




Alcance do programa "VAMOS" na atenção básica - barreiras e facilitadores organizacionais


Reach of "VAMOS" program in basic healthcare - organizational barriers and facilitators


Rossana Arruda Borges¹ 

Camila Tomicki² 

Fabio Araujo Almeida³ 

Andiara Schwingel⁴ 

Wojtek Chodzko-Zajko⁴ 

Tânia Rosane Bertoldo Benedetti² 

Resumo

Objetivo: Investigar as barreiras e os facilitadores organizacionais para o alcance do programa *Vida Ativa Melhorando a Saúde* (VAMOS) implementado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Santa Catarina, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo experimental, embasado na ferramenta RE-AIM (<http://www.re-aim.org/>). As barreiras e facilitadores foram identificados por meio de grupo focal, entrevista semiestruturada e análise de conteúdo. **Resultados:** Em relação ao alcance, dos 297 usuários da Atenção Básica à Saúde (ABS) considerados elegíveis nas duas UBS, participaram 51 idosos obtendo-se uma taxa de 17,2%. Como barreira destacou-se a falta de apoio das equipes de saúde e como facilitador a recomendação do programa pelos profissionais de saúde. **Conclusão:** O programa VAMOS apresenta potencial para ser incorporado como política pública no processo de cuidado e promoção da saúde na ABS. O programa consiste numa estratégia inédita no Brasil, voltada para a mudança de comportamento, utilizando um sistema sustentável, UBS, que apresentou considerável alcance populacional.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estilo de Vida Saudável. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To investigate the organizational barriers and facilitators to the reach of the "Active Life Health Improvement Program" (or VAMOS) implemented in two Basic Health Units (BHU) in Santa Catarina, Brazil. **Method:** An experimental study was carried out, based on the RE-AIM framework (<http://www.re-aim.org/>). Barriers and facilitators were identified through a focus group, semi-structured interview and content

Keywords: Program Evaluation. Primary Health Care. Healthy Lifestyle. Health of the Elderly.

¹ Prefeitura Municipal de Recife, Programa Academia da Cidade. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ University of Nebraska Medical Center, College of Public Health, Department of Health Promotion, Social, and Behavioral Health. Omaha, Nebraska, Estados Unidos.

⁴ University of Illinois at Urbana-Champaign, Department of Kinesiology and Community Health. Champaign, Illinois, Estados Unidos.

Financiamento da pesquisa: Lemann Institute for Brazilian Studies, 12 março de 2013 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal processo n.475.075/2012 -9.

Correspondência
Rossana Arruda Borges
rab_ametista@hotmail.com

Recebido: 07/12/2018
Aceito: 08/07/2019

analysis. *Results:* In terms of reach, of the 297 Basic Health Care (BHC) users from the two BHU, 51 elderly people participated, a rate of 17.2%. One notable barrier identified was the lack of support from health teams, while the recommendation of the program by health professionals was found to be a facilitator. *Conclusion:* The VAMOS program has the potential to be incorporated as a public policy in the process of health care and promotion in BHC. It is an unprecedented strategy in Brazil, aimed at behavioral change, using a sustainable system, the BHU, which has a considerable population reach.

INTRODUÇÃO

A prevalência de inatividade física é elevada no mundo e no Brasil^{1,2}. Ela é considerada um dos quatro fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis². Em contrapartida, a atividade física está sendo amplamente divulgada como benéfica à saúde. Tais comprovações já estão consolidadas na literatura³. Mesmo assim a promoção da atividade física em nível populacional ainda é um desafio⁴.

No Brasil, desde 2005 o Ministério da Saúde vem investindo recursos para implantação de projetos em atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS)^{5,6}. Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que inseriu a atividade física na estratégia de promoção de saúde, e reforçou a importância do fomento a um estilo de vida fisicamente ativo⁶.

Como parte desse processo, houve um aumento na oferta de programas tradicionais de atividade física em todo o Brasil. De forma geral esses programas, são caracterizados pela presença de um profissional de Educação Física e aulas estruturadas (ginástica, yoga, dança entre outras), com duração semanal de duas a três horas. Este tipo de programa vem apresentando bons resultados quando o grupo é assíduo e realizam as atividades em intensidade moderada⁷⁻¹¹. Entretanto, são programas caros para o SUS porque requerem espaços apropriados, materiais específicos, um número elevado de profissionais que atendem a um público restrito e têm baixo alcance da população¹².

