

Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados

Program “VAMOS” (Active Living, Enhancing Health): from conception to initial findings

Tânia Rosane Bertoldo Benedetti¹

Andiara Schwingel²

Luiz Salomão Ribas Gomez³

Wojtek Chodzko-Zajko²

Resumo – Apesar do aumento nos incentivos públicos voltados à promoção de um estilo de vida ativo entre os brasileiros, o perfil de inatividade física da população é preocupante. Neste sentido, desenvolvemos uma nova estratégia de intervenção na comunidade por meio do programa “VAMOS: Vida Ativa Melhorando a Saúde”. Neste artigo, serão discutidos informações referentes à concepção, à criação do nome, ao logotipo, à tradução, às adaptações culturais, às estratégias de avaliação do programa e aos primeiros resultados obtidos no estudo piloto conduzido entre idosos em Centros de Saúde (CS) de Florianópolis. Participaram do estudo 100 idosos cadastrados em seis CS. Os idosos foram direcionados aleatoriamente a participarem de um dos três grupos do estudo: “VAMOS” (n=33), atividade física “tradicional” (n=35), e grupo controle (n=32). “VAMOS” é um programa educacional de mudança de comportamento que consiste em 12 encontros. Baseado no programa norte-americano “Active Living Every Day”, o “VAMOS” foi traduzido e adaptado culturalmente à realidade brasileira. Vários ajustes foram realizados à versão original americana do programa, especialmente, nos conteúdos de leitura, preenchimento do material, tamanho e dificuldade de compreensão de algumas sessões. O estudo piloto apontou uma aceitação muito boa ao programa “VAMOS”, por parte dos idosos. Entrevistas com gestores e profissionais dos centros de saúde apontaram a viabilidade e o interesse deles em oferecer o “VAMOS” à comunidade como atividade rotineira da rede de saúde pública. Conclui-se que o “VAMOS” tem potencial de uso para a população brasileira, embora seja necessário alguns ajustes para sua utilização com outras faixas etárias e nas diferentes regiões do Brasil.

Palavras-chave: Programa de atividade física; Centros de saúde; Idosos; Mudança de comportamento.

Abstract – Despite increased governmental efforts towards promoting healthy and active lifestyles among Brazilians, physical inactivity is a serious concern in the population. Therefore, we developed a new approach to community interventions for the promotion of physical activity called “Project VAMOS: Active Living, Enhancing Health”. In this article we review information about the conception of the program, as well as name, brand, and logo development. We discuss issues related to translation and cultural adaptation, evaluation strategies, and we review lessons learned from the pilot phase of the project that involved older adults and public health centers (CS) in Florianópolis. One hundred older adults registered in six CS participated in the pilot study. They were randomly assigned into three different groups: “VAMOS” (n=33), traditional physical activity classes (n=35), and a control group (n=32). “VAMOS” is an educational program based on behavioral change principles that consists of 12 meetings. Based on an American evidence-based program (“Active Living Every Day”), “VAMOS” was translated and culturally adapted to the Brazilian context. A number of adjustments were made to the original American version of the program prior to conducting the pilot study. For example, the content of the lessons and homework were revised, we shortened the length of the lessons, as well as lowered the complexity of some of the materials. The results of the pilot study suggest that there was broad acceptance of the “VAMOS” program by the older adult participants. Also, interviews with administrative staff and health professionals working for the CS indicated a possibility and interest to continue to offer “VAMOS” as part of their regular programming for the community. In summary, “VAMOS” has great potential to be used with the Brazilian population. Adjustments are necessary for its utilization with other age groups and across different regions in Brazil.

Key words: Behavioral change; Older adult; Physical activity program; Public health centers.

1 Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Educação Física, Centro de Desportos. Florianópolis, Brasil.

2 University of Illinois at Urbana-Champaign. Department of Kinesiology and Community Health. Champaign, USA.

3 Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Expressão Gráfica, Centro de Comunicação e Expressão. Florianópolis, Brasil.

Recebido em 09/07/12
Revisado em 16/09/12
Aprovado em 26/09/12



Licença
Creative Commons

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo apresentar o programa de mudança de comportamento denominado “VAMOS” (*Vida Ativa Melhorando a Saúde*). Serão discutidas informações importantes referentes à concepção, à criação do nome, ao logotipo, à tradução, às adaptações culturais, às estratégias de avaliação do programa e aos primeiros resultados obtidos no estudo piloto. O programa “VAMOS” foi oferecido à comunidade por meio dos Centros de Saúde e foi ministrado por profissionais de Educação Física desses Centros. Assim, propõe-se compreender melhor as vantagens e desvantagens da implantação de um programa de atividade física inédito no Brasil (mudança de comportamento), utilizando um sistema sustentável (Centros de Saúde).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Concepção do programa

O programa “VAMOS” nasceu devido a discussões dos autores deste artigo sobre a importância da atividade física (AF) na vida dos brasileiros, ao mesmo tempo que foi observado a preocupante estatística referente à baixa participação em AF. Além disso, houve discussões entre o grupo acerca do reconhecimento da área da AF por parte dos pesquisadores e órgãos financiadores brasileiros, que refletem vários investimentos que têm sido feito em programas de promoção de AF nos últimos anos. Na busca por soluções alternativas e criativas para o problema da inatividade física, identificou-se uma proposta ainda pouco explorada no Brasil – a utilização de técnicas de mudança comportamental na promoção de AF. Esta sessão do artigo descreve os fatos e o entendimento científico que fundamentaram o programa “VAMOS”.

