do programa VAMOS foram realizadas três visitas e observações nos grupos de encontro do VAMOS (início, metade e no final), a fim de verificar o processo de

implementação. Para isso um profissional previamente treinado realizou o preenchimento da avaliação do processo com um *checklist* elaborado conforme os pressupostos da ferramenta RE-AIM (anexo E). Esse pesquisador acompanhou o encontro e realizou anotações referente a todas as suas etapas, desde a presença dos participantes, acolhimento dos usuários, metodologia, intervenção do multiplicador até as falas dos usuários.

Neste mesmo período foi solicitado aos multiplicadores que realizassem um diário de campo em cada encontro, a fim de possibilitar um olhar perante o seu ponto de vista, apontando os problemas ocorridos em cada encontro, bem como as questões motivadoras apontadas pelo grupo (anexo F). Ao mesmo tempo as multiplicadoras preencheram uma lista de frequência dos participantes (anexo G) para controlarem as participações, as faltas e as desistências. Após a aplicação do programa (3 meses), foi realizada uma entrevista com os coordenadores, multiplicadores do programa e em média de 6 profissionais das equipes de saúde ou do NASF em cada uma das cinco UBS que ofereceu o programa.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde das UBSs que realizaram e/ou contribuíram com a implementação do programa, sendo eles: multiplicadores do programa (n=4), gestores das UBS (n=4) e profissionais das equipes de saúde envolvidos direta ou indiretamente na intervenção (n=26). Para realizar a entrevista foi reservada uma sala na UBS e seguido o roteiro semiestruturado. Tais profissionais foram abordados de maneira aleatória durante o seu expediente e convidados a participar da pesquisa. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) as entrevistas foram conduzidas por um membro da equipe de pesquisa previamente treinado. Realizadas de maneira individual, face-a-face, com duração média de 30 minutos, as entrevistas foram gravadas utilizando o gravador digital Sony® (ICD PX 312). A transcrição foi realizada na íntegra utilizando a pedaleira *Olympus* RS31H e o programa Microsoft Office 365®, validadas por um segundo pesquisador e enviadas aos profissionais para validação.

O grupo focal foi realizado por um profissional da equipe de pesquisadores com os multiplicadores das cinco UBS, em data, horário e local pré-agendados. Este foi realizado com os multiplicadores do programa (n=4) nas dependências da UFSC, com duração aproximada de 50 minutos. Realizado de forma presencial e mediado por três membros da equipe de pesquisa previamente treinados, sendo um pesquisador que atuou como moderador, um responsável pela gravação e o terceiro pelas anotações e observações. Gravado em áudio, utilizando o gravador digital Sony® (ICDPX 312) e transcrito na íntegra utilizando a pedaleira *Olympus* RS31H e o

programa Microsoft Office 365®, validadas por um segundo pesquisador e enviadas aos profissionais para validação.

3.2.3 Análise dos Dados

A análise dos dados foi dividida em dois momentos, de acordo com os objetivos do estudo: avaliação da implementação do programa (1) e percepção dos profissionais sobre as barreiras e os facilitadores organizacionais para a implementação do Programa VAMOS (2). A avaliação da implementação foi realizada de acordo com o modelo do RE-AIM apresentado por Brito et al. (2018). A percepção dos profissionais foi analisada qualitativamente sob a luz da teoria social cognitiva (TSC).

A análise do processo de implementação do programa VAMOS foi realizada por meio da ferramenta RE-AIM. O *checklist* do RE-AIM é composto por um total de 54 itens divididos em 5 dimensões (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção), onde 11 perguntas são para o alcance, 9 para efetividade, 15 para adoção, 9 para implementação e 10 para a manutenção. Conforme o foco deste estudo, foram selecionados os itens referentes a análise da implementação do *checklist* (36-44), formando assim a ferramenta demonstrado no quadro 7.

Quadro 7 Ferramenta de avaliação da dimensão implementação do programa VAMOS de acordo com o *checklist* de 54 itens do RE-AIM (BRITO et al., 2018)

Implementação		UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5
36. Teorias	Descrição de teorias ou princípios utilizados para desenvolver o programa. Ex.: Esse programa foi desenvolvido baseada na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura.					
37. Número de contatos	Descrição do total de encontros com os participantes do programa. Incluir encontros presenciais, telefonemas, etc. Ex.: O programa consistiu em 12 encontros presenciais, além de 12 contatos telefônicos com os participantes faltantes.					
38. Frequência dos contatos	Descrição da frequência que os contatos para o programa ocorreram ao longo do programa. Ex.: Os encontros presenciais ocorriam semanalmente. Os telefonemas eram realizados semanalmente aos participantes que faltavam. O programa teve duração total de 3 meses.					
39. Duração dos contatos	Descrição da duração de cada contato do programa. Ex.: Os encontros presenciais tinham duração de 90 minutos a 120 minutos. As reposições duraram cerca de 30 minutos cada.					
40. Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado	Descrição da fidelidade ao protocolo do programa. Ex.: Com base em uma lista dos componentes avaliados pelos membros da equipe que realizaram o programa, 80% do conteúdo foi aplicado tal qual se pretendia.					
41. Cumprimento do planejamento entre locais e equipe que realizaram o programa	Descrição do grau de similaridades entre os locais e membros da equipe do programa. Ex.: 5 profissionais de educação física realizaram o programa, três deles cumpriram 80% do planejamento do programa, os outros dois 100%.					
42. Comparecimento dos participantes	Informações de comparecimento dos participantes que concluíram o programa. Ex.: Os participantes compareceram, em média, a 10 dos 12 encontros do programa.					
43. Medidas de custo	Descrição de custos associados com a implementação inicial do programa e sua subsequente continuação. Ex.: Durante o programa foram gastos R\$ 200,00 por mês com cada participante.					
44. Métodos qualitativos de avaliação	Descrição da utilização de métodos qualitativos para compreender o processo de implementação. Ex.: Grupos focais e entrevistas.					

Fonte: Adaptado de Brito et al. (2018).

As avaliações dos itens 36 ao 39 do *checklist* foram realizadas por meio dos diários de campo preenchidos pelas multiplicadoras no decorrer do programa. Nele, as multiplicadoras relataram todo o processo de implementação do programa VAMOS.

Verifica-se no quadro 7 que o primeiro item da implementação do *checklist* é a apresentação da teoria de base utilizada pelo programa aos participantes. A teoria (TSC) foi pensada como forma de subsídio para a formulação do programa VAMOS e no seu processo de implementação. Ela faz parte do programa, servindo, como um apoio para a atuação do profissional (multiplicador), com isso não é o objetivo a sua apresentação para os participantes e sim aos multiplicadores. Uma vez que o programa digere a TSC para que os multiplicadores tenham a base para implementar o programa, o item 36 não será analisado pelo presente estudo.

O item 37 foi preenchido conforme as anotações do total de encontros presenciais, reposição desses encontros (em casos de falta) e contatos telefônicos com os participantes faltantes. O item 38 foi realizado pela frequência dos contatos realizados no item 37, já o item 39 é composto pela duração dos contatos realizados neste item. Ex.: Os encontros presenciais ocorriam semanalmente, igualmente os telefonemas eram realizados semanalmente aos participantes que faltavam. O programa teve duração total de 3 meses.

Para a análise destes itens (37 ao 39) destaca-se que além dos encontros presenciais oferecidos semanalmente deveriam ser ofertadas reposições para os participantes que eventualmente precisassem faltar. Após a realização dos encontros presenciais e a identificação dos participantes ausentes, as multiplicadoras deveriam realizar uma ligação para estes a fim de serem informadas sobre o motivo das faltas e marcar a reposição. A reposição era agendada conforme a disponibilidade da multiplicadora e dos participantes, embora normalmente acontecesse em um dia e horário pré-estabelecido.

A avaliação do processo (item 40) foi realizada por meio de um *checklist* elaborado previamente (anexo E) baseado no *checklist* de 54 itens do RE-AIM (BRITO et al., 2018). Ex.: Foi baseado em uma lista dos componentes avaliados pelos membros da equipe que realizaram o programa. Verificou-se que 80% do conteúdo foi aplicado tal qual se pretendia e apresentado no treinamento.

Portanto, as respostas foram categorizadas e classificadas de maneira hierárquica entre as cinco UBS que implementaram o programa. Foi utilizado frequência relativa para a verificação de quantos itens cada UBS atendeu em relação ao número de itens avaliados. Posteriormente foi feito a média das visitas realizadas pela equipe de pesquisadores em cada UBS. O item 41 foi avaliado por meio de uma junção de informações sociodemográficas das

UBSs selecionadas (renda e qualidade do ambiente para a prática de atividade física) com o resultado da avaliação do item 40. Já, o item 42 (comparecimento dos participantes) foi avaliado por meio da média da lista de frequência final que as multiplicadoras preencheram no decorrer do programa (anexo G). Mesmo sendo um programa gratuito foi realizado a verificação das medidas de custo (item 43) utilizando o artigo de Benedetti et al. (2012), que apresentou uma estimativa dos valores de custo do programa VAMOS por participante, para isso foi realizada a seguinte fórmula:

X participantes inscritos (350 por cada).

$X \times 350 = \text{Valor da implementação do programa}$

Total de concluintes: Y

$\text{Valor da implementação do programa} / Y = \text{Custo por pessoa}$

E, por fim, para o item de métodos qualitativos de avaliação (44) foram avaliados o grupo focal e as entrevistas realizadas com os profissionais da UBS (Equipes AB/ESF, NASF, coordenador, multiplicador). Para a análise do item 44 foi realizada a transcrição dos dados utilizando a pedaleira *Olympus RS31H* e o programa Microsoft Office 365®. Esta transcrição foi validada por outro pesquisador participante do estudo. Após esta etapa iniciou-se o método de análise de conteúdo das entrevistas, do diário de campo e do grupo focal utilizando o *software* QSR Nvivo®, versão 12.0. O software foi utilizado após a transcrição, auxiliando de forma sistemática na análise dos dados por meio de conteúdo que é composta por três fases: pré-análise, inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

A pré-análise é composta pela leitura na íntegra dos relatos realizando a exploração inicial do material e a leitura prévia das entrevistas a fim de definir indicadores e a escolha de alguns depoimentos. Para a fase de inferência é realizada a leitura dos relatos definindo os objetivos, as categorias e a caracterização da amostra conforme os pressupostos da TSC (ambiental, pessoal e comportamental) (Apêndice A). Na interpretação dos dados foi realizada uma análise do conteúdo para cada tema gerador por meio de análises reflexivas (BARDIN, 2011), utilizando a ferramenta RE-AIM. As entrevistas, o diário de campo e o grupo focal analisados, foram organizados, registrados e utilizados para um aprofundamento do tema. Foi realizado a separação dos relatos em unidades de conteúdo, descobrindo os temas geradores (MINAYO, 2004; BARDIN, 2011).

A matriz utilizada para avaliar de forma qualitativa o item 44 foi elaborada após um processo de estudo e aprofundamento na TSC. Diversos modelos e formatos foram sugeridos e após a aprovação e validação dos demais pesquisadores o modelo utilizado está no disponível no apêndice A. Nesse modelo é possível notar que a base (primeira coluna) para a análise das barreiras e facilitadores são os determinantes ambiental, pessoal e comportamental conforme preconiza a TSC. Para facilitar o entendimento da matriz é necessário um aprofundamento na TSC (BANDURA et al., 2008), especialmente dos seus determinantes, constructos, pressupostos e conceitos, tal aprofundamento foi realizado no capítulo 2.3 Teoria Social Cognitiva do presente estudo.

A matriz analítica (apêndice A) foi elaborada para ser utilizada por meio de um cruzamento das colunas e das linhas da seguinte forma: na primeira linha da esquerda para direita são os constructos, pressupostos, categorias e/ou processos e conceitos intrínsecos de cada determinante. Gerando assim, uma ordem hierárquica nas linhas que se seguem. Como exemplo, o local de trabalho (físico) pode ser uma barreira e/ou facilitador do determinante ambiental, com isso, conforme a TSC ele pode ser subdividido em um determinante ambiental imposto, selecionado ou construído. Tal classificação segue a mesma lógica com os demais, conforme o tema da barreira e/ou do facilitador que é apresentado, então, foi verificado se ele está enquadrado em um determinante, seguido do constructo, após em um pressuposto, processo e por fim em uma subcategoria/subprocessos encontrando assim o quadrante da matriz mais adequado que formam a análise. Diante disso, após as categorias das barreiras e dos facilitadores relatados. Encontramos três temáticas de barreiras e facilitadores organizacionais (ambiental, pessoal e comportamental). Após a classificação das barreiras e dos facilitadores com a utilização da matriz, houve a validação destes dados por outros dois pesquisadores.

O discurso dos entrevistados foi corrigido quanto à forma linguística sem mudar o sentido e a sua lógica. Para a apresentação dos resultados foram selecionadas as categorias que apresentaram relatos de pelo menos 10 pessoas das 34 entrevistadas (29,4%), com exceção das barreiras e facilitadores retirados das perguntas realizadas apenas para as multiplicadoras “Vocês tiveram dificuldade de ministrar algum encontro do programa?” e “Na sua opinião, quais situações dificultaram a execução do programa VAMOS?” e as perguntas de custo que foram realizadas apenas para as coordenadoras das UBSs “O que você pensa sobre o custo do programa? Em torno de R\$ 300,00 por participante para todo o curso.” e “Com a verba atual para este Centro de Saúde, o programa pode ser implementado? Será necessária verba

adicional? ”, estas foram selecionadas mesmo com o baixo número de relatos uma vez que tais perguntas foram feitas para um grupo específico (multiplicadoras e coordenadoras) obtendo assim uma menor frequência (no máximo 4 cada). As demais se encontram no quadro 10 com alguns trechos das entrevistas. Dentro das categorias de barreiras e facilitadores encontrados foram selecionados alguns discursos para representar a categoria.

Os discursos foram codificados a fim de manter a identidade do profissional de saúde entrevistado anônima. Tais códigos foram criados conforme a UBS que o entrevistado trabalha e a ordem de transcrição da entrevista. Como exemplo a transcrição da segunda entrevista dos funcionários da UBS da região leste, a UBS leste foi categorizada aleatoriamente como UBS5 e a ordem de transcrição da entrevista deste entrevistado é a 2ª, com isso o código utilizado nas falas deste foi UBS5P2.

4 RESULTADOS

Este capítulo dedica-se a apresentação dos resultados e foi dividido em três tópicos. O primeiro tópico apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa. O segundo (processo de implementação) pretende responder ao objetivo um: “averiguar como ocorreu o processo de implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis”. Já, os objetivos dois e três (investigar a percepção sobre as barreiras (2) e facilitadores (3) organizacionais para a implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, de acordo com os profissionais, serão respondidos no terceiro tópico deste capítulo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram analisadas 34 entrevistas com os profissionais das UBSs e um grupo focal com quatro multiplicadoras. Na tabela 1 estão apresentados os dados sociodemográficos dos entrevistados.

Verificou-se que os profissionais das UBS que participaram das entrevistas são em sua maioria do sexo feminino (94,1%), com 36 a 45 anos de idade (41,1%), com tempo de atuação na UBS (82,3%) de 11 a 20 anos (50%). Dentre as funções na UBS a que teve maior incidência foram os agentes comunitários da saúde (32,3%) seguidos dos técnicos de enfermagem, coordenadores da UBS e profissionais de Educação física (todos com 11,7%).

