



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

Nayara Queiroz de Santana

**DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS):** adoção dos multiplicadores e alcance e efetividade de seus participantes

Florianópolis
2019

Nayara Queiroz de Santana

**DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS): adoção dos multiplicadores e alcance e efetividade de seus participantes**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
da Educação Física da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de mestre em
Educação Física
Orientadora: Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo
Benedetti.

Florianópolis

2019

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

Santana, Nayara

Disseminação do programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS) : adoção dos multiplicadores e alcance e efetividade de seus participantes. / Nayara Santana ; orientadora, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, 2019.
157 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Atividade física. 3. Programas de mudança de comportamento. 4. Promoção da saúde. I. Bertoldo Benedetti, Tânia Rosane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Nayara Queiroz de Santana

**DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE
(VAMOS):** adoção dos multiplicadores e alcance e efetividade de seus participantes

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. (a) Helma Pio Mororó José, Dr. (a).
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
(Através de videoconferência)

Prof. (a) Gelcemar Oliveira Farias, Dr. (a).
Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof. (a) Suplente Aline Mendes Gerage da Silva, Dr. (a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em mestre em educação física.

Prof. Dr. (a) Kelly Samara da Silva
Coordenador (a) do Programa

Prof. Dr. (a) Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Orientador (a)

Este trabalho é dedicado à minha família e a minha pequena Ísis.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus primeiramente, por me encorajar a seguir a diante por meio de tanta turbulência, e a fé que alimenta os meus sonhos e de encarar o processo de realização.

Ao meu pai Emival que é uma inspiração com ser humano, a minha mãe Evanilda por ser uma fonte de perseverança e persistência, ao meu mano do meio véio Andrews pelas suas indagações e a minha mana véia menor Nayane por me ensinar que desistir não é uma opção.

A minha pequena e grande amor Ísis, que veio sem pedir licença e sem qualquer cerimônia, que escolheu o meu ventre para fazer a sua morada e a ser aprendiz de mãe.

Ao irmão que Floripa me deu, Vítor que segurou na minha mão quando mais precisei juntamente com sua mãe dona Vitória, a Kamila com suas palavras, a Mônica que na reta final estive ainda mais presente, e a minha irmã de mestrado Rose.

Aos meus amigos e amigas que estão em Goiânia que são muitos, Elen, Débora, Denise, Thamara, Jullyana, Paulo, Marina, Jussiene, Tiago Duarte e família, aos meus compadres Juscinéia e Eduardo e tanto outros, fica meus agradecimentos eternos por vocês que escutaram tantas lamentações minhas, mas de coração estiveram sempre comigo. Aos meus tios e tias, em destaque tio Netinho e sua família, tio Adão e família, tia Deja, de tantos primos e primas, com carinho Gustavo, Guilherme, Richard, Quele, Isabelli, Ana Laura, Robertinha e Humberto, Keilyna, principalmente Iara e Wellington que são minhas fontes de inspiração na vida acadêmica.

A família paterna de Ísis, que somaram em minha vida, a avó Ione, o avô Odonio e a titia Thaís, que compreenderam de coração a minha missão como mãe e profissional.

A família VAMOS, Lisandra com suas palavras de encorajamento, Cezar, Sofia, Camila, Marina pela atenção, Paulo por seus abraços de urso, Elaine pela ajuda nos momentos iniciais da coleta de dados, Emanuele pelas risadas dos meus tropeços, e a Paula com sua expertise para a análise de dados que fez acontecer a rodagem e pela Sheyane, Alfredo e Ana, depois de um bom e forte café deixaram o AMBIENTE mais risonho, e tanto outros colegas que fizeram parte deste processo.

Também não posso esquecer dos meus professores no tempo da graduação e especialização na UFG, principalmente ao Tadeu que me acompanha ainda na minha vida acadêmica e claro a todos os professores e professoras que passaram no decorrer do mestrado,

principalmente a Gelcemar e a Cintia que nos proporcionaram momentos deliciosos nos intervalos das aulas e que alegria, os seus sorrisos e o acolhimento fizeram toda diferença.

E sim, a matriarca do VAMOS, professora Tânia, com sua competência soube lidar com as adversidades que surgiram no decorrer do processo, que é uma fonte de inspiração como mulher, como profissional e como mãe, que levarei no coração todo o aprendizado que tive nesse longo processo, e agradecer por não desistir e que mesmo com os puxões de orelha me levaram para frente.

E, a CAPES por proporcionar a bolsa, que a pesquisa brasileira necessita desse apoio para seguir adiante e para obter sucesso para a sociedade que nos encontramos, e também ao Programa de Pós-Graduação de Educação Física da UFSC pela sua excelência no ensino e toda a sua equipe que sempre estiveram disponíveis quando precisei.

[...] “Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre [...] Mas é preciso ter manhã, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre, quem traz na pele essa marca, possui a estranha mania, de ter fé na vida ...”
(Maria Maria, canção de Milton Nascimento)

RESUMO

O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis tem causado mortes prematuras. O investimento em promoção da saúde, por meio de programas, é uma das formas de proteção e cuidado com o processo saúde-doença. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar a adoção dos multiplicadores e as estratégias de alcance utilizadas pelos profissionais e pelos multiplicadores e a sua efetividade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realizar o Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS. Como objetivos específicos, verificamos a adoção dos multiplicadores ao programa VAMOS; verificamos o percentual de alcance dos participantes; levantamento das estratégias utilizadas pelos multiplicadores juntamente com a UBS na divulgação e convite dos usuários a participarem do programa VAMOS; e verificamos o nível de efetividade entre os participantes antes e após as intervenções do programa VAMOS. Utilizamos como ferramenta de avaliação o RE-AIM para verificar a adoção dos multiplicadores e o alcance e a efetividade dos participantes no programa VAMOS. Com o treinamento via EAD, 44 profissionais foram certificados e convidados a oferecer o programa nas UBS onde atuavam, 11 aceitaram o convite, porém, 8 (72,72%) multiplicadores adotaram e implantaram o programa em suas UBSs em sete municípios do Brasil. Desses, quatro eram representantes da Região Sul, dois da Sudeste e dois da Nordeste. Dos multiplicadores, quatro são profissionais de educação física, dois de psicologia, um de nutrição e um de fisioterapia. Foram elegíveis para participar do programa os 66.706 usuários cadastrados nas UBSs que realizaram consultas nos últimos 6 meses. No primeiro encontro foram 231 usuários, dos quais 141 finalizaram, com alcance contínuo de 61,03%. Para verificar a efetividade do programa, os marcadores foram: atividade física, comportamento sedentário, alimentação, circunferência da cintura e qualidade de vida. A atividade física foi mensurada por meio do questionário IPAQ curto; a alimentação, por meio de 12 questões do questionário VIGITEL; a circunferência da cintura e a qualidade de vida (QV) por meio de uma questão do WHOQOL Bref. Os dados foram tabulados em planilha do Excel e exportados para o SPSS, para análise estatística. A qualidade de vida foi calculada por meio do MedCal. Foram analisadas apenas as variáveis com dados de pré e pós-teste. Para os dados paramétricos, foi utilizado o teste T pareado, e para as variáveis não paramétricas foi utilizado o teste de Wilcoxon. Os resultados apontaram que 103 pessoas concluíram o programa, sendo 100 (97,1%) mulheres e 3 (2,9%) homens, na sua maioria de baixa renda e baixa escolaridade. A análise dos dados apresentou aumento estatístico significativo no tempo total de atividade física, que passou de 1105,9 para 1351,2 minutos por semana e diminuição do tempo em comportamento sedentário de 492,8 para 482 minutos. Para o escore de alimentação, houve aumento estatístico significativo no escore de alimentação adequada e saudável de 31,7 para 34,1 pontos. A circunferência de cintura teve redução estatisticamente significativa de 90,4 para 88,6 centímetros. Para a QV, 40 participantes (38,8%) tinham a percepção ruim ou muito ruim e 63 (61,2%) neutra, boa ou muito boa da QV, após as intervenções do programa VAMOS, diminuiu para 20 (19,4%) ruim ou muito ruim, e aumentou para 83 (80,6%) neutra, boa ou muito boa para a percepção da QV sendo significativa estatisticamente esta mudança. Portanto, constatamos que o programa VAMOS, com duração de três meses, foi efetivo para aqueles que concluíram o programa, proporcionando benefícios para a saúde dos seus participantes.

Palavras-chave: Atividade Física. Alimentação Saudável. Programa em Saúde. Promoção à Saúde. Estilo de Vida. Programa VAMOS.

ABSTRACT

The rise of chronic noncommunicable diseases has caused premature deaths. The investment in health promotion throughout programs is one of the ways to protect and care about the health-disease process. Therefore, this study aims to evaluate the adoption of multipliers and the reach strategies used by professionals and multipliers and their effectiveness in Community Health (CH) to carry out the program Active Life Health Improvement - VAMOS. We used RE-AIM as a tool and evaluated the adoption of multiplying agents and effectiveness of VAMOS program participants and its reach. The program is increasing throughout Brazil; it has been spread in different health systems, especially in the CH. Forty-four professionals were certified and requested to offer the VAMOS program at the CHs they worked after the e-learning training, 11 accepted the invitation, but, 8 multipliers (18%) adopted and implemented VAMOS project in their CH in seven cities of Brazil. Four cities were from the South area of the country, two from the Southeast and the other two from the Northeast. Four of the multipliers are Physical education professionals, two are psychologists, one is nutritionist, and the other one is a physiotherapist. During the first meeting of VAMOS, 231 users went to the presentation out of 141 people eligible to participate, showing a range of 61,03%. To verify the effectiveness of VAMOS, the markers were physical activity, sedentary behavior, diet, waist circumference, and life quality. Physical activity was measured using the short IPAQ questionnaire, the diet was examined through twelve questions from the VIGITEL questionnaire, a measuring tape was used to get the waist circumference, and WHOQOL brief was used to check the life quality. The data was tabulated on Excel and exported to SPSS for statistical analysis. MedCal was used to calculate the quality of life and were analyzed only the variables that presented data before and after the test. We used the paired t test for parametric data and for nonparametric variables we used the Wilcoxon test. The results showed that 103 people completed VAMOS program and hundred people were women (97.1%) and 3 were men (2.9%). Data analysis showed an increment in total physical activity time from 1105.9 to 1351.2 minutes and a decrement in sedentary behavior from 492.8 to 482 minutes. The diet was based on the idea 'lower the score, healthier is the user'. The diet score decreased from 34.7 to 34.1 points. The waist circumference decreased from 90.4 to 88.6 centimeters. When we analyzed the total values, all the variables were statistically significant, except for the sedentary behavior. Therefore, we found that the three-month VAMOS program was effective for those who completed the program, providing health benefits to the members.

Keywords: Physical Activity. Healthy diet. Health Program. Health Promotion. Lifestyle. VAMOS program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da população do estudo.....	51
Figura 2 - Fluxograma de multiplicadores elegíveis e amostra do estudo.	65
Figura 3 - Alcance de recrutamento, de intervenção e de retenção do programa VAMOS nos municípios	81
Figura 4 - Fluxograma do estudo geral, da adoção dos multiplicadores e números gerais dos participantes do programa VAMOS.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação da estrutura dos encontros VAMOS.	46
Quadro 2 - Conteúdos do treinamento e objetivos de cada sessão.	49
Quadro 3 - Apresentação do RE-AIM.....	58
Quadro 4 - Avaliação do programa VAMOS de três dimensões do RE-AIM (alcance, efetividade e adoção).	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Formação acadêmica dos multiplicadores certificados e dos multiplicadores que implantaram programa VAMOS.....	74
Tabela 2 - Municípios e número estimado da população, número de cadastrados por UBS, número de atendimento por faixa etária e sexo, número de pessoas interessadas no programa VAMOS, participantes na primeira reunião, que iniciaram e que finalizaram o programa VAMOS.....	76
Tabela 3 - Facilitadores e barreiras para divulgar o programa VAMOS.	78
Tabela 4 – Alcance do programa VAMOS a partir das informações do atendimento aos usuários nas UBS, por municípios.....	81
Tabela 5 - Municípios e número estimado da população, número de UBS, formação dos multiplicadores, quantidade de profissionais nas UBS e número de pessoas na primeira reunião, que iniciaram e finalizaram o programa VAMOS.....	83
Tabela 6 - Características sociodemográficas dos participantes do programa VAMOS nos diferentes municípios.....	88
Tabela 7 - Infraestrutura para a prática de AF nos arredores da UBS nos municípios que ofertaram o programa VAMOS.	90
Tabela 8 - Efetividade por município da atividade física total, comportamento sedentário, alimentação, circunferência da cintura e qualidade de vida dos participantes do programa VAMOS.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AF - Atividade Física

ALED – Active Living Every Day

BCW – Behaviour Change Wheel

COM – B – Capability, Opportunity, Motivation, Behaviour

CS- Comportamento Sedentário

DCVs – Doenças Cardiovasculares

DCNT – Doença Crônica Não- Transmissível

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva

DRC – Doenças Respiratórias Crônicas

EAD – Ensino à Distância

EF – Exercício Físico

EJA – Ensino para Jovens e Adultos

FITT- Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo

GO – Goiás

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire (questionário internacional de atividade física)

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

ML – Modelo Lógico

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Pernambuco

PB – Paraíba

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

PR – Paraná

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

RE- AIM – Reach (Alcance), Eficácia/ Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção

RM – Repetição Máxima

SC – Santa Catarina

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 Doença Crônicas por inquérito telefônico

WHO – World Health Organization

WHOQOL- Bref- World Health Organization Quality of Life

YMCA – Young Men’s Christian Association

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	21
1.1.1	Objetivo Geral	21
1.1.2	Objetivos Específicos	21
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
2.2	ESTILO DE VIDA	25
2.2.1	Alimentação	25
2.2.2	Atividade Física	29
2.3	PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA	33
2.4	PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE (VAMOS)	41
2.4.1	Treinamento para multiplicadores do programa VAMOS	49
2.5	AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	52
2.5.1	Modelo de avaliação RE-AIM	57
3	MATERIAIS E MÉTODOS	63
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
3.2	POPULAÇÃO	63
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	64
3.4	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	65
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	66
3.6	TRATAMENTO DOS DADOS	68
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE PESQUISA	68
3.8	ADOÇÃO, ALCANCE E EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS	68
4	RESULTADOS	73
4.1	ADOÇÃO	73

4.2	DIVULGAÇÃO	77
4.3	ALCANCE.....	79
4.4	EFETIVIDADE	90
5	DISCUSSÃO.....	96
5.1	ADOÇÃO	97
5.2	DIVULGAÇÃO	100
5.3	ALCANCE.....	103
5.4	EFETIVIDADE	107
6	CONCLUSÃO	115
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE A - Formulário de adoção	134
	APÊNDICE B - Formulário de alcance.....	137
	ANEXO A – TCLE.....	140
	ANEXO B – Formulário de efetividade.....	142
	ANEXO C – Termo de liberação da pesquisa	146
	ANEXO D – Entrevista da cidade de Moreno – PE.....	151
	ANEXO E – Carta de disponibilidade da instituição.....	155
	ANEXO F – Perfil do multiplicador	156
	ANEXO G – Carta de inserção do programa VAMOS	157

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido uma das maiores causas de mortes prematuras. O diagnóstico tardio e a falta de acesso ao cuidado e tratamento contribuem para aumentar o número de óbitos. Estima-se que essas mortes impactem anualmente 1% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, interferindo diretamente na sua economia (WHO, 2010, 2013, 2015; BRASIL, 2018; PEREIRA; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2017).