A opção por um estilo de vida saudável, como a prática regular de exercícios ou atividades físicas, está cientificamente comprovada como uma estratégia efetiva na prevenção e no controle de várias doenças crônicas e diminui o elevado custo ao sistema público de saúde. Desde 2006, observa-se um aumento nos incentivos governamentais por meio de recursos econômicos, para viabilizar novos projetos como os financiados pelo Governo Federal do Brasil por meio do Ministério da Saúde e na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁻³.

Entre as iniciativas de promoção de um estilo de vida ativo à população destacam-se a “Academia da Cidade”, de Recife⁴, “Academia da Cidade”, de Aracajú⁵, “Curitiba Ativa”, em Curitiba⁶ e “Floripa Ativa” em Florianópolis⁷.

Apesar do aumento nos incentivos públicos voltados à promoção de um estilo de vida ativo entre os brasileiros, o perfil de atividade física da população idosa ainda está distante do recomendado. Segundo dados do Vigitel, em 2011, 22,2% dos idosos acima de 65 anos utilizaram seu tempo de lazer com atividades físicas, e 32,3% foram considerados inativos³.

Nesta última década, a grande preocupação da saúde pública parece

estar no combate à inatividade física. Os estudos realizados na área de AF buscam compreender as melhores formas de promover um estilo de vida ativo à população. Mesmo ainda distantes de chegar a um senso comum, pesquisadores apontam as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de iniciativas, sejam elas por meio de exercícios físicos “tradicionais”, campanhas públicas na mídia, ou de mudança de comportamento.

Os programas “tradicionais” de AF apresentam semelhante característica, ou seja, atividades físicas por meio de aulas estruturadas e ministradas por professores ou estagiários de Educação Física, incluindo aulas de ginástica, hidroginástica, natação, voleibol, yoga, musculação, dança, entre outras. A duração semanal varia de duas a três horas⁸. Esses programas apresentam algumas limitações. Um crítico aspecto está no seu limitado alcance, pois um percentual pequeno da população é beneficiado com esta iniciativa pública. O alto custo dos programas de exercício físico para as prefeituras ou estados muitas vezes restringe sua ampliação (ex. a falta de espaços adequados ou de profissionais para ministrar as aulas). Infelizmente, por meio deste modelo de programa não conseguimos despertar o interesse da maioria dos idosos sobre a importância da prática da atividade física e nem alcançamos uma alta taxa de retenção.

De fato, muitos pesquisadores da área de AF estão adaptando suas propostas iniciais e estão adotando recomendações de AF mais simples, flexíveis e menos estruturadas. Em razão disso, incluem atividades que possam ser incorporadas no dia a dia das pessoas, ou seja, estão buscando com que elas adotem uma vida mais ativa^{9,10}. De fato, fazer alguma atividade física é melhor do que viver sedentário e, quanto mais atividade física, melhor será para o indivíduo⁹. Estudos recentes mostram que mesmo as atividades físicas leves e moderadas promovem inúmeros benefícios à saúde e devem ser incentivadas².

Com o objetivo de complementar as formas “tradicionais” de programas de exercício físico, citadas anteriormente, vários estudos apontam para a importância de ensinar às pessoas técnicas comportamentais para uma vida ativa¹¹. Os programas de mudança comportamental ensinam conhecimentos importantes para que as pessoas adotem e mantenham hábitos ativos por longos períodos de tempo¹². Entre eles, destacamos o entendimento do porquê fazer atividade física e de qual atividade física é mais adequada, a fim de romper as barreiras que impedem sua prática contínua e sustentável. Utilizados também em outras áreas críticas de estilo de vida, como no combate ao fumo e adoção de uma alimentação saudável, os programas de mudança comportamental são fundamentados em várias teorias, como a sócio-cognitiva¹³, do equilíbrio de decisão¹⁴, ecológica¹⁵, entre outras.

Conforme os estudos indicam, esta área é pouco explorada no Brasil. Observa-se que vários países desenvolvidos (ex. Estados Unidos, Canadá e Inglaterra) estão adotando cada vez mais formas alternativas de promoção de atividade física, com impacto na saúde pública, por meio de programas comportamentais baseados em evidência na comunidade. Os resultados de

pesquisa demonstram que esses programas são simples, eficazes, replicáveis e baratos¹⁶. Alguns estudos realizados nos Estados Unidos apontam que programas de mudança comportamental apresentam melhor relação custo-benefício quando comparados aos programas “tradicionais” de exercícios físicos¹⁷, mas ambos são efetivos na promoção de benefícios à saúde¹⁸. O “*Active Living Every Day*” (ALED)¹⁹ é um exemplo de programa que segue a proposta de mudança de comportamento e demonstrou permanência de 70% dos participantes em um estilo de vida mais ativo após um ano do término da sua aplicação^{16,19}. Sendo assim, adotou-se tal programa como base para o “VAMOS”.

O ALED, em si, prevê reuniões semanais para mudança de comportamento, composto por 12 sessões, com duração de uma hora e trinta minutos a duas horas cada. As sessões seguem um roteiro de assuntos relacionados à mudança de comportamento para que as pessoas adotem um estilo de vida mais ativo. Em cada encontro, existe uma meta a ser atingida, indicada conforme os seguintes títulos referentes às sessões do livro-texto.