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos profissionais das equipes de saúde que implementaram o programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.

	n	%/ Média	Dp
Profissionais entrevistados por Unidade Básica de Saúde (n=34)		6,8	
*UBS 1	6	17,6%	
UBS 2	6	17,6%	
UBS 3	7	20,5%	
UBS 4	8	23,5%	
UBS 5	7	20,5%	
Faixa etária (n=32)		40,7	±10,22
25-35 anos	5	14,7%	
36-45 anos	14	41,1%	
46-55 anos	7	20,5%	
Acima de 56 anos	6	17,6%	
Sexo (n=34)			

Feminino	32	94,1%	
Masculino	2	5,8%	
Função na UBS (n=34)			
Administração	3	8,8%	
Agente Comunitário da Saúde	11	32,3%	
Auxiliar de Dentista	2	5,8%	
Coordenador	4	11,7%	
Educação Física	4	11,7%	
Enfermeira	3	8,8%	
Médica	2	5,8%	
Técnico de Enfermagem	4	11,7%	
Vigia	1	2,9%	
Equipe de Atuação (n=32)			
ESF**	28	87,5%	
NASF#	4	11,7%	
Tempo de atuação (n=32)		12,2	±5,35
1-10 anos	13	38,2%	
11-20 anos	17	50%	
Acima de 21 anos	2	5,8%	

*UBS: Unidade Básica de Saúde; ** ESF: Estratégia de Saúde da Família; #: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; %: porcentagem; Dp: desvio padrão.

Fonte: A autora (2022).

4.2 PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS

Esta etapa do estudo teve como objetivo averiguar como ocorreu o processo de implementação do Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. As análises foram realizadas a partir dos pressupostos metodológicos do RE-AIM (*checklist*: itens 36 ao 43) conforme quadro 8.

Quadro 8 Avaliação da implementação do Programa VAMOS, versão 2.0, de acordo com os itens do RE-AIM. Florianópolis, Brasil, 2016/2017

Implementação	UBS 2	UBS 1	UBS 3	UBS 4	UBS 5
37. Número de contatos	12 Encontros 1 Grupo de WhatsApp LLC.	10 Encontros 1 Contato telefônico	12 Encontros 38 Contatos telefônicos 1 Reposição	11 Encontros 6 Reposições 7 Contatos telefônicos	12 Encontros 25 Contatos telefônicos 1 Grupo de WhatsApp LLC. 1 Reposição
38. Frequência dos contatos	- Encontros presenciais: semanalmente. - Grupo de WhatsApp: utilizado para informativos. - Duração total: 3 meses.	- Encontros presenciais: semanalmente. - Contato telefônico: realizado para averiguar os motivos da falta do participante. - Duração total: 2 meses.	- Encontros presenciais: semanalmente até o encontro 5, após este os encontros variaram entre quinzenalmente e semanalmente. - Contato telefônico: realizados sempre que um participante faltava - Duração total: 4 meses.	- Encontros presenciais: semanalmente. - Contato telefônico: foram realizados para averiguar os motivos da falta do participante. - Reposição: semanalmente - Duração total: 2 meses e meio.	-Encontros presenciais: semanalmente. - Contato telefônico: realizado sempre que um participante faltava - Reposição: semanalmente - Grupo de WhatsApp: utilizado para informativos. - Duração total: 3 meses e meio.
39. Duração dos contatos	- Encontros presenciais: 1 hora e 30 minutos.	- Encontros presenciais: 1 hora e 30 minutos.	- Encontros presenciais: 2 horas. - Reposição: 30min.	- Encontros presenciais: 2 horas a 2 horas e 30 minutos. - Reposição: 30min.	- Encontros presenciais: 2 horas 30 minutos. - Reposição: 30min.
40. Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado	95,45%	87,87%	86,06%	81,81%	78,78%
41. Cumprimento do planejamento do programa entre locais e equipe que realizaram o programa	4 profissionais de educação física realizaram o programa, três deles cumpriram no mínimo 80% do planejamento do programa, um se destacou com 95% e o outro cumpriu 78%. Dentre as UBS que participaram da pesquisa duas apresentaram renda alta e as outras 3 a renda baixa entre os usuários. Quando categorizados pelo ambiente 3 UBS apresentaram uma qualidade alta do ambiente para a prática de atividade física e 2 baixas. Além disso, por interesse da multiplicadora duas UBS de mesma renda e qualidade do ambiente (baixa X alta respectivamente) participaram da pesquisa.				
42. Comparecimento dos participantes (assiduidade)	97,08%	71%	85,75%	84,45%	72,25%
43. Medidas de custo	38 participantes inscritos (350 por cada). 38X350= 13.300 Total de concluintes: 20 Custo por pessoa= 665 pelos 3 meses	23 participantes inscritos (350 por cada). 23X350= 8.050 Total de concluintes: 10 Custo por pessoa total: 805 pelos 2 meses	29 participantes inscritos (350 por cada). 29X350= 10.150 Total de concluintes: 14 Custo por pessoa total: 725 pelos 4 meses.	10 participantes inscritos (350 por cada). 10X350= 3.500 Total de concluintes: 07 Custo por pessoa total: 500 pelos 2 meses e meio.	26 participantes inscritos (350 por cada). 26X350= 9.100 Total de concluintes: 09 Custo por pessoa total: 1.011,11 pelos 3 meses e meio

Fonte: A autora (2022).

O número de encontros do programa variou entre 10 na UBS 1 e 12 encontros na UBS 3. Conseqüentemente, o tempo de implementação também oscilou de dois e quatro meses respectivamente. Os procedimentos de reposição dos encontros foram realizados por todas as multiplicadoras atuantes nas UBS investigadas, contudo foi possível identificar que a reposição foi efetivamente realizada em 3 UBS (UBS 3, 4 e 5). Em duas UBS (2 e 5) além dos encontros previstos pelo programa foi adicionado uma estratégia de contato com os participantes por meio de um grupo do WhatsApp LLC. Tais fatores refletem na análise do item 40 (medida que o protocolo foi executado conforme o esperado) onde quatro das UBSs ficaram com no mínimo 80% e destaca-se que a UBS 2, cumpriu mais de 95% do protocolo implementado (□ 85,99%).

Já em relação a assiduidade dos participantes, apenas em três UBS, os participantes apresentaram índices superiores a 75% de presença (UBS 2, UBS 3 e UBS4) conforme o recomendado pelo programa. A assiduidade dos participantes da UBS 2 foi a mais alta com 97%, nas UBS 3 e 4 a assiduidade foi de 85,7% e 84,4% respectivamente e os participantes da UBS 5 apresentaram 72,2% e da UBS 1 71%, sendo acima da assiduidade de 75% sugerida (□ 82,1%). A assiduidade e a taxa de desistência do programa estão relacionadas a medida de custo, fato notável no item 43 onde a UBS 4 apresentou o menor valor por participante (R\$ 500,00) pelo seu período de duração, devido a sua taxa de desistência ser a menor (30%) e a UBS 5 apresentou o maior valor (R\$ 1.011,11) por pessoa por ter apresentado a maior taxa de desistência (65%).

4.3 BARREIRAS E FACILITADORES ORGANIZACIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS

Foram reunidos os resultados para as barreiras e facilitadores (quadro 9) e em seguida analisados os discursos relativos às percepções sobre as barreiras e os facilitadores percebidas. No quadro 9 estão apresentadas as sínteses das barreiras e facilitadores para implementação do programa VAMOS. Foram identificadas 13 barreiras e 14 facilitadores.

Quadro 9 Barreiras e Facilitadores organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.

Pressupostos teóricos (Teoria Social Cognitiva, Bandura, 1986)					Categorias de Análises	
Determinantes		Constructos	Pressupostos	Subcategoria Subprocessos	Barreiras	Facilitadores
Ambiental	Imposto				Pouca participação da equipe profissional; Estrutura física deficitária; Sobrecarga de trabalho; Material didático inadequado; Características dos participantes (baixo nível de escolaridade); Tempo inadequado de duração do programa; Horário inconveniente de atendimento do programa; Resistência dos participantes para a participação do programa; Baixa percepção de mudança dos participantes.	Participação da equipe profissional; Estrutura física adequada; Material didático apropriado; Características dos participantes (alto nível de escolaridade). Apoio social da Gestão; Tempo adequado de duração do programa; Horário conveniente de atendimento do programa; Alta percepção de mudança dos participantes; Bom apoio Social entre os participantes.
	Selecionado					
	Construído					
Pessoal	Agente	Psicológicos	<i>Expectativa de resultados</i>		Frustração da expectativa em relação ao programa; Baixa compreensão sobre os objetivos do programa.	Expectativa positiva em relação ao programa.
			<i>Autoeficácia</i>	Pessoal (pessoal)	Falta de conhecimento (custos; não soube informar). Baixa crença de eficácia do multiplicador.	Possuir conhecimento (custos).
				Coletiva (equipe, social)		Crença positiva de eficácia.
			Aprendizagem por observação	<i>Modelação</i>		
Comportamental		Autorregulação	<i>Motivação</i>			Autorregulação positiva dos profissionais

Fonte: A autora (2022).

4.3.1 Barreiras

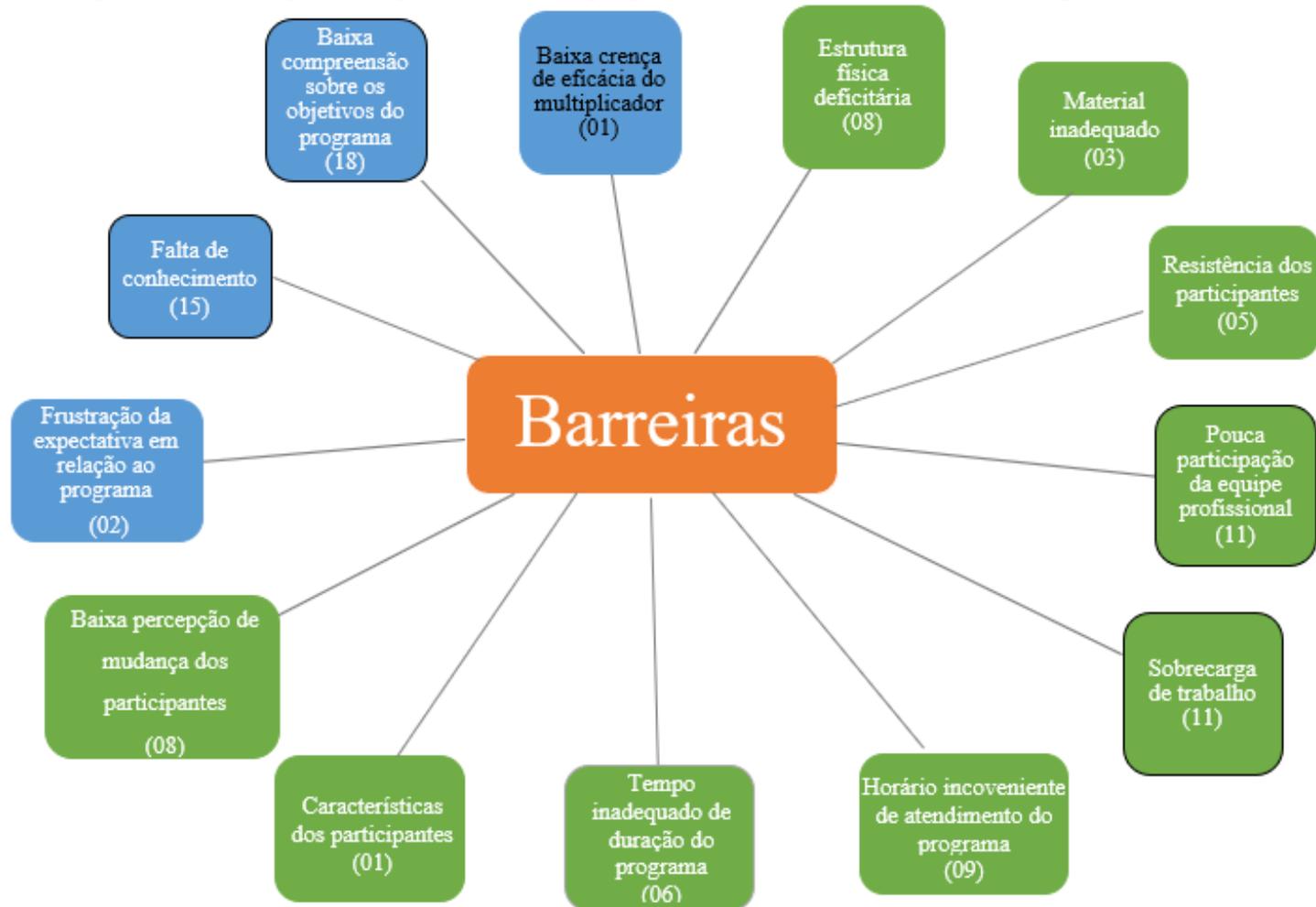
A organização das categorias encontradas nas análises das barreiras foi delimitada pelos determinantes ambiental e pessoal da TSC. Elas estão representadas pelas cores verde e azul (respectivamente) na figura 2. Dentre os determinantes que apresentaram barreiras podemos identificar dois constructos, sendo eles: **psicológicos** e a **aprendizagem por observação** (quadro 9).

No determinante ambiental foram observadas as categorias de pouca participação da equipe profissional na implementação do programa, estrutura física deficitária, sobrecarga de trabalho, o material didático inadequado, tempo inadequado de duração do programa, o horário inconveniente de atendimento do programa, características dos participantes (baixo nível de escolaridade), resistência dos participantes para a participação no programa e a baixa percepção de mudança dos participantes como impeditivos para a implementação do programa.

As barreiras que foram classificadas como determinantes pessoais são as do constructo **psicológico** e da **aprendizagem por observação**. No constructo **psicológico** foram identificadas barreiras para os pressupostos teóricos *expectativas de resultados* e *autoeficácia*. Dentre elas, a frustração da expectativa em relação ao programa e a baixa compreensão sobre os objetivos do programa (não entendimento de como o programa funciona) são relacionadas a *expectativa de resultados*. A falta de conhecimento (sobre o programa e sobre custos) e a baixa crença de eficácia do multiplicador estão relacionadas ao pressuposto da *autoeficácia pessoal*. No constructo teórico da **aprendizagem por observação** a barreira relatada foi a baixa crença de eficácia do multiplicador.

No determinante comportamental não foi possível identificar barreiras apontadas como impeditivas para a implementação do programa. Tais resultados estão exemplificados no quadro 9.

Figura 2 Barreiras para a implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.



■ - Barreira ambiental; ■ Barreira pessoal; □ Barreiras com maior quantidade de relatos; (n) – Número de relatos; **Barreira relatada pelas multiplicadoras**
 Fonte: A autora (2022).

O quadro 10 apresenta as barreiras organizacionais conforme os principais discursos dos entrevistados. Os trechos que seguem abordam as barreiras que apresentaram uma maior frequência nos relatos dos entrevistados.