Em face a este cenário, foi criado um programa de mudança de comportamento, denominado *Vida Ativa Melhorando a Saúde* (VAMOS), fundamentado na teoria sociocognitiva de Albert Bandura¹³, que tem como objetivo motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo e saudável por meio da prática de atividade

física e alimentação^{14,15}. Ele visa sanar as lacunas dos atuais programas tradicionais de atividade física, na perspectiva de aumentar a retenção dos participantes e tornando-o assim, sustentável na lógica do serviço público de saúde¹².

A escassez de estudos que avaliam outras dimensões além da efetividade é eminente^{16,17}. Neste sentido, a identificação de fatores intervenientes relacionados ao alcance de programas de promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde (ABS) possibilita reflexões importantes que refletem no processo de implementação.

O alcance é uma das dimensões da ferramenta RE-AIM¹⁸ e consiste numa medida em nível individual de participação. Ou seja, considera o número absoluto, relativo e a representatividade dos usuários que se interessaram em participar de um programa comparado àqueles considerados potencialmente elegíveis¹⁹.

Além disso, considerar esta dimensão, principalmente no que se refere às barreiras e facilitadores, sob a ótica dos profissionais envolvidos no programa, é fundamental para compreender aspectos que influenciam na adesão dos usuários na intervenção. Diante do exposto, este estudo investigou as barreiras e os facilitadores organizacionais para o alcance do programa VAMOS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis.

MÉTODO

Trata-se de um estudo experimental utilizando uma abordagem de métodos mistos²⁰. O estudo foi conduzido em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, especificadamente, em duas UBS, no ano de 2012. A população foi composta por idosos usuários da ABS e profissionais do serviço de saúde das UBS. No ano em questão, o município tinha uma população

estimada de 421.240 habitantes e 50 UBS distribuídas em cinco Distritos Sanitários (Centro = 5 UBS, Continente = 12 UBS, Leste = 9 UBS, Norte = 11 UBS e Sul = 13 UBS)²¹.

Para definir as UBS que implementariam o VAMOS, foram adotados critérios de inclusão de forma hierárquica ficando estabelecido que o programa seria implementado apenas quando todas as esferas aceitassem participar. Considerou-se: aprovação da Secretaria Municipal de Saúde; aprovação da gerência de projetos na rede de ABS; aprovação da coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); aprovação da coordenação de cada Distrito Sanitário; aprovação da coordenação das UBS e; aprovação do profissional de Educação Física do NASF.

Os profissionais envolvidos foram: gestores ou coordenadores de programas desenvolvidos na ABS da Prefeitura Municipal de Florianópolis (n=2), profissionais de Educação Física do NASF (n=7) e profissionais das equipes de saúde das UBS incluindo coordenadores (n=2), profissionais de nível superior (n=2) e médio (n=3) e agentes comunitários de saúde (ACS) (n=13).

Os idosos elegíveis para participar do VAMOS foram àqueles que realizaram algum tipo de procedimento nas UBS nos seis meses anteriores ao início do estudo (novembro/2011 a abril/2012). Para isto, foram consultados os dados do sistema de informações em saúde (InfoSaúde) da Secretaria Municipal de Saúde²¹. A partir dessas informações foi possível quantificar os idosos das UBS que eram potencialmente elegíveis.

Os profissionais participaram do processo de alcance do VAMOS e se envolveram em todas as etapas. Foram realizadas reuniões, sobre a implementação do programa e, com os profissionais das equipes de saúde de cada UBS foram desenvolvidas estratégias de divulgação a fim de convidar os usuários idosos a participarem de uma reunião sobre o programa. Dentre as estratégias, estão: cartazes afixados nas UBS, convite verbal dos profissionais durante as consultas, convite verbal e distribuição de *flyers* pelos ACS nos centros comunitários, igrejas e nas visitas domiciliares. As equipes de saúde divulgaram o programa por um período de 15 a 20 dias.

Os idosos foram convidados a participar da primeira reunião (momento 1 – M1) em data, local e horário definidos, conduzida pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com o auxílio das equipes de saúde das UBS. Nesta reunião foi abordado sobre o VAMOS e a forma de participação no programa. Com a finalidade de traçar um perfil dos interessados em participar, foi realizada uma avaliação individual a fim de obter dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos e de estilo de vida.

Contudo, pela reduzida participação de idosos no M1 em cada UBS, a equipe de pesquisadores com as equipes de saúde, reformularam o formato da reunião de apresentação do programa e estabeleceram um novo período de divulgação a fim de recrutar mais participantes. Após recrutamento final, foram formadas duas turmas (uma em cada UBS) e deu-se início ao programa.

O programa VAMOS baseia-se no conceito de empoderamento, seguindo uma abordagem que visa a melhoria das habilidades individuais, a identificação das barreiras que são importantes para a vida das pessoas e o desenvolvimento de estratégias para minimizá-las¹⁴.