- Encontro 1. Prepare, decida e faça.
- Encontro 2. Encontrando novas oportunidades.
- Encontro 3. Superando desafios.
- Encontro 4. Estabelecendo metas e recompensas.
- Encontro 5. Ganhando confiança.
- Encontro 6. Atraindo Apoio.
- Encontro 7. Evitando Dificuldades/obstáculos.
- Encontro 8. Passo-a-passo.
- Encontro 9. Neutralizando o Stress.
- Encontro 10. Encontrando novos caminhos para ser ativo.
- Encontro 11. Planejamento positivo.
- Encontro 12. Fazendo mudanças duradouras.

Inicialmente, realizamos um contrato com a empresa que possui os direitos autorais do programa (Human Kinetics®) para sua utilização no Brasil. Para utilizar e ministrar o programa foi necessário um treinamento. Durante o treinamento, foram oferecidas oficinas para liderança de sessões de instrução, com aprendizagem de técnicas específicas do programa necessárias para instrumentalizar quem vai atuar como facilitador do programa. Após o treinamento, foi realizada uma prova de conhecimentos adquiridos. Tanto a licença para adaptar o programa ALED ao Brasil, como o treinamento, requereu um pagamento das taxas para a empresa Human Kinetics por direito de uso.

Criação do nome e logotipo

Algumas reuniões apontaram que, para tornar o material didático mais atraente, era necessário realizar parceria com especialistas na área de design gráfico, o que ocorreu por meio da equipe do Laboratório de Orientação da Gênese Organizacional – LOGO da Universidade Federal de Santa Ca-

tarina (UFSC). Sendo assim, o grupo LOGO definiu estratégias de marca do projeto, utilizando a metodologia “BRAND DNA PROCESS”²⁰ cujo o objetivo é obter resultados efetivos de aplicação do programa. Ter uma marca forte foi fundamental para melhorar a apresentação e interpretação do projeto. Esta metodologia do “BRAND DNA PROCESS” é totalmente cocriativa e desde sua primeira etapa contou com a participação efetiva dos idosos, gestores da saúde pública municipal e professores de educação física vinculados ao programa de pós-graduação da UFSC e ao GEAFI (Grupo de estudos de atividades físicas para idosos), entre outros atores técnicos. Desta forma, foi construído um grupo de interessados coeso e envolvido com o projeto.

A aplicação do “BRAND DNA PROCESS” contribuiu para a definição do DNA da marca (figura 1), do posicionamento e do referencial visual do programa. Foi definido o nome e o logotipo, além da estratégia de diagramação e apresentação gráfica do material ²⁰. Como resultado, a partir da ideia inicial (“VIA: Vida Ativa”) adquiriu-se o nome “VAMOS: Vida Ativa Melhorando a Saúde”, que está como logotipo apresentado na figura 2.



Figura 1. DNA final do programa VAMOS



Figura 2. Logotipo programa VAMOS

A equipe do LOGO acrescentou títulos e sugestões para todos os encontros do “VAMOS”. Assim, o primeiro capítulo ficou denominado **Vamos preparar, decidir e fazer?** E assim sucessivamente, conforme anteriormente já descrito. Após oito meses de intenso trabalho, o material ficou pronto para ser testado no estudo piloto.

Tradução e adaptações culturais

O material originalmente em inglês foi traduzido para o português e adequado conforme a cultura local, seguindo os passos abaixo:

- 1) Tradução do material realizado por um tradutor bilingue (inglês/português);
- 2) Leitura do material e ajuste à cultura brasileira. Nesta fase do projeto, o conteúdo específico à cultura americana foi revisado e modificado, como por exemplo: textos que faziam referência ao futebol americano foi trocado por futebol. Também foram revisados alguns casos que não eram compatíveis com a realidade brasileira;
- 3) Entrevistas. Foram realizadas dez entrevistas com idosos de Florianópolis a fim de testar o material que foi traduzido e adaptado culturalmente. Os idosos leram o material e fizeram sugestões importantes a fim de melhorar o programa (por exemplo, apontaram algumas frases que não estavam claras);
- 4) Grupos focais. Após as entrevistas, a equipe de pesquisa realizou alguns ajustes no programa. O programa passou por um segundo teste, no qual foram realizados quatro grupos focais, envolvendo outros idosos para mais uma rodada de sugestões e revisões.
- 5) O material foi revisado mais uma vez e a versão final estava pronta para ser testada no estudo piloto.