A barreira mais relatada foi a baixa compreensão sobre os objetivos do programa, estando presente no relato de 18 dos 34 entrevistados. Nota-se que essa barreira surgiu devido à falta de compreensão de como o programa deveria ser executado e quais são os seus objetivos. Notou-se ainda que na UBS3 demonstrou uma maior frequência dessa barreira, o relato de UBS3P16 deixa essa percepção clara: *“Eu acho que ele foi um programa que não foi bem especificado, porque todo mundo veio achando que ia começar a realizar uma atividade física. Ele não foi esclarecido que não seriam aulas práticas, que seria mais teoria, então eu acho esse o único ponto que foi negativo”*.

Chama a atenção que quinze dos profissionais entrevistados das cinco UBS relataram desconhecimento sobre o programa. Essa categoria foi subdividida em dois aspectos, desconhecimento sobre o programa e o desconhecimento sobre os custos do programa. Em relação ao desconhecimento sobre o programa nota-se isso no relato UBS2P8 *“Assim para mim é complicado responder de um programa do qual eu não participei, na verdade, eu fico na recepção e a gente acompanha a rotina do posto, né? O que a gente ouve dos pacientes, o que a gente ouve dos profissionais, então é [...] eu não posso te dizer muito, porque eu não participo, só o que eu observo de um lado para o outro”*. Referente o desconhecimento sobre o custo do programa foi perguntado apenas para os coordenadores das UBS (4) e notou-se que todos alegaram desconhecimento sobre os custos, valores e investimentos em relação a programas implantados na UBS, fato exemplificado no relato UBS2P6: *“A gente tem os repasses do Saúde da Família, a gente sabe que a prefeitura sempre entra com dinheiro para complementar, mas é uma coisa que eu não consigo te dizer, acho que isso aí tem que ver lá no financeiro”*.

A pouca participação da equipe profissional na implementação do programa mostrou-se como um fator que dificulta a implementação e foi reportado na fala de mais de 1/3 dos entrevistados das cinco UBS. Isso pode ser exemplificado na fala da UBS2P8 *“Porque eu acho que o maior problema foi esse, eu acho que deveria ter tido mais participação das pessoas (se referindo a equipe de saúde). Eu acho que elas ficavam um pouco mais cansadas porque algumas tiveram que trabalhar praticamente sozinhas assim né? A gente tem colegas que participam e que as vezes, realmente tem reuniões de categoria e acabam não participando e outras, pessoas que deveriam dar um apoio e acabam não dando, então eu acho que um pouco*

de estresse, porque algumas pessoas estão fazendo demais e outras não muito, então, mais nesse sentido mesmo”.

A sobrecarga de trabalho foi apontada como barreiras por 11 dos entrevistados, sendo a realidade de quatro das UBS que participaram da implementação. Observa-se tal fato no relato do entrevistado UBS2P7 *“Olha, o que eu percebi é que elas estavam cansadas. Que elas diziam: “Ai meu Deus, cansa”. Porque aí elas na segunda-feira tocavam o VAMOS, na terça-feira tinham grupo de corrida e caminhada e aí chegava depois e elas já estavam fazendo relatório. Elas estavam com mais demanda, então eu percebi que elas estavam cansadas, isso sim!”*

Adicionalmente entre as principais barreiras nota-se que a baixa crença de eficácia do multiplicador que foi relatada por apenas um dos quatro multiplicadores, contudo este se identificou com essa barreira em diversos aspectos. Fato demonstrado nos relatos que seguem UBS3P32: *“A ideia inicial era ter de 25 a 30 pessoas, né? Eu acho que é muita gente. [...]. Então eu acho que se fosse menos gente, e olha que eu só estou com 15, eu acho que ficaria mais proveitoso, ou não sei, que houvesse uma estratégia.”; “Aí dos 15 faltaram 4, eu me sinto responsável, penso: “puxa será que o encontro anterior não foi tão bacana que deu uma desanimada, que elas não vieram?” Eu acho que essa coisa do ter que dizer tantos vieram, tantos não vieram, tem que repor, não pode faltar, não sei o que, eu acho que a gente meio que se cobra”.; uma coisa assim que nem eu falei da psicologia, eu me sinto meio sem ferramentas para estar falando, mesmo da nutrição, eu precisaria estar aprendendo mais ou estar com a nutricionista.*

Quadro 10 Barreiras organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.

Determinante Ambiental	
<i>Falas</i>	
Pouca participação da equipe profissional	UBS5P25: Olha, quer a minha franqueza? Eu acho... com exceção das pessoas que, como a multiplicadora que participou, que caminhou junto com o grupo, eu não vi participação nenhuma!
Estrutura física deficitária	UBS1P3: Bem complicado é... a gente tem um problema de sala, assim ó, elas (equipe de profissionais atuante no VAMOS) conseguiram os encaixes ali, uma médica estava de perícia e ficou afastada um tempo, depois ela voltou. Mas aí a dentista também pegou perícia, então ela conseguiu usar uma outra sala, mas foi bem difícil, foi bem difícil, assim ó, elas se esforçaram para poder concluir pelo menos.
Sobrecarga de trabalho	UBS3P32: Eu me sinto um pouco sobrecarregada sabe? Com esse negócio de fazer o lanche dar certo, de levar tudo para outro lugar, de ter que ligar para as pessoas depois, eu acho que tem muito a ver com a minha redução de carga horária. Que agora que eu trabalho menos horas tenho que dar conta das coisas nesse horário. E, a gente é NASF, eu estou cada dia da semana num lugar. Então, além de cuidar daquele lugar eu tenho que cuidar das pessoas lá do VAMOS. [...] A nossa realidade hoje, por exemplo, eu falo da minha que eu estou em 5 unidades, se eu for fazer o VAMOS em uma delas, eu só vou fazer o VAMOS. Então a prática corporal, os atendimentos individuais, o trabalho interdisciplinar, tem que ficar tudo parado para eu dar conta do VAMOS naquela unidade.
Material didático inadequado	UBS4P33: Eu acho que podia melhorar o conteúdo, revisar o conteúdo se realmente aquilo ali precisa ou se a gente precisa de repente aprofundar mais em um conteúdo, sei lá, escolher certos pontos a serem aprofundados, acho que precisa ser revisado. [...]. Também acho que tem algumas coisas de distribuição de conteúdo que, a parte da nutrição que eu achei que ela se repete em algumas coisas e que poderia de repente em vez de repetir trazer um exercício de metas, para ver se aquilo ali está sendo cumprido, mas, a repetição, não sei, até que ponto assim, porque a pessoa já sabe, então vamos trabalhar aquele saber. De repente um exercício que trabalhe com aquilo ali. E aí, por exemplo, no livreto 10 traz “zilhares” de conteúdos de revisão de tudo que poderia ter sido um pouquinho mais dividido ali antes, porque a pessoa ainda está se organizando com metas [...] Mas, durante o processo o aparecer das metas é muito importante para eles [...]E aí, as vezes só lá no décimo encontro que isso vai aparecer, então já é o penúltimo encontro, né? Enquanto em uns encontros anteriores às vezes o conteúdo é raso, então eu acho que de repente redistribuir pelo menos o décimo encontro. UBS1P31: Eu considerei o material também foi um pouco confuso com relação ao conteúdo, aí eu acabei buscando fontes externas, pedindo ajuda para nutricionista também, é, então falta clareza com relação a alguns conceitos, por exemplo, o entendimento entre o que são vegetais e o que são verduras, é porque, conforme a literatura muda, né? E, não tem clareza no livro, então contei bastante com o apoio dela (se referindo a nutricionista), acho que falta clareza, por exemplo, no que que é uma preparação culinária e até com relação a atividade física eu achei confuso também!
Tempo inadequado de duração do programa	UBS2P6: Da comunidade, eu percebi que eles acham que foi pouco tempo, na verdade, que poderia ser mais tempo os encontros ter uma duração maior e ser estendido também ao longo dos meses, talvez quinzenal depois que faça todos os livros para manter um vínculo assim, para chamar né? Porque a gente sabe que até pela experiência, eu comento bastante do tabagismo, porque depois de um ano a pessoa tende a voltar se ela não tiver um estímulozinho, ela tende a recair, a voltar para os velhos hábitos, então ter que sempre estar lembrando, talvez uma manutenção, um grupo de manutenção.
Horário inconveniente de atendimento do programa	UBS3P15: O horário impossibilita, porque as pessoas trabalham. Enfim, então é um horário que não permite que mais pessoas participem. [...] Mais pessoas poderiam participar e, ou fazer um horário alternativo, fazer um horário quem sabe a noite ou no sábado à tarde, enfim, porque se as pessoas realmente têm interesse, elas vão se condicionar a vim no sábado, sei lá, alguma coisa desse tipo.
Baixa percepção de mudança dos participantes	UBS2P10: Mudanças físicas eu ainda não notei nenhuma, até porque no meu ponto de vista mudança física seria um emagrecimento, diminuição de circunferência abdominal, diminuição de pressão ou melhora do diabetes. Ainda não vi nada nesse sentido nos meus pacientes comparando o antes e o depois. Mas é porque o programa foi muito curto ainda, não teve nenhum controle. Os meus controles de diabetes e depressão são semestrais ou anual, dependendo do paciente, então eu só vou ver mais para frente.

Características dos participantes (baixo nível de escolaridade)	UBS3P32: Eu tenho encontrado algumas dificuldades, alguns deles não são alfabetizados ou são semialfabetizados. Então, claro que eles não precisam escrever, a gente pode ajudar, mas quando tem exercícios que no meu ver são uma parte bem bacana do programa que é você refletir, escrever e perceber algumas coisas para algumas pessoas fica muito difícil. [...]. Uma turma heterogenia fica, acho que fica mais complicado assim. Tem algumas pessoas no meu grupo também que são bem formadas e que me colocam em umas sinucas assim, porque aí vem questionar coisas bem específica da nutrição.	
Resistência dos participantes para a participação do programa	UBS1P31: Eu vejo que tem vários dos meus pacientes que eles preferem uma atendente, eles têm perfil mais para atendimento individual do que para grupo. E daí eles faltam, às vezes eu acredito que até propositalmente para repor depois de uma outra forma, isso aí eu sinto sim, acho que vale a pena pensar em alguma estratégia para os próximos porque vários preferem atendimento individual.	
Determinante Pessoal		
<i>Pressuposto da expectativa de resultados</i>		
Frustração da expectativa em relação ao programa	UBS1P3: Então, eu ouvi de alguns, algumas reclamações. Com relação aos exames (se referindo aos exames sanguíneos – perfil lipídico) que não viram o resultado e tal. Alguns se frustraram em alguns pontos assim. [...] eu queria dizer do ponto negativo, que me frustrou que eu achei que ia ser melhor no final.	
Baixa compreensão sobre os objetivos do programa	UBS5P26: Tem muitas pessoas que também desistiram, porque eles tinham o objetivo de emagrecer!	
<i>Pressuposto da autoeficácia (pessoal)</i>		
Falta de conhecimento	Custos	UBS3P18: Então, eu nem sei de quem é o custo? Não sei nada sobre isso, nem sabia que existia esse custo. Não sei quem é que está pagando isso, então isso eu desconheço, nunca ninguém passou essa informação para mim. Mas, eu imagino que pela qualidade dos informativos que foram passados logo no início para gente, nossa tem um dinheiro, porque na crise que a gente está ele é colorido [...]. Isso aí é um dinheiro que provavelmente eu não sei de onde é que vem, não sei te dizer, não sei quanto é que custa.
	Não sabe informar	UBS5P27: Acabei ficando sem conhecer o programa, só muito superficialmente, não tenho a mínima ideia sobre a metodologia, sobre o que faz e tal. Gostaria que fosse então, se fosse uma próxima vez melhor divulgada, principalmente para quem não está participando porque daí a gente sabe que isso está acontecendo, mas se você não é o que está envolvido diretamente acaba ficando por isso mesmo. Então, como a gente sempre está correndo contra o tempo, a gente não encontra nem nossos próprios colegas para conversar e às vezes perguntar e saber como que está acontecendo. Então eu acho que é difundir assim melhor o programa para o resto da equipe que não está diretamente envolvida seria uma coisa interessante.

Fonte: A autora (2022).

As barreiras relatadas com maior frequência pelos profissionais das cinco UBS foram: baixa compreensão sobre os objetivos do programa, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e a pouca participação da equipe profissional. Com exceção a baixa compreensão sobre os objetivos do programa, que apesar do relato estar presente em todas as UBS participantes na UBS 3, cinco dos oito entrevistados relataram que tiveram dificuldade de entender os objetivos do programa. De forma complementar as barreiras supracitadas, é possível encontrar no quadro 10 todas as categorias de barreiras relatadas pelos entrevistados em conjunto com alguns trechos destacados como exemplos.

4.3.2 Facilitadores

A organização das categorias encontradas nos facilitadores foi delimitada pelos determinantes ambiental, pessoal e comportamental da TSC. Elas estão representadas pelas cores verde, azul e cinza (respectivamente) na figura 3. Dentre os determinantes que apresentaram facilitadores podemos identificar três constructos, sendo eles: **psicológicos**, **aprendizagem por observação** e a **autorregulação** (quadro 9).

No determinante ambiental foram observadas a participação da equipe profissional, estrutura física adequada, o material didático apropriado, o tempo adequado de duração do programa, horário conveniente de atendimento do programa, as características dos participantes (alto nível de escolaridade), a alta percepção de mudança dos participantes, bom apoio social entre os participantes e o apoio social da gestão foram apontados como facilitadores da implementação.

Os facilitadores que foram classificadas como determinantes pessoais são os do constructo **psicológico** e da **aprendizagem por observação**. No constructo **psicológico** foram identificados facilitadores dos pressupostos *expectativas de resultados* e *autoeficácia*. A expectativa positiva de resultados em relação ao sucesso do programa foi mencionada como um facilitador do pressuposto da *expectativa de resultado*. Já, no pressuposto da *autoeficácia* pessoal e coletiva (respectivamente) os facilitadores apontados foram possuir conhecimento e a crença positiva de eficácia no programa. Em relação ao constructo da **aprendizagem por observação** o efeito modelador do multiplicador foi relatado como facilitador.

No determinante comportamental foi possível identificar facilitadores no constructo da **autorregulação**, assim, a autorregulação positiva dos profissionais foi relatada como facilitador. Tais resultados estão exemplificados no quadro 9.

Figura 3 Facilitadores para a implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.



■ - Facilitador ambiental; ■ - Facilitador pessoal; ■ - Facilitador comportamental; □ - Facilitadores com maior quantidade de relatos; (n) – Número de relatos; **Facilitador relatado pelas coordenadoras**

Fonte: A autora (2022).

O quadro 11 apresenta os facilitadores organizacionais conforme os principais discursos dos entrevistados. Os trechos que seguem abordam os facilitadores que apresentaram maior frequência nos relatos dos entrevistados.