Entre os fatores que colaboram para a ocorrência das DCNT está o estilo de vida das pessoas, que se relaciona intimamente com o consumo alimentar e com a prática de atividade física (AF). Esses fatores podem favorecer o excesso de peso e a obesidade que acometem cerca de 53% e 18%, respectivamente, da população brasileira adulta ou idosa (BRASIL, 2017). O comportamento alimentar, que se modifica constantemente, aumentou em 16% as calorias em cada refeição realizada fora de casa (BRASIL, 2012a).

A inatividade física acomete mais de 13% da população brasileira (BRASIL, 2017), sendo responsável por cerca de 9% dos óbitos no mundo, semelhante aos óbitos causados pelo consumo de tabaco (LEE et al., 2012; WHO, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as pessoas façam semanalmente 150 minutos de atividades físicas moderadas e/ou 75 minutos de atividades físicas vigorosas para beneficiar sua saúde (WHO, 2010; 2018; NIGAM; JUNEAU, 2011). Além disso, recomenda que elas mantenham uma alimentação saudável (BRASIL, 2014, 2012a).

Diante do exposto, não podemos deixar de enumerar os incentivos para a prática de atividade física e de alimentação mais saudável. Os programas, projetos e ações são incentivados pelos diferentes órgãos, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde e outras associações brasileiras (de Atividade Física e Saúde, de Cardiologia).

A OPAS estimula as atividades físicas para promover a saúde e propõe dezessete objetivos de desenvolvimento sustentável. O terceiro deles é voltado para saúde e bem-estar e, no seu desdobramento, incentiva o combate às DCNT (informações disponíveis em: <<https://www.paho.org>>). Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Programa Academia da Saúde (PAS), que oferece diversas ações de atividade física e de alimentação saudável em

polos de 2.496 municípios no país (BRASIL, 2018), com o propósito de “promover práticas corporais, atividade física (PC/AT) e alimentação saudável” (Ibid., p. 64), ressignificando os aspectos culturais de cada comunidade. Alcançando cerca de 120 milhões de pessoas, o PAS é fomentado pela Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), com apoio da Atenção Básica; 99% dos locais têm ações de práticas corporais e/ou atividades físicas e 82% delas têm ações para alimentação saudável (GUARDA et al., 2014; BRASIL, 2018).

Usualmente, os programas de AF oferecidos nos diferentes contextos são chamados de tradicionais: as aulas são realizadas por meio de exercícios físicos sistematizados, duas a três vezes na semana, para grupos de 30 pessoas em média, com duração em torno de 50 a 60 minutos distribuídos em aquecimento, parte principal e final da aula (alongamento e/ou relaxamento). Embora tenham benefícios fisiológicos comprovados, (BENEDETTI et al., 2012; BLAIR, 2009; SILVA; DIEFENTHAELE, 2015), essas aulas oneram demasiadamente os cofres públicos municipais, pois demandam materiais e locais adequados, sob o comando de profissionais de educação física. Além disso, tem-se observado que a assiduidade é baixa, reduzindo os benefícios almejados (BENEDETTI et al., 2012).

Com referência à alimentação, destaca-se a criação do guia alimentar como política pública, que sugere maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, evitando-se ao máximo os produtos ultraprocessados e o exagero no consumo de sal, açúcar, gorduras e a troca de refeições por lanches (BRASIL, 2014, 2016).

No Brasil, vários programas se utilizam das atividades tradicionais para aumentar a AF e melhorar a alimentação, como, por exemplo: Academia da Cidade (HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010; MALTA et al., 2014), Academia da Saúde (BRASIL, 2014, 2018; COSTA et al., 2011; Agita São Paulo (FERREIRA et al., 2003; MATSUDO et al., 2005), CuritibaAtiva (HALLAL et al., 2009; KRUCHELSKI, DUTRA; SIQUEIRA, 2012), Floripa Ativa (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; MEURER et al., 2012), entre outros. Em seus resultados, estudos realizados nesses programas/projetos/ações enfatizam a importância de assiduidade, conscientização e autonomia da população para modificar seus hábitos. O programa Agita São Paulo revelou que, entre 1999 e 2004, houve redução de pessoas sedentárias em 30,7% e de insuficientemente ativos em 60%. O programa estimula as pessoas a acumularem pelo menos 30 minutos de AF a cada dia durante a semana (disponível em: <www.portalgita.org.br>).

Além dos programas citados, a tendência internacional é oferecer programas que atuam na mudança de comportamento, como: o Active Living Every Day (ALED) (WILCOX et al., 2008), o Dia BEAT-it (ALMEIDA et al., 2014; GOESSL et al., 2018) e Active Choice (KELLER et al., 2011; HAKIM; MEISSEN, 2013), que se voltam para incentivar a prática de atividade física e a alimentação saudável.

O programa ALED proporciona aos participantes a mudança de comportamento por meio da AF durante 20 semanas, tendo apresentado os seguintes resultados: aumento no nível de AF que permaneceu igual ou aumentou o tempo após as intervenções; como resultado secundário, diminuiu a depressão entre os participantes (WILCOX et al., 2008). O Dia BEAT-it é um programa oferecido para jovens e adultos com tendência para diabetes tipo 2. O programa utiliza DVD com informações de prevenção, cuidado e tratamento da diabetes tipo 2; com auxílio de telefonemas programados tem auxiliado na perda de peso, no aumento dos níveis de atividade física e na alimentação saudável, diminuindo os riscos da doença (ALMEIDA et al., 2014; GOESSL et al., 2018). Por outro lado, o Active Choice é um programa que possibilita às pessoas melhorar suas escolhas para promover saúde, conscientizando-as no seu cotidiano sobre o que comer, qual AF realizar e refletir sobre o estilo de vida que têm (KELLER et al., 2011; HAKIM; MEISSEN, 2013).

No Brasil, foi criado em Florianópolis o programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS). Inspirado no ALED, com tradução e adaptação para o Brasil, o programa aplicado em Florianópolis foi reformulado por não apresentar os resultados esperados para a nossa realidade. Em razão disso, foi criado em 2011, o VAMOS (BENEDETTI et al., 2012), com o objetivo de “motivar os seus participantes a adotarem um estilo de vida saudável” (disponível em: <<http://vamos.ufsc.br/>>). Em sua primeira versão, durou cerca de três meses, com doze encontros, sendo um por semana e presenciais, com duração de cerca de duas horas, que abordava assuntos sobre atividade física. Na sua segunda versão, com igual duração e os mesmos doze encontros, foi acrescida aos assuntos a alimentação saudável. O programa buscou proporcionar aos participantes estratégias para obter mudanças no seu comportamento com atitudes positivas, quebrando barreiras e potencializando os facilitadores (BENEDETTI et al., 2012; BORGES, 2014; SCHERER, 2014; MEURER, 2016; TONOSAKI, 2016; GERAGE, 2016). Utiliza como base a Teoria Sociocognitiva, segundo a qual o ambiente onde

o indivíduo está inserido pode ser alterado, tanto quanto o indivíduo pode modificar o ambiente onde se encontra (BANDURA, 2004; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Os estudos realizados com o programa VAMOS apresentaram alguns resultados positivos, como: melhora na escolha de alimentos, aumento no nível de atividade física moderada e vigorosa (AFMV), diminuição no tempo sedentário, melhor percepção da qualidade de vida, melhora da autoeficácia e enfrentamento das barreiras para alcançar os objetivos de melhorar a saúde (BENEDETTI et al., 2012; BORGES, 2014; SCHERER, 2014; MEURER, 2016; MEURER et al., 2019; TONOSAKI, 2016; GERAGE, 2016; SILVA, 2017).

Os resultados prévios encontrados com a aplicação do VAMOS motivou a equipe responsável pelo programa a estudar a possibilidade de expandi-lo. Para isso, foi criado um treinamento e oferecido um curso de capacitação – treinamento para multiplicadores – para os profissionais de saúde interessados e que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil, conforme os dados publicados na tese de José (2017). O treinamento foi desenvolvido e testado para aplicar o programa VAMOS, com o objetivo de “Avaliar o processo do treinamento para a capacitação e certificação de multiplicadores do programa VAMOS” (JOSÉ, 2017). Nessa tese, foram certificados 44 profissionais como multiplicadores do programa VAMOS, os quais foram convidados para implantá-lo nas UBS onde atuam.

O VAMOS é avaliado pela ferramenta RE-AIM, que engloba cinco dimensões: Alcance, Adoção, Efetividade/Eficácia, Implementação e Manutenção (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW; ESTABROOKS, 2018). Porém, no presente estudo, focaremos nas dimensões Adoção, Alcance e Efetividade (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). O programa VAMOS pode tornar-se uma experiência rica e com impacto positivo na vida dos indivíduos que participam das intervenções e na saúde pública.

Portanto, buscamos entender como os profissionais de saúde que realizaram o treinamento de multiplicadores adotaram o programa VAMOS e possibilitaram disseminá-lo entre a sua equipe e a comunidade. Além disso, buscamos verificar como ocorre o processo de divulgação do programa na UBS onde o multiplicador atua, como foi o alcance dos usuários para participar no programa e se este foi eficaz para mudar o comportamento deles no tocante a atividade física e alimentação.

Assim, esta pesquisa apresenta o seguinte problema: Como ocorre a adoção dos multiplicadores e quais as estratégias de alcance utilizadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e dos multiplicadores para implementar o Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS)? As ações do VAMOS são efetivas na mudança de comportamento de seus participantes?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a adoção dos multiplicadores, as estratégias de alcance utilizadas pelos profissionais e pelos multiplicadores e a efetividade do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde – VAMOS nas Unidades Básicas de Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Verificar a adoção dos multiplicadores no programa VAMOS;
- Verificar o percentual de alcance dos participantes do programa VAMOS;
- Levantar as estratégias utilizadas pelos profissionais e multiplicadores das Unidades Básicas de Saúde para convidar os usuários a realizar o programa VAMOS;
- Verificar o nível de efetividade entre os participantes do programa VAMOS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, abordamos as políticas públicas no Brasil voltadas para a promoção da saúde, as principais premissas que as asseguram, quais suas vertentes e o caminho da atividade física e da alimentação saudável. Evidenciamos como têm surtido efeito as ações de programas e a importância do processo avaliativo em planejar, implantar e reavaliar as suas ações. Verificamos que programas com ênfase na mudança de comportamento têm influenciado diretamente o estilo de vida, sobretudo na atividade física e na alimentação saudável.

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Promoção da Saúde como um processo que objetiva ampliar as possibilidades de os indivíduos e as comunidades atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle desse processo (WHO, 2009).

O processo saúde-doença e as práticas políticas no conjunto social estão interligadas e em constante movimento (PAIM, 2009). A saúde era vista como ausência de doença, somente como efeito biológico. Porém, nos finais dos anos 1940, a OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social” (BRASIL, 2011; FARINATTI; FERREIRA, 2006; PAIM, 2009).

Em 1986, a primeira conferência sobre saúde em Ottawa resultou na Carta de Ottawa (BRASIL, 1986), documento no qual são traçadas as intenções para nortear as políticas públicas dos diferentes países para melhorar a saúde da população no mundo. Esse documento enfatiza que a saúde acontece pelo incentivo de boas práticas para obtê-la, destacando os ambientes para a prática de atividades físicas, condições e excelência para alimentação saudável, autonomia do indivíduo e comunidade, respeito à cultura, boas condições de moradia e trabalho, lazer para a população, enfim, condições que possam incentivar a criação de “estratégias e programas na área da promoção da saúde”. Essas intenções foram referendadas no Brasil (BRASIL, 1986).

Entretanto, no Brasil, com o movimento popular e as relações políticas no país, a população brasileira requeria mais cuidados para a saúde. Esse fato culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual a saúde foi definida, num conceito ampliado, como “resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4; PAIM, 2009).

A saúde passou a ser vista sob um novo olhar, resultando na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. O SUS surge no movimento da integração de atendimento e cuidado com a saúde, abrangendo o relacionamento entre paciente e profissionais da saúde, e descentralizando o atendimento da atenção de um único profissional de saúde: o médico (BRASIL, 2011; PAIM, 2009; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017). Nesse sentido, o SUS é assim conceituado:

Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e pelo setor privado e organizações não governamentais, por meio de contratos e convênios. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas com direção única em cada esfera do governo (BRASIL, 2011, p. 21).

Com a Lei n.º 8.080, de 1990, a saúde fica assegurada como direito da sociedade e dever do Estado, segundo prevê a Constituição Federal de 1988. A Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, busca desenvolver hábitos no cotidiano para promover a saúde do indivíduo e da comunidade, fortalecendo o entendimento de que, para promover a saúde, seus objetivos, diretrizes e ações precisam ser bem estabelecidos (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2010, 2014). E, na Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, estimula-se o atendimento primário na Atenção Básica (AB), componente do Programa Saúde da Família (PSF), no qual serão desenvolvidas as práticas de cuidado, atenção, prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, respeitando a individualidade e o aspecto sociocultural (BRASIL, 2006d).

Assim, garantido o atendimento integral do indivíduo por meio de leis e portarias, em 30 de março de 2006, por meio da Portaria n.º 687, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que considerou o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2010, 2014).

Portanto, a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) veio fortalecer a saúde pública brasileira no SUS, reafirmando os seus princípios: universalidade, equidade, integralidade; e suas diretrizes: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos (ROCHA, 2008; BRASIL, 2006a, 2006b). Dessa forma, a PNPS considera:

[...] a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, entendendo que as formas como elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem (BRASIL, 2014b, p. 4).

A promoção da saúde acontecerá quando as diretrizes e ações que foram pensadas alcançarem a população e conseguirem articular todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2014a; SANTOS, MELO, 2018). Para que a promoção da saúde aconteça, é importante compreender o objetivo da Política:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (p.11).

Considerando seu objetivo, é necessário implantar as diretrizes por meio das ações sugeridas: “Formação e Educação Permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2014d; DIAS et al., 2018).

Portanto, a PNPS vem para auxiliar a implementação das ações que ajudam a consolidar e encorajar as mudanças necessárias entre o indivíduo e a comunidade, não esquecendo da autonomia de cada um. No nosso estudo, focaremos a promoção da saúde, principalmente o estilo de vida, as ações da alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e atividades físicas (DIAS et al., 2018; BRASIL, 2006a, 2006b; WHO, 2013).

2.2 ESTILO DE VIDA

O estilo de vida pode ser definido como o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (NAHAS, 2017, p. 22), em que suas escolhas são determinadas através de fatores sociais, econômicos e ambientais (BRASIL, 2012a).

Comportamentos como o consumo do tabaco, a ingestão de álcool, alimentação inadequada e a inatividade física fazem parte do estilo de vida (LEE et al., 2012; MENDES, 2012; STERNFELD; GOLDMAN-ROSAS, 2012; WHO, 2010, 2013, 2015). As escolhas de comportamentos que permeiam o estilo de vida podem ou não se tornar fatores de risco à saúde (BRASIL, 2017; WHO, 2010, 2013, 2015, 2018).

No presente estudo, centraremos a atenção nos comportamentos alimentares e na atividade física, foco desta dissertação. Portanto, dividiremos o tópico que aborda o estilo de vida nestes dois tipos de comportamento.

2.2.1 Alimentação

Alimentação adequada e saudável, segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, permeia o hábito alimentar, que é “apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais” (BRASIL, 2012a, p.31). Ela respeita toda a dimensão do indivíduo e/ou comunidade, suprimindo as necessidades calóricas e promovendo saúde (BRASIL, 2012a). É um estilo de vida saudável e pode tornar-se fator de proteção para a saúde das pessoas (BRASIL, 2012a), interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

Devido ao fácil acesso a alimentos com alto teor de gordura e açúcar (SABIA; SANTOS; RIBEIRO, 2004; MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004; BARRETO et al, 2005), a prevalência de sobrepeso e obesidade entre a população brasileira tem aumentado em todas as faixas etárias (MENDES, 2012). Esse aumento da obesidade e sobrepeso da população desencadeia diversas doenças, como as cardiopulmonares (CHRISTOFOLETTI et al., 2016; VIERO; FARIAS, 2017), diabetes tipo 2, apneia do sono, asma, infarto do miocárdio e alteração nos níveis de triglicérides (MAZZOCANTE; MORAIS; CAMPBELL, 2012). Uma pessoa é considerada com sobrepeso quando o IMC é de pelo menos 25 kg/m² e obesa quando

o índice de massa corporal (IMC) é igual ou acima de 30 kg/m^2 (WHO, 2018). Para o cálculo do IMC, é utilizada a seguinte fórmula: kg/m^2 (peso em quilogramas dividido pela estatura em metros ao quadrado) (BRASIL, 2017).