O programa, realizado em grupo, teve duração de 12 semanas consecutivas, em encontros semanais de, aproximadamente, 90 minutos, sendo conduzido pelos profissionais de Educação Física do NASF previamente capacitados. Em cada encontro foi desenvolvido um assunto do material didático, disponibilizado gratuitamente aos idosos, utilizando a metodologia "educação em saúde" e técnicas de mudança de comportamento¹⁴. Este formato de programa voltado para a mudança de comportamento desenvolvido e testado diretamente no serviço de saúde no Brasil é considerado uma estratégia inédita.

Os encontros do VAMOS foram realizados nas dependências de uma UBS e, em um espaço comunitário (igreja). Foi incentivada a participação nos encontros, por meio de brindes aos participantes como forma de reforço positivo e lanches ao final de cada encontro visando ampliar a interação entre o grupo.

Durante o programa (momento 2 – M2) foram realizados dois grupos focais com os profissionais de Educação Física envolvidos no estudo, um após um mês do início do VAMOS e outro após dois meses do início do programa.

O grupo focal é uma forma de entrevista coletiva que constitui uma rede de interações baseada na comunicação e busca-se colher informações acerca da compreensão de um determinado tema²². Um roteiro foi previamente definido e a condução se deu por um moderador treinado e experiente na técnica tendo o auxílio de dois observadores. Os grupos focais tiveram duração média de 30 minutos e as falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Ao término do programa, foram realizadas as avaliações pós-intervenção (momento 3 – M3). Foi realizada nova avaliação com os idosos (igualmente ao M1) e 12 entrevistas individuais (duração média de 15 minutos) com: a coordenadora da gestão de projetos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, o coordenador dos profissionais de Educação Física do NASF, os profissionais de Educação Física do NASF que não aceitaram aplicar o programa e os profissionais das UBS participantes do estudo, sendo coordenadoras das UBS, profissionais de nível superior e médio. Além das entrevistas foram realizados três grupos focais, dois com os ACS de cada UBS e mais um com os profissionais de Educação Física envolvidos no programa.

O alcance do programa VAMOS foi avaliado por meio da ferramenta RE-AIM¹⁸, que objetiva avaliar o real impacto de programas na saúde pública^{16,18,19}. Para o cálculo do alcance foi utilizada a fórmula: número de pessoas que participaram ÷ número de pessoas elegíveis × 100 = alcance. Neste estudo, a taxa de alcance foi obtida por meio do número de idosos que estavam dispostos a participar do VAMOS e realizaram a primeira avaliação dividido pelo número de idosos potencialmente elegíveis.

Os dados descritivos foram expressos em média, desvio padrão, frequências absoluta e relativa. As barreiras e facilitadores organizacionais foram avaliados por meio dos dados dos grupos focais e das entrevistas a partir da técnica da análise de conteúdo temática seguindo as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, interpretação dos depoimentos^{23,24}.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob processo nº 2.387 e atendeu os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram deste estudo duas UBS de Florianópolis que aceitaram implementar o programa VAMOS. Destas, uma pertencente ao Distrito Sanitário Norte (UBS 1) e uma pertencente ao Distrito Sanitário Leste (UBS 2).

A taxa de alcance do programa está apresentada na Figura 1.

Dos 297 idosos elegíveis, 30 participaram da primeira reunião (M1) e, após período extra de divulgação, houve interesse de mais 21 idosos, totalizando 51 idosos. A UBS 2 do Distrito Sanitário Leste obteve a maior taxa de alcance (20,4%). Por meio das primeiras avaliações dos idosos realizadas em cada UBS, foi possível traçar um perfil da população interessada em participar do VAMOS (Tabela 1).

As barreiras e facilitadores organizacionais para o alcance do VAMOS foram subdivididos conforme as categorias identificadas e número de ocorrência (Quadro 1).