O facilitador que teve mais relatos foi a crença positiva de eficácia estando presente no relato de 32 entrevistados. O facilitador sugere a crença que o programa funciona e pode ser observada nos relatos que seguem: *“Eu acredito muito nos grupos de educação em saúde. Então eu encaro o VAMOS como um grupo de educação em saúde. [...] Os pontos positivos, eu acho que a primeira coisa era a reunião do grupo sabe, então, não necessariamente é um ponto positivo do programa né, mas é algo que foi positivo naquele grupo eu percebia que o que motivava muitos participantes era o nosso encontro. Essa reunião, essa troca, então isso era um ponto positivo né. [...] E, sem dúvida, quando alguém chegava dizendo “consegui mudar”, “me sinto melhor” isso assim não tem preço, a pessoa vir e trazer uma resposta né? É se sentir melhor, se sentir motivada, perceber que existe um caminho para ela, isso é o que eu mais gostei.”* UBS3P32. *“Eu acredito que a gente conseguiu trabalhar com as comunidades né, com as pessoas das comunidades que não têm um acesso a uma academia, que não têm muita instrução na verdade né e aí então assim, atingir esse público, conseguir orientar e conseguir fazer com que eles fiquem mais ativos, para mim é o ponto mais positivo que tem”.* UBS5P34

A alta percepção da mudança dos participantes do programa mostrou-se como um facilitador da implementação. Ela foi reportada na fala de 20 entrevistados das cinco UBS. Significa que o engajamento dos participantes foi um fator motivacional para os profissionais que estavam diretamente relacionados ao programa. Isso pode ser exemplificado na fala da UBS4P33 *“Nos locais onde tem VAMOS os grupos de atividade física se transformam e outros grupos surgem. [...] Essa situação agora elas fizeram um grupo de caminhada independente, elas estão indo caminhar sozinhas, fizeram um grupo de WhatsApp e compartilham refeições, ideias, quantos passos deram. Então assim, muda completamente, a gente vê até a maneira como eles se portam nos grupos “A professora não vem? Não tem problema! A gente vai tocar, a gente faz, nem que a gente faça assim”, muda a autonomia!”*

Concomitante a isso, o material didático adequado do programa foi apontado como facilitador por 10 entrevistados em todas as UBS. Vale ressaltar que as multiplicadoras e as suas auxiliares foram as pessoas que tiveram acesso ao material didático durante a implementação. Os demais integrantes da equipe profissional, apenas tiveram acesso na reunião de apresentação do programa VAMOS. Apesar disso, os profissionais entrevistados das UBS

demonstraram gostar do mesmo, conforme relato do entrevistado UBS5P29 *“Eu achei bem atrativo as cartilhas, achei muito bom. Eu vi algumas que eles trouxeram no dia da apresentação, a multiplicadora trouxe para gente conhecer! Material excelente achei muito legal, a questão do aparelho para ver a quantidade de passos muito bom também, até falei que eu queria um para mim! Eu vi os pacientes depois trazendo os aparelhinhos achei superdivertido elas: “aí, ó por favor cuidado, esse aqui é o meu aparelho”, bem orgulhosas assim. ”*

Adicionalmente aos principais facilitadores encontrados, é possível notar que possuir conhecimentos sobre os possíveis custos de um programa é considerado um facilitador pelas coordenadoras das UBS. Todas mencionaram isso nos seus relatos: *“Vocês estão fazendo tipo uma amostra né e, eu acho que valeria a pena investir com esse nível de comprometimento dos profissionais né. ”* UBS4P19.

Quadro 11 Facilitadores organizacionais da implementação do programa VAMOS, versão 2.0. Florianópolis, Brasil – 2016/2017.

Determinante Ambiental	
<i>Falas</i>	
Participação da equipe profissional	UBS3P32: Para mim está sendo excelente, eles são super parceiros e naquele início ali meio conturbado também, né? Eles se engajaram bastante e tem duas ACS que estão comigo em todo encontro, elas me ajudam a limpar o local depois, abrir, fechar, pegar a chave, porque a chave tem que pegar não sei aonde devolve a chave não sei aonde, aquela coisa, né? E, são super parceiras, assim, eu chego lá antes, eu chego lá umas 11:30 da manhã aí elas: “ah hoje tem VAMOS!”, aquela coisinha assim. UBS1P31: Então assim, as equipes são muito envolvidas e pegam muito junto, todo mundo trabalha muito junto. E a gente fica admirada, né? Eu fico impressionada com o trabalho feito em rede assim, é uma perfeição.
Estrutura física adequada	UBS3P32: E aí a igreja que é ao lado cedeu um espaço que era bastante adequado assim, inclusive tinha uma área gramada fora em que a gente fez alguns dos exercícios.
Material didático apropriado	UBS3P32: E claro. O design dos livretos ficou muito legal, o fato de a cada encontro ter um livreto anima bastante. O apêndice com fotos dos exercícios né, muito bacana.
Horário conveniente de atendimento do programa	UBS1P31: Já foi moldada conforme a disponibilidade de horário de todas as integrantes e disponibilidade de espaço físico, então foi o melhor, ou talvez o único que deu para todo mundo. [...] Está funcionando perfeitamente assim, foi o melhor que a gente encontrou para todas as pessoas.
Tempo adequado de duração do programa	UBS5P28: Pelo fato de ser semanal, também eu acho que é um intervalo de tempo adequado para que não tenha, para que não se perca o foco.
Características dos participantes (alto nível de escolaridade)	UBS2P6: A gente já tem um histórico da população que gosta de atividade física, que gosta de mudar hábitos, é uma população mais esclarecida assim, então eles veem em busca disso.
Alta percepção de mudança dos participantes	UBS2P11: E, os depoimentos deles assim foi maravilhoso. Eles só acrescentaram coisas boas, na alimentação, eles tão caminhando, usam o pedômetro e ficam marcando quantos que caminham por dia. Só acrescentou coisas boas para eles [...]. Por ver eles se alimentarem e colocarem no WhatsApp a alimentação, os pratos coloridos deles que eles não tinham, comiam as gorduras não comem mais e todos os dias eles colocam a fotinho do café da manhã, coisa que eles não faziam no começo, porque eles tinham até vergonha. E, agora eles podem apresentar os pratos, que eu acho lindo até fico com vontade de comer aquela comidinha deles também. [...] Cada um deu um depoimento, um não conseguia caminhar, o outro não tomava água, o outro não comia legumes e daí de repente tu vê eles falarem totalmente diferente, e felizes. Tu vê, portanto, esse grupo eles querem continuar o grupo de amizade, de caminhada, ir junto, então quer dizer, o VAMOS trouxe bastante benefício para eles. [...] Imagina, pessoas que ficavam na frente de uma televisão e agora falam assim: “caminhamos durante a semana tantos passos, a gente deu tantos, a gente já deu uma corridinha pouquinho, mas já deu”, então, o que tu achas disso? A gente ficou muito feliz.
Bom apoio social entre os participantes	UBS5P28: Tem a questão da motivação né, de um participante motivando o outro. Então isso meio que faz com que tenha uma maior aderência a toda a proposta do programa, então isso vem a contribuir muito tanto para equipe, principalmente pros participantes.
Apoio social da gestão	UBS3P32: Então, ali não existe nenhuma forma de cobrança, eu vejo que a minha coordenadora de distrito que foi muito parceira, porque ela poderia ter dito: “A, se divida para colocar dentro do teu horário”, que eu trabalho até as 14h só agora, né? E o grupo, a gente vai até as 15:30, até fechar tudo é 16h. E ela me deu essa flexibilidade de ir avançando no horário e eu poder depois compensar essas horas, isso foi bem parceira, né? Ela falou: “Nossa você quer aplicar, pode fazer assim e tal”, só isso mesmo que poderia não ter dado certo, mas deu.
Determinante Pessoal	

<i>Pressuposto da expectativa de resultados</i>	
Expectativa positiva em relação ao programa	<p>UBS4P33: É um programa que ajuda muito a dar ferramentas para as pessoas para que elas conduzam as suas vidas de uma maneira mais saudável. E, então, diferente de você oferecer e a pessoa ficar dependente de um serviço, de uma pessoa motivando ela ganha essas ferramentas. [...] ferramentas para que ela melhore a sua alimentação, melhore a sua atividade física, então, é muito gratificante ver as pessoas evoluírem nesse processo.</p> <p>UBS3P17: Querendo ou não ele estimula né, o paciente a pensar, também uma reflexão do estado sobre a sua saúde e refletir o que ela está fazendo para que melhore a sua saúde.</p>
<i>Pressuposto da autoeficácia (pessoal)</i>	
Possuir conhecimento	<p>Custos</p> <p>UBS2P6: Acho que é acessível para o município sim, acho que tem tantos outros gastos desnecessários e eu acho que até a prefeitura pode entrar com parcerias. Não sei se, usar os próprios recursos que a gente já tem, não sei para que que é, pros materiais, você diz? A prefeitura adquire alguns folders, algumas coisas que acho que dá para repensar e eu acho que teria como, porque as vezes são inutilizados.</p> <p>UBS5P30: Ah com certeza, é um valor eu acho que se fizer a conta aí de quanto que a gente gasta com um profissional médico, quanto é uma hora de uma consulta de um médico, de um enfermeiro, né? Quantas pessoas você consegue alcançar em um grupo ao invés de uma consulta individual.</p>
<i>Pressuposto da autoeficácia (coletiva)</i>	
Crença positiva de eficácia	<p>UBS1P3: Eu sou médica também, eu tenho formação em medicina do esporte e do exercício. Então, assim quando eu vi o programa eu achei ele muito bom, sabe? Ele engloba, ele não foca ali na atividade física e aí a gente procura o que é o problema né? Porque a gente tem que abraçar vários profissionais para chegar numa abordagem completa, então o programa, todos os profissionais que estão envolvidos, tão todos no mesmo pensamento, então essa é a ideia assim, né? O final é o mesmo um VAMOS juntos da alimentação, da atividade física, do comprometimento de diminuição de fatores do stress, então ele é muito bom.</p>
<i>Pressuposto da modelação</i>	
Efeito modelador do multiplicador	<p>UBS3P14: Apesar que nós tivemos uma professora maravilhosa, porque a multiplicadora, olha se ela não fosse professora aqui acho que o pessoal tinha desistido era tudo. Porque era um tal de mais de conversa, tipo palestra, esse pessoal são muito fora de palestra e ela deu lá, fez o jogo dela e aí o pessoal foi se animando e indo.</p>
Determinante Comportamental	
Autorregulação positiva dos profissionais	<p>UBS4P33: O que eu mais gostei foi tudo, primeiro que a capacitação e o fato de eu ser facilitadora trouxe para minha prática, muitas estratégias para trabalhar mudança de comportamento nas mais diversas esferas dentro do meu serviço assim, dentro das atividades que eu ofereço né? Então, foi um grande aprendizado para mim, percebi que a linguagem VAMOS acabou entrando em outras atividades que eu desenvolvo.</p> <p>UBS3P17: A minha experiência foi mais o contato com os funcionários, então, eu observei que alguns funcionários meio que se policiavam na questão de alimentação e exercício, eu acho que fez um efeito bom sim.</p>

Fonte: A autora (2022).

Os facilitadores relatados com maior frequência pelos profissionais entrevistados das cinco UBS foram: crença positiva de eficácia, percepção da mudança dos participantes e material apropriado. Ainda, de forma complementar aos facilitadores supracitados é possível encontrar no quadro 11 todas as categorias destes relatos pelos entrevistados em conjunto com alguns trechos destacados como exemplos

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o processo de implementação do programa VAMOS 2.0 com intuito de identificar as barreiras e os facilitadores organizacionais que interferem nessa dimensão. Com auxílio de uma matriz elaborada a partir de pressupostos teóricos de mudança de comportamento (TSC) (BANDURA, 1986) e avaliação de intervenções na saúde (RE-AIM) (BRITO et al, 2018), observamos que o VAMOS demonstrou ser um programa de fácil replicação na APS. Entretanto, barreiras e facilitadores foram identificados como influenciadores deste processo. Sua implementação foi realizada com relativa fidedignidade, apresentando boa taxa de replicabilidade pelas multiplicadoras, tais fatos foram mediados pela crença positiva de eficácia no sucesso do programa dos profissionais de saúde entrevistados e pela positiva percepção de mudança dos participantes. Contudo, a baixa compreensão sobre os objetivos do programa, a falta de conhecimento, a sobrecarga de trabalho e a pouca participação da equipe profissional foram identificadas como limitadores do processo de implementação.

5.1 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Assim como na primeira versão testada do programa (BENEDETTI et al., 2019) a fidedignidade na entrega do programa foi boa (\square 85,99%). Os achados do presente estudo indicam que o programa foi aplicado conforme o planejado nas cinco UBS investigadas, esse fato é mediado pelo número de encontros, duração destes, frequência de contatos e a duração dos contatos. O número de encontros do programa variou entre 10 e 12 encontros, conseqüentemente, o tempo de implementação também oscilou de dois e quatro meses respectivamente. E, além dos encontros previstos pelo programa foi adicionado uma estratégia de contato com os participantes por meio de um grupo do WhatsApp LLC., a pedido dos participantes a fim de facilitar essa comunicação. Demonstrando que a qualidade com que os protocolos de entrega são respeitados pode aumentar a validade das intervenções de mudança de comportamento, assim como auxiliar na adaptação ao contexto local (TOOMEY et al., 2020). No que tange a duração do programa nota-se que o VAMOS encontra-se na média dos programas de intervenção. Conforme identificado por Antikainen e Ellis (2011) a maioria (80,7%) dos programas apresentou uma duração de até seis meses.

O referencial teórico que sustenta o programa VAMOS é a TSC. Uma revisão sistemática com 57 estudos, identificou que apenas nove utilizaram a TSC como a base para o

seu desenvolvimento (ANTIKAINEN; ELLIS, 2011). No estudo de Allen et al., (2011) sobre avaliação de intervenções de AF baseados em teorias identificou em apenas um terço dos estudos de sua revisão, sendo a maioria baseado na TSC. Entretanto, na revisão realizada por Guerra et al. (2021) sobre intervenções educativas para AF em adultos brasileiros a maioria das ações não apresentam referenciais teóricos para basear suas práticas. Por se tratar de um programa de mudança de comportamento o uso da TSC engrandece e potencializa o programa VAMOS visto que esta teoria entende que o meio influencia o indivíduo e os seus comportamentos, possibilitando a implementação do VAMOS em diferentes contextos.

Em estudo anterior realizado com o programa VAMOS, identificou-se que no geral, 49% dos participantes compareceram em pelo menos 75% de todas as sessões, com desengajamento ocorrendo principalmente nas primeiras três semanas do estudo (42%) (BENEDETTI et al., 2019). Estudo prévio relacionando a permanência dos usuários no programa, mostrou que mais da metade (51,9%) dos adultos e idosos permaneceram no VAMOS (KONRAD et al., 2019). Contudo, no presente estudo a frequência dos participantes se apresentou acima do esperado (□ 82,1%), indo de encontro com os achados na literatura (88,4%) (BARBOSA et al., 2017). Destaque ainda que existe uma dificuldade nessa participação dos usuários nos programas de promoção da saúde, necessitando de estratégias específicas que realizem esse recrutamento e retenção (SAUERS-FORD et al., 2017; TOMICKI, 2020). As Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde apresentam como estratégias: utilizar folha de assinatura de presença, desenvolver uma ficha com os nomes para conferência dos presentes e/ou realizar essa chamada/lista de presença diretamente no e-SUS/APS (BRASIL, 2021c).