Nos últimos 20 anos, aumentou a obesidade em todas as faixas de idade em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. Entre as crianças de 5 a 9 anos, nos meninos o percentual de obesidade foi multiplicado por quatro (de 4,1% saltou para 16,6%) e nas meninas foi de 5 vezes o percentual (de 2,4% para 11,8%). Entre os adolescentes, o aumento foi de 20% (BRASIL, 2012a).

Segundo estudo realizado pela Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o percentual de adultos obesos foi de 18,9%, sendo nas mulheres 19,6%, e nos homens 18,1%; em idosos acima de 65 anos o crescimento foi mais acentuado: 20,3% (BRASIL, 2017). Além disso, a obesidade diminuiu de acordo com o grau de escolaridade, visto que nas pessoas que estudaram de 0 a 8 anos o percentual de obesidade foi 23,5%; de 9 a 11 anos foi de 18,3% e naqueles com 12 e mais anos de estudo foi de 14,9% (BRASIL, 2017).

E o excesso de peso considerando o $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ teve o total de 53,8%, sendo 57,7% entre os homens e 50,5 entre as mulheres. Esse número aumenta entre as pessoas acima de 64 anos em ambos os sexos, mas com as mulheres tende a diminuir conforme aumenta o tempo de escolaridade (BRASIL, 2017).

Dentre as causas apontadas para esse aumento, considera-se que a população tem mais poder de compra, aumentando seu acesso a alimentos: a dieta rica em carboidratos e gordura tem modificado a rotina, independentemente da classe social, pois são consumidos alimentos mais calóricos, porém pobres em nutrientes (BRASIL, 2012a). O acesso aos alimentos ricos em gorduras e açúcar é facilitado, e compreender o que está nos rótulos dos alimentos faz parte do processo de reeducação alimentar (BRASIL, 2012a, 2017). Informar os componentes nas embalagens é uma conquista dos consumidores que faz parte de políticas de informação e um direito da população (WHO, 2015).

Reeducação alimentar exige políticas públicas abrangentes, uma vez que elas precisam chegar às casas dos brasileiros, às escolas e ao trabalho, favorecendo esse processo (WHO, 2015).

Entre as políticas governamentais foi criado o Guia Alimentar para a População Brasileira em 2014, no qual os alimentos são divididos em quatro categorias: *in natura*, minimamente processado, processado e ultraprocessado. Dos instrumentos do programa VAMOS, um baseia-se no Guia para avaliar a alimentação dos participantes. Quando se trata de hábitos alimentares, é preciso estar atento desde o princípio da vida, começando na gestação e na amamentação, prosseguindo na infância, em que é básico o controle no consumo de doces e refrigerantes; e na adolescência, com o consumo exagerado de alimentos ultraprocessados (WHO, 2015; BRASIL, 2017). O aumento do consumo de sal, gorduras e açúcares, e a diminuição do consumo de frutas, legumes, cereais e fibras fazem parte da alimentação inadequada, fator importante que contribui para a ocorrência das DCNT (WHO, 2015).

O Guia Alimentar para a População Brasileira vem orientar o consumo alimentar, que conduz à promoção da saúde e à prevenção de doenças (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda o consumo de alimentos na sua forma *in natura* ou minimamente processado, refeições ricas em frutas, legumes, grãos e carnes magras, respeitando a regionalização e a produção de cada alimento. Também recomenda que se elaborem suas próprias refeições, evitando alimentos ultraprocessados que são ricos em gorduras, sal e açúcar, caso principalmente dos refrigerantes, enlatados e salgadinhos (BRASIL, 2014).

Para acontecer uma alimentação adequada, é preciso pensar e realizar a montagem de um prato. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) descreve assim alimentação adequada e saudável:

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidade mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2012a, p. 31).

Para promover a alimentação adequada e saudável, além de pensar o que se coloca no prato, também é importante pensar no ambiente onde serão consumidos os alimentos. A

ambientação é necessária. Comer nunca deverá ser um momento ruim, é preciso ser um momento de compartilhar, ser agradável. Pensar na cultura do local pode ser um bom aliado nesse processo de reeducação alimentar, pois escolher alimentos da safra, além de diminuir custos financeiros, agrega novos alimentos aos pratos.

É necessário que as políticas públicas promovam o fácil acesso a alimentos adequados, proporcionem a redução de agrotóxicos e de impostos sobre os alimentos para estimular e aumentar o consumo de alimentos mais saudáveis (BRASIL, 2012a).

Avaliar o consumo alimentar não é tarefa simples, porquanto os profissionais de nutrição não têm um instrumento padrão ouro para fazê-lo (BUENO; AZEPIELEWSKI, 2010). As ferramentas que existem podem tanto subestimar quanto superestimar esse consumo, ou indicar o comportamento alimentar individual. Dentre as ferramentas mais utilizadas podemos citar:

- Questionário de Frequência Alimentar (QFA) – é um instrumento que investiga a frequência do consumo de determinados alimentos (ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009, p. 5), como o leite e seus derivados, ovos, carnes (peixe, boi, porco e frango), embutidos, macarrão, biscoitos doces, salgados e recheados, além de doces em todas as suas formas. Esses alimentos são listados com a quantidade e frequência em que são ingeridos por semana e/ou por mês (ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009).

- Recordatório 24 horas – é um instrumento que consiste em obter informações sobre a alimentação e seu preparo nas últimas 24 horas que antecedem a entrevista. São avaliadas a quantidade de refeições, suas porções e as bebidas ingeridas durante o dia. Com esse relatório, é possível “estimar valores absolutos ou relativos da ingestão de energia e nutrientes amplamente distribuídos no total de alimentos oferecidos ao indivíduo” (BUENO; AZEPIELEWSKI, 2010, p. 67). Como ferramenta, esse instrumento fornece imagens para o entrevistado ter noção de quantidade e valores de alimentos consumidos (BIGIO et al., 2011).

Relativamente baratos e fáceis de aplicar, exigindo apenas um prévio treinamento simples para o entrevistador, esses dois instrumentos são os mais utilizados para avaliar o consumo alimentar (ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009; BUENO; AZEPIELEWSKI, 2010).

A prática de uma alimentação adequada e saudável reduzirá a prevalência e os danos das DCNT, mas é necessário considerar os outros aspectos do estilo de vida.

2.2.2 Atividade Física

Outra questão importante do estilo de vida a ser considerada na prevenção das DCNT é a prática de atividades físicas, porque a inatividade é o quarto fator de mortalidade no mundo, assemelhando-se, em número de morte, ao uso do tabaco e à obesidade, ou seja, cerca de 9% das mortes (LEE et al., 2012; WHO, 2010). A atividade física apresenta-se, pois, como um fator de promoção e prevenção das DCNT (WHO, 2010, 2018; BRASIL, 2015b, 2009b).

Entende-se por atividade física qualquer movimento corporal que despende energia; e o exercício físico, além do movimento corporal, contempla também a estruturação dos exercícios (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A OMS recomenda a prática de atividade física para a saúde em três níveis de faixa etária. Na faixa de 5 a 17 anos, são recomendados 60 minutos por dia de atividade aeróbia em intensidade moderada e/ou vigorosa em pelo menos três vezes na semana com o intuito de fortalecer ossos e músculos. Para essa faixa etária recomenda-se exercício de resistência muscular de duas a três vezes por semana. A atividade física para essa fase é importante para melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, saúde óssea e biomarcadores metabólicos, além de reduzir o nível de ansiedade e depressão. Ela deve ser ofertada em ambientes que as crianças frequentam, como escola, casa e comunidade, por meio de brincadeiras, jogos, recreação e exercícios planejados (WHO, 2010).

Para adultos entre 18 e 64 anos, são recomendados 150 minutos por semana de atividade aeróbia em intensidade moderada ou 75 minutos de vigorosa. Para beneficiar a saúde, a atividade aeróbia deve ter duração de pelo menos 10 minutos contínuos cinco dias por semana. Também é recomendada a combinação de atividades, variando entre intensidade moderada e vigorosa e atividades de fortalecimento muscular em dois ou mais dias por semana (WHO, 2010, p. 8), incluindo-se ainda atividades recreativas e de lazer. Recomenda-se um deslocamento ativo e atividades domésticas (WHO, 2010).

Para os adultos de 65 anos ou mais, as recomendações são as mesmas do grupo anterior, com o acréscimo de exercícios de equilíbrio em três ou mais dias na semana, com finalidade de reduzir quedas. Porém, para aqueles que não se encontram aptos para seguir as recomendações, é indicada atividade física dentro dos seus limites e habilidades e das suas condições físicas (WHO, 2010). Em todos os grupos, é importante que o processo de inserção

da prática de AF seja gradual, respeitando os limites individuais e outras especificidades (WHO, 2010).

Para alcançar as recomendações, é importante que as ações políticas consigam diminuir a inatividade física e o comportamento sedentário, promovendo o aumento da AF. Dessa forma, a Carta Internacional da Educação Física, da Atividade Física e do Esporte (*Internacional Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport*) da UNESCO, de 2015, e a Declaração da Atividade Física para a Saúde Global e Desenvolvimento Sustentável de Bangkok em 2016 (*The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development*) reconhecem que a Educação Física e Atividade Física e Esportes são direitos de todos, sem qualquer discriminação. Com isso, há o desenvolvimento humano por meio da capacidade física, visto que as diversidades culturais fornecem benefícios à saúde individual e social, reabilitam as pessoas para a comunidade, promovem a mobilidade e ajudam no combate das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ainda apontam a importância de investir em políticas, ações e programas para promover a AF, mormente com grupos vulneráveis (UNESCO, 2015; BANGKOK, 2016).

Por meio desses principais documentos, a WHO lançou um plano global para ser pensado em estratégias de aumentar os níveis de AF e diminuir o comportamento sedentário em todo o mundo, tendo como objetivo “reduzir em 15% a prevalência global de inatividade física em adultos e adolescente até 2030” (WHO, 2018, p. 8). Isso porque 1 em 4 adultos e 3 em 4 adolescentes entre 11 e 17 anos, no total de 21% e 81%, respectivamente, não atendem às recomendações, cujas metas são de curto prazo (2 – 3 anos), médio prazo (3 – 6 anos) e longo prazo (7 -12 anos) (WHO, 2018).

O Plano de Ação Global de Atividade Física 2018-2030 traçou quatro objetivos: 1- criar sociedades ativas (implantar campanhas para AF que valorizem a mobilidade humana, incentivar as AF em espaços públicos e valorizar o treinamento dos profissionais); 2 - criar ambientes ativos (planejamento urbano, semiurbano e rural, para facilitar a mobilidade, melhorando a infraestrutura, que as ações políticas melhorem a segurança, fortaleçam o acesso a espaços abertos públicos e verdes); 3 - criar mentalidade de pessoas ativas (ofertar AF no ambiente escolar e em todas as fases da vida, implementar e fortalecer avaliação e aconselhamento para incrementar a AF e diminuir o comportamento sedentário, aumentar a oferta e as oportunidades de programas de promoção de AF em espaços públicos, “melhorar a

provisão e oportunidades dos programas e serviços para AF, “fortalecer o desenvolvimento e a implantação de programas e serviços”, principalmente com os grupos vulneráveis, e engajamento e otimização das políticas públicas no aumento da AF e diminuição do comportamento sedentário); 4 - criar sistemas ativos (reforçar as políticas para implantar ações para AF, melhorar os sistemas, capacidades e fortalecer as instituições de pesquisa, aumentar a conscientização, o conhecimento e o engajamento nas ações para os benefícios da AF, e “fortalecer os mecanismos de financiamento para assegurar a implementação de ações” (WHO, 2018, p. 28-41).

O Plano reforça que a implantação de ações políticas se destina a melhorar os fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais, que apoiam e promovem a AF, e que “não há uma solução política única” (Ibid., p. 42), mas que cada nação possa ver com cuidado e implantar as ações necessárias em cada comunidade, visando a aumentar os níveis de AF e diminuir o comportamento sedentário em todo o mundo (WHO, 2018).

Em se tratando de população brasileira, o estudo realizado em 2017 pelo VIGITEL verificou que, nas vinte e seis capitais brasileiras e no Distrito Federal, entre os adultos predominam os inativos fisicamente, ou seja, acumulam menos de 10 minutos de AF moderada por dia. Os dados revelam que 13,7% da população adulta brasileira das capitais e Distrito Federal são inativos, sendo 14,9% das mulheres e 12,2% dos homens. Além disso, observou-se que, quanto menos tempo de estudo as pessoas têm, menos praticam AF (BRASIL, 2017, p. 93), embora o mesmo documento aponte que estão acontecendo pequenas mudanças quando se trata de AF. Um aumento significativo: em 2009, eram 30,3% os jovens de 18 a 24 anos envolvidos em atividades físicas no seu tempo livre; em 2017 esse percentual subiu para 37,6% (BRASIL, 2017).

Ao pensar em atividade física, é necessário verificar a realidade do indivíduo e/ou comunidade quando se pretende intervir por meio dessa prática (BRASIL, 2009b).

Nas ações de promoção de atividade física, é necessário dar autonomia para cada um escolher as atividades com as quais se identifica. Dentro do espaço da comunidade, é preciso reconhecer os ambientes favoráveis e fazer valer as políticas públicas.

No documento gerado com base no VIGITEL, contempla-se a atividade física em tempo livre e no deslocamento (BRASIL, 2017), de modo a alcançar as recomendações de

150 minutos semanais de AF em intensidade moderada ou 75 minutos em intensidade vigorosa (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

A atividade física busca melhorar a aptidão física, resistência muscular, flexibilidade, força muscular, resistência cardiopulmonar e composição corporal (SILVA; DIEFENTHAELE, 2015). Além de respeitar o princípio *FITT* - *F*- frequência; *I*- intensidade; *T*- tempo (duração); *T*- Tipo (modalidade da atividade) (BLAIR, 2009; SILVA; DIEFENTHAELE, 2015), são eles que formam aptidão física. Segundo o princípio *FITT*, *F* é a frequência definida como a quantidade em dias por semana, quantidade de repetições, que estará na programação e que fará determinado programa de AF; *I* é a intensidade que é definida como o percentual de uma repetição máxima (RM), do VO₂max, da Frequência Cardíaca; o *T* é o tempo definido como a quantidade e a duração da execução do exercício; e o *T* de tipo refere-se à modalidade da prática do exercício, como por exemplo: caminhada, corrida, natação, musculação e yoga, dependendo do objetivo do exercício e da afinidade ou preferência do indivíduo com ele.

Com tantas recomendações a serem seguidas e instrumentos utilizáveis para medir o nível de atividade física, é preciso pensar no mais adequado ao objetivo dos estudos (WHO, 2010).

Por mais que a OMS faça as recomendações, é necessário que todos os governantes procurem adequá-las à realidade cultural e aos aspectos individuais e/ou grupais (WHO, 2010, 2018).