Estratégias de avaliação do programa

Outro fator muito importante a ser considerado na área de atividade física e saúde pública é a forma como os programas são avaliados. Grandes achados sobre os efeitos dos programas nos diversos parâmetros fisiológicos, psicológicos e sociais originam-se de experimentos aleatoriamente controlados. Ou seja, pesquisas cuidadosamente planejadas e coordenadas por especialistas. Esta forma de avaliação apresenta limitações quando se busca entender a implementação de programas no contexto sustentável, na comunidade, em um ambiente muito mais complexo e dinâmico. Uma forma muito comum de avaliar o sucesso de programas está na análise quase que exclusiva da eficácia, ou seja, a comparação entre o pré e pós-teste dos praticantes dos programas²¹. A importância de avaliar diferentes aspectos que influenciam o sucesso de um programa aplicado “no mundo real” e com metodologias mais abrangentes tem despertado o interesse de pesquisadores da área de saúde pública²². O “RE-AIM”, é um exemplo! Esta ferramenta foi desenvolvida para avaliar o efeito de programas nos níveis individuais (população alvo) e institucionais/ organizacionais (provedor do programa)²³. Desta forma, a avaliação por meio do “RE-AIM” proporciona um entendimento abrangente do impacto de programas em áreas como: alcance, eficácia, adoção, implementação e manutenção. Esta avaliação possibilita obter informações sobre o planejamento e a implementação de estratégias que maximizem o alcance e a sustentabilidade e fornece condi-

ções aos profissionais de saúde pública, comunidade e pesquisadores para avaliação de intervenção em ambiente construído²⁴. Neste artigo estaremos explorando alguns aspectos relacionados a adoção do programa “VAMOS”.

Estudo piloto

O estudo piloto foi aplicado nos Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para melhor gerenciar a rede de saúde no município criou, em junho de 2002, cinco distritos sanitários, nas diferentes regiões da cidade, que são chamados de regionais. Os distritos sanitários são compostos por vários Centros de Saúde (CS) responsáveis pelo atendimento da população residente naquela localidade.

Atualmente, são 50 Centros de Saúde distribuídos no distrito Centro (05 CS), Continente (12 CS), Leste (09 CS), Norte (11 CS) e Sul (13 CS)²⁵. Para definir quais os centros de saúde que participariam do estudo piloto foi aplicada a metodologia com recrutamento organizacional e individual.

Recrutamento organizacional

Nesta etapa, decidiu-se que o estudo seria aplicado apenas nos CS que fossem aceitos por todos os integrantes, em uma escala hierárquica, desde a Secretaria Municipal de Saúde até a Equipe de cada CS. Este período de negociações envolveu os seguintes passos:

- 1) O estudo foi apresentado à Secretaria de Saúde do Município que aprovou que o “VAMOS” fosse ministrado em seus CS. Na Secretaria Municipal de Saúde, o programa foi aprovado pela gerência de projetos e pela coordenação do NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) a qual os profissionais de Educação Física que atuam na Secretaria de Saúde estão subordinados. Optamos por utilizar os distritos que não tivessem nenhum programa de atividade ou exercício físico implantado. Em todos os distritos haviam CS com potencial para participar do estudo.
- 2) O próximo passo foi apresentar o programa às coordenadoras dos cinco distritos, dentre os quais o distrito Centro relatou a impossibilidade de participar do projeto por já participar de outra pesquisa do Ministério da Saúde. Sendo assim, continuamos o estudo com quatro distritos.
- 3) Em seguida, foi apresentado o programa às seis profissionais de Educação Física que atuam nos distritos. Duas profissionais demonstraram interesse e aceitaram participar do estudo. Alguns motivos que levaram as outras profissionais a não se envolverem com o projeto foram: afastamento por motivo de saúde e acúmulo de atividades existentes. Portanto, trabalhamos em parceria com duas profissionais de Educação Física que fazem parte do quadro da Secretaria de Saúde, em dois distritos da cidade.
- 4) As duas profissionais de Educação Física que tiveram interesse em participar do estudo fizeram um levantamento, em seus distritos, de

três locais que atendessem os requisitos para implantação do programa. Assim, foram selecionados seis CS que preenchiam os requisitos para os quais foram apresentados a proposta de estudo. Após a apresentação da proposta, os profissionais da equipe de saúde eram questionados sobre o interesse em participar do estudo. Discussões e esclarecimentos foram realizados às equipes de saúde. Todos os CS selecionados aceitaram participar.

- 5) Em seguida, foi realizado o sorteio em cada regional para randomizar o programa, onde foram selecionados três CS, sendo um para implantar o programa “tradicional” de atividades físicas, o segundo de mudança de comportamento (“VAMOS”) e em outro, o grupo controle. Para definir em qual CS seria implantado cada tipo, foi realizado um sorteio na regional.
- 6) Definidos os lugares de atuação e o tipo de programa, as profissionais de Educação Física foram substituídas em suas atividades rotineiras de trabalho por alunos de mestrado e doutorado da UFSC, em 20 horas semanais. As profissionais ficaram à disposição do estudo para testar a proposta em condições reais de campo devido ao conhecimento das equipes de saúde em que estavam inseridas no sistema público municipal. Elas realizaram dois dias de treinamento com a equipe de pesquisa da UFSC e submeteram aos exames necessários para sua certificação. Ao final do treinamento, as duas profissionais estavam aptas para atuarem tanto no grupo “tradicional”, quanto no programa “VAMOS”. Em seguida, junto com as equipes de saúde, foram desenvolvidas estratégias de divulgação para atingir a população de idosos afiliada em cada centro de saúde.

Recrutamento individual

Foram utilizadas diferentes estratégias de divulgação sugeridas pela equipe de saúde e pelos pesquisadores: cartazes afixados nos centros de saúde e nos locais visíveis e de grande acesso próximos a cada centro de saúde; distribuição de *flyers* nos centros de saúde e em locais estratégicos; convite dos médicos aos idosos durante as consultas; divulgação e convite por meio dos agentes de saúde nas residências dos idosos; nas igrejas próximas ao centro de saúde.