Por fim, ao verificar as medidas de custo é importante ressaltar que o programa avaliado no presente estudo ainda se encontra em fase de desenvolvimento, sendo gratuito e por isso no decorrer e após o processo de implementação e avaliação deste processo, serão realizadas avaliações a fim de pesquisa. Para tanto o item 43- medidas de custo é uma estimativa de quanto o programa custaria para cada participante em cada uma das UBS que implementaram o mesmo. Não se deve, portanto, afirmar que estes valores foram cobrados das UBS para que a implementação ocorra. Diante disto é notável a sua relação com a incidência de participação no programa, pois, uma vez que o número de egressos é pequeno em relação ao número de inscritos o programa torna-se mais caro, fato exemplificado, por exemplo, com a estimativa de custo da

UBS cinco, onde foram inscritos 26 participantes, porém apenas nove concluíram elevando o custo estimado do programa por participante de R\$ 350,00 reais (BENEDETTI et al., 2012) para R\$ 1.011,11 reais. Estudos com medida de custo são importantes para os programas de promoção da saúde, pois possibilitam a escolha de programas eficientes e com o menor custo. Squarcini et al., (2015) encontrou apenas um entre os 26 estudos selecionados para a sua revisão que apresentava as medidas de custo, demonstrando a incipiência desse assunto.

Antikainen e Ellis (2011) alertam que apesar da baixa incidência da avaliação do processo de implementação (33,3%), tal processo deve receber mais atenção da escola acadêmica, uma vez que, ele influencia diretamente a efetividade dos programas. Fato demonstrado por Konrad (2021), ao avaliar o processo de implementação do VAMOS 3.0, onde associou ao RE-AIM uma estrutura de avaliação do processo qualitativa para identificar as barreiras e facilitadores. Aspectos referentes às características do programa, a comunicação interna da organização e ao processo foram relatados como determinantes na implementação do programa sob ponto de vista dos profissionais da saúde. Estes aspectos apareceram como barreiras para um grupo de profissionais de saúde que implementou o programa sem suporte externo e como facilitadores para o grupo de profissionais da saúde que recebeu suporte contínuo durante todo o processo de inserção do programa na APS (KONRAD, 2021). Nesse sentido observa-se o potencial do programa VAMOS, uma vez que ele oferece uma capacitação aos profissionais da saúde previamente à implementação do programa (KONRAD et al., 2020), contudo esta estratégia pode ser complementada fornecendo um suporte aos profissionais durante a implementação com vistas a reduzir as barreiras durante esse processo (KONRAD, 2021).

5.2 BARREIRAS E FACILITADORES

As intervenções de mudança de comportamento têm um potencial para impactar positivamente na saúde pública (KING et al., 2020). Porém, quando são implementadas podem ser afetadas por determinantes contextuais que podem afetar as tomadas de decisões dos envolvidos (KWAN et al., 2019). Neste estudo ao realizar a análise qualitativa observou-se que foi possível identificar 13 barreiras e 14 facilitadores. Diante disto é possível notar que as mesmas categorias de análises podem potencialmente ser barreiras e facilitadores. Contudo, no determinante ambiental imposto a carga horária de trabalho apareceu apenas como uma

barreira. No determinante pessoal a compreensão sobre os objetivos do programa e a crença de eficácia do multiplicador também apareceram apenas como barreiras. Entretanto a crença de eficácia do programa e a influência do multiplicador foram apontados apenas como facilitadores. No determinante comportamental os facilitadores foram predominantes, surgindo categorias como o apoio social entre os participantes, apoio da gestão e a autorregulação dos profissionais.

O que diferencia as barreiras e os facilitadores são os números de relatos que mostram a forma com que esses profissionais visualizaram tais aspectos. Verifica-se ainda, que as principais barreiras diferem dos principais facilitadores. Fatores como a participação da equipe profissional, a carga horária de trabalho, o conhecimento e entendimento sobre os objetivos do programa foram apontados como as principais barreiras, mas esses mesmos fatores tiveram uma frequência baixa ou nem apareceram quando verificamos os facilitadores. Já, o material didático, a crença de eficácia e a percepção de mudança dos participantes foram apontados como os principais facilitadores e tiveram uma pequena frequência de relatos em relação as barreiras. Tais diferenças em pontos de vistas podem ser ocasionada pela proximidade ou não com o programa.

Outro fator que deve ser levado em consideração é que foram apresentadas mais categorias de análises para os facilitadores, e, os principais facilitadores se apresentaram na maioria dos relatos dos entrevistados, demonstrando consistência. Por outro lado, não existe muita consistência na síntese das barreiras, pois apesar de apresentar menos categorias de análises as principais barreiras tiveram um número pequeno de relatos por parte dos entrevistados, demonstrando assim que em estudos futuros as barreiras necessitam de um maior aprofundamento. Conclusões semelhantes foram encontradas no estudo Ndejjo et al. (2020), onde identificaram quatro barreiras, 16 facilitadores e seis aspectos que foram ora considerados facilitadores ora barreiras. Já na revisão realizado por Manta et al. (2022) foi possível identificar 54 barreiras e 47 facilitadores que abrangem o contexto pessoal, ambiental e comportamental e o seu principal achado foi que profissionais que possuem um perfil de crenças negativas podem influenciar na identificação de um número maior de barreiras.

A análise das barreiras, no que tanger a implementação do programa VAMOS, demonstrou que apesar do programa ser divulgado e apresentado dentro das UBS as equipes demonstravam desconhecimento em relação ao mesmo, deve-se levar em consideração a rotatividade dos funcionários em uma UBS onde, no momento da apresentação do programa e

equipe era formada por profissionais diferentes dos que estavam ao término do programa, fato que pode justificar a aparente falta de engajamento na participação dos profissionais que não estavam relacionados diretamente ao programa, devido a sua falta de pertencimento. Além da sobrecarga de trabalho citada pelos profissionais que, pode estar diretamente ligada a baixa crença de eficácia do multiplicador. Corroborando com o estudo de Maciel (2021) e Mielke e Malta (2020) que identificaram sucessivas trocas dos profissionais, dificuldades e limitações dos gestores, descontinuidade de financiamentos, questões político-partidária, além, de questões pessoais.

Lembrando que a noção de eficácia que a pessoa possui pode estimular a realização de uma tarefa (BANDURA et al., 2008), os profissionais e gestores da APS influenciam diretamente a implementação, visto que quanto mais uma equipe se mantém organizada maiores são as chances da intervenção ser efetiva (MACIEL, 2021). Portanto, o estabelecimento de metas é necessário para que ocorra a autorregulação dos profissionais para realizarem a implementação (BANDURA et al., 2008). Assim, a organização do ambiente de trabalho se faz necessária para suprir a eventual falta de um funcionário, visando uma boa distribuição de tarefas, minimizando a sobrecarga de trabalho a fim de possibilitar a adoção e implementação de novas intervenções (NDEJJO et al., 2020).

O formato do programa também pode ser um fator a ser observado, uma vez que este foge dos modelos tradicionais de programas de AF implementados nas UBS (BORGES, 2014), podendo gerar dúvidas e receios a esses profissionais e uma maior resistência. Fato comumente encontrado em estudos que avaliaram as barreiras e facilitadores para a implantação de programas de mudança de comportamento ou aconselhamento para a AF (JOSYULA; LYLE, 2013). O estudo de Wieckowski e Simmons (2006) alerta para a resistência das organizações na adoção e implementação de programas em formatos que fogem dos tradicionais, tal fato é relacionado a falta da percepção de eficácia desses profissionais. O estudo sugere ainda que devido à falta existente de conhecimento, o envolvimento de toda a equipe gera mais chances da sua implementação, a exemplo, de programas como “Saúde Ativa” e “Agita São Paulo” (NAKAMURA et al., 2010; MATSUDO et al., 2008). Concordando com isso, Ndejjo et al., (2020) apresenta que os agentes de saúde que trabalharam na implementação do programa demonstraram resistência na implementação ao considerarem o programa complexo e demorado. No estudo de Reis e Jaime (2019) dos dados foram de encontro com os achados do presente estudo e demonstrou a dificuldade de superar da lógica fragmentada da saúde.

Contudo, para tais mudanças serem aceitas, deve-se levar em consideração que a mudança desse comportamento somente ocorre por meio do aprendizado e da experiência de cada profissional (BANDURA et al., 2008).

Conforme a TSC o comportamento das pessoas ocorre por meio de uma interação de fatores pessoais, comportamentais e ambientais (BANDURA, 2004). As barreiras do determinante ambiental (pouca participação da equipe profissional e sobrecarga de trabalho) são impostas aos multiplicadores. Tais fatos implicam diretamente no constructo pessoal em relação a expectativas de resultados (baixa compreensão sobre os objetivos do programa e na autoeficácia (falta de conhecimento e baixa crença de eficácia do multiplicador). No que se refere a pouca participação da equipe profissional nota-se o porquê dele ser um determinante ambiental imposto, uma vez que devido a realidade de pouca estabilidade dos profissionais da saúde nas suas organizações e rotatividade desses profissionais dificulta a implantação dos programas de promoção à saúde (WIECKOWSKI; SIMMONS, 2006; BORGES, 2014). Essa rotatividade também acaba gerando uma sobrecarga de trabalho, visto que nem sempre essa equipe encontra-se completa (NDEJJO et al., 2020). Corroborando com o achado de Manta et al. (2022) que identificou que os locais que são compostos por profissionais que possuem engajamento e determinação influenciam no contexto e clima organizacional, ou seja, uma barreira individual pode afetar diretamente uma barreira organizacional, sendo o contrário verdadeiro.

Em relação aos facilitadores, observa-se que dois são determinantes ambientais e dois são pessoais. Nos fatores ambientais os facilitadores que apresentaram destaque foram o material didático apropriado e a alta percepção de mudança dos participantes. O material didático é um determinante ambiental imposto, uma vez que esse material chega pronto para os multiplicadores e profissionais que implementam o programa, já a percepção de mudança dos participantes é um ambiente construído, onde é realizada uma construção de condições a fim de atingir os seus propósitos. Se encaixando no processo de reprodução motora, onde o profissional ao visualizar as informações do material internalizou tal conhecimento e o pôs em ação, criando estratégias baseado nesse material (BANDURA et al., 2008).

Ao que parece a percepção do engajamento e das mudanças dos participantes incentivaram e motivaram os profissionais envolvidos no programa. Isto demonstra que há uma conexão dos resultados com o que é descrito pela TSC (BANDURA et al., 2008). Estes resultados são exemplos de que os constructos estão presentes tanto na motivação e auto

eficácia dos profissionais quanto no processo de aprendizagem, ambos são importantes para promover mudança de comportamento (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008).

No determinante pessoal os dois facilitadores citados são pressupostos da autoeficácia pessoal (possuir conhecimento) e coletiva (crença positiva de eficácia). Com isso, a percepção de possuir conhecimento e da crença positiva de eficácia são a partida para adoção desse comportamento e buscar contornar as barreiras existentes, uma vez que os indivíduos controlam suas ações e decidem por quanto tempo e quanto de esforço tal ação merece para ser bem-sucedida (AZZI, 2014; BANDURA et al., 2008). Portanto, o conhecimento para a TSC é uma pré-condição para a mudança, já a falta dele coloca os indivíduos em uma situação em que é raro a percepção de mudança. Concomitante a isso, a percepção de autoeficácia é fundamental uma vez que quanto maior a sua crença, maior é o objetivo e o compromisso assumido por esse indivíduo, mesmo diante dos possíveis obstáculos (BANDURA, 2004).

As pessoas não agem de maneira isolada segundo a TSC. Com isso, a crença que cada indivíduo tem e compartilha na eficácia coletiva para determinada mudança tem um papel fundamental nas políticas de promoção da saúde (BANDURA, 2004). Lindermann et al. (2016) concorda com tal ao considerar que cabe aos profissionais de saúde adequar as ações em relação as dificuldades e obstáculos, visto a importância destes no processo de promoção da saúde e o seu conhecimento acerca do tema. Pois, conforme a TSC, quanto maior for o conhecimento mais razões encontram para seguirem seus objetivos. E, esse processo fortalece a crença de autoeficácia individual. Bandura (2000) alerta que a autoeficácia coletiva está infiltrada na percepção de autoeficácia e ela contém traços e resquícios da autoeficácia coletiva. Diante do exposto, Reis e Jaime (2019) corroboram ao afirmar que baseado na TSC é necessária a qualificação dos profissionais potencializando ações e auxiliando os profissionais de saúde das equipes a superarem as dificuldades enfrentadas.

Devido a isso, se faz importante o desenvolvimento de boas relações com os profissionais atuantes direta e indiretamente nos programas, visando que o programa receba a atenção devida para a sua implementação (WIECKOWSKI; SIMMONS, 2006). De maneira geral, evidências sobre a implementação de intervenções na APS mostram que a maior parte da pesquisa existente é focada em estratégias destinadas a mudar as práticas ou comportamentos profissionais, ou seja, abordam barreiras em nível pessoal. A maioria dessas estratégias foram associadas a melhorias pequenas a modestas na prática profissional e nos resultados do processo (LAU et al., 2015).

Konrad (2021) evidenciou que em sua maioria tanto as barreiras como os facilitadores dependem da maneira que o indivíduo lida com tal situação. Em concordância, Ijsbrandy et al. (2020) demonstrou que a falta de entendimento e conhecimento sobre as intervenções influenciam diretamente a motivação desse profissional em adotar determinada intervenção. Algumas estratégias podem ser adotadas para a solução dessa barreira, a primeira é o treinamento desses profissionais, fato já realizado no programa VAMOS, outra possibilidade é uma cartilha com modelos de barreiras e como superá-las, a exemplo, do modelo de Ritti-Dias et al. (2021). Por fim, mas não menos importante a elaboração de materiais, políticas e guias específicos para gestores, como exemplo o Guia de Atividade Física para a população brasileira – recomendações para gestores (BRASIL, 2021b) e profissionais que atuam na promoção da atividade física na APS, facilitando o seu entendimento sobre o assunto. Pois apenas o entendimento e o planejamento das ações possibilitarão o sucesso da ação. Assim, fica evidente a necessidade da aproximação de evidências científicas acerca do assunto reforçando a importância do processo de implementação. Fatos que já estão sendo adaptados no VAMOS versão 3.0.

A realização desse estudo possibilitou uma melhor compreensão do processo de implementação do programa VAMOS. Apesar da carência de estudos qualitativos avaliando os programas de mudança de comportamento Wieckowski e Simmons (2006) denotam que tais estudos ampliam o conhecimento de profissionais e gestores que realizam esse trabalho. Com isso, o presente estudo buscou fornecer subsídios sobre o processo de implementação assim como gerar questionamentos aos profissionais da saúde pública. Considerando a complexibilidade dos programas de mudança de comportamento, observamos que o estudo avança no sentido de analisar qualitativamente as barreiras e facilitadores sob a percepção daqueles que estão diretamente envolvidos com o processo de implementação. Isto possibilita planejar intervenções direcionadas a saúde com possibilidade de melhor adaptação dos protocolos para a realidade da APS e reduzir as barreiras. As futuras implementações devem levar isso em conta no momento do seu planejamento oferecendo suporte aos gestores, coordenadores e profissionais. Outro fator de destaque desse estudo é que ao utilizar a ferramenta RE-AIM tomou-se o cuidado em responder todos os aspectos da implementação, fato não apresentado em estudos anteriores. Squarcini et al., (2015) identificou que ao avaliar a implementação por meio do RE-AIM os estudos avaliados deixaram de avaliar um ou mais aspectos da implementação.