No combate ao sobrepeso e à obesidade, a alimentação e a atividade física tornaram-se aliadas (WHO, 2010, 2013, 2015, 2018). Porém, é preciso pensar ações pontuais nas localidades, como escola, bairro, unidade básica de saúde, centro de esportes, comércio, entre outros espaços que compõem a comunidade, e entender que somente o alimento não reduzirá os danos que o sobrepeso e a obesidade vêm causando ao indivíduo e/ou à comunidade (WHO, 2013, 2015; BRASIL, 2015b; MENDES, 2012). São necessárias outras ações que, somadas, resultam em benefícios à saúde. Para que as mudanças aconteçam, é necessário pensar numa equação que parece simples: alimentação adequada + atividade física + ações de políticas públicas = melhoria de qualidade de vida para o indivíduo e/ou a comunidade.

Uma forma de minimizar os danos causados pelo estilo de vida inadequado, como o uso abusivo do álcool e do tabaco, a alimentação inadequada e ser fisicamente inativo, é o

investimento em programas e/ou grupos que proporcionem mudanças de comportamento. Para eficácia e eficiência dos programas, modificando os eventuais fatores de risco, é imprescindível investir nessas ações e num ambiente favorável aliado à preparação adequada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

2.3 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

O foco do nosso estudo será dirigido para promover a saúde, principalmente nos programas e nas ações da alimentação adequada e saudável e nas práticas corporais e atividades físicas (BRASIL, 2006a, 2006b; WHO, 2013).

O estilo de vida adotado pela maioria da população não favorece a saúde, razão pela qual as mortes precoces continuam aumentando. Os documentos da OMS, como a PNPS, incentivam a formação de programas e ações que ajudem a melhorar as condições de saúde da população (WHO, 2010, 2013, 2018; BRASIL, 2006a).

Segundo Mendes (2012), o cuidado e o tratamento das DCNT podem ser apresentados em quatro níveis, o que ele chama de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nos níveis 1 e 2, o objetivo é a promoção e prevenção, sendo o nível 1 destinado às intervenções de promoção e cuidado da saúde, enquanto o nível 2 contempla ações de prevenção com os determinantes sociais. Já nos níveis 3 e 4, com o avanço da doença, são necessários cuidados mais complexos, como tratamento medicamentoso, internação e intervenção cirúrgica, dependendo do quadro clínico e dos fatores de risco que já não podem mais ser modificados (MENDES, 2012).

O modelo proposto por Mendes (2012) leva-nos a compreender que, nos níveis 1 e 2, as pessoas conseguem viver com independência e autonomia, devendo-se oferecer-lhes programas e ações para mudar seu comportamento e estilo de vida, retardando os avanços das doenças (Ibidem). Por meio da educação em saúde devem ser combatidos os determinantes proximais, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o uso excessivo de álcool (Ibidem).

Para levar as pessoas a mudar seu comportamento, são incentivados os programas com ações de intervenção em grupo que trabalhem com a educação em saúde. Nos grupos de mudança de comportamento há o apoio mútuo, no qual o sentimento de pertencer a

determinado grupo favorece a sua permanência, evitando desistências. Elas se sentem com voz ativa, uma vez que, por meio dos programas e das ações, são apresentados conhecimentos, reflexões e tarefas com pequenas metas que auxiliam a superação dos obstáculos para melhorar suas condições de saúde (TONASAKI, 2016; BITTAR; LIMA, 2011).

No Brasil, é notório o aumento de programas e ações voltados para a atividade física oferecidos pelos municípios. Os programas começaram a ser implantados na década de 1980, e já na década seguinte a maior parte das universidades e prefeituras do Brasil ofereciam algum tipo de programa. Os programas são majoritariamente desenvolvidos por meio de atividades práticas, a que chamamos de programas tradicionais (BENEDETTI, 2019; BENEDETTI et al., 2012). Um exemplo são as atividades de extensão que as universidades federais e estaduais oferecem, que possibilitam “discutir novas metodologias de ação, novas formas de diálogo, de entender o ensino e a pesquisa junto à comunidade” (NUNES; LIMA, 2009, p.142). Para especificar o exemplo, citamos os programas de extensão do Centro de Desportos da UFSC, que oferece atividades de acordo com a faixa etária por meio de práticas de AF (disponível em: <http://portalcds.ufsc.br/extensao-atividades-fisicas-para-a-comunidade/>).

Por outro lado, os programas de mudança de comportamento são mais recentes. Segundo Benedetti (2019, no prelo), promover mudança de comportamento para alterar atitudes e, conseqüentemente, adotar hábitos saudáveis por meio de programas de intervenção, tem-se mostrado um caminho promissor para a saúde pública.

Os primeiros programas de mudança de comportamento foram desenvolvidos com pessoas tabagistas, e logo começariam a ser aplicados em diferentes comportamentos, como usuários de drogas ilícitas, controle da alimentação, e, mais recentemente, na atividade física (MENDES, 2012).

Os programas de mudança de comportamento para a prática de atividade física crescem paulatinamente. Eles são desenvolvidos conforme o objetivo a ser alcançado e a população a ser atingida.

No Brasil, o governo federal vem incentivando programas de rede nacional para a melhoria no cuidado, na promoção e na proteção de saúde do indivíduo e/ou do grupo. Por exemplo: o Programa Academia da Saúde (PAS) e o Programa Saúde na Escola (PSE), que

fazem parte de um macrossistema na rede nacional, buscam promover cuidados com saúde em todas as fases da vida. O PSE pensa a saúde da criança em idade escolar, enquanto o PAS focaliza especialmente adultos e idosos, mas atua em todas as faixas etárias.

Com a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no macrossistema, aumentaram as possibilidades de profissionais da saúde na resolutividade e na articulação com serviço prestado por meio do conhecimento de cada um, atuando de forma integrada, para encontrar soluções para os problemas levantados na comunidade (BRASIL, 2014b).

Podemos destacar a presença e a intervenção do profissional de educação física, que faz parte dos profissionais que compõem o NASF. As ações propostas pelo NASF surgem da demanda das equipes da Estratégia da Saúde da Família, que têm o conhecimento do território, da cultura local e dos problemas que permeiam a comunidade. Assim, em conjunto, as equipes da ESF e o NASF estabelecem as ações a serem desenvolvidas. No caso dos profissionais de Educação Física, a maioria delas é realizada no contexto da própria comunidade, trazendo benefícios para a saúde e para o convívio social (BRASIL, 2009b).

Integrante da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido para promover o trabalho multiprofissional dentro da comunidade, de forma integral e de modelo assistencialista, por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e/ou da comunidade. O seu formato de atendimento prima pelo cuidado primário, pelo princípio de territorialização que articula o formato do cuidado e das ações em saúde (AVEIRO et al., 2011; BRASIL, 1997, 2000; ROMAGNOLI, 2009).

Entre os nacionais, o Programa Academia da Saúde (PAS) teve início em 2011, com a proposta de realizar intervenções para minimizar os danos das doenças crônicas (BRASIL, 2015). Seu objetivo é “promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais” (BRASIL, 2015, p. 6). Dessa forma, o programa enfatiza o cuidado com as DCNT e os saberes daquela comunidade onde o PAS está inserido (BRASIL, 2014a).

As ações do Programa Academia da Saúde são: promover estratégias na promoção da saúde, promover a educação em saúde, desenvolver ações intersetoriais e dentro da realidade da comunidade, buscar a convergência de programas e projetos que já acontecem na comunidade (como lazer, esportes, educação, cultura, saúde, assistência social), ampliar

autonomia entre os indivíduos na sua escolha, aumentar o envolvimento em atividade física, promover formas de alimentação adequada e redes de apoio (BRASIL, 2014; GUARDA et al., 2014).

Até meados de 2017, o PAS foi implantado em 2.678 municípios, o que representa 48% do total, dos quais 77% com ≤ 30 mil habitantes, somando 3.821 polos habilitados, assim distribuídos: 55,3% na Região Norte; 54,3% na Região Nordeste; 37,9% na Região Sudeste; 47,4% na Região Sul e 52,9% na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2018, p. 21-22).

Nesses locais, predomina o público de adultos com 99%, idosos com 97%, adolescentes com 73%, crianças com 35%, gestantes e/ou mães e bebês com 28% e todos os grupos 14%. Entre as atividades e aconselhamentos, as Práticas Corporais e Atividade Física (PCAT) foram 99%, educação em saúde 89%, alimentação saudável 82%, enfrentamento do tabaco 42% e uso abusivo de álcool e outras drogas 29% (BRASIL, 2018).

As PCAT mais procuradas são: ginásticas 94%, caminhada e corrida 81%, dança 66% e jogos e brincadeiras 49%. Dos polos em funcionamento, 93% oferecem suas atividades no período matutino, 81% no vespertino e 40,5% no noturno; convém salientar que 30% das unidades oferecem suas atividades nos três turnos (BRASIL, 2018).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi institucionalizado no final de 2007 e atende todas as esferas da educação: creches, ensino fundamental, ensino médio e Ensino de Jovens e Adultos-EJA. É uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde que, por meio de ações conjuntas com Atenção Básica da Saúde, usando a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), leva o conhecimento e o cuidado com a saúde para dentro das escolas (BRASIL, 2009a, 2015a).

O objetivo do PSE é colaborar para formar crianças e jovens estudantes no seu desenvolvimento em época escolar, envolvendo as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas a enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2015a).

O PSE atua em intervenções no território de abrangência da escola, identificando as vulnerabilidades que podem agravar a saúde. O espaço escolar é privilegiado para receber ações para promover a saúde, preventivas e de educação para a saúde, e as ações intersetoriais que devem produzir cidadania e autonomia de todos na comunidade escolar (BRASIL, 2009a, 2012b, 2015b).

Além dos programas governamentais, há programas estaduais e/ou municipais, com atuação mais específica, tal como o Programa Academia da Cidade (PAC) de Pernambuco, que nasceu no município de Recife e está presente na maioria dos municípios do Estado como política pública. Em seguida foi implantado nos municípios de Aracaju e Belo Horizonte. Ele objetiva promover a saúde por meio da AF, em que “instrumentaliza a população para adoção do estilo de vida a partir de uma prática regular de AF” (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009, p. 212; HALLAL et al., 2009; COSTA et al., 2011). O PAC é ofertado pela manhã (5h – 8h) e à noite (18h – 20h), em parceria das Secretarias Municipais de Saúde com a Universidade Federal. Há profissionais de educação física contratados para atuar no PAC e estagiários da EF. O programa também estimula os participantes a perceberem os espaços da comunidade para AF e desenvolve aconselhamento para alimentação mais saudável. Atualmente, o PAC está integrado com o Programa Academia da Saúde (LOPES et al., 2016; PAES; FONTBONNE; CESSÉ, 2011; COSTA et al., 2011).

Em Vitória, capital do Espírito Santo, desde 1990 há o programa Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), que visa aos benefícios da prática de exercícios. Em parceria com a Prefeitura e a Secretaria de Saúde, o SOE oferece à população capixaba serviços e profissionais de EF capacitados para promover PCAF, também de forma integrada com as UBS.

Utilizando parques, praças e outros espaços urbanos, nos horários das 6h às 10h e das 17h às 21h, em vários pontos da cidade acontecem as atividades, por meio da Academia Popular, com aulas de musculação para públicos de idade ≥ 15 anos, e aberta de segunda a sexta-feira; Academia Popular da Pessoa Idosa, atendendo pessoas acima de 60 anos. Esse tipo de academia dispõe de dez aparelhos que “simulam atividades do cotidiano”; espaços para a prática de esporte e recreação, espaços para caminhada, atividades recreativas e hidroginástica para o público acima de 50 anos; e a aeróbia noturna para pessoas acima de 50 anos.

Além desses pontos fixos, o SOE conta com uma unidade móvel desde 2006, “para o apoio em eventos e atendimento aos territórios de saúde em que existem demandas comunitárias” (mais informações, consultar o site <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/orientacao-ao-exercicios>>).

O CuritibaAtiva é um programa voltado para promover atividade física no cotidiano dos cidadãos curitibanos, de crianças a idosos, privilegiando todos os espaços de lazer e exercícios físicos que a cidade oferece (HALLAL et al., 2009; KRUCHELSKI, DUTRA; SIQUEIRA, 2012).

O programa utiliza materiais educativos e promove reflexão sobre a importância da atividade física e de reconhecer os espaços que a administração municipal curitibana legítima e dispõe para a prática da AF. (HALLAL et al., 2009; KRUCHELSKI; DUTRA; SIQUEIRA, 2012).

O programa Floripa Ativa acontecia nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis por meio de aulas práticas de ginástica oferecidas por um profissional de educação física, duas vezes por semana, com duração de uma hora cada (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; MEURER et al., 2012). O seu alcance foi elevado entre os idosos locais, uma vez que o programa foi reconhecido em rede nacional e esteve entre os três melhores do país, concorrendo ao V Prêmio Saúde, da revista Saúde, da Editora Abril (mais informações, consultar o site da prefeitura: <<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=2762>>).

Ainda temos o programa Agita São Paulo, que abrange todo o Estado de São Paulo com objetivo de promover atividade física para melhorar a qualidade de vida e incentivar mudança no estilo de vida sedentário (FERREIRA et al., 2003; MATSUDO et al., 2005). Desde seu lançamento em 1996, o Agita São Paulo conta com o apoio tanto de organizações governamentais quanto não governamentais. É divulgado por meio de cartazes, panfletos, folhetos e mídia eletrônica, como rádio e televisão, alcançando todos os estratos da população do estado, além de informações diretas do próprio site do programa (FERREIRA et al., 2003; MATSUDO et al., 2005) (informações disponíveis em: <www.portalagita.org.br>).

Portanto, são muitos os programas que atuam com a população quando se trata da prática de atividades físicas. Recentemente vem sendo incentivada a criação de programas de Mudança de Comportamento, que repensam e discutem as práticas no formato tradicional de aulas com exercícios físicos, com o fito de provocar mudança de hábitos por meio de conscientização, conhecimento e empoderamento.

Em nível internacional, há programas em diferentes países, como o *Active Living Every Day* (ALED), *Healthy Eating Every Day* (HEED) o *Active Choice* e o *Dia BEAT-it*, que

são programas de mudança de comportamento semelhantes ao que vamos estudar nesta dissertação.

O *Active Living Every Day* (ALED) é um programa que tem como objetivo mudar comportamento para promover e incentivar a atividade física. Acontece durante doze semanas, com apoio de material didático. Seu conteúdo envolve diferentes temas que são abordados durante os encontros, para que seus participantes incluam atividade física no seu cotidiano, enfrentando as barreiras e aumentando a autoconfiança para a pessoa começar ou permanecer ativa (BENEDETTI et al., 2017; BENEDETTI et al., 2012; CALLAHAN et al., 2007; HILDEBRAND; NEUFELD, 2009; WILCOX et al., 2008; WILCOX et al., 2006) (informações disponíveis em: <<http://www.activeliving.info/index.cfm>>).

Durante essas doze semanas, o programa ALED proporciona aos participantes várias formas de superar as barreiras que se antepõem à mudança de comportamento, apontando os facilitadores para que eles realmente adotem a prática de atividade física, para que se tornem fisicamente ativos durante e após o término do programa (GRIFFIN et al., 2010; CALLAHAN et al., 2007; WILCOX et al., 2006; WILCOX et al., 2008).

No mesmo modelo do ALED, foi criado um programa específico para alimentação: o *Healthy Eating Every Day* (HEED), programa prático baseado em evidências, com objetivo de melhorar os hábitos alimentares de forma a se adequar ao estilo de vida do participante (SHUGER et al., 2011; BARRY et al., 2011).

O *Active Choice* é um programa que prepara seus participantes para que façam melhores escolhas no seu cotidiano, na alimentação e na atividade física, além de práticas para promover e cuidar da própria saúde. Partindo das intervenções, faz com que cada indivíduo reflita sobre suas escolhas dentro do seu contexto. Dessa forma, proporciona satisfação e confiança, aumentando a autoeficácia (MONTROY; DOW; KAPLAN, 2016; KELLER et al., 2011).