Os idosos foram convidados a participar de uma reunião inicial, na qual foi explicada a pesquisa. As reuniões foram agendadas por grupos, conforme o sorteio ocorrido em nível de distrito. Nesta ocasião, também foram aplicadas questões sobre condições de saúde e prática cotidiana de atividade física, etc. Os critérios de inclusão dos participantes foram: não serem severamente debilitadas física e/ou mental e que, durante os últimos seis meses, não tenham participado de grupos de atividades físicas e que têm interesse em participar da pesquisa por um ano e dos grupos de intervenção ou controle durante três meses. Os idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão, foram convidados a participar do estudo, e aceitando, eram informados sobre procedimentos éticos do estudo, assinando o “Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), conforme aprovado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (processo CONEP n. 480560 e CEPESH n. 2387/2010).

Após a apresentação da pesquisa, foi agendado um momento para realizar a coleta de dados (pré-teste) e explicação detalhada do programa.

A amostra final foi composta por 100 idosos recrutados nos 6 CS, que foram direcionados para um dos três grupos previstos no protocolo da pesquisa: grupo de exercícios físicos denominado de “tradicional”; grupo de mudança de comportamento: “VAMOS”; ou grupo controle.

Avaliações: testes físicos, questionários e grupos focais

Até o momento, o programa (três meses) foi ministrado e duas etapas de avaliação (pré e pós) foram realizadas. Posteriormente, serão realizadas mais duas avaliações, nos momentos de seis meses e um ano, após início do programa, com o objetivo de verificar a aderência à proposta. O término do estudo está previsto para Maio de 2013.

Os testes utilizados para a avaliação foram: (1) capacidade funcional “Fullerton test”²⁶, (2) medidas antropométricas (estatura, massa corporal, circunferências de cintura e quadril), (3) nível de atividade física (acelerometria, Actigraph GT3X) e (4) questionários (qualidade de vida, escala de depressão, escala de sono, auto eficácia) antes e após três meses das intervenções.

Qualitativamente, várias observações foram realizadas durante todo o processo de intervenção do estudo nos centros de saúde. Nos grupos focais, com as profissionais que aplicaram o programa, foi discutida cada etapa, sendo a primeira após quatro semanas, a segunda após oito semanas e a última, ao término da intervenção. No final da intervenção, foi realizado um grupo focal com os idosos de cada centro de saúde com questões específicas do conteúdo ministrado.

O foco deste artigo está em reportar alguns resultados obtidos no programa “VAMOS” por meio das entrevistas e grupos focais realizados.

Início do programa “VAMOS”

Iniciou-se o programa em dois centros de saúde os quais foram denominados de grupo 1 e grupo 2.

- Características do Grupo 1: Uma comunidade local basicamente açoriana, os idosos tinham baixo nível de escolaridade. A média de idade era de 71,47 anos (DP 7,86) e inicialmente, eram 20 idosos, sendo apenas dois homens. Após os testes iniciais (um mês depois do primeiro encontro), foi decidido que os encontros aconteceriam nas tardes de terças-feiras, das 14h30min as 16h30min, no salão paroquial da igreja, devido a falta de espaço no CS para as reuniões. Alguns idosos deixaram de participar porque, neste dia, não poderiam comparecer às reuniões. Sendo assim, estiveram presentes na primeira reunião do programa 16 idosos. Neste local, muitos idosos faltaram durante a intervenção,

embora as faltas não tenham sido consecutivas (motivo para exclusão do programa). Terminamos o programa com oito idosos.

- Características do Grupo 2: Uma comunidade com idosos de diversos locais do Brasil, com escolaridade mais alta. A média de idade foi de 70,08 anos (DP 5,77). Inicialmente, eram 17 idosos, sendo 04 homens. Após os testes iniciais, foi decidido que os encontros aconteceriam nas terças feiras pela manhã, das 8.30 as 10.30 horas, no auditório do CS. Um idoso desistiu porque não poderia comparecer neste dia, outros porque pensavam que o programa seria por meio de aulas práticas (02). Neste local, houve algumas desistências iniciais por problemas de saúde, de relacionamentos pessoais, mas 11 idosos foram assíduos (4 homens) e terminaram o programa com êxito.

RESULTADOS

Preliminares

Os idosos e profissionais de Educação Física foram unânimes em afirmar que o programa foi de grande valia para suas vidas e mudaram os seus comportamentos, adotando uma vida mais ativa. Como disse um idoso participante do estudo:

... *“se eu tivesse descobrido isto antes eu só procuraria o postinho daqui (referindo ao centro de saúde) a 10 anos”* ... (idoso participante do estudo: C.).

Foram apontados diferentes fatores que contribuíram para tal mudança, mas o entendimento do quanto é necessário fazer de atividade física para obter benefícios à saúde foi um ponto que marcou ambos os grupos. Outro idoso reportou que

... *“eu não sabia que deveria fazer exercício em uma intensidade tão elevada (referindo-se a moderada)”* ... (idoso participante do estudo: T.).

Os idosos, antes do programa, achavam que eram fisicamente ativos e perceberam que não eram, quando usaram o acelerômetro durante 7 dias (a partir dos resultados). Um fato marcante foi quando usaram o pedômetro que foi doado pelo programa de mudança de comportamento e verificaram a dificuldade de atingir o número de passos recomendados por dia (8.000 a 10.000 passos).