Ainda que tenham uma análise qualitativa, para futuros estudos faz necessário uma adequação metodológica, sendo aleatório no momento da escolha dos multiplicadores em troca da escolha por conveniência, além de adotar uma estratégia de entrevista que vise a repetição das informações citadas pelos participantes, possibilitando a confirmação das ideias e falas, diminuindo a falta de concisão, possibilitando melhor compreensão sobre a temática.

6 CONCLUSÃO

Por meio de um estudo qualitativo fundamentado na TSC e auxílio de uma ferramenta de avaliação de programas o RE-AIM, este estudo sintetizou, sob a percepção de profissionais da saúde, as barreiras e facilitadores organizacionais que influenciaram a implementação de um programa de mudança de comportamento para atividade física e alimentação saudável na APS no contexto brasileiro. Este estudo utilizou o RE-AIM, que auxilia no planejamento e avaliação das intervenções, a determinar o impacto da implementação de um programa, associado a uma teoria que descreve constructos com intuito de verificar os fatores organizacionais envolvidos no sucesso da implementação. Uma organização é gerenciada por pessoas para estruturar e implementar ações em um contexto que possa beneficiar as pessoas da comunidade. Desta forma, este estudo mostrou que os determinantes ambientais e pessoais podem influenciar as tomadas de decisões dentro de uma organização. Além disso, os constructos psicológicos, pessoais e comportamentais podem definir o alcance dos benefícios de um programa ou, por outro lado, determinar obstáculos na implementação de um programa de mudança de comportamento.

Tal cenário foi traçado visando avaliar o programa VAMOS na ótica de compreender o que dificulta e o que facilita organizacionalmente a sua implementação e a promoção da saúde tornando-se importante quando pretende-se obter êxito na implantação de novos modelos de programas na APS. Mais especificamente, procuramos avaliar os determinantes que influenciaram a implementação do VAMOS 2.0 na APS, com o objetivo de, cada vez mais, reduzir as barreiras, aprimorar o programa, obter maior sucesso na implementação e no impacto dos resultados. Quanto ao processo de implementação, parece que o protocolo foi realizado conforme esperado, com destaque para a UBS 2 que apresentou maior fidedignidade ao protocolo. As UBSs que demonstraram uma maior dificuldade no processo foi por não seguirem as orientações para a implementação adequada do programa.

Foram identificadas como principais barreiras a baixa compreensão sobre os objetivos do programa, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e a pouca participação da equipe profissional. E, os como principais facilitadores a crença positiva de eficácia do programa e a percepção de mudança dos participantes, sendo tanto as barreiras como os facilitadores dos determinantes ambientais e sociais da TSC. Deve-se destacar, contudo que apesar do número efetivo das barreiras e facilitadores nos determinantes ser maior no constructo ambiental os que

apresentaram um maior significado para os profissionais entrevistados se encontram no determinante pessoal, dentre eles a percepção de autoeficácia. Foram identificados mais facilitadores do que barreiras, ao considerar as características organizacionais para a implementação que influenciam o contexto de atuação profissional.

Para futuras intervenções sugere-se que estratégias de monitoramento da autoeficácia sejam implementadas a fim de diminuir barreiras e potencializar os facilitadores do programa VAMOS uma vez que este pressuposto demonstrou afetar diretamente o determinante pessoal das barreiras e facilitadores. Por fim, uma nova versão do programa (VAMOS 3.0) foi desenvolvida e vem sendo validada. Certamente os resultados deste estudo poderão ser úteis no planejamento da implementação desta nova versão, auxiliando na elaboração de estratégias para a implementação do programa que minimizem as barreiras e potencializem os facilitadores do programa VAMOS. Além disso, estes resultados podem ser usados para projetar futuras intervenções de programas de intervenção, proporcionando melhorar o processo de implementação na saúde pública. Possibilitando melhorias e adequações para as próximas versões, estratégias que visem minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores, a fim de alcançar boas implementações de promoção à saúde na APS.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, Kacie; ZOELLNER, Jamie; MOTLEY, Monica; ESTABROOKS, Paul A. Understanding the Internal and External Validity of Health Literacy Interventions: *J Health Commun.* v.16, n. 3, p. 55–72, 2011. Doi: 10.1080/10810730.2011.604381
- ALMEIDA, Fabio Araujo; BRITO, Fabiana Almeida; ESTABROOKS, Paul Andrew. Modelo RE-AIM: Tradução e adaptação cultural para o Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALQUAIZ, Aljoharah M.; TAYEL, Salwa A. Barriers to a healthy lifestyle among patients attending primary care clinics at a University hospital in Riyadh. *Ann Saudi Med.* v.29, n. 1, p. 30-35, 2009.
- ANTUNES, Gabriel A. *Influência de um programa de mudança de comportamento na autoeficácia para a atividade física.* 2015. Dissertação de Mestrado em Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2015.
- ANTIKAJINEN, Lina; ELLIS, Rebecca. A RE-AIM Evaluation of Theory-Based Physical Activity Interventions. *Journal of Sport and Exercise Psychology.* v. 33, n. 2, p 198-214, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1123/jsep.33.2.198>
- AZZI, Roberta Gurgel. *Introdução à Teoria Social Cognitiva.* Série Teoria Social Cognitiva em contexto educativo. Casa do Psicólogo. v. 1, 2014.
- BABA, Camila Tiome *et al.* Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. *Public Health.* v.17, n. 709, 2017.
- BANDURA, Albert. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, A. J. 1986.
- BANDURA, Albert. Exercise of human agency through collective efficacy. *Curr Dir Psychol Sci.* v. 9, nº 3, p.75-8, 2000.
- BANDURA, Albert. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* v. 31, p. 143-64, 2004.
- BANDURA, Albert; AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely. *A evolução da Teoria Social Cognitiva.* Porto Alegre: Artmed. 2008.
- BANDURA, Albert; AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely. *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed. 2011.
- BARBOSA, Maria Andressa Gomes; Souza, Nathália Paula; ARRUDA, Silvana Gonçalves Brito; MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho. Participação de usuários da atenção primária em práticas de Promoção da saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* v. 30, n. 4: p. 1-11, 2017.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Ed. 70, 2ª reimpressão da 1ª edição, 2011.

BAUMGARTEL, Carine et al. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, Jan-Dez, 2016.

BECKER, Leonardo Augusto; GONÇALVES, Priscila. Bezerra; REIS, Rodrigo Siqueira. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BENEDETTI, Tânia. R. Bertoldo; SCHWINGEL, Andiará; GOMEZ, Luiz Salomão Ribas; CHODZKO-ZAJKO, Wojtek. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. v. 14, n. 6, p. 723-737, 2012.

BENEDETTI, Tânia. R. Bertoldo, SCHWINGEL, Andiará; CHODZKO-ZAJKO, Wojtek; MEURER, Simone Teresinha; BRITO, Fabiana Almeida; ALMEIDA, Fábio Araújo. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. *Revista Kairós*, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; MANTA, Sofia Wolker; GOMEZ, Luiz Salomão Ribas; Rech, Cassiano Ricardo. Logical model of a behavior change program for community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 22, n. 3, p. 309-313, 2017.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; TOMICKI, Camila; KONRAD, Lisandra Maria. Vamos Program-Technological Innovation for Behavior Change for Older Adults in the Brazilian Unified Health System. *Gerontology & Geriatrics Studies*. v. 5, n. 4, 2019.

BLAIR, Steven N, DUNN, Andrea L.; MARCUS, Bess H.; CARPENTER, Ruth Ann; JARET, Peter. *Active Living Every Day*. Champaign: Human Kinetics, 3ª ed, 2001.

BLAIR, Steven N., DUNN, Andrea L.; MARCUS, Bess H.; CARPENTER, Ruth Ann; JARET, Peter. *Active Living Every Day with Online Resource*. Champaign: Human Kinetics, 2ª ed, 2010

BORGES, Lucélia Justino. Influência de um Programa de Exercício Físico na Saúde e na Aptidão Funcional de Idosos Usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis. 2009. Dissertação de Mestrado em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

BORGES, Rossana Aruda. *Programa de promoção de atividade física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais*. 2014. Dissertação de Mestrado em Educação Física, Centro de Desportos Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2014.

BORGES, Lucélia Justino; GUIDARINI, Fernanda C. S.; GERAGE, Aline Mendes; SCHERER, Fabiana Cristina; MEURER, Simone Teresinha; BORGES, Rossana Arruda; et al.

Pedômetros: estratégia de promoção da atividade física em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 211-213, 2014.

BORGES, Lucélia Justino; MEURER, Simone Terezinha; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Effectiveness and maintenance of behavior change and exercise programs on depressive symptoms in older adults. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*; v. 22, n. 2, p.127-136, 2017.

BORGES, Rossana Arruda; TOMICKI, Camila; ALMEIDA, Fábio. Araújo; SCHWINGEL, Andiará; CHODZKO-ZAJKO, Wojtek; BENEDETTI, Tânia. R. Bertoldo. Alcance do Programa 'VAMOS' na Atenção Básica - Barreiras e Facilitadores Organizacionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, p. e180225, 2019.

BRASIL. *LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 719 de 07 de abril de 2011*. Institui o Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2 Ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. *Vigitel Brasil, 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. *DECRETO N° 9.795, de 17 de maio de 2019*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Portaria No 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. *Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019, 2020a*.

BRASIL. Portaria No 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a*.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de Atividade Física Para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021b*.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021c*.

BRASIL. Portaria N°1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2022a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de Credenciamento ao Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2022b*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c*.

BRITO, Fabiana Almeida; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; TOMICKI, Camila; KONRAD, Lisandra Maria; SANDRESCHI, Paula Fabricio; MANTA, Sofia Wolker; *et al.* Tradução e adaptação do *check list* RE-AIM para a realidade Brasileira. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 23, e. 0033, 2018.

BRIXNER, Betina; MUNIZ, Carine; RENNER, Jane Dagmar Pollo; POHL, Hildegard Hedwig; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família. *CINERGIS*, v.18, n. S1, p. 386-390, 2017.

CAMBRIDGE. *Cambridge Dictionary*, 2019. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/>. Acesso em: 23 mai 2019.

CAROLL, Christopher; PATTERSON, Malcolm; WOOD, Stephen; BOOTH, Andrew; RICK, Jo; BALAIN, Shashi. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*. v. 2, n. 40, p. 1-9, 2007.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

COELHO, Livia Pereira; MOTTA, Luciana Branco; CALDAS, Célia Pereira. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e.280404, 2018.

COSTA, Bruna Vieira de Lima; OLIVEIRA, Cláudia Di Lorenzo; LOPES, Aline Cristine Souza. Ambiente alimentar de frutas e hortaliças no território do Programa da Academia da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. S1, p. 59-69, 2015.

CHRISTOFOLETTI, Marina; STREIT, Inês Amanda; GARCIA, Leandro Martin T.; MENDONÇA, Geferson. Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em diferentes domínios no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saúde Colet* [periódico na internet], 2022. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/barreiras-e-facilitadores-para-a-pratica-de-atividade-fisica-em-diferentes-dominios-no-brasil-uma-revisao-sistemica/18374>>.

DAMSCHRODER, Laura J.; ARON, David C.; KEITH, Rosalind E.; KIRSH, Susan R.; ALEXANDER, Jeffery A.; LOWERY, Julie C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation Science. *Implementation Science*. v.4, n. 50, p. 1-15, set., 2009.

DIAS, Maria Socorro Araujo; OLIVEIRA, Irlanda Pontes; SILVA, Lucilane Maria Sales; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; MACHADO, Maria de Fatima Antero Sousa; FORTE, Franklin Delano Soares; *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de a viabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

ESMAIL, Rosmin; HANSON, Heather M.; HOLROYD-LEDUC, Jayna; BROWN, Sage; STRIFLER, Lisa; STRAUS, Sharon E.; et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implement Sci.*; v.15, n. 11: p 14, 2020.

FIGUEIRA, Taís Rocha; DAVIS, Nakita Agostini; MORAIS, Mariana Nunes; LOPES, Aline Cristine Souza. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 181-200, jan./abr., 2015.

FLORINDO, Alex Antonio; NAKAMURA, Missaki; FARIAS JÚNIOR, José Cazuzá; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; REIS, Rodrigo Siqueira; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a Saúde da Família em municípios com Academia da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. v. 30, n. 4, p. 913-24, 2016.

FORMAN, Jane; HEISLER, Michele; DAMSCHRODER, Laura J.; KASELITZ, Elizabeth; KERR, Eve A. Development and application of the RE-AIM quest mixed methods framework for program evaluation. *Preventive Medicine Reports*. v. 4, n. 6, p. 322-328, 2017.

GERAGE, Aline Mendes; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; RITTI-DIAS, Rafael Mendes; SANTOS, Ana Célia O.; SOUZA, Bruna Cadengue C.; ALMEIDA, Fábio Araújo. Effectiveness of a behavior change program on physical activity and eating habits in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Activity and Health*. v. 14, p. 943-52, 2017.

GERAGE, Aline Mendes; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; CAVALCANTE, Bruno R.; FARAH, Breno Quintella; RITTI-DIAS, Rafael Mendes. Eficácia de um programa de mudança de comportamento sobre parâmetros cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial sistêmica: ensaio clínico controlado randomizado. *Einstein -São Paulo*, v.18, eAO5227, 2020.

GLASGOW, Rusell E.; VOGT, Thomas M.; BOLES, Shawn M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*. v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.

GLASGOW, Rusell E.; ESTABROOKS, Paul Andrew. Pragmatic applications of RE-AIM for health care initiatives in community and clinical settings. *Preventing Chronic Disease*. v. 15, n. E02, e.170271, 2018.

GLASGOW Rusell E; HARDEN, Samantha M; GAGLIO, Bridget; RABIN, Borsika; SMITH, Matthew Lee; PORTER, Gwenndolyn C; et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Front Public Health*.v. 7: 64, 2019.

GRANDE, Antonio José; SILVA, Valter. Barreiras e facilitadores para a adesão à prática de atividade física no ambiente de trabalho. *O Mundo da Saúde*, São Paulo. v. 38, n. 2, p. 204-209, 2018.

GREANEY, Mary L; QUINTILIANI, Lisa M; WARNER, Erica T; KING, Diane K; EMMONS, Karen M; COLDITZ, Graham A; et al. Weight Management Among Patients at

Community Health Centers: The “Be Fit, Be Well” Study. *Obesity and Weight Management*. v. 5, n. 5, 2009.

GUERRA, Paulo Henrique; SOARES, Hugo Falqueto; MAFRA, Ana Beatriz; CZARNOBAI, Izadora; CRUZ, Guilherme Airon; WEBER, William Vinicius; *et al.* Educational interventions for physical activity among Brazilian adults: systematic review. *Rev. Saúde Pública*. v. 55:110, 2021.

HARDEN, Samantha M; SMITH, Matthew Lee; ORY, Marcis G; SMITH-RAY, Renaek; ESTRABROOKS, Paul A; GLASGOW, Russell E. RE-AIM in clinical, community, and corporate settings: perspectives, strategies, and recommendations to enhance public health impact. *Frontiers in Public Health*. v. 6, n. 71, 2018.

HINO, Adriano Akira Ferreira. Medidas objetivas e percebidas do ambiente do bairro e sua associação com a atividade física de lazer em adultos de Curitiba Tese (doutorado). Universidade Federal do Paraná; Curitiba, 2014.