O programa *Active Choice* foi criado pelo grupo *Stanford Prevention Research Center* da Universidade de Stanford na escola de medicina e tem como slogan “a transformação não é daqui a cinco minutos. É uma atividade presente. Neste momento você pode fazer uma escolha diferente, e são essas pequenas escolhas e sucessos que se acumulam ao longo do tempo para ajudar a cultivar uma autoimagem e autoestima” (disponível em: <http://med.stanford.edu/healthyaging/active-choices-program.html>).

O programa ajuda mentores e voluntários a implementar programas supervisionados por telefone com foco no aumento da atividade física, especialmente para idosos inativos, embora atualmente o programa possa ser oferecido para qualquer grupo. Ele oferece materiais de treinamento para que os multiplicadores possam fornecer aconselhamento e metas de exercícios. Dessa forma, o participante é livre nas suas escolhas, partindo do que é oferecido pelo programa (MONTROY; DOW; KAPLAN, 2016; HAKIM; MEISSEN, 2013; KELLER et al., 2011; GRIFFIN et al., 2010; WILCOX et al., 2009; WILCOX et al., 2008).

O programa *Dia BEAT-it*, voltado para pessoas com idade ≥ 18 anos, objetiva atuar com a prevenção de diabetes tipo 2, que tem tomado grande proporção entre os norte-americanos, dos quais 35% são pré-diabéticos, 38% obesos e 40% intolerantes à glicose (GOESSL et al., 2018; ALMEIDA et al., 2014).

O programa consiste em identificar as estratégias e barreiras das pessoas para obter a mudança de comportamento. Por meio do recurso audiovisual DVD, o *Dia BEAT-it* disponibiliza o conteúdo sobre a doença, como cuidar e seu tratamento, atuando na prevenção da doença que coloca em risco a saúde da população. As intervenções do *Dia BEAT-it* ocorrem durante 12 meses e geram, para aqueles que fazem parte do programa, a redução do peso corporal com o aumento no nível de AF e alimentação saudável (GOESSL et al., 2018; ALMEIDA et al., 2014).

Além do DVD, o programa utiliza telefonemas, sempre no início a cada semana, depois a cada quinzena e depois mensalmente. O propósito dos telefonemas é reforçar os objetivos do programa, revendo o conteúdo que compõe o DVD, e auxiliar na identificação e superação das barreiras que dificultam a mudança de comportamento (GOESSL et al., 2018; ALMEIDA et al., 2014).

Observando o grande potencial desses programas para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde pela mudança de comportamento, foram geradas possibilidades de criação e expansão de programas.

No Brasil, foi criado o programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS), que tem como objetivo motivar as pessoas a adotar um estilo de vida ativo e saudável. A essência do programa é a mudança de comportamento em relação à atividade física e à alimentação saudável (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017; JOSÉ, 2017) (informações disponíveis em: <<http://vamos.ufsc.br/>>). O programa Vida Ativa Melhorando a Saúde vem

somar-se às ações da saúde pública no Brasil, razão pela qual nos aprofundaremos mais sobre o seu desenvolvimento como intervenções e no meio acadêmico.

2.4 PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE (VAMOS)

O Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS) foi inspirado no *Active Living Every Day* (ALED), tendo sido feito um contrato de utilização do programa para ser oferecido no Brasil com a *Human Kinetics* e realizado treinamento e prova para certifi-cá-lo (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017).

Em seguida, foi realizada a tradução e adequação do ALED para a realidade brasileira. Testado em Florianópolis em 2012, em seguida foram realizados grupos focais e entrevistas com os participantes, profissionais e gestores. A partir dos resultados obtidos na pesquisa, o programa foi modificado e reestruturado, passando a chamar-se Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS) (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017; JOSÉ, 2017; TONOSAKI, 2016).

Porém, na sua matriz original, o programa VAMOS foi denominado programa VIA (Vida Ativa: descobrindo caminhos saudáveis) (SCHERER, 2014; TONASAKI, 2016; BENEDETTI et al., 2012). A intervenção era direcionada ao público idoso, e os mediadores do programa eram profissionais de educação física lotados na rede de Atenção Básica à Saúde na Grande Florianópolis (BENEDETTI et al., 2012; SCHERER, 2014; TONASAKI, 2016).

Após sua modificação, o programa de mudança de comportamento foi denominado VAMOS (BENEDETTI & GOMES, 2010), com o intuito de incentivar alimentação saudável e atividade física como base para a mudança de comportamento (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017; GERAGE, 2016; JOSÉ, 2017; TONOSAKI, 2016).

O programa VAMOS se fundamenta na Teoria Sociocognitiva (TSC), segundo a qual é necessário que a tríade: comportamento humano, fatores pessoais e fatores ambientais se entrelacem e se comuniquem diretamente (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). A TSC acredita que tanto o indivíduo quanto a comunidade e o ambiente são modificáveis, porquanto não apenas o indivíduo e/ou comunidade possibilitam a mudança no ambiente, mas também o ambiente interfere no comportamento dos indivíduos e/ou da comunidade, sendo uma via de mão dupla (BANDURA, 2004; BANDURA; AZZI, POLYDORO, 2008). Dentro

dos seus constructos, a TSC verifica e avalia a autoeficácia do indivíduo e/ou da comunidade e entende que o apoio social atua positivamente nessa relação (BANDURA, 2004; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

No programa VAMOS, foi desenvolvido material didático para cada encontro que objetiva a mudança de comportamento, fazendo reflexão sobre as barreiras e facilitadores destacados pelos participantes (BENEDETTI et al., 2012, BENEDETTI et al., 2017; JOSÉ, 2017).

O programa VAMOS está sendo pesquisado, avaliado e testado. Até o momento presente, ele ensejou quatro dissertações e três teses. As dissertações foram: *Programa de Promoção de Atividade Física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais* (BORGES, 2014); *Programas de promoção da saúde: nível de atividade física e qualidade de vida de idosos nos centros de saúde de Florianópolis, Santa Catarina* (SCHERER, 2014); *Percepção dos participantes quanto à saúde, barreiras e facilitadores* (TONOKASI, 2016); *Instrumentos para Medida de Atividade Física, Alimentação e Antropometria no programa Vida Ativa Melhorando A Saúde – Vamos: Opiniões dos Especialistas e Multiplicadores* (SILVA, 2017). E as teses: *Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde: efetividade sobre variáveis comportamentais e de risco cardiovascular em pacientes hipertensos* (GERAGE, 2016); *Avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável – VAMOS – no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais* (MEURER, 2016); *Avaliação do Treinamento de Multiplicadores do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS* (JOSÉ, 2017).

O estudo de Borges (2014) teve como objetivo avaliar as barreiras e facilitadores entre os profissionais de saúde em um programa de promoção de atividade física por meio da mudança de comportamento na atenção básica, com foco nos profissionais de educação física inseridos nos centros de saúde (CS) em Florianópolis, para a intervenção do estudo.

Para implantar o programa VAMOS em suas UBS (BORGES, 2014), participaram dois PEF capacitados investigando as barreiras e os facilitadores para essa implantação. As barreiras mais relatadas foram: o programa não era prioridade para ESF e tem alto custo; a demanda era maior que a oferta do serviço e houve falta de entendimento sobre o VAMOS; os facilitadores foram: os profissionais recomendaram o VAMOS; o programa foi divulgado

boca a boca; é importante ampliar o público para uma adesão maior ao programa; aproximar as ações desenvolvidas pela ESF; apoiar e capacitar a ESF (BORGES, 2014).

O estudo da Scherer (2014, p. 36) teve como objetivo “analisar o efeito dos programas de promoção de atividade física de mudança de comportamento e de exercício físico tradicional nos níveis de atividade física e na qualidade de vida em idosos participantes dos Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC”.

Nesse estudo, Scherer (2014) mensurou a AF por meio do acelerômetro, aplicou questionários de qualidade de vida (*The World Health Organization Quality of Life*) (WHOQOL Breef e WHOQOL Old) e mensurou o Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência da cintura. O estudo foi randomizado entre o Grupo de Mudança de Comportamento (GMC), o Grupo de Exercício Físico Tradicional (GEFT) e um Grupo Controle (GC), que tiveram intervenções durante três meses e acompanhamento durante um ano. Os resultados revelaram que nenhum dos dois grupos (GMC e GEFT) aumentou o tempo de AF e nem a percepção de qualidade de vida entre os idosos.

Com os mesmos grupos da pesquisa de Scherer (2014), porém com abordagem qualitativa e os dados fornecidos através de grupos focais e posteriormente analisados, as entrevistas com profissionais e gestores resultaram na dissertação de Tonasaki (2016). O estudo indicou que o programa VAMOS deveria melhorar seu conteúdo (BORGES, 2014; TONASAKI, 2016), o que deu origem à sua investigação (TONASAKI, 2016).

A dissertação de Tonasaki (2016, p. 16) teve objetivo de “analisar a percepção dos benefícios para a saúde, as barreiras e os facilitadores dos participantes do programa de mudança do comportamento para a promoção da saúde – VAMOS, aplicado nas UBS do município de Florianópolis – SC”.

Tonasaki (2016) verificou que as principais barreiras para permanecer no programa foram: clima (calor e/ou chuva), falta de aula prática e o material didático distribuído aos participantes. Contudo, foi observado que o uso do pedômetro distribuído durante as intervenções, o acolhimento do profissional e da equipe da saúde, o apoio dado pela família e amigos, e o café que era oferecido a cada encontro facilitaram a permanência do participante no programa. Também foram apontados benefícios em consciência corporal, confiança e autoestima, motivação intrapessoal e extrapessoal; o uso do pedômetro avaliou diretamente o número de passos diários.

O programa VAMOS está em constante inovação. O estudo de Silva (2017, p. 24) teve como objetivo “indicar instrumentos para medida de atividade física, alimentação e antropometria a ser utilizada pelo programa VAMOS, pelos especialistas e multiplicadores”.

Os instrumentos foram analisados para verificar os mais adequados para avaliar a efetividade do programa VAMOS. Nesse sentido, foram analisados vários instrumentos com relação ao custo, aplicabilidade em virtude da realidade da Atenção Básica para mensurar a AF, alimentação e antropometria (SILVA, 2017).

Para avaliar a atividade física, foi escolhido o questionário *IPAQ* versão curta; para avaliar a alimentação foi o questionário VIGITEL com adaptações, e para antropometria foram indicados: massa corporal, estatura, circunferência de cintura e o indicador do IMC. Além disso, foi sugerida a construção de vídeo explicativo com o preenchimento dos questionários que foram produzidos (SILVA, 2017).

O programa VAMOS foi aplicado em outras realidades brasileiras, como Recife e Belo Horizonte. A tese de Gerage (2016) aplicou o VAMOS em pessoas hipertensas das imediações da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco, na cidade de Recife. A tese de Meurer (2016) aplicou o VAMOS aos participantes do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais.

No seu estudo, Gerage et al. (2017, p. 28) traçou como objetivo “analisar a associação entre o tempo despendido em diferentes intensidades de atividade física e parâmetros cardiovasculares, avaliar a eficácia do VAMOS sobre variáveis comportamentais e risco cardiovascular”.

Os sujeitos da pesquisa foram noventa pessoas com idade de ≥ 40 anos, hipertensos e que estavam sendo medicados há pelo menos três meses. Foram criados o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC), tendo este último participado de uma única palestra sobre AF e alimentação saudável (2016).

Gerage (2016) concluiu que não houve redução no peso corporal e nem na composição corporal, mas houve redução positiva na PAS braquial e central entre os participantes do programa VAMOS. A autora observou que, pela intervenção do programa, houve resultados positivos no estilo de vida.

No estudo de Meurer (2016), o público se constituiu dos participantes do Programa Academia da Saúde, com idade ≥ 20 anos, tendo como objetivo “avaliar a estratégia de

promoção da AF e alimentação adequada e saudável, denominada VAMOS, no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte” (Ibid., p. 24). Participaram 291 pessoas, distribuídas em grupo controle (GC) com 156 e grupo intervenção (GI) com 135.

Como resultados, os participantes do programa VAMOS mudaram a AF em maior número, alcançando as recomendações e melhorando a alimentação. Os depoimentos revelam que o programa é diferente, pois dá autonomia aos participantes (MEURER, 2016, p. 96). Os benefícios apontados foram melhora para AF, alimentação saudável, autoestima, autoeficácia e autonomia (Ibid., p.113).

Após testar a efetividade e sucesso em alguns marcadores nos diferentes locais onde o programa foi aplicado, ele deve ser disseminado. Nesse sentido, a equipe do VAMOS criou, testou e ofereceu um treinamento via Ensino a Distância (EaD) para capacitar e certificar multiplicadores (JOSÉ, 2017).

O programa VAMOS vem incorporando as adaptações sugeridas pelos profissionais e pelos participantes e aprimorando o programa. Mas foi necessário verificar como disseminar o programa. No estudo de José (2017, p. 31), foi realizado o processo de aprendizagem ao treinamento do VAMOS, com objetivo de “avaliar o processo do treinamento para a capacitação e certificação de multiplicadores do VAMOS”.

Foi criado um treinamento EaD pela plataforma Moodle da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), financiado pela Fapesc/PPSUS, para que profissionais se capacitassem para oferecer o programa. O curso foi desenvolvido pela equipe e oferecido pela UFSC via Moodlegroups. Tendo acesso ao conteúdo do treinamento do programa VAMOS, profissionais do Brasil todo podiam realizar o treinamento e, em seguida, uma prova para certificá-los como habilitados para ministrar o programa (JOSÉ, 2017).

Os interessados em ser multiplicadores do programa VAMOS deveriam realizar o programa. Para isso, precisavam ter nível superior na área da saúde e realizar o treinamento de 20 horas e fazer a prova de certificação com pelo menos 80% de aproveitamento. Foram convidados 2.770, mas apenas 44 concluíram o treinamento.

A partir desses estudos, o programa também foi ofertado para outros grupos entre funcionários do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) em Florianópolis (SC) no ano de 2016, para profissionais da Reitoria da UFSC

(Florianópolis – SC) em 2017 e para idosos do projeto de extensão Atividades Físicas para a Terceira Idade em 2018.

O programa VAMOS passou por algumas modificações desde sua criação. Em sua primeira versão, o programa foi estruturado em 12 encontros sobre atividade física. Na versão seguinte, foi desenvolvido o programa em 12 encontros, mas, além da atividade física, foram criadas sessões específicas sobre alimentação saudável. Foi estruturado para ser ofertado durante três meses, com encontros semanais, com duração de uma hora e meia a duas horas, desenvolvendo um tema específico a cada encontro (BENEDETTI et al., 2012; TONASAKI, 2016; JOSÉ, 2017). Atualmente, em 2018 – 2019, o programa está sendo reestruturado em 18 sessões e com uma versão *on-line*, com duração de até nove meses.

O programa que foi utilizado neste estudo é a versão em 12 sessões com duração de três meses, que oferece encontros sobre atividade física e alimentação saudável (BENEDETTI & GOMES, 2010). No quadro 1, a estrutura dos encontros.

Quadro 1 - Apresentação da estrutura dos encontros VAMOS.