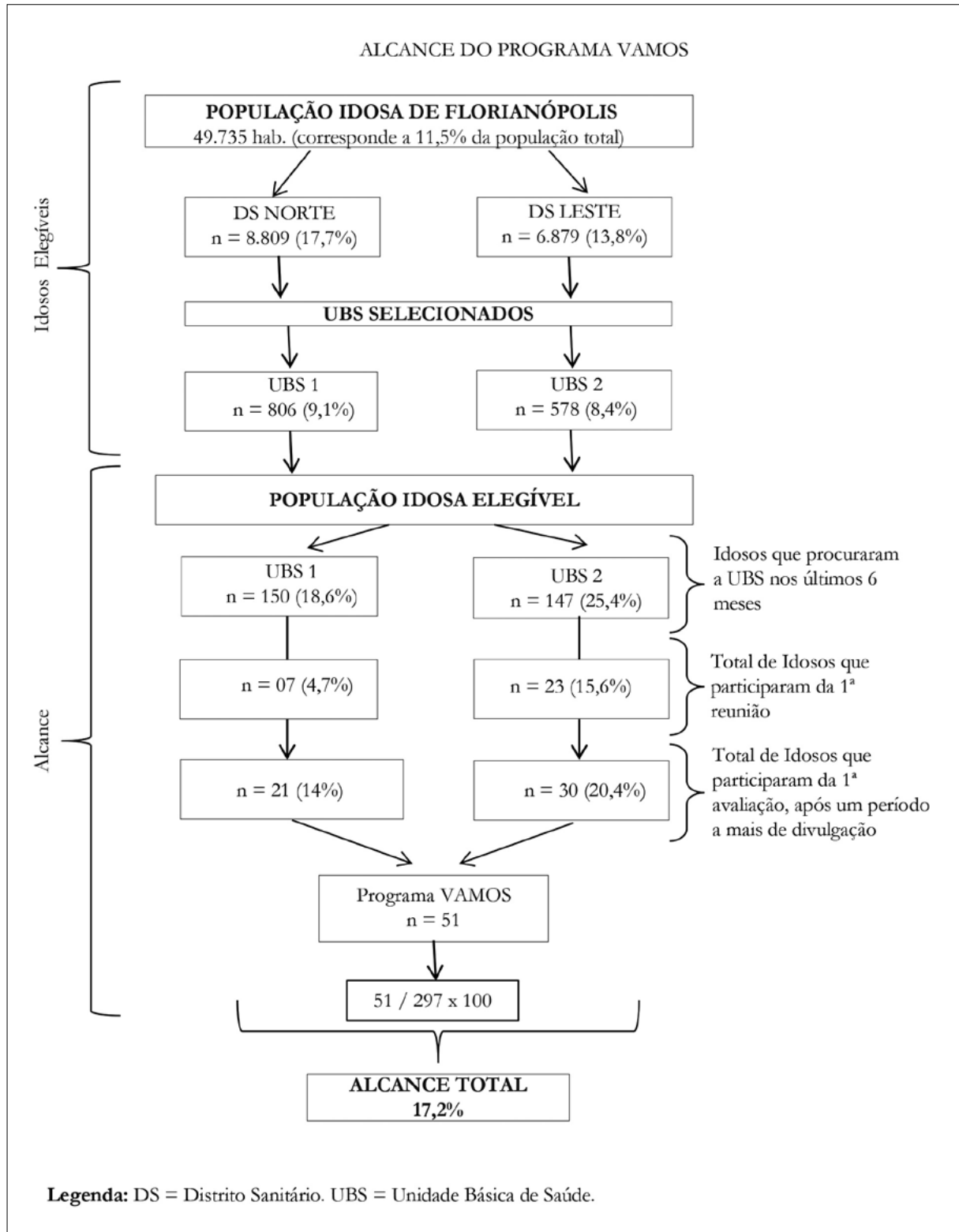


Figura 1. Alcance populacional do programa VAMOS nas UBS. Florianópolis, SC, 2012.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico e de estilo de vida dos idosos considerando as UBS (M1). Florianópolis, SC, 2012.

| Variáveis Sociodemográficas | UBS 1 | UBS 2 |
|---|--------------|-------------|
| Idade (anos)* (n=37) | 69,5 (±8,6) | 70,1 (±7,1) |
| Sexo** (n=51) | | |
| Feminino | 12 (57,1) | 29 (96,6) |
| Masculino | 9 (42,9) | 1 (3,4) |
| Escolaridade** (n=40) | | |
| Analfabeto(a) | 3 (13,0) | 0 (0,0) |
| Fundamental Incompleto | 9 (39,0) | 11 (65,0) |
| Médio Completo | 3 (13,0) | 3 (17,0) |
| Superior Completo | 4 (18,0) | 2 (12,0) |
| Outros | 4 (17,0) | 1 (6,0) |
| Estado Civil** (n=40) | | |
| Casado(a)/União Estável | 17 (74,0) | 8 (47,0) |
| Viúvo(a) | 2 (9,0) | 6 (35,0) |
| Divorciado(a) | 4 (17,0) | 3 (18,0) |
| Ocupação Atual** (n=37) | | |
| Aposentado(a) | 14 (66,0) | 11 (69,0) |
| Pensionista | 2 (10,0) | 3 (19,0) |
| Remunerado Ativo | 1 (5,0) | 0 (0,0) |
| Não Remunerado Ativo | 3 (14,0) | 0 (0,0) |
| Outras | 1 (5,0) | 2 (12,0) |
| Clínicas | | |
| Presença de Doença** (n=40) | | |
| Sim | 23 (100,0) | 16 (94,0) |
| Não | 0 (0,0) | 1 (6,0) |
| Uso de Medicamentos** (n=40) | | |
| Sim | 20 (87,0) | 15 (88,0) |
| Não | 3 (13,0) | 2 (12,0) |
| Antropométricas | | |
| Circunferência da Cintura (cm)* (n=37) | 89,0 (±11,4) | 93,2 (±7,9) |
| Índice de Massa Corporal (kg/m ²)* (n=37) | 26,8 (±0,9) | 28,1 (±1,1) |
| Estilo de Vida | | |
| Nível Diário de AFMV (minutos)*(n=43) | 32,1 (±6,1) | 36,0 (±5,5) |