HOLTROP, Jodi Summers; RABIN, Borsika A.; GLASGOW, Russell E. Qualitative approaches to use of the REAIM framework: rationale and methods. *Health Services Research*. v. 8, n. 177, p.1-10, 2018.

HOLTROP, Jodi Summers; ESTABROOKS, Paul A; GAGLIO, Briget; HARDEN, Samantha M; KESSLER, Rodger S; KING, Diane K; *et al.* Understanding and applying the RE-AIM framework: clarifications and resources. *J Clin Transl Science*. v. 5, n. 1: e126: p.1-10,2021.

HUMPEL, Nancy; OWEN, Neville; LESLIE, Eva. Environmental Factors Associated with Adults’ Participation in Physical Activity. *Am J Prev. Med*. v. 22, n. 3, p. 188-199, 2002.

IBGE. *Pesquisa nacional de saúde, 2013, acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

IJSBRANDY, Charlotte; HARTEN, Win H van; GERRISTSEN, Winald R; HERMENS, Rosella P; OTTEVANGER, Petronella B. Healthcare professionals’ perspectives of barriers and facilitators in implementing physical activity programmes delivered to cancer survivors in a shared-care model: a qualitative study. *Support Care Cancer*. v.28, n. 7: p. 3429–40, 2020.

JOSÉ, Helma Pio Mororó. Avaliação do Treinamento para Capacitação e Certificação de Multiplicadores do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS). Tese de Doutorado em Educação Física, Centro de Desportos Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2017.

JOSÉ, Helma Pio Mororó; KONRAD, Lisandra Maria; RIBEIRO, Cezar Grontowski; BENEDETTI, Tânia Bertoldo. Validação do treinamento on-line para multiplicadores do programa vida ativa melhorando a saúde (VAMOS). *J. Phys. Educ*. v. 30: e3040. p. 11, 2019.

JOSYULA, Lakshmi K; LYLE, Roseann M. Barriers in the implementation of a physical activity intervention in primary care settings: lessons learned. *Health Promot Pract.* v.14, n.1: p. 81-7, 2013.

JUNG, Laura Garcia; KALINOSKI, Angélica Xavier; MARQUES, Alexandre Carricone. Barreiras e facilitadores para a atividade física em pessoas com déficit intelectual. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* v. 22, n. 4, p. 362-372, 2017.

KILPATRICK, Michelle; BLIZZARD, Leigh; SANDERSON, Kristy; TEALE, Brok Teale; JOSE, Kim; VENN, Alison. Barriers and facilitators to participation in workplace health promotion (WHP) activities: results from a cross-sectional survey of public-sector employees in Tasmania, Austrália. *Health Promotion Journal of Austrália.* v. 28, issue 3, p. 225-232, 2017.

KING, Diane K; SHOUP, Jo Ann; RAEBEL, Marsha A; ANDERSON, Courtney B; WAGNER, Nicole M; RITZWOLLER, Debra P; *et al.* Planning for implementation success using RE-AIM and CFIR frameworks: a qualitative study. *Front Public Health.* v. 8, n. 59, 2020.

KONRAD, Lisandra Maria; TOMICKI, Camila; SILVA, MONICA.; ALMEIDA, Fabio; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* v. 22, n. 5, p. 448-58, 2017.

KONRAD, Lisandra Maria; TOMICKI Camila; RIBEIRO Cezar G; BEZERRA, Juciléia Barbosa; MACIEL, Elaine Cristina; RECH, Cassiano Ricardo; *et al.* Length of stay in a behavior change program in Primary Health Care: “VAMOS” Program. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* v. 24: p. 1-7, 2019.

KONRAD, Lisandra Maria; RIBEIRO, Cezar Grontowski; TOMICKI, Camila; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Validação de tecnologia educacional para implementar um programa comunitário na saúde pública. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde,* v. 25, p. 1-6, 2020.

KONRAD, Lisandra Maria. Promoção da atividade física e alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: do treinamento à implementação do Programa VAMOS 3.0. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2021.

KWAN, Bethany M; MCGINNES, Hannah L; ORY, Marcia G; ESTABROOKS, Paul A; WAXMONSKY, Jeanette Á; GLASGOW, Russell E. RE-AIM in the real world: use of the RE-AIM framework for program planning and evaluation in clinical and community settings. *Front Public Health.* v. 7:345, 2019.

LAU, Rosa; STEVENSON, Fiona; ONG, Bie Nio; DZIEDZIC, Krusia; TREWEEK, Shaun; ELDRIDGE, Sandra; *et al.* Achieving change in primary care effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ Open.* v. 5, n. 12: e009993, 2015.

LEE, Rebecca E; GALAVÍZ, Karla I; SOLTERO, Erica G; CHAVEZ, Jose Rosales; JAUREQUI, Edtna; LÈVESQUE, Lucie. *et al.* Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, e2923, 2017.

LEONARDO. Ministério da Saúde promove pesquisa para aconselhamento de atividades na Atenção Primária. Federação Goiana de Municípios. 2022. Disponível em: <<https://www.fgm-go.org.br/ministerio-da-saude-promove-pesquisa-para-aconselhamento-de-atividades-na-atencao-primaria/>>. Acesso em: 08 de jul de 2022.

LINDEMANN, Ivana Loraine; OLIVEIRA, Riceli Rodeghiero; MENDOZA-SASSI, Raúl Andres. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência e Saúde Coletiv.* v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016.

MACIEL, Elaine Cristina. Programa VAMOS na Atenção Primária à Saúde de Santa Catarina: Barreiras para a adoção percebidas por profissionais da saúde. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2021.

MALTA, Débora Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria; AMORIM, Roberta Corrêa de Araujo; RODRIGUES, Gisele Balbino Araujo; SILVA, Thaís Severino; *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014.

MALTA, Débora Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; LIMA, Margareth Guimarães; ARAÚJO, Sylvania Suely Caribé; SILVA, Marta Maria Alves; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública.* v. 51, n. S1, p. 1-4, 2017.

MANTA, Sofia Wolker; LOPES, Adalberto Aparecido dos Santos; HINO, Adriano Akira Ferreira; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; RECH, Cassiano Ricardo. Open public spaces and physical activity facilities: study of systematic observation of the environment. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* v. 20, n. 5: p. 445-55, 2018.

MANTA, Sofia Wolker; SANDRESCHI, Paula Fabricio; CHRISTOFOLETTI, Marina dos Santos; KONRAD, Lisandra Maria; TASSITANO, Rafael Miranda; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Barriers and facilitators on the implementation of physical activity in Primary Health Care: A systematic review. *Preventive Medicine Reports.* v. 28, 101875, 2022

MATSUDO, Sandra M; MATSUDO, Victor; ARAÚJO, Timóteo Leandro; ANDRADE, Douglas Roque. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* v. 13, n. 3, 2008.

MENDES, Guilherme Falcão; REZENDE, Alexandre Luiz Gonçalves; DULLIUS, Jane; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* v.22, n. 3, p. 278-89, 2017.

MENDONÇA, Braulio C; OLIVEIRA, Antonio C; TOSCANO, O.J.J.; KNUTH, Alan G; BORGES, Thiago T; MALTA, Deborah C; *et al.* Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical in Aracaju. Brazil. *Journal of Physical Activity and Health*. v. 7, n. 2, p. 223-28, 2010.

MEURER, Simone Terezinha. *Avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável – VAMOS – no programa academia da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais*. Tese de Doutorado em Educação Física. Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016.

MEURER, Simone Teresinha; LOPES, Aline Cristine Souza; ALMEIDA, Fabio Araujo; MENDONÇA, Raquel de Deus; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. *Health Educ Behav*. v.46, n. 3, p. 406-416. Jan, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio o conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8 ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 2004.

MIELKE, Grégore; MALTA, Deborah C. Avaliação e futuro do Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. v.25: e0147, 2020. DOI: 10.12820/rbafs.25e0147.

MORAES, Sheylane de Queiroz; SOUZA, Juliana Hegeto; ARAÚJO, Pablo Antonio Bertasso; RECH, Cassiano Ricardo. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. *Rev. Bras Ativ Fís Saúde*. v.24: e0073, 2019.

NDEJJO, Rawlance; WANYENZE, Rhoda K; NUWAHA, Fred; BASTIAENS, Hilde; MUSINGUZI, Geoffrey. Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe districts in Uganda using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*. v.15, n.106, 2020.

NAKAMURA, Priscila Missaki; PAPINI, Camila Bosquiero; CHİYODA, Alberto; GOMES, Grace Angélica de Oliveira; VALDANHA NETTO, Américo; TEIXEIRA, Inaian Pignatti; *et al.* Programa de Intervenção para a prática de atividade física: SAÚDE ATIVA RIO CLARO. *Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde*. v. 15, n. 2: p. 128-32, 2010.

NILSEN, Pen. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. v.10, n. 53, 2015.

OLIVEIRA, Jacilene Guedes; FRANÇA, Sabrina Pereira. Barreiras percebidas para prática regular de atividade física de idosos. *Geriatrics Gerontology and Aging*. v. 8, issue 3, 2014.

ORY, Marcia G; ALPETER, Mary; BELZA, Basia; HELDUSER, Janet; ZHANG, Chen; SMITH, Matthew Lee. Perceived utility of the RE-AIM framework for health promotion/disease prevention initiatives for older adults: a case study from the U.S. evidence-based disease prevention initiative. *Frontiers in Public Health*. v. 2, n. 143, 2014.

PETRESCU-PRAHOVA, Miruna; BELZA, Basia; KOHN, Marlana; MIYAWAKI, Christina. Implementation and Maintenance of a Community-Based Older Adult Physical Activity Program. *The Gerontologist*. v. 56, n. 4, p. 677–686, 2016.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, 2018.

POLYDORO, Soely. Nas entrelinhas, entrelaços e saudades de um mestre. Tributo à Albert Bandura. *TSC em Foco*, 2021, 14: 24-26.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Centros de saúde. 2017 Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude>>. Acesso em: 15 mai 2017.

QUADROS, Emanuele Naiara; MACIEL, Elaine Cristina; KONRAD, Lisa Maria; RIBEIRO, Cezar G; LOPES, Aline Cristina Souza; MEURER, Simone Teresinha; *et al.* Evaluating the effectiveness of program VAMOS in the context of program academy of health: a qualitative study. *Movimento*. v. 26: e26023, 2020.

RAMASWAMY, Rohit; MOSNIER, Joe; REED, Kristin; POWELL, Byron J; SCHENCK, Anna P. Building capacity for Public Health 3.0: introducing implementation science into na MPH curriculum. *Implementation Science*. v. 14, n. 18, 2019.

RAMOS, Luiz Roberto; MALTA, Deborah Carvalho; GOMES, Angélica de Oliveira; BRACCO, Mário M; FLORINDO, Alex Antonio; MIELKE, Grogore Iven. *et al.* Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. v. 8, n. 5, p. 837-844, 2014.

RECH, Cassiano Ricardo; CAMARGO, Edina Maria; ARAUJO, Pablo Antonio Bertasso; LOCH, Mathias Roberto; REIS, Rodrigo Siqueira. Perceived Barriers to Leisure-Time Physical Activity in the Brazilian Population. *Rev Bras Med Esporte*. v. 24, n. 4. p. 303-9, 2018.

REIS, Lígia Cardoso dos; JAIME, Patricia Constante. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. *Demetra*. v.14: e39140, p. 1-20, 2019.

REIS, Rodrigo Siqueira; HALLAL, Pedro C; PARRA, Diana C; RIBEIRO, Isabela C; BROWNSON, Michael Pratt; *et al.* Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. *Journal of Physical Activity and Health*. v. 7, p. 137-45, 2010.

RIBEIRO, Cezar Grontowski. Desenvolvimento e avaliação do Programa VAMOS 3.0 implementado na Atenção Primária à Saúde: atividade física e alimentação saudável. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2021.

RIBEIRO, Cezar Grontowski; KONRAD, Lisandra Maria; TOMICKI, Camila; ALMEIDA, Fabio Araujo; BRITO, Fabiana Almeida; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Evaluation of the teaching material of the “active life improving health” Program (VAMOS), version 3.0. e-revista LOGO. v. 10, n. 1, 2021.

RIBEIRO, Evelyn Helena Corgosinho; GARCIA, Leandro Martin Totaro; SALVADOR, Emanuel Péricles; COSTA, Evelyn Fabiana; ANDRADE, Douglas Roque; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; *et al.* Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. v. 51, n. 1, p. 51-56, 2017.

RITTI-DIAS, Rafael M; TRAPE, Átila Alexandre; FARAH, Breno Quitella; PETREÇA, Daniel Rogério; LEMOS, Emmanuely Correia; CARVALHO, Fábio Fortunato Brasil; *et al.* Atividade física para adultos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. v. 26: e0215, 2021. Doi: 10.12820/rbafs.26e0215.

RUBIO-VALERA, Maria; PONS-VIGUÉS, Mariona; MARTÍNES-ANDRÉS; MORENO-PERAL; BERENGUER, ANA; FERNÁNDEZ. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. *PLoS One*. v. 9, Issue 2, e. 89554, febr., 2014.

SANTOS, Sarya Giovana; PIRES, Rodrigo Otávio M. *Métodos e Técnicas de Pesquisa qualitativa aplicada a educação física*. Led– Florianópolis: Tribo da ilha, 2012.

SAUERS-FORD, Hadley S; GOLD, Jennifer M; STATILE, Angela M; TUBBS-COOLEY, Heather L; SIMMONS, Jeffrey M; SHAH, Samir S; *et al.* Improving recruitment and retention rates in a randomized controlled trial. *Pediatrics*. v. 139, n. 5: p. 1-10, 2017.

SCHNOHR, Peter; O’KEEFE, James H; LANGE, Peter; JANSEN, Gorm Boje; MAROTT, Jacob Louis. Impact of persistence and non-persistence in leisure time physical activity on coronary heart disease and all-cause mortality: The Copenhagen City Heart Study. *European Journal of Preventive Cardiology*. v.24, n. 15, p. 1615–23, 2017.

SCHWINGEL, Andiará; GÁLVEZ, Patricia; LINARES, Deborah; SEBASTIÃO, Emerson. Using a Mixed-Methods RE-AIM Framework to Evaluate Community Health Programs for Older Latinas. *J Aging Health*. v. 29, n. 4, p. 551-593, jun., 2017.

SECHRIST, Karen R.; WALKER, Susan Noble; PENDER Nola J. Development and Psychometric Evaluation of the Exercise Benefits/Barriers Scale. *Research in Nursing and Health*. v. 10, p. 357-365, 1987.

SHELTON, Rachel C; CHAMBERS, David A; GLASGOW, Russell E. An Extension of RE-AIM to Enhance Sustainability: Addressing Dynamic Context and Promoting Health Equity Over Time. *Front. Public Health*. v. 8, article 134, 2020.

SILVA, Diego Augusto Santos; NAGHAVI, Mohsen; DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; SOUZA, Maria de Fatima Marinho; MALTA, Deborah Carvalho. Physical inactivity as

risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. *Diabetol Metab Syndr.* v. 11, n. 23, 2019.