Encontro	Tema	Objetivo
Introdução	Introdução	- Conhecer o Programa, o material didático e a família VAMOS.
1	VAMOS preparar?	- Refletir sobre mudanças de hábitos bem-sucedidas, já realizadas; - Aprender os conceitos de atividades físicas, exercícios físicos e alimentação saudável; - Identificar a disponibilidade para a mudança; - Discutir e refletir sobre os benefícios de uma vida saudável.
2	VAMOS saber mais sobre alimentação saudável?	- Refletir sobre a alimentação habitual atual; - Receber informações sobre o que é uma alimentação saudável; - Discutir sobre diferentes formas para tornar a alimentação mais saudável; - Refletir sobre a importância de modificar alimentos e sua preparação; - Receber instrução na elaboração inicial de um plano para mudar a alimentação; - Receber orientação sobre o automonitoramento da alimentação e a importância e fazê-lo.
3	VAMOS decidir e praticar?	- Refletir sobre como otimizar o tempo e incluir atividades físicas na rotina do dia a dia; - Conhecer o que são atividades leves, moderadas e

		<p>vigorosas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um plano inicial para praticar atividade física; - Aprender a automonitorar a atividade física realizada; - Aprender a reconhecer obstáculos que prejudicam os planos.
4	VAMOS superar desafios?	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre obstáculos usuais e aprender a identificar as barreiras para alimentação saudável e vida mais ativa; - Refletir sobre a solução dos problemas que podem dificultar a mudança de comportamento.
5	VAMOS estabelecer metas?	<ul style="list-style-type: none"> - Recapitular os conceitos de diferentes intensidades de atividades físicas e o que é uma alimentação saudável; - Aprender a monitorar o tempo gasto em atividades físicas moderadas ou vigorosas e a qualidade da alimentação; - Pensar em mensagens positivas que estimulem as mudanças saudáveis.
6	VAMOS reunir apoio e ir passo a passo?	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as principais fontes de apoio para as mudanças; - Revisar o plano de atividade física; - Aprender a usar o contador de passos.
7	VAMOS ganhar confiança e revisar os objetivos?	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir e refletir sobre o progresso de cada um até então; - Restabelecer metas em relação à alimentação; - Ganhar confiança em suas ações; - Substituir as mensagens negativas por positivas; - Aprender técnicas de alongamento e sobre sua importância para a saúde.
8	VAMOS enfrentar os obstáculos?	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir sobre reconhecer e identificar obstáculos que podem prejudicar a adoção de um estilo de vida mais ativo e de uma alimentação saudável; - Aprender a se planejar para situações de alto risco; - Conhecer a importância de adicionar atividades de fortalecimento muscular na rotina diária; - Conhecer a importância de adicionar a culinária em suas vidas.
9	VAMOS desfazer o estresse?	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender sobre os riscos do estresse; - Identificar situações de estresse; - Explorar técnicas para reduzir o estresse; - Discutir e refletir sobre formas de administrar o tempo.
10	VAMOS encontrar novas oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar novas formas e diferentes opções de atividade física e de alimentação saudável na

	para ter uma vida saudável?	comunidade; - Aprender a adicionar atividade física extra e novos alimentos na rotina; - Saber a importância de fazer escolhas saudáveis duradouras; - Aprender a estar atento e preparado para as situações de risco de se desviar das metas traçadas.
11	VAMOS realizar mudanças duradouras?	- Comemorar metas alcançadas; - Estar motivado a experimentar, sempre que necessário, novas atividades e alimentos para renovar o ânimo; - Refletir sobre as estratégias que funcionam com cada um; - Discutir e refletir sobre formas de solucionar problemas presentes ou que possam aparecer no caminho; - Autocomprometer-se a manter os novos comportamentos relacionados com atividade física e alimentação saudável.

Fonte: Benedetti et al. (2014), adaptado pela autora.

Durante os encontros, é disponibilizado um momento para o lanche, colocando em prática os conhecimentos adquiridos no programa. O lanche é previamente determinado por nutricionistas do VAMOS que construíram o cardápio. Nesse lanche se estreita o vínculo entre os participantes, pois é um momento mais descontraído para que eles possam trocar receitas, ensejando uma forma de vivenciar alimentação saudável, e em boas companhias. Isso porque faz parte do processo de mudança de hábitos fazer alimentação saudável e ter o prazer de companhias, devendo ser composto por lanches naturais e saudáveis, conforme indicado pelo programa.

Pelas investigações do programa VAMOS, ainda é necessário avançar para implantá-lo, capacitando profissionais de saúde. Os estudos mostram o sucesso que o VAMOS tem proporcionado, por meio de suas intervenções, àqueles que participam e aos profissionais de saúde como multiplicadores.

2.4.1 Treinamento para multiplicadores do programa VAMOS

No treinamento, os profissionais receberam o conhecimento do conteúdo e o formato do programa, sendo capacitados, avaliados e certificados, e se encontram habilitados para implementar o programa nas unidades básicas de saúde (JOSÉ, 2017).

Todo o treinamento, capacitação e avaliação sobre os conteúdos que compõem o programa VAMOS foram desenvolvidos na tese de José (2017).

No quadro 2, os conteúdos do treinamento e os objetivos de cada sessão.

Quadro 2 - Conteúdos do treinamento e objetivos de cada sessão.

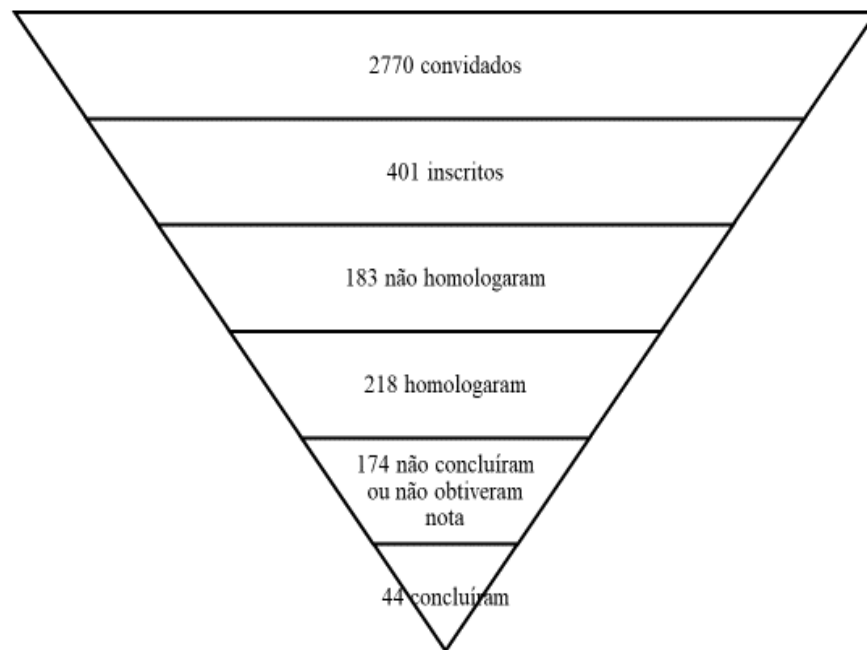
Sessão	Tema	Objetivo
Introdução	Introdução ao programa VAMOS	- Compreender o processo de treinamento, os requisitos e os passos para se tornar um multiplicador do Programa VAMOS.
1	O que é o programa VAMOS	- Aprender sobre a missão e a filosofia do Programa VAMOS; - Compreender como a aplicação desses conceitos ajuda as pessoas a mudarem seu comportamento.
2	O que é atividade física e exercício físico?	- Entender os conceitos de Atividade Física, Atividade Física para a Saúde e Exercício Físico; - Conhecer as principais diretrizes para AFS conforme tipo, duração, intensidade e frequência; - Conhecer as evidências científicas dessas diretrizes.
3	Conceito e diretrizes de alimentação adequada e saudável	- Dominar os conceitos de Alimentação Adequada e Saudável; - Conhecer as evidências científicas e as principais diretrizes para Alimentação Saudável.
4	Embasamento teórico do programa VAMOS	- Conhecer a Teoria Sociocognitiva; - Identificar seus constructos e sua importância para

		ajudar as pessoas a mudarem seu comportamento.
5	Princípios e estilos de Aprendizagem	- Identificar os princípios da aprendizagem de adultos e idosos e como eles podem ser eficazes na aprendizagem para promover mudanças de comportamento.
6	Tipos de comportamento nos grupos	- Conhecer e identificar os tipos de participantes no Programa VAMOS; - Aprender a conduzi-los nos encontros da melhor forma possível, mantendo a harmonia do grupo.
7	Estrutura dos encontros do programa VAMOS	- Conhecer a dinâmica dos encontros do Programa VAMOS e como planejá-los e organizá-los.
8	Avaliação	- Reconhecer a importância do processo de avaliação; - Saber como e quando realizá-la.
9	Adaptações no programa VAMOS	- Entender as possibilidades de adaptações ao Programa VAMOS.
10	Estratégias de motivação e manutenção do grupo	- Conhecer e saber identificar as estratégias de manutenção da frequência, motivação e interesse do grupo pelo Programa.
11	Vamos entender os fatores estressantes?	- Saber o que é o estresse e como ele acontece; - Identificar quais são os estágios do estresse e os principais agentes estressores; - Dominar algumas estratégias para enfrentar o estresse.
12	Os encontros do programa VAMOS	- Conhecer os objetivos e pontos-chave presentes nos materiais de cada encontro do Programa VAMOS; - Conhecer a sequência adotada no material e o que será transmitido nos encontros.

Fonte: José (2017).

O convite para realizar o treinamento foi enviado para 2770 profissionais de um banco do Programa de Promoção de Saúde oferecido pela UFSC em parceria com o Ministério da Saúde. Na Figura 1, o fluxograma, a partir do convite aos profissionais, realizado por José (2017).

Figura 1- Fluxograma da população do estudo.



Fonte: José (2017).

Após o treinamento, aqueles que obtiveram nota igual ou superior a oito foram certificados e aptos a oferecer o programa VAMOS tornando-se multiplicadores. Quarenta e quatro profissionais concluíram o curso e foram certificados como multiplicadores. Eles foram então convidados para participar do processo de implantação do VAMOS em sua unidade de saúde. Esses dados coletados farão parte da presente dissertação.

Com o desfecho do estudo de José (2017), os profissionais aprovados foram 36 mulheres e somente 8 homens, entre as faixas etárias de 22 – 39 anos (35) e 40 – 60 anos apenas 9, e a maioria dos profissionais se concentrou na Região Sul do país (24), Nordeste (9), Sudeste (8), Centro-Oeste (3), e nenhum representante da Região Norte teve aprovação no

treinamento. Outra variável importante foi que, entre os aprovados, 22 eram profissionais da educação física, 8 eram nutricionistas, 5 psicólogos, 4 enfermeiros e fisioterapeutas e outros somente 1.

Tão importante quanto as ações de um programa são suas avaliações. Para assegurar resultados satisfatórios, é imprescindível avaliar o processo de implementação, as intervenções, as projeções, os profissionais e os seus participantes. A seguir, faremos uma exposição sobre algumas formas de avaliar os programas, com destaque para o RE-AIM, que faz parte do processo avaliativo do programa VAMOS e desta dissertação.

2.5 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

É essencial avaliar o processo de construção dos programas desde seu planejamento até a sua manutenção. Ao avaliá-lo, verificamos o quanto um programa atinge de suas metas. É claro que, para isso, os objetivos do programa deverão estar claros, atingíveis e bem delineados (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2013).

Em sua maioria, os programas fazem apenas a avaliação da sua efetividade, ou seja, são apresentados os resultados das variáveis mensuradas antes e após o término da intervenção (JANNUZZI, 2011; HARTZ; SILVA, 2010; HARTZ, 1999). Raramente são encontradas informações sobre como foram realizadas as outras etapas do programa, como a adoção, o alcance, a implantação, a manutenção etc. As avaliações enfatizam os resultados das ações, a efetividade, e poucas relatam processo de sua implantação (BRITO et al., 2018; BENEDETTI et al., 2017; MARTINEZ, 2017; PETREÇA, 2017; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BENEDETTI et al., 2012).

É importante entender as etapas que foram traçadas para chegar aos resultados obtidos. Avaliar os objetivos, as demandas das quais partiu a concepção do programa, quem é o público-alvo, quem são as equipes e profissionais que estarão envolvidos, o espaço físico; o formato do programa faz parte da avaliação para o sucesso das ações (BRASIL, 2014; KURTH et al., 2010; MENDES, 2012; HARTZ, 1999; BENEDETTI et al., 2014; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Portanto, a avaliação dos programas não se restringe a avaliar sua efetividade e seus efeitos. Ela deve ser realizada por “razões econômicas, éticas ou de responsabilidade, de sustentabilidade para expansão de intervenções” (HALLAL et al., 2009, p. 213).

A literatura contempla alguns modelos de avaliação com especificidades e características próprias. Dentre eles, podemos citar o modelo lógico, de Donabedian, de Habitch, Behaviour Change Wheel (roda de mudança de comportamento) e RE-AIM. Este último será mais enfatizado por ser objeto do nosso estudo.

O modelo lógico (ML) “busca configurar um desenho do funcionamento do programa, que seja factível em certas circunstâncias, para resolver os problemas identificados” (BRASIL, 2010, p. 5). Verificada a demanda da população, em seguida são criadas as ações de intervenção a serem implantadas para determinado grupo, estabelecendo os efeitos desejados, os produtos, os resultados e seus impactos. Ainda é possível prever os resultados em curto, médio ou longo prazo (BENEDETTI et al., 2017).

O ML apresenta os recursos humanos, financeiros, físicos e outros recursos que poderão surgir com a demanda. Além disso, é detalhado o planejamento das atividades, os objetivos e os produtos que as atividades proporcionarão, e quais os resultados previstos dentro de determinado tempo (BRASIL, 2013). Na sua estrutura de organização, ele prevê o desdobramento partindo das intervenções por meio de ações (BRASIL, 2013a). O ML tornou-se “ferramenta importante para pensar a avaliação dos projetos, suas limitações, fatores influenciadores e facilitadores” (KUTH et al., 2010, p. 232).

Já o modelo de Avedis Donabedian analisa estrutura, processo e resultado, com proposta de avaliar as condições de que o médico dispõe para prestar seus serviços na saúde pública. Ele busca compreender a lógica do funcionamento, verificando a demanda e as propostas de resolubilidade do problema (VIACAVA et al., 2012; UCHIMURA; BOSI, 2002; PETREÇA et al., 2017, prelo).

Partindo da compreensão da qualidade na avaliação de Donabedian, são propostos setes pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (VIACAVA et al., 2012).

A eficácia busca analisar o impacto da intervenção por meio do atendimento para melhorar a saúde; a efetividade é o nível em que houve a melhora da saúde conforme foram definidas e realizadas as ações; eficiência avalia a relação do custo e o impacto proposto pelas

ações, em que menores custos promovam maiores melhorias na saúde (VIACAVA et al., 2012).

A otimização é o equilíbrio entre os custos e os benefícios; a aceitabilidade/acessibilidade é a relação entre profissional-usuário sobre a capacidade real ou potencial do serviço ofertado; legitimidade está relacionada à preferência social no serviço que tem sido disponibilizado; e a equidade é a distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde (VIACAVA et al., 2012; UCHIMURA; BOSI, 2002; PETREÇA et al., 2017, prelo).

O modelo avaliativo de Habicht é composto por dois eixos. O primeiro eixo verifica os seus indicadores, como a *oferta*, se há serviços disponíveis, a sua qualidade e sua acessibilidade ao público; *utilização*, se a população tem utilizado o serviço ofertado; *cobertura*, se cobrirá determinado público; *oferta de atividade*, se a oferta de atividade é dada de acordo com o quadro epidemiológico; *impacto*, avaliam-se as ações programadas que terão impacto positivo (HABICHT; VITORA; VAUGHAN, 1999).

No segundo eixo da adequação, plausibilidade ou probabilidade, estão seus indicadores de *adequação*, que demonstram a tendência nos indicadores de processo, o seu impacto e que a intervenção trará efeitos importantes; *plausibilidade* é a dimensão que trará resposta se é provável obter impacto com a observação no decorrer do programa; *probabilidade* baseia-se nos resultados, verificando o efeito das intervenções (SANTOS, 2009; VICTORIA; HABICHT; BRYCE, 2004; HABICHT; VICTORIA; VAUGHAN, 1999; PETREÇA et al., 2017, prelo).