*Valores expressam média ± desvio-padrão; **Dados apresentados como frequência absoluta e relativa (entre parênteses); AFMV = atividade física moderada/vigorosa.

Quadro 1. Barreiras e facilitadores organizacionais para o alcance do programa VAMOS nas UBS de Florianópolis, SC, 2012.

| Alcance | |
|--|---|
| Barreiras (n=15) | Facilitadores (n=20) |
| Falta de apoio das equipes de saúde (n=9) | Recomendação do programa (n=11) |
| Estilo de vida dos idosos (n=7) | Ter atividades práticas (n=7) |
| Falta de entendimento sobre o programa (n=6) | Interesse pelo programa (n=6) |
| Resistência ao caráter inovador do programa (n=4) | Apoio dos ACS (n=5) |
| Idosos participando de outros grupos (n=4) | Entrega de <i>flyer</i> nas UBS (n=5) |
| Formato do programa limita a participação de analfabetos (n=4) | Envolvimento das equipes de saúde na divulgação (n=4) |
| Problemas administrativos na UBS (n=3) | Divulgação face a face (n=4) |
| Horário do programa (n=2) | Ampliação do tempo de divulgação (n=4) |
| Esquecer as necessidades do território (n=2) | Diversificação da faixa etária (n=3) |
| Pouco tempo de divulgação (n=2) | Material didático impresso (n=3) |
| Sazonalidade (n=2) | Estrutura física na UBS ou nas suas proximidades (n=2) |
| Distância física (n=2) | PEF com convívio prévio na comunidade (n=2) |
| Comunidade resistente (n=1) | Divulgação em locais estratégicos (n=2) |
| Falta de comunicação (n=1) | Divulgação por meio dos ex-participantes (n=2) |
| Programa para população restrita (n=1) | Programa flexível (n=1) |
| | Ofertar o programa para as equipes de saúde (n=1) |
| | Atentar-se para as necessidades dos participantes (n=1) |
| | Divulgação permanente (n=1) |
| | Divulgação em rádio (n=1) |
| | O programa ter: começo, meio e fim (n=1) |

ACS = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde; PEF = Profissional de Educação Física; n = número de ocorrências.

DISCUSSÃO

Para entendermos os resultados, a discussão está direcionada aos três tópicos investigados: o alcance populacional, as barreiras e os facilitadores organizacionais, enfatizando os principais achados. Destacamos que diante da riqueza dos discursos analisados, serão apresentados os trechos das falas com maior destaque com vista a ampliar o entendimento das variáveis analisadas.

Alcance populacional do VAMOS

Os resultados do estudo mostram uma taxa de participação de 17,2%, superior ao encontrado no estudo de Squarcine²⁵ que correspondeu a 1,6%. O

baixo alcance dos programas já existentes é algo que tem inquietado pesquisadores^{12,14}. Apesar de evidências na literatura^{26,27} sobre a efetividade de programas de promoção de atividade física, pouco se tem avançado na conquista de novos participantes, deixando de atender ou oportunizar boa parcela da população.

Estudo²⁸ sugere estratégias, consideradas facilitadoras, para participação em programas de mudança de comportamento minimizando possíveis barreiras e maximizando o alcance. Tais estratégias consistem em programas acessíveis em nível local que permitem acesso rápido e fácil, como intervenções de tamanho reduzido, com caráter de socialização, convenientes, além de *sites* informativos, programas *online* e estratégias integrativas de comportamentos saudáveis na vida diária.

Aplicativos de celular específicos para a prática de atividade física também consistem em boa estratégia e podem ser utilizados por profissionais da área da saúde visando sua promoção²⁹. Tais tecnologias têm o potencial de impactar significativamente a saúde pública^{30,31}.