.. *“eu me achava ativa ajudava na construção lá em casa e achava que era suficiente porque eu cansava, mas a noite isto aqui só deu 4.000 passos”* ... (idoso participante do estudo: N.).

O momento do café, realizado no final de cada sessão, foi apontado como de extrema importância, por fazer parte da socialização entre os membros do grupo.

...*“É o momento que conversamos”* ... (idoso participante do estudo: O.).

Os brindes sugeridos pelo programa não foram mencionados por nenhum idoso durante as entrevistas, ao que parece não são importantes, nem necessários, mas por outro lado, a doação dos pedômetros foi um marco no programa. Os idosos e profissionais de saúde dos CS apontaram que foi neste momento que todas as lições anteriores tiveram sentido.

...“*Eles ficaram muito animados (referindo-se ao pedômetro)*”... (profissional de educação física instrutor do programa: PEF1).

...“*Vi que não faço nada*”...(idoso participante do estudo: M1.).

Os idosos, os profissionais de educação física que ministraram o programa e os profissionais da equipe de saúde apontaram que o programa não deve se limitar apenas aos idosos, e que pessoas adultas devem fazer o mais cedo possível para mudarem seus hábitos de vida.

...“*o que adianta aprender quando já estou cheio de doença, tinha que ter aprendido antes*...”(idoso participante do estudo: T.).

...“*isto deveria começar mais cedo*”...(idoso participante do estudo: C.).

Segundo eles, quanto mais cedo começarem a se exercitar menor serão os gastos com as doenças quando idosos e serão independentes por mais tempo. Este fato também foi relatado pela Gerência de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e que o programa deve ser aplicado, inclusive, na escola, para que os alunos mudem seus hábitos. As agentes de saúde e profissionais da equipe de saúde apontaram que eles também deveriam fazer o programa.

...“*Nós devemos começar a fazer o programa*”... (agente de saúde: ASI).

...“*Seria bom se a equipe pudesse fazer o programa*”... (agente de saúde: PS2).

Além disso, questões como falta de espaço para fazer atividades físicas, falta de segurança para andar a noite, ruas sem calçadas, sem iluminação também foram levantadas. Aliado a isto, foi apontado que seus netos ficam horas em frente à televisão, ao video-game, ao computador, que seus filhos não fazem atividades físicas e que estão mergulhados no mundo do trabalho...

...“*meu neto não larga aquela porcaria o dia inteiro (referindo-se ao computador)*”... (idoso participante do estudo: O.).

...“*Convidei meu filho para caminhar comigo .. ele anda tão cansado*” (idoso participante do estudo: C.).

As profissionais de Educação Física que aplicaram o programa pensam que este é o caminho na saúde pública.

...“*Isto foi o que sempre esperei da Educação Física*”... (profissional de educação física instrutor do programa: PEF1).

...“*O programa é maravilhoso*”... (profissional de educação física instrutor: PEF2).

As professoras do programa apontam a importância deste tipo de programa, mas ao mesmo tempo, apresentam preocupação, porque o programa não pode ser trabalhado da forma original.

...“*Os nossos idosos não gostam de ler, tem que ser modificado (referindo-se aos conteúdos teóricos do programa)*”... (profissional de educação física instrutor do programa: PEF1.)

...“*As aulas não podem ser tão teóricas*”... (profissional de educação física instrutor do programa: PEF2).

As falas demonstraram a importância de repensar o programa. As profissionais sugerem que os encontros sejam preparados de forma mais dinâmica para melhor aproveitamento do conteúdo.

...“*Os temas são interessantes, mas não dá para ficar sentado discutindo*”... (profissional de educação física instrutor do programa: PEF1).

...*“Elas não aguentam”*... (referindo-se aos idosos e ao tempo que passam sentado durante as sessões) (profissional de educação física instrutor do programa: PEF2).

Cada aula tem diferentes formas de se trabalhar, dependendo do público que participa, esta foi a síntese das profissionais de Educação Física que ministraram o programa. Elas estudavam a aula, preparavam e muitas vezes, discutiam com os autores deste estudo de que forma poderiam passar determinado conteúdo porque, no formato apresentado no estudo, os idosos não iriam entender e alguns temas eram difíceis. Foram realizados ajustes em todas as aulas, mas os conteúdos dos encontros foram mantidos no formato original do ALED de leitura e preenchimento do material. Este fato também apresentou problemas devido à baixa escolaridade da maioria dos idosos, o que demandou mais tempo no seu preenchimento porque dependia de colegas ou agentes de saúde ajudar o seu colega.

Os gestores disseram que não houve nenhum problema durante a implantação e que foi elogiada a organização do estudo.

...*“Só chegou notícias boas do programa”*... (Gestor 1).

Mas, por outro lado, apontam a sobrecarga das equipes de saúde. E afirmam que para a implantação na rede de saúde seria necessário uma organização com antecedência da equipe e da secretaria, embora seja viável a sua aplicação na rede de saúde do município. Quando questionado sobre o financiamento do programa, os gestores apontaram que se o programa é bom sempre se consegue financiamento.