No uso do modelo de Habicht é possível agrupar os seus dois eixos – adequação e plausibilidade – com objetivo de corrigir os erros e chegar às decisões mais corretas para o estudo. É preciso incentivar os profissionais que estarão envolvidos no processo de intervenção para que possam melhorar o seu desempenho e trazer o público para o programa.

O modelo Habicht é usualmente empregado em estudos randomizados, pois com a probabilidade verificam-se o desempenho e o impacto em grande escala; e com a plausibilidade, se o número de participantes é suficiente para o grupo de intervenção e para o grupo de controle. É importante que o estudo tenha eficácia no seu campo de forma controlada (VICTORIA; HABICHT; BRYCE, 2004).

Por mais que o estudo seja em ambiente considerado ideal, é importante que seja possível reproduzi-lo em outros lugares, por outros pesquisadores, e não se pode descartar

resultados diferentes, pois precisam ser levados em consideração aspectos como: quem oferece a intervenção, o perfil do público e o seu retorno. Para que não haja tanta diferença nos resultados, é importante definir o público, as questões, o que será avaliado na avaliação de adequação e se as mudanças iniciais sugeridas aconteceram ou não, se necessita de grupo controle. Na avaliação de plausibilidade é necessário controlar as influências que possam acontecer durante o estudo (VICTORIA; HABICHT; BRYCE, 2004; HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; PETREÇA et al., 2017, prelo).

O modelo *Behaviour Change Wheel* (BCW) (roda de mudança de comportamento), é concebido como uma estrutura cíclica, cujas dimensões estão em uma roda, em que cada uma leva a outra. É um instrumento que parte do comportamento de indivíduo e/ou comunidade e, pela observação do comportamento, identifica-se o problema para estruturar o formato da intervenção (MICHIE; SHALEN; WEST, 2011).

Identificado o problema, o instrumento verifica se o comportamento leva ou levou ao problema, analisando o estilo de vida, a estrutura da comunidade, as políticas que fazem parte da comunidade e descobrindo as habilidades que o indivíduo e/ou a comunidade têm para mudar o comportamento, favorecendo a intervenção (SINNOTT et al., 2015; MICHIE; ATKINS; WEST, 2014; MICHIE; JHONSTON, 2012; MICHIE; SHALEN; WEST, 2011).

Neste modelo está presente o COM-B, com o qual se identifica e se entende o comportamento. O C significa *Capability* (capacidade, tanto física quanto psicológica); O – *Opportunity* (oportunidade – se o meio em que estão inseridos proporciona o meio ambiente adequado, recursos, locais, horários etc.); M – *Motivation* (motivação, que é observada em duas etapas: a reflexiva – planos, autoconsciência, intenções ou avaliação; ou o automático – reflexo, impulsos); B – *Behaviour* (comportamento). Tudo que compõe o modelo reflete diretamente no comportamento do indivíduo e/ou da comunidade, e reflete na sua motivação, na sua capacidade e na procura de oportunidade, sendo considerado uma via de mão dupla (SINNOTT et al., 2015, p. 2; MICHIE; ATKINS; WEST, 2014).

Não linear, o modelo BCW é composto por questões políticas, ambientais, de infraestrutura e das capacidades que o indivíduo e/ou a comunidade têm para que realmente haja mudança de comportamento que favoreça a sua saúde (MICHIE; SRALEN; WEST, 2011).

E, por último, citamos o modelo de avaliação RE-AIM, que será utilizado como avaliação nesta dissertação. Ferramenta com potencial de uso na saúde pública, é um instrumento avaliativo com cinco dimensões: *Reach* (Alcance), *Effectiveness* (Eficácia/Efetividade), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção) (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

O alcance é a dimensão que representa o número de participantes e se são ou não elegíveis de determinada população-alvo para participar das ações. Os autores do modelo enfatizam que a base para o programa ter sucesso é começar com o Alcance (*Reach*). Por meio dele, haverá resultados positivos. Portanto, é necessário criar estratégias para conseguir maior alcance e legitimar as intervenções planejadas para o programa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BENEDETTI et al., 2014; PETREÇA et al., 2017, prelo).

Efetividade/eficácia avalia as mudanças provocadas pelas ações incentivadas por determinado programa, verificando se as intervenções foram positivas ou negativas. Nessa dimensão, é importante compreender o universo no qual foi inserido o programa, o comportamento do indivíduo e/ou da comunidade, a qualidade de vida e a satisfação com a realidade vivida. Nessa dimensão, mensuram-se os fatores que poderão avaliar o programa. A efetividade/eficácia poderá avaliar tanto a parte física quanto a psicológica (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A adoção é uma dimensão que verifica se o espaço tem potencial para implementar as ações, avaliando o seu sistema operacional e organizacional, a equipe, o ambiente onde será implantado o programa. Também serão analisados os locais que não implementaram as intervenções (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BRITO et al., 2018).

Na implementação, verificam-se os custos para implantar o programa, tanto na parte organizacional como individual. Os custos organizacionais envolvem materiais, tempo disponível e aluguel ou não de espaço, entre outros; os custos individuais envolvem basicamente tempo disponível para participar, valores no deslocamento e outros. Envolvendo todas as nuances do programa, a implementação verifica até que ponto um programa é entregue como pretendido para a comunidade (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A manutenção é a dimensão que verifica a variabilidade do programa, a sua sustentabilidade e os resultados que as ações proporcionaram para seus participantes. Para

isso, a manutenção avalia as mudanças de comportamento ao longo do tempo destinado para as ações propostas, e se as mudanças que ocorreram na efetividade/eficácia se mantiveram em curto, médio e longo prazo. Isso no plano individual. Já no organizacional verifica se o programa foi institucionalizado e ofertado continuamente (BINOTTO et al., 2015; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW et al., 2006).

Como nos outros modelos, as avaliações de suas dimensões estão interligadas. Porém, com esse método é possível avaliar todas as dimensões de forma distinta. O RE-AIM é um método que prevê avaliação dos grupos que receberam as ações e também do grupo que ofereceu a intervenção, como os profissionais.

Dessa forma, o modelo RE-AIM também pode ser utilizado como ferramenta para planejar programas, além de avaliá-los e divulgá-los (BENEDETTI et al., 2014, p. 309; SANDRESCHI; PETREÇA; MAZO, 2015; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Utilizado pelo programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS), objeto deste estudo, ele avalia o processo dos programas desde a criação até a manutenção das suas ações.

2.5.1 Modelo de avaliação RE-AIM

Grande parte das pesquisas avalia basicamente a efetividade dos programas. Com o passar do tempo, verificou-se que as pesquisas recebiam influência de outras dimensões, como a forma de seleção da amostra, como eram ofertados, como eram implantados os programas, se havia ou não a manutenção e se isso interferia diretamente nos resultados da eficácia ou da efetividade (HARDEN et al., 2015; KONRAD et al., 2017).

Nesse sentido, foi desenvolvido o modelo de avaliação denominado RE-AIM, que são as letras das cinco dimensões: *Reach* (Alcance); *Effectiveness* (Eficácia/ Efetividade), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção). Juntas, elas verificam o formato das ações, o público-alvo, a equipe intervencionista, a localidade, a duração do programa, os seus objetivos e quais impactos se devem às ações (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW et al., 2006; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

O RE-AIM foi escolhido por suas dimensões e por ser consolidado como ferramenta avaliativa dos programas, políticas e/ou ações para que possam ser corrigidos seus problemas na intervenção, característica que a torna válida para uso tanto interno quanto externo: no planejamento e nas ações (BENEDETTI et al., 2014; BINOTTO et al., 2015; GLASGOW; ESTABROOKS, 2018; HARDEN et al., 2015; BRITO et al., 2018).

No texto de Brito et al. (2018), o modelo RE-AIM é apresentado nas multiplicidades que a ferramenta propõe. Para melhor compreender as características de cada dimensão, foi traduzido e retraduzido para o português, utilizando o *checklist* para verificar a fidelidade das ideias contidas no original em inglês. As dimensões do RE-AIM estão apresentadas no quadro 3 abaixo (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW et al., 2006; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Quadro 3 - Apresentação das dimensões do RE-AIM.

Dimensão do RE-AIM	Definição	Nível de Avaliação
Alcance	É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de 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	Individual e Organizacional

	consistência no fornecimento conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medição do que os participantes utilizam das estratégias da intervenção.	
Manutenção	No nível organizacional, é a medição do quanto 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, Brito, Estabrooks (2013, p.10).

O RE-AIM avalia o potencial impacto das intervenções na saúde pública na avaliação contínua, verifica as descobertas que surgiram no decorrer das intervenções, compreende as barreiras e os facilitadores e faz os reajustes que forem necessários para o programa e/ou política. Ele avalia, em nível individual e organizacional, o planejamento das ações e organização das equipes, o monitoramento das intervenções, além de orientar a atenção à saúde e os investimentos públicos ampliando os resultados e o acesso à rede de serviços de maneira sustentável (GLASGOW; ESTABROOKS, 2018; KONRAD et al., 2017; GLASGOW et al., 2006).

O RE-AIM foi traduzido para o português e adaptado para a realidade brasileira e recentemente foi também traduzido o *check list*, que auxilia a decodificação de cada dimensão do RE-AIM (BRITO et al., 2018). Esses instrumentos facilitam a sua compreensão e ajuda no planejamento e nas avaliações compostas em programas de promoção da saúde (BRITO et al., 2018; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Nesse intuito, estudos verificaram a aplicabilidade do RE-AIM e o utilizaram nos seus projetos. O grupo de pesquisadores nos Estados Unidos utiliza-o em diferentes intervenções, com crianças ou outras faixas etárias, para mensurar as mudanças de comportamento que ocorrem tanto na atividade física quanto na alimentação.

Em estudo piloto com 26 famílias, o programa composto por doze encontros apresentou os resultados sobre a construção de ambiente percebido para atividade física entre as famílias participantes. Dos cinco locais convidados para colaborar com o programa, três contribuíram para as ações e permaneceram oferecendo as intervenções, mesmo com o encerramento do programa, o qual utilizou a ferramenta RE- AIM para estruturar o estudo (HERMAN et al., 2018).

Nos estados norte-americanos de Arkansas e Kansas, há o programa *Strong Women*, com intervenções entre mulheres com sobrepeso e obesas de meia idade (≥ 40 anos) e com doenças cardiovasculares. O programa desenvolveu atividades aeróbias e utilizou o RE-AIM (FOLTA et al., 2015) para avaliar os resultados, que apontaram um alcance de 38 mulheres, mas somente 16 participaram do programa, com duração de 12 semanas, duas vezes na semana por 30 minutos. O programa foi efetivo para todas as participantes com relação à perda de peso; como benefícios secundários, foi registrado aumento no consumo de frutas e hortaliças e de atividade física (FOLTA et al., 2015).

Na adoção do *Strong Women*, foi avaliada a capacitação dos educadores para implantar o programa. Na dimensão implementação, foi calculado o custo médio dos 12 encontros e a manutenção dos locais para dar apoio ao programa. Em três locais houve continuidade do programa após um ano. E, como conclusão do estudo, o programa *Strong Women* mostrou-se altamente eficaz para melhorar a saúde de suas participantes (FOLTA et al., 2015).

O programa *FootyFirst* de treinamento físico consiste em aquecimento dinâmico para fortalecer e condicionar os membros inferiores. Foi utilizado com jogadores de futebol entre os clubes da comunidade da cidade Victoria, na Austrália, para o fortalecimento muscular de seus atletas. Exercícios para força dos isquiotibiais, força de virilha e quadril faziam parte das intervenções, com a intenção de obter saúde e evitar lesões (DONALDSON et al., 2018). Após um ano de intervenção, os resultados apontaram redução do número de lesões. Segundo os autores, todas as dimensões do RE-AIM foram positivas (DONALDSON et al., 2018).

Na revisão sistemática, Harden et al. (2015) propuseram buscar nas principais plataformas artigos científicos que tivessem usado a ferramenta RE-AIM nos estudos, no total de 101 artigos oriundos da Austrália e dos Estados Unidos. Na sua análise, os autores

encontraram inconsistência na compreensão das dimensões do RE-AIM, porquanto 17% dos estudos relataram questões pertencentes ao alcance, 89% de efetividade, 79% de adoção no nível pessoal, 44% de implantação e somente 8% sobre os custos, 13% da manutenção organizacional e 11% da manutenção durante pelo menos seis meses após as intervenções. O estudo concluiu que é necessário melhorar a transparência em todas as dimensões que utilizam o RE-AIM (HARDEN et al., 2015).

Na esfera nacional, o estudo de Binotto et al. (2015) utilizou a ferramenta RE-AIM para avaliar um programa existente no interior do estado do Paraná, com idosos que participam das intervenções da Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI), usando o *check list* do RE-AIM. Os autores verificaram que o alcance foi baixo, que não há uma teoria central de implementação do programa, que a manutenção individual não acontecia e que não era utilizado um instrumento avaliativo; porém, a manutenção acontecia em nível organizacional, embora fosse baixa a adoção de professores e alunos de graduação (bolsistas) (BINOTTO et al., 2015).

Uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar as medidas dos programas para mudança de comportamento, com ênfase na atividade física e alimentação saudável na realidade brasileira, foi proposta com a utilização da ferramenta RE-AIM, verificando a variabilidade interna e externa dos programas. Assim, dos 26 artigos analisados, os autores concluíram que 61% reportaram o alcance, 40% a efetividade, 26% a implementação, 17% a adoção e 9% a manutenção (KONRAD et al., 2017). Os autores salientam que, para viabilizar com sucesso os programas com propostas de mudança de comportamento, é necessário utilizar ferramentas que auxiliem todo o processo, desde o planejamento, capacitação de profissionais, espaços e população de inserção das ações, para a excelência daquilo que cada programa oportuniza.

Os estudos citados anteriormente reforçam a ideia de que é necessário projetar os programas dentro de uma metodologia que permita o retorno com sucesso, de modo a poder disseminá-los e também replicá-los em outros lugares. A ferramenta RE-AIM demonstra a possibilidade de implementar e de manter as ações do programa. A aplicabilidade do RE-AIM também pode ser utilizada em revisão sistemática que verifica informações sobre as suas diferentes dimensões, embora em nenhum estudo as cinco dimensões tenham sido contempladas (HARDEN et al., 2015; KONRAD et al., 2017).

Por isso, é imprescindível o uso de um instrumento ao longo de todo o processo das ações, desde sua criação até o retorno daqueles que estiveram inseridos direta e indiretamente no programa (MARTINEZ, 2017).

A tese de Martinez (2017), que acompanhou as atividades dos profissionais do NASF, verificou falta de instrumentos que auxiliassem a avaliação das ações levadas à comunidade, indicando a necessidade de uma ferramenta que contemple estrutura, planejamento, atividades, avaliações viáveis nos programas, para conhecer seus impactos no indivíduo e/ou comunidade e também a atuação dos profissionais envolvidos.

Para que possam ser oferecidos programas na realidade da saúde pública brasileira, é preciso planejar, avaliar e buscar aqueles com boa efetividade e a sustentabilidade gerando autonomia dos usuários. Para verificar a efetividade são necessários instrumentos fácil aplicação e que com boa validade. Apenas assim os programas poderão chegar ao indivíduo, melhorando sua saúde e de toda a coletividade.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo refere-se aos materiais que foram utilizados para construir esta dissertação e elucida os métodos ao longo desse processo.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Estudo de natureza quantitativa, cujo instrumento de coleta de dados foi na forma de questionários com questões fechadas, fato que nos permite transformar os dados em números. Posteriormente os dados foram exportados em um *software* para que pudessem ser explorados (SILVA, LOPES, BRAGA JUNIOR, 2014). Os dados permitiram inferências qualitativas por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

3.2 POPULAÇÃO

Em 2016, foi oferecido um treinamento para multiplicadores do programa Vida Ativa Melhorando a Saúde – VAMOS, via ensino a distância (EaD), por meio da plataforma Moodle da UFSC. Os inscritos que participaram do curso utilizaram em torno de 20 horas, por um período máximo de três meses; em seguida realizaram uma prova de certificação na qual deveriam atingir um percentual de 80% de acertos. Atingindo esse valor, estariam certificados como multiplicadores aptos a oferecer o programa VAMOS (JOSÉ, 2017).