Segundo Mathews et al.³², estratégias de promoção de atividade física devem visar os determinantes modificáveis da atividade física, como melhorar a autoeficácia e o conhecimento sobre a adequação da atividade física e suas recomendações, facilitar a realização de metas e melhorar o suporte social por meio do apoio aos pares e atividades baseadas em grupos.

É nesse contexto que emerge a reflexão que não basta ser efetivo, o programa precisa ser atrativo, para que o alcance seja potencializado e grande parte da população seja beneficiada.

Barreiras organizacionais para o alcance do VAMOS

Dentre as barreiras, a falta de apoio das equipes de saúde teve grande ocorrência. Isto se deve em parte a equipe entender que não se tratava de um programa da UBS, mas sim algo da Universidade. Os profissionais das UBS demoraram a incorporar em sua rotina diária de atividades a divulgação do programa. “[...] que (equipe de saúde) não teria nenhuma obrigatoriedade. Dessa forma não era visto como um grupo da unidade, sendo assim não se tem nenhuma responsabilidade sobre ele [...]” (ACS UBS 2).

Outra barreira apontada foi relacionada ao estilo de vida dos idosos. Na percepção de alguns profissionais, os idosos em sua maioria preferem passar a maior parte do seu tempo em casa, dificultando seu envolvimento em atividades de grupos da comunidade: “[...] acho que foi difícil pelo motivo deles ficarem muito em casa, né? De não sair muito pra rua. Pra maioria dos idosos quem fazem as coisas são os filhos deles, né?” (PNM UBS 2).

A falta de entendimento sobre o programa foi outra barreira. Por uma questão cultural, as equipes de saúde apresentaram limitação em entender o que seria um programa de mudança de comportamento, sendo

que o não entendimento por partes dos profissionais tornou o recrutamento dos participantes, mais lento. “[...] as pessoas ainda não tem a cultura de falar em grupo teórico de atividade física, tanto que as equipes muitas vezes não entendiam [...]” (PEF 1). Durante a apresentação do VAMOS para as equipes de saúde, segundo eles, os objetivos e formato do programa não ficaram claros: “[...] tanto que as equipes muitas vezes não entendiam [...]” (PEF 1).

A falta de entendimento do VAMOS pode ter influenciado na habilidade dos profissionais das equipes de saúde realizarem o convite aos idosos interferindo no alcance. Contudo, esta visão não esteve em consonância às respostas dadas pois, os profissionais remeteram ao programa como atrativo e inovador em comparação aos modelos de programas na ABS. Os ACS teceram uma crítica ao impacto das ações pontuais da Educação Física que rotineiramente se aplica na rede:

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

Mesmo os profissionais percebendo que o caráter inovador do VAMOS, seja um avanço em relação aos atuais modelos propostos de programas, esta característica foi inicialmente vista pelos idosos como uma barreira. “[...] Eles (os idosos) têm uma certa dificuldade de tudo que é novo né... têm medo e aí, a gente ao convidar eles pra uma coisa que é nova, eles se assustam, é igual uma criança né... eles não sabem o que vai acontecer né [...]” (ACS UBS 1).

Partindo para a análise geral das barreiras, destacamos que o VAMOS foi considerado um programa inovador para um formato de programa de promoção de atividade física. Este fato se mostra bem diferente do que a população está acostumada a ver, e, inicialmente houve resistência na participação pelos idosos, principalmente porque a população não está habituada a participar de programas teóricos de promoção de atividade física.

Segundo a literatura, os programas tradicionais de atividade física culturalmente são mais atrativos, por deterem um arcabouço de atividades eminentemente práticas³³. Diante disso, a identificação de barreiras que limitam a aplicabilidade de programas de mudança de comportamento precisam ser observadas como forma de otimização das ações realizadas.

Facilitadores organizacionais para o alcance do VAMOS

Em relação aos facilitadores, verificamos vários fatores que podem levar a maximização do alcance da população alvo por parte dos profissionais das UBS. Alguns destes se relacionam diretamente com as estratégias de divulgação, outros com as atitudes dos profissionais e por fim com o formato do programa.

Um dos facilitadores com boa recorrência foi a recomendação do VAMOS pelos profissionais. Entende-se que se os profissionais, em suas diferentes atuações nas UBS, recomendassem o programa, a disseminação ficaria potencializada, uma vez que, não se trata apenas de uma divulgação de um ou outro profissional, mas de todos, realizando um trabalho em equipe. *"Com certeza [...]"* (ACS UBS 1; PNS UBS 2); *"Eu recomendaria [...]"* (ACS UBS 2).