Ainda, os grupos de mudança de comportamento apontaram problemas em cinco sessões. Dentre eles: algumas sessões extremamente extensas, repetitivas e cansativas para alguns idosos (normalmente com menos escolaridade) com dificuldades de compreensão. Neste sentido, essas sessões serão reformulados para uma futura aplicação, sendo retiradas ou divididas partes dos conteúdos, para que não fiquem tão longos.

Para a presente realidade, em ambos os grupos, foi apontada a dificuldade dos idosos analfabetos e com baixa escolaridade. Fato que dificultou a compreensão das atividades e necessitou de uma constante atuação de algum amigo, profissional de educação física ou agente de saúde para ajudar a realizar as tarefas propostas em cada sessão. Por estes motivos, estamos pensando em alternativas que ajudem a elucidar tal problema.

Também, foi observado que as aulas deveriam ser teórico-práticas e que ficar sentado por duas horas era muito desgastante.

...*“Ficar aqui sentado é muito chato”*... (idoso participante do estudo: M.Z.).

...*“Já que é aula sobre ser mais ativo precisamos se mexer mais aqui”*... (idoso participante do estudo: E.).

Assim, a equipe está desenvolvendo estratégias para que possamos atender tal demanda.

A duração do programa ministrado em 12 encontros foi questionada tanto pelos profissionais de educação física quanto pelos idosos.

...*“Não nos encontraremos mais? Acho que deveríamos continuar nos encontrando”*... (idoso participante do estudo: I.).

Tanto os profissionais de Educação Física quanto os idosos demonstraram a importância da continuidade das sessões, talvez não semanal, mas mensal com tópicos específicos em cada sessão que reforçassem o que eles estão fazendo. Segundo eles, foi realizado o passo inicial, mas se sentem inseguros com relação a continuidade. O apoio, a conversa mensal ajudaria a motivá-los para continuarem ativos.

...“*Se eu viesse aqui me sentiria mais animada*”... (idoso participante do estudo: N.).

Este aspecto está sendo estudado pela equipe e com certeza ajustes serão necessários antes de disponibilizarmos o programa para uso em outros locais.

Observamos que a maioria dos idosos, durante ou após a intervenção, entraram em alguma atividade em grupo como, por exemplo, grupos de relaxamento, academias etc. para continuar suas atividades.

DISCUSSÃO

Em análises preliminares com os profissionais das equipes da saúde, verificamos a importância de apontar locais onde as pessoas possam encontrar ofertas de atividades físicas. Propostas de atividades que possam ser realizadas em casa, utilização das academias ao ar livre de forma consciente e eficiente, entre outras.

Os resultados apontados até o momento corroboram os estudos realizados nos Estados Unidos que apresentam positivamente os resultados deste tipo de intervenção. Os programas são simples, eficazes, replicáveis e baratos¹⁶, sendo uma boa alternativa para o sistema público de saúde, especialmente, para ser implantado por profissionais de Educação Física que atuam nos NASFs.

Podemos apontar que os programas “tradicionais” têm um custo aos cofres públicos em torno de R\$ 60,00 por mês, por aluno. Estes valores são para o pagamento de profissionais de educação física, materiais utilizados nas aulas, espaços, enquanto que o programa “VAMOS” teve um custo total de R\$ 350,00 pelo curso de três meses, para o pagamento do profissional, material didático, direito de uso dos materiais, pedômetro, prêmios e o café. Este valor poderá diminuir para em torno de R\$150,00, quando os materiais didáticos forem impressos em grande quantidade, por meio de serviços gráficos. Até este momento, foi utilizado apenas cópias o que se torna mais caro.

O programa “VAMOS” utiliza apenas duas horas por semana, por três meses, ou seja, 24 horas e pode ser ofertado 4 vezes ao ano, embora a nossa sugestão é que seja apenas na primavera e no outono. Já, o programa “tradicional” é contínuo e no mesmo período ele utilizará 36 horas nos três meses e o idoso dependerá constantemente da oferta dessas atividades.

Dentre os programas que oferecem propostas de mudança comportamental, que se revelaram efetivos e com percentual elevado de retenção, incluem: o “*Community Healthy Activities Model Program for Seniors*” (CHAMPS)²⁷, “*Active Living Every Day*” (ALED)^{10,19}, “*Active-for-Life*” (AFL)²⁸

e o “*Active Choice*”²⁹. Os programas AFL e o ALED mostraram uma retenção de 61% e 70%, respectivamente, após um ano do término da aplicação do programa¹⁶. Como dito anteriormente, o ALED foi a base para o nosso estudo. Para a saúde pública brasileira, o programa que tem boa retenção de idosos na prática de atividade física é de grande valia. Ao mesmo tempo que os valores financeiros aplicados e a taxa de retenção são semelhantes, o custo-efetividade do programa é alto. Alguns estudos realizados nos Estados Unidos com os programas de mudança comportamental apresentaram como resultados melhor relação custo-benefício, quando comparados aos programas “tradicionalis” de exercícios físicos¹⁷, mas ambos são efetivos na promoção de benefícios à saúde¹⁸. Não se sabe, ainda, a taxa de retenção, mas verificou-se que os idosos que participaram do programa de mudança de comportamento estavam motivados para a mudança, o que favorece a retenção.