Foram convidados profissionais da área da saúde que atuavam na atenção básica do Brasil. Um banco de dados foi liberado pelo Ministério da Saúde (MS) com os e-mails dos profissionais que se inscreveram no curso de capacitação “Aperfeiçoamento em Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde”, realizado em parceria entre a UFSC e o Ministério de Saúde (JOSÉ, 2017).

Foram enviados 2.770 e-mails aos profissionais de saúde que compunham o banco de e-mails com o cadastro que foi liberado pelo MS junto com outros bancos. As inscrições foram realizadas no período de julho a setembro de 2016. Nesse período, 401 profissionais se inscreveram, dos quais 218 tiveram sua inscrição homologada. Desses, 124 concluíram o curso tendo ou não a nota igual ou maior que 8,00 (oito – igual a 80% de acertos) na prova de

certificação. Porém, somente 44 profissionais da área da saúde concluíram o treinamento e foram certificados, tornando-se multiplicadores aptos para oferecerem o programa VAMOS (JOSÉ, 2017).

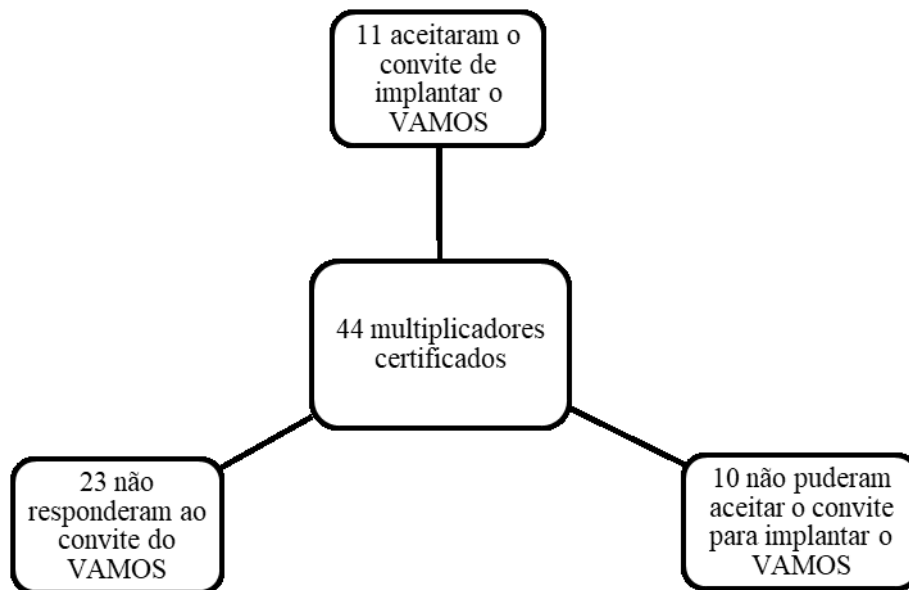
Dos multiplicadores certificados, todos tinham nível superior completo na área da saúde, requisito para fazer o curso de capacitação, e foram de diferentes áreas de atuação. Foram capacitados profissionais dos cursos de enfermagem, nutrição, educação física, fisioterapia, psicologia e de outras áreas de saúde (JOSÉ, 2017). Todos estavam vinculados a alguma UBS do Brasil. Portanto, a população deste estudo foram os 44 profissionais que finalizaram o curso com a certificação de multiplicador do programa VAMOS.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em 2017, entramos em contato via e-mail com os 44 multiplicadores que foram certificados a fim de verificarmos se eles tinham interesse em oferecer o programa VAMOS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que atuavam. Desses, 11 retornaram o e-mail mostrando interesse em implementar o programa em sua UBS, 10 não tiveram interesse ou não estavam mais inseridos na UBS e 23 não responderam o e-mail, como se vê na Figura 2.

As justificativas dos profissionais potenciais multiplicadores que retornaram o e-mail dizendo não haver interesse em implantar o programa foram: não estarem mais trabalhando nas UBS; agenda de atividades cheia para os próximos meses e casos de afastamento por licença maternidade e gozo de férias.

Figura 2 - Fluxograma de multiplicadores elegíveis e amostra do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para o presente estudo, foram utilizados formulários criados pelo grupo de pesquisa e disponibilizados na plataforma *Google Apps*; as informações foram armazenadas na nuvem facilitando a visualização. A escolha pela forma de formulário *online* foi porque os participantes da pesquisa, mesmo distante, poderiam enviar seus dados gratuitamente ou com baixo custo (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

Neste programa, os formulários geraram dados que foram exportados para a planilha do *Excel* e em seguida para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21, para posterior análises dos que implantaram o programa VAMOS e daqueles que dele participaram.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em dois momentos. Inicialmente foi enviado um e-mail (em 27 de maio de 2017) solicitando o TCLE assinado, uma carta de aceite do gestor e do multiplicador com o tempo disponibilizado de quatro horas semanais para atuar no programa VAMOS. Aguardou-se o retorno dos profissionais multiplicadores para iniciar a próxima etapa. No segundo momento, um mês após, foi enviado e-mail solicitando o preenchimento de três formulários *online* sobre questões de adoção, alcance e efetividade. Para envio desses formulários, não foi estipulado um tempo, pois dependia da implementação em cada local. A partir desse interesse, foi enviado o material pelos Correios e e-mails com os *links* sobre a implantação do programa até sua finalização, como se descreve a seguir.

Etapa 1: convite via *e-mail* aos 44 profissionais da área da saúde que atuavam nas UBS e que concluíram o curso de multiplicador com certificação.

Etapa 2: 11 multiplicadores responderam ao primeiro e-mail do convite. Foi enviado novo e-mail solicitando o preenchimento e envio dos seguintes documentos: declaração do profissional/multiplicador dando ciência de tempo disponível para realizar o Programa (4 horas por semana); declaração de um supervisor sobre a ciência da implementação do programa VAMOS na sua UBS e que o profissional estaria envolvido com o programa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Foi enviado um formulário para preenchimento dos dados pessoais e profissionais dos multiplicadores e da UBS onde seria implementado o programa VAMOS. Nesse documento foi solicitado o número de pessoas da comunidade que o programa pretendia atender. Tal informação tinha como objetivo quantificar o material de divulgação e do programa VAMOS necessário para o local. Foi informado que haveria no máximo 30 pessoas por turma.

Etapa 3: enviado pelos Correios do seguinte material físico para os multiplicadores: 12 livretos do programa VAMOS, uma camiseta para o multiplicador, cartazes, *flyers* e cartões de visita para ajudar na divulgação do programa na comunidade e/ou na UBS e cópia dos formulários nos quais deveriam estar anotados os resultados dos testes realizados no pré e no pós-teste. Esse material foi enviado em agosto de 2017 e chegou ao destino dentro de 7 a 30 dias.

Etapa 4: enviado por e-mail um formulário explicando a aplicação dos testes antes de iniciar as atividades com um *link* de um vídeo explicativo (como realizar os testes e preenchimento do formulário) que seria utilizado para verificar a efetividade e o Guia do Multiplicador.

Etapa 5: enviado e-mail com o *link* do formulário para coletar informações sobre a adoção do Programa VAMOS e o modelo de registro da frequência dos participantes que deveria ser adotado durante o programa.

Etapa 6: enviado um e-mail com o *link* do formulário para coletar informações sobre como foi realizada a divulgação e como foram passadas as informações às pessoas cadastradas nas UBS que integram os dados de alcance.

Etapa 7: análise de todos o material recebidos *online*, verificando se todos foram preenchidos corretamente e se as informações estavam completas. Na falta de dados ou documentos, entrou-se em contato com o multiplicador para que nos fosse enviado o que faltava.

O contato com os multiplicadores foi por e-mail e telefone, mas em alguns casos por meio de aplicativos de comunicação (WhatsApp). Os formulários enviados foram respondidos *online* na conta do Gmail.

O formulário destinado a acompanhamento da efetividade teve duas versões: uma impressa e outra *online*. A versão impressa foi enviada com o material didático pelos Correios (camiseta, *flyers*, cartões e cartazes) e essas informações também foram transferidas pelos multiplicadores via formulário *online*, conforme anexos A e B.

O formulário enviado *online* sobre a efetividade tem cinco divisões e foi por meio dele que conseguimos acompanhar se o programa foi efetivo.

Também foi enviado aos multiplicadores o Guia de Orientação para Multiplicadores, que se divide em três partes: I- Material dos encontros VAMOS (o conteúdo desse tópico lembra o tema de cada encontro, o que é abordado, como organizá-lo e a proposta temática da semana); II- Estrutura dos encontros VAMOS (neste tópico, o conteúdo de como preparar os encontros, desde o espaço físico, lanches, lista de presença e como receber os participantes); III- Adaptações dos encontros VAMOS (o conteúdo desse tópico alerta o multiplicador para direcionar o programa ao público-alvo, pois muitas vezes o multiplicador tem um público distinto). Este material foi enviado com o objetivo de relembrar aos multiplicadores os

conteúdos básicos que deverão ser trabalhados nos encontros. Todos os formulários enviados foram analisados como resultados desta dissertação.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram transportados e tratados conforme a sua origem, organizados em planilha do *Excel* e posteriormente exportado para o SPSS. Foram analisados e apresentados de forma descritiva com frequência simples e percentual. No *software* SPSS, fizemos o teste de normalidade em que para amostra < 50 participantes utilizamos *Shapiro Wilk*, para amostra > 50 o *Kolmogoro-Smirnov*. Para as variáveis que tinham dados de pré e de pós-teste e paramétricos, foi usado o *Teste T Pareado* e para os não paramétricos, o teste de *Wilcoxon*. Foi utilizado como nível de significância $p < 0,05$.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), “Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS”, em 25 de janeiro de 2016, com o Parecer n.º 1.394.492 e CAAE n.º 47789015.8.0000.0121.

3.8 ADOÇÃO, ALCANCE E EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS

Para este estudo, foi avaliado o programa VAMOS implantado nas UBS por meio do RE-AIM. Foram utilizados os formulários preenchidos com as questões voltadas para adoção, alcance e efetividade.

O programa VAMOS tem como estratégia avaliativa a utilização da ferramenta RE-AIM (Reach = Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção) (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Cada dimensão dessa ferramenta tem um propósito.

Adoção: é pensada em nível organizacional, quem é a equipe e a estrutura do local que receberá a intervenção ou programa. Ela é calculada considerando a equação 1.

$$\text{adoção (y)} = \frac{\text{número de organizações que participaram}}{\text{número de organizações elegíveis}} \quad (1)$$

Para o grupo de pesquisadores do RE-AIM, avaliar a adoção significa verificar a “adoção real ou potencial de uma intervenção; as questões e os processos são semelhantes aos do Alcance, porém mais voltados para o nível organizacional” (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013, p.12).

O nosso potencial de adoção foram os 11 multiplicadores que mostraram interesse em implementar o programa. As questões que envolviam a adoção foram: querer implantar o programa VAMOS em sua UBS; apoio da equipe para implantar o Programa; como é o perfil da UBS, quantas equipes atuam na UBS, o total de profissionais atuantes, o número de usuários cadastrados na UBS, o número de atendimentos mensalmente, se próximo à área da UBS há quadras ou praças entre os espaços físicos para realizar atividade física, qual o perfil de usuários da UBS, quantos homens e mulheres entre 18 e 59 anos e acima de 60 anos foram cadastrados e atendidos nos últimos seis meses; quais motivos levaram os usuários a procurar o serviço da UBS (imunização, consulta médica, curativos e outros serviços).

Alcance: é quando se envolve a população que se pretende alcançar com determinado projeto, intervenção ou programa.

Para Almeida, Brito e Estabrooks (2013, p. 10), “alcance é definido como o número de participantes, a proporção-alvo que participa e a representatividade dos participantes com relação à população-alvo”. Os autores criaram a fórmula para calcular o alcance em que o número de pessoas que participam é dividido pelo número de pessoas elegíveis. Por meio desse cálculo (equação 2) se obtém o alcance total dos participantes.

$$\text{alcance (x)} = \frac{\text{número de pessoas que participam}}{\text{número de pessoas elegíveis}} \quad (2)$$

Para obtermos respostas sobre o alcance, foi confeccionado um formulário *online* perguntando: quais foram as estratégias que o multiplicador utilizou para divulgar o programa VAMOS em sua equipe de saúde, em sua UBS e/ou comunidade; quais materiais foram

utilizados para essa divulgação (*banner, flyers, cartazes, conversas informais*); se houve apoio de outros profissionais de saúde na divulgação do programa; qual o tempo médio semanal utilizado pelos profissionais para a divulgação; qual o tempo em dias para divulgar; e quais outras estratégias utilizadas para a divulgação (como carro de som, TV local); quantas pessoas o multiplicador pretendia alcançar com o programa VAMOS; e se teve apoio na preparação e durante os encontros do VAMOS.

Ainda sobre a divulgação do Programa, foi perguntado: em quais locais foi divulgado o programa VAMOS (UBS, igrejas, escolas, centro de convivência, visita domiciliar ou em outros espaços); para quem foi divulgado o Programa (comunidade em geral, grupo de convivência, grupos específicos – obesos, hipertensos, cardiopatas, diabéticos, etc.; se utilizaram o material de divulgação enviado (*cartazes, flyers, cartões*) pelo programa VAMOS e se utilizaram outros; quais profissionais da UBS estiveram envolvidos na divulgação do programa VAMOS (agente comunitário, médico, enfermeira, técnico em enfermagem, recepcionista), o tempo de divulgação para o Programa (1 semana, 15 dias, 30 dias ou mais), quais foram as estratégias de convite utilizadas (*conversas informais, durante consulta, na sala de espera ou visita domiciliar*).

Na mesma sequência, foi perguntado quantos usuários ficaram interessados pelo programa VAMOS; quantas pessoas participaram do primeiro encontro do Programa; e ao multiplicador foi perguntado o motivo de aderir ao programa VAMOS (por ser um programa fácil de conduzir, por ser um programa que aborda temáticas importantes para a saúde, e por ser um programa que pode ser aplicado por grande número de pessoas), e em todas as questões poderiam ser escolhidas mais de uma opção pelo multiplicador no momento do preenchimento.

Efetividade: avalia o real impacto gerado com as intervenções. Esta dimensão permite avaliar se os resultados foram positivos ou não, diante daquilo que se espera do programa (ALMEIDA, BRITO, ESTABROOKS, 2013).

Para avaliar a efetividade, é necessário haver clareza sobre os efeitos primários que determinada ação resultará naqueles que estão inseridos. Esta dimensão permite avaliar e verificar os efeitos secundários que as intervenções promoverão em seus participantes.

Para mensurar a efetividade é preciso entender “o universo” em que o programa foi inserido, sabendo em que ponto iniciamos e a que ponto queremos avançar através das intervenções (ALMEIDA, BRITO, ESTABROOKS, 2013).

O nosso processo avaliativo da efetividade do programa VAMOS se deu por meio de um questionário desenvolvido pela equipe e aplicado aos participantes. É composto por 42 questões, das quais 17 são dados sociodemográficos e contato; 2 de qualidade de vida; 12 sobre o consumo alimentar com base no VIGITEL; e para atividade física foi aplicado o IPAQ versão curta (atividade física e comportamento sedentário), com 3 questões sobre as