A inserção de atividades práticas, em especial a dança, também foi considerada, pelos profissionais das UBS, uma estratégia interessante para atrair os idosos ao programa. *"Mas, se organizar uma aula de dança, aí eles vão."* (ACS UBS 2); *"Mas se tivesse tipo, a vai ter uma banda tocar vamos começar a fazer exercício, eles viriam, garanto que eles gostam de dança."* (ACS UBS 2).

O interesse pelo programa é um facilitador essencial. Se a equipe de saúde não tiver interesse em aplicá-lo não haverá sucesso na implementação. Este interesse é demonstrado a seguir, quando a coordenadora reporta sentimento de tristeza por não ter conseguido se envolver tanto no processo: *"[...] eu fico assim triste porque não consegui me envolver tanto, mas é isso que eu falei assim, o posto ficou mais conturbado nos últimos anos a gente estava comentando sobre isso [...]"* (Coordenação UBS 2).

O apoio dos ACS foi fundamental no processo de captação dos idosos. Neste sentido, foi lançada uma

proposta pelos ACS: a aplicação do VAMOS para eles antes mesmo do recrutamento dos usuários. Essa proposta aumentaria o entendimento do programa por esses profissionais como também serviria para que eles adotassem a prática da atividade física. Conhecendo e vivenciando o que é o programa, estes têm a oportunidade de usufruir de seus benefícios influenciando-os positivamente na sua disseminação: *"[...] Seria bom se a equipe pudesse fazer o programa [...]"* (ACS UBS 1); *"[...] mas em si o programa motivou os funcionários a fazer mais atividade, e a gente nesse gás, acabou passando pras meninas."* (demais profissionais da UBS).

A adaptação e flexibilidade do programa no contexto das UBS foi citado como facilitador. Muitas vezes, são criados programas fechados sem ser possível qualquer alteração, sendo que sua aplicação fica praticamente inviável. Neste sentido, foi exposta a necessidade de se pensar em um programa com um formato flexível, que se adapte ao contexto, pois cada realidade é única e, cada grupo tem suas necessidades. *"[...] uma coisa que facilitou (o recrutamento) foi eles poderem entrar não só naquela primeira vez (programa flexível), eles poderem entrar na semana seguinte que daí um vai avisando o outro [...]"* (Coordenação UBS 1).

Além disso, os profissionais de Educação Física que aplicaram o VAMOS alertaram para a necessidade de ajustes no programa, considerando o perfil da maioria dos idosos brasileiros: *"[...] Os nossos idosos não gostam de ler, tem que ser modificado (referindo-se ao livro didático utilizado como base) [...]"* (PEF 1); *"[...] As aulas não podem ser tão teóricas [...]"*. (PEF 2). Segundo os profissionais, independente de se tratar de um programa educacional, o VAMOS deveria ter atividades práticas, deixando-o mais atrativo.

Outro aspecto interessante é que para facilitar a captação de participantes foi sugerido que o VAMOS não devia ser limitado apenas a idosos, mas também a pessoas mais jovens, principalmente por se tratar de um programa de mudança de comportamento *"[...] Se a gente deixar só os idosos eu fico um pouco receosa, mais ampliando pra outras faixas etárias eu acho que sim (teria demanda) [...]"*. (Coordenação UBS 1). Mas vale ressaltar que, mesmo os programas sendo abertos à população em geral, a maior adesão nas atividades são das pessoas acima de 50 anos e geralmente do sexo feminino³⁴.

Sendo assim o alcance pode ser facilitado se o programa a ser implementado for concebido considerando sua viabilidade para o mundo real. A flexibilidade do programa deve existir, para que o mesmo possa se ajustar ao ambiente prático³³. Ou seja, a intervenção deve ser adaptável, fato concebido pelo VAMOS desde seu DNA.

Neste estudo, não realizamos uma descrição detalhada das características sociodemográficas e comportamentais da população-alvo, fato que limitou análises de representatividade visando elucidar o perfil dos usuários potenciais para o programa.

Este estudo extrapola o âmbito laboratorial, uma vez que foi desenvolvido no "mundo real". Os dados potencializam a validade externa do estudo, uma vez que os próprios profissionais apresentaram as barreiras e os facilitadores organizacionais que interferiram no processo de adoção dos idosos no programa VAMOS. Além disso, dois diferentes contextos foram apresentados, o alcance por DS e por UBS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016. 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 2016*. Brasília, DF: MS; 2017.
2. World Health Organization. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2017.
3. United States. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
4. Murphy MM, Unwin N, Samuels TA, Hassell TA, Bishop L, Guell C. Evaluating policy responses to noncommunicable diseases in seven Caribbean countries: challenges to addressing unhealthy diets and physical inactivity. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42(e174):1-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006*. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Brasília, 2015.
6. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção*. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(6):1683-94.
7. Santos SFS, Benedetti TRB, Medeiros TF, Freitas CLR, Sousa TF, Costa JLR. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2015;17(6):693-703.
8. Lovato NS, Loch MR, González AD, Lopes MLS. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(2):184-92.