O programa VAMOS necessita de ajustes, mas temos a certeza de ter encontrado um caminho promissor para a mudança de comportamento que estimula a prática de atividade física. Apesar de ter sido avaliado como uma ação positiva, ainda necessita de ajustes à nossa realidade, fato que iremos trabalhar nos próximos meses para que, num futuro próximo, possamos testar novamente uma versão brasileira de tal instrumento.

Agradecimentos

Pelo financiamento concedido pelo Instituto Lemann (2011), University of Illinois at Urbana-Champaign (Financiamento da pesquisa colaborativa entre Brasil-Estados Unidos, 2011), pela concessão da bolsa de pós-doutorado pela CAPES, Processo n. BEX 0461/10-5). Aos mestrandos e doutorandos da UFSC que contribuíram em todas as etapas deste estudo com esforço e dedicação. Aos idosos e profissionais das equipes de saúde de Florianópolis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2007.
2. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Singh MAF, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41(7):1510-30.
3. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.
4. Hallal PC, Tenório MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DK, et al. Evaluation of the Academia da Cidade program to promote physical activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and non-users. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):70-8.
5. Mendonça BC, Oliveira AC, Toscano JO, Knuth AG, Borges TT, Malta DC, et al. Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical activity in Aracaju, Brazil. *J Phys Act Health*, 2010;7(Suppl 2):S223-8
6. Reis RS, Hallal PC, Parra DC, Ribeiro IC, Brownson RC, Pratt M,
7. et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings From Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health* 2010; 7(Suppl 2):137-45.
8. Benedetti TRB, Lopes MA. Programas de Atividade Física para Idosos da UFSC - Florianópolis, SC. In: Afonso MR, Cavalli AS, editores. *Trabalhando com a Terceira Idade: trajetórias de intervenção*. Pelotas: Editora Gráfica e Universitária; 2009. p. 20-29.

9. Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TRB. Atividade física e o idoso: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2009.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116(9):1081-93.
11. Bors P, Dessauer M, Bell R, Wilkerson R, Lee J, Strunk SL. The Active Living by Design national program: community initiatives and lessons learned. *Am J Prev Med* 2009;37(6 Suppl 2):S313-321.
12. Pratt M. Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. *Jama* 1999; 281(4):375-6.
13. Wilcox S, Dowda M, Wegley S, Ory MG. Maintenance of change in the Active-for-Life initiative. *Am J Prev Med* 2009;37(6):501-4.
14. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, A. J.; 1986.
15. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994;13(1):39-46.
16. Stokols D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot* 1996;10(4):282-98.
17. Griffin SF, Wilcox S, Ory MG, Lattimore D, Leviton L, Castro C, et al. Results from the Active for Life process evaluation: program delivery fidelity and adaptations. *Health Educ Res* 2010;25(2):325-42.
18. Sevick MA, Dunn AL, Morrow MS, Marcus BH, Chen GJ, Blair SN. Cost-effectiveness of lifestyle and structured exercise interventions in sedentary adults: results of project Active. *Am J Prev Med* 2000;19(1):1-8.
19. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW, Blair SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardio-respiratory fitness: a randomized trial. *Jama* 1999; 281(4):327-34.
20. Blair SN, Dunn AL, Marcus BH, Carpenter RA, Jaret P. *Active Living Every Day*. Champaign: Human Kinetics, 2010.
21. Gomez LSR, Olhats M, Floriano J, Vieira, MLH. O DNA da marca de moda: o processo. In: Cantista I, Martins FV, Rodrigues P, Alvim MHVB, editores. *A Moda num Mundo Global*. Porto: Editora Vida Económica; 2011.p. 131-156
22. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 Suppl):73-107.
23. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, et al. Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *J Phys Act Health* 2010;7(Suppl 2):S131-4.
24. Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Gaglio BA, E. G, King D, Klesges L. Reach effectiveness adoption implementation maintenance (RE-AIM). Available from: <<http://re-aim.org/>> [2011 mar 29].
25. King DK, Glasgow RE, Leeman-Castillo B. RE-AIM: using the model to plan, implement, and evaluate the effects of environmental change approaches to enhancing population health. *Am J Public Health* 2010;100(11):2076-84.
26. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Divisão dos distritos sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis; 2012. Available from: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/> [2012 apr 11].
27. Rikli R, Jones J. *Senior Fitness Test Manual*. Champaign: Human Kinetics, 2001.
28. Stewart AL, Mills KM, Sepsis PG, King AC, McLellan BY, Roitz K, et al. Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Ann Behav Med* 1997; 19(4):353-61.
29. Wilcox S, Dowda M, Leviton LC, Bartlett-Prescott J, Bazzarre T, Campbell-Voytal K, et al. Active for life: final results from the translation of two physical activity programs. *Am J Prev Med* 2008; 35(4):340-51.
30. Ory MG, Evashwick CJ, Glasgow RB, Sharkey JR. Pushing the boundaries of evidence-based research: Enhancing the application and sustainability of health promotion programs in diverse populations. In: Browning CJ, editor. *Behavioral Change: An Evidence-Based Handbook for Social and Public Health*. Edinburgh: Elsevier Churchill; 2005. p. 267-293.

Endereço para correspondência

Tânia R. Bertoldo Benedetti
 Rua Mediterrâneo, 204. Aptº: 202.
 Bairro Córrego Grande.
 CEP: 88037-610 – Florianópolis, SC.
 Brasil
 E-mail: benedetti@cds.ufsc.br