SILVA, Mônica Costa. *Instrumentos para medida de atividade física, alimentação e antropometria no programa vida ativa melhorando a saúde – vamos: opiniões dos especialistas e multiplicadores.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2017.

SOCOLOSKI, Thiego da Silva; RECH, Cassiano Ricardo; CORREA JUNIOR, Jaime Alves; LOPES, Rodrigo Meireles; HINO, Adriano Akira Ferreira; GUERRA, Paulo Henrique. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Rev. Bras Ativ Fís Saúde.* v. 26: e0208, 2021.

SOUZA, Paulo. Vitor; TOMICKI, Camila; KONRAD, Lisandra Maria; SANDRESCHI, Paula Fabricio; RIBEIRO, Cezar G; MACIEL, Elaine Cristina; *et al.* Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. *Rev. Bras. Ativ. Fís Saúde*, v. 25, p. 1-9, 2020.

SQUARCINI, Camila Fabiana Rossi; ROCHA, Saulo Vasconcelos; MUNARO, Hector Luiz Rodrigues; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; ALMEIDA, Fabio Araujo. Physical activity programs for elderly persons: an evaluation of Brazilian scientific production using the RE-AIM framework. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* v.18, n. 4, 2015.

STEWART, Anita L; MILLS, KM; SEPSIS, PG; KING, AC; MCLELLAN, BY; ROITZ, K; *et al.* Evaluation of champs, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine.* v. 19, n. 4, p. 353-361, 1997.

STONE, Alexander B; YUAN, Christina T; ROSEN, Michael A; GRANT, Michael C; BENISHEK, Lauren E; HANAHAN, Elizabeth C; *et al.* Barriers to and facilitators of implementing enhanced recovery pathways using an implementation framework: a systematic review. *JAMA.* v. 153, n. 3: p. 270-8, 2018.

STRIFLER, Lisa; CARDOSO, Roberta; MCGOWNA, Jessie; COGO, Elise; NINCIC, Vera; KHAN, Paul A; *et al.* Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited used. *J Clin Epidemiol.* v. 100: p. 92-102, 2018.

SULLIVAN, Alycia N.; LACHMAN, Margie E. Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the evidence for increasing Physical Activity. *Frontiers in Public Health.* v. 4, article 289, 2017.

TABAK, Rachel G; KHOONG, Elaine C; CHAMBERS, David A; BROWNSON, Ross C. Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 43, n. 3, p. 337-50, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.* v. 15: suppl 3, 2010.

TOMICKI, Camila; RECH, Cassiano Ricardo; KONRAD, Lisandra Maria; MACIEL, Elaine Cristina; ALMEIDA, Fábio Araújo; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Promoting healthy lifestyles in Brazil: design and method of - VAMOS Program- in public health system. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, v. 26: e0182. p. 1-5, 2021.

TOMICKI, Camila. Programa VAMOS na promoção da atividade física e alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: a influência da renda e do ambiente construído. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2021.

TONOSAKI, Lúcia Midori Damaceno; RECH, Cassiano Ricardo; MAZO, Giovane Zapellon; ANTUNES, Gabriel de Aguiar; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. v. 40, n. 2, p. 138-145, 2018.

TONOSAKI, Lúcia Midori Damaceno. Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS): Percepção dos Participantes Quanto à Saúde, Barreiras e Facilitadores. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2016.

TOOMEY, E; HARDEMAN, W; HANKONEN, N; BYRNE, M; MCSHARRY, J; MATVIENKO-SIKAR, K; et al. Focusing on fidelity: narrative review and recommendations for improving intervention fidelity within trials of health behaviour change interventions. *Health Psychol Behav Med*. v. 8, n. 1: p. 132-51, 2020.

VAZ, Diana Souza Santos; BENNEMANN, Rose Mari. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista UNINGÁ Review*. v.20, n. 1, p. 108-112, 2014.

WEN, Chi Pang; WAI, Jackson Pui Man; TSAI, Min Kuang; YANG, Yi Chen; CHENG, Ting Yuan David; LEE, Meng-Chih; et al. Minimum amount of physical Activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*. v. 378, issue 9798, p. 1244-53, 2011.

WIECKOWSKI, Jennifer; SIMMONS, June. Translating evidence-based physical activity interventions for frail elders. *Home Health Care Services Quarterly*. v. 25, n. 1/2: p. 75-94, 2006.

WILCOX, Sara; DOWDA, Marsha; WEGLEY, Stacy; ORY, Marcia O. Maintenance of change in the Active-for-Life initiative. *Am J Prev Med*. v.37, n. 6, p. 501-4, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, Switzerland, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva, Switzerland, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030: Versão Síntese Mais Pessoas Ativas para um Mundo Mais Saudável*. Geneva, Switzerland, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. 2020. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> > 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Activity.2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>>. Acesso em: 06 de jul de 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases. 2020b. Disponível em: < https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 >. Acesso em: 06 de jul de 2022

WOODCOCK, James; FRANCO, Oscar H; ORSINI, Nicola; ROBERTS, Ian. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol*. v. 40, p. 121-138, 2011.

ANEXO A – Roteiro de Entrevista profissionais da UBS**Nome do (a) entrevistado (a):** _____**Função:** _____**Local:**_____ **Data:**_____ **(a):****Entrevistador**

1. O que você pensa sobre o programa que foi implantado neste Centro de Saúde nos últimos quatro meses?
2. O programa modificou a rotina no Centro de Saúde? Em quê?
3. O que você apontaria como positivo pela implantação do programa?
4. O que você apontaria como negativo pela implantação do programa?
5. Dê uma nota, de 0 a 5, para a probabilidade de este programa fazer parte da rotina do serviço no seu Centro de Saúde – sendo 0 “zero” nenhuma probabilidade.
6. Você pensa que os profissionais que trabalham no Centro de Saúde têm condições de oferecer o programa regularmente? (Fazendo o treinamento). Você acha que estão preparados? Conseguem assumir os encontros e se fazem entender? Tem tempo?
7. Você recomendaria esse programa para os usuários?
8. Você percebeu que as explicações/treinamento que a profissional realizou foram suficientes para que os objetivos do programa fossem entendidos?
9. Pela experiência que você tem com os usuários dessa região, você pensa que eles irão aderir/aceitar/participar do programa caso ele fosse implementado novamente nesse Centro de Saúde?
10. Você percebeu mudanças (de comportamento, físicas, psicológicas, sociais etc.) das pessoas que participaram do programa?
11. Você percebeu mudanças (de comportamento, físicas, psicológicas, sociais etc.) na equipe de saúde durante a oferta do programa? Em quê? Por quê?

ANEXO B – Roteiro de Entrevista coordenador da UBS**Nome do (a) entrevistado(a):** _____**Função:** _____**Local:** _____**Data:** _____**Entrevistador (a):** _____

1. O que você pensa sobre o programa implantado nos Centros de Saúde?
2. O que você achou atrativo no programa?
3. O que você apontaria como positivo no programa?
4. O que você apontaria como negativo no programa?
5. Quais os benefícios do programa oferecido?
6. Houve reclamação sobre o programa? Qual?
7. O que você pensa sobre o custo do programa? Em torno de R\$ 300,00 o curso todo. Os encontros ministrados têm um custo maior (R\$ 150,00 mês).
8. Com a verba atual para este Centro de Saúde, o programa pode ser implementado? Será necessária verba adicional?
9. Para que o programa pudesse ser implantado em diferentes Centros de Saúde, alguma coisa precisaria ser modificada?
10. Você pensa que o(a) Secretário (a) de Saúde tem condições de oferecer o programa por longo tempo? () sim () não. Por quê?
11. Em sua atual forma, qual a probabilidade, de 0 a 5 - sendo 0 "zero" nenhuma chance, do programa ser implementado nos Centros de Saúde?
12. Você gostaria de fazer mais alguma consideração a respeito do programa sobre algo que não lhe foi perguntado?

ANEXO C – Roteiro de Entrevista multiplicadora**Nome do (a) entrevistado(a):** _____**Função:** _____**Local:** _____**Data:** _____**Entrevistador (a):** _____**Tempo de Atuação na ABS/NASF:** _____**Possui algum cargo adicional? Caso sim, qual?** _____

1. Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do programa VAMOS?
2. Na sua opinião, quais situações dificultaram a execução do programa VAMOS? (Pontos negativos)
3. Após aplicar o programa VAMOS, sua opinião sobre ele mudou? Como?
4. Você teve alguma dificuldade na adoção e implantação do programa VAMOS na UBS? Quais e por quê?
5. O que você mais gostou da sua experiência como multiplicador (a) do programa VAMOS?

ANEXO D – Roteiro Grupo Focal Multiplicadores**Nome do (a) entrevistado(a) 1** _____**Nome do (a) entrevistado(a) 2** _____**Nome do (a) entrevistado(a) 3** _____**Nome do (a) entrevistado(a) 4** _____**Data:** _____**Entrevistador (a):** _____

1. O que vocês acharam do programa VAMOS?
2. O treinamento que você realizou foi suficiente para ministrar as atividades do programa?
3. No programa de mudança de comportamento, o treinamento, e as lições estavam fáceis e claras para serem aplicadas?
4. O ambiente (luz, espaço, limpeza, claridade, materiais, ...) onde foi ministrado as atividades nestes três meses era adequado?
5. Os materiais fornecidos foram suficientes e adequados?
6. Da forma com que o programa está organizado, você pensa que os idosos entenderam/receberam corretamente a mensagem?
7. Vocês tiveram dificuldade de ministrar algum encontro do programa?
8. Os profissionais do Centro de Saúde foram flexíveis com relação ao seu horário de trabalho e auxiliam no programa?
9. Os horários de aplicação do programa VAMOS em relação ao seu horário de trabalho com a equipe foi bem aceito?
10. Como a coordenação do Centro de Saúde está vendo a sua implementação do programa?
11. Como foi o processo de divulgação do programa no Centro de Saúde?
12. O que vocês apontam como positivo no programa?
13. O que vocês apontam como negativo no programa?
14. O que você modificaria no programa?
15. Você percebeu mudanças (de comportamento, físicas, psicológicas, sociais, etc.) dos participantes do programa?
16. Você gostaria de ministrar este programa por longo tempo?
17. Você gostaria de fazer mais alguma consideração a respeito do programa sobre algo que não lhe foi perguntado?

ANEXO E – Checklist da Implementação
CHECK-LIST PARA OBSERVAÇÕES NO PROGRAMA VAMOS

FATORES AMBIENTAIS	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/> O ambiente era adequado. <input type="checkbox"/> A sessão foi realizada no local destinado/combinado anteriormente. <input type="checkbox"/> A sessão foi realizada no Centro de Saúde. Se não, por quê: O Centro de Saúde não tinha espaço suficiente para atender todos os participantes. <input type="checkbox"/> O ambiente foi preparado adequadamente. <input type="checkbox"/> O multiplicador estava bem-humorado. <input type="checkbox"/> O multiplicador demonstrou domínio do grupo. <input type="checkbox"/> O multiplicador demonstrou conhecimento do conteúdo. <input type="checkbox"/> O multiplicador variou a forma de apresentação dos conteúdos. <input type="checkbox"/> Havia alguém da instituição/CS além do multiplicador que iria ministrar o conteúdo. <input type="checkbox"/> O multiplicador estava motivado e apresentava o conteúdo com entusiasmo. <input type="checkbox"/> O multiplicador apresentou o objetivo daquela sessão no início das atividades. <input type="checkbox"/> O multiplicador colocou os resultados esperados para aquela semana. <input type="checkbox"/> O multiplicador passou claramente as atividades (tarefas) para a próxima semana. <input type="checkbox"/> O ambiente era aconchegante.	Data: Local: Início: Final: Duração:
FATORES PESSOAIS - MULTIPLICADOR	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/> O multiplicador estava presente 10 minutos antes do horário programado para começar as atividades. <input type="checkbox"/> O multiplicador trouxe todo o material necessário para a atividade. <input type="checkbox"/> O multiplicador demonstrou conhecimento do programa e do assunto a ser abordado no dia. <input type="checkbox"/> O multiplicador colocou no início das atividades a proposta e objetivo para aquele dia. <input type="checkbox"/> O multiplicador cobrou as tarefas ou atividades da semana anterior. <input type="checkbox"/> O multiplicador escutou os participantes e soube cortar com cautela quando necessário. <input type="checkbox"/> O multiplicador respondeu de forma clara os questionamentos dos participantes. <input type="checkbox"/> O multiplicador colocou o horário de atendimento em sua sala durante a semana. <input type="checkbox"/> O multiplicador ligou para algum participante durante aquela semana principalmente para os que faltaram na semana anterior. <input type="checkbox"/> O encontro teve consistência (começo, meio e fim) .	
FATORES PESSOAIS – PARTICIPANTE	OBSERVAÇÕES

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Os participantes chegaram no horário.<input type="checkbox"/> Os participantes conversaram entre eles antes da atividade começar.<input type="checkbox"/> O multiplicador deu algum incentivo para os participantes. Se sim, qual foi a forma encontrada para distribuir os incentivos.<input type="checkbox"/> Os participantes falaram sobre as atividades realizadas durante a semana.<input type="checkbox"/> Os participantes participaram de forma ativa.<input type="checkbox"/> A sessão foi realizada dentro do horário previsto (2 horas).<input type="checkbox"/> Os participantes comentaram algum progresso de mudança de hábitos naquela semana.<input type="checkbox"/> Os participantes estavam motivados.<input type="checkbox"/> Outros aspectos relevantes observados.	Frequência:
--	--------------------

Por favor marque com "X" quando atendeu completamente; não marque nada quando não atendeu e N/A para não se aplica.

ANEXO F – Roteiro Diário de Campo**Relato do encontro** ____**Encontro:** ____ (livreto): ____ **Turma:** ____ **Local:** ____ **Data:** __/__/__

Relato

Diário de Campo realizado por _____

ANEXO G – Lista de Frequência Final

Nº	Nome completo	Data Encontro

Total que iniciaram o programa VAMOS - __ participantes

■ Total de concluintes - __ participantes

■ Total de desistentes - __ participantes

APENDICE A- Matriz de análise

Determinantes		Constructos	Pressupostos	Processos	Subcategoria/Subprocessos	Nós criados		
						Barreiras	Facilitadores	
Ambiental	Selecionado							
	Construído							
	Imposto							
Pessoal	Agência	Psicológicos	Determinismo recíproco					
			Expectativa de resultados		Autoavaliação			
			Autoeficácia	Cognitivo Motivacional Afetivo Escolha	Pessoal (pessoal)			
		Aprendizagem por observação	Modelação	Efeito modelador Efeito inibitório e desinibitório Efeito de facilitação da resposta		Coletiva (equipe- social)		
						Atenção		
						Redução		
						Produção		
			Motivação					
Comportamental		Autorregulação	Motivação	Biológica Social Cognitiva	Auto-observação			
		Autorregulação do comportamento Moral	Desengajamento moral	Reconstrução de sua ação	Julgamento			
					Autorreações			
						Justificativa Moral		
				Distorção do agente da ação	Difusão de responsabilidade	Comparação Vantajosa		
						Linguagem eufemística		
						Deslocamento de		
						Difusão de responsabilidade		
		Distorção das conseqüências	Distorção das conseqüências					
			Desumanização					

				Visão da vítima distorcida	Atribuição de culpa		
--	--	--	--	-------------------------------	---------------------	--	--