CONCLUSÃO

Este estudo relata investigação importante que pode contribuir com o processo de avaliação de programas na Atenção Básica à Saúde, visando alcançar e beneficiar um maior público com as estratégias de promoção da saúde.

A implementação do programa VAMOS, mostrou que as estratégias organizacionais utilizadas necessitam ser aprimoradas para melhorar o alcance no Sistema Único de Saúde. Contudo, observou-se que enquanto programa de mudança de comportamento para promoção de um estilo de vida ativo e saudável, apresenta potencial para ser incorporado como política pública no processo de cuidado e promoção da saúde dos usuários da Atenção Básica à Saúde.

O formato do programa e as estratégias de recrutamento da população-alvo estão sendo aprimorados a fim de potencializar o programa VAMOS e minimizar as barreiras destacadas neste estudo.

9. Steffl M, Bohannon RW, Sontakova L, Tufano JJ, Shiells K, Holmerova I. Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;17(12):835-45.
10. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*. 2017;38:6-17.
11. Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, Casas-Herrero A, Izquierdo M. Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: a systematic review of randomized clinical trials. *Ageing Res Rev*. 2017;37:117-34.
12. Benedetti TRB, Schwingel A, Gomez LSR, Chodzko-Zajko W. Programa "VAMOS" (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012;14(6):723-37.
13. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
14. Benedetti TRB, Manta SW, Gomez LSR, Rech CR. Logical model of a behavior change program for community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017;22(3):309-13.
15. Tonosaki LMD, Rech CR, Mazo GZ, Antunes GA, Benedetti TRB. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2018;40(2):138-45.
16. Brito FA, Benedetti TRB, Tomicki C, Konrad LM, Sandreschi PF, Manta SW, et al. Translation and adaptation of the RE-AIM Check List for Brazilian reality. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2018;23:1-8.
17. Forman J, Heisler M, Damschroder LJ, Kaselitz E, Kerr EA. Development and application of the RE-AIM Quest mixed methods framework for program evaluation. *Prev Med Rep*. 2017;6:322-8.
18. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7.
19. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e adaptação cultural para o Brasil. *REFACS (online)*. 2013;1(1):6-16.
20. Borges RA. Programa de promoção de atividade física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física; 2014.
21. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Sistemas de Informação – InfoSaúde. Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. Florianópolis: PMF; 2013. [acesso em 15 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>.
22. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília, DF: Liber Livro; 2012.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 Brasil; 2011.
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
25. Squarcine CFR. Programa de exercícios físicos para pessoas com hipertensão arterial de Jequié-BA: alcance, adesão e efetividade [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física; 2016.
26. Meurer ST, Lopes ACS, Almeida FA, Mendonça RD, Benedetti TRB. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: a randomized controlled community trial. *Health Educ Behav*. 2019;46(3):406-16.
27. Gerage AM, Benedetti TRB, Ritti-Dias RM, dos Santos ACO, de Souza BCC, Almeida FA. Effectiveness of a behavior change program on physical activity and eating habits in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *J Aging Phys Act*. 2017;14(12):943-52.
28. Kelly S, Martin S, Kuhn I, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLoS ONE*. 2016;11(1):1-26.
29. Sun L, Wang Y, Wu Y. Facilitators and barriers to using physical activity smartphone apps among Chinese patients with chronic diseases. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017;17(44):1-10.
30. Weiss D, Rydland HT, Øversveen O, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S. Innovative technologies and social inequalities in health: a scoping review of the literature. *PLoS ONE*. 2018;13(4):1-20.
31. Sullivan NA, Lachman ME. Behavior change with fitness technology in sedentary adults: a review of the evidence for increasing physical activity. *Front Public Health*. 2017;4(289):1-16.

32. Mathews E, Lakshmi JK, Trankappan KR. Perceptions of barriers and facilitators in physical activity participation among women in Thiruvananthapuram City, India. *Glob Health Promot.* 2016;23(4):27-36.
33. Josyula LK, Lyle RM. Barriers in the implementation of a physical activity intervention in primary care settings: lessons learned. *Health Promot Pract.* 2013;14(1):81-7.
34. Bonfim MR, Costa JLR, Monteiro HL. Ações de educação física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2012;17(3):167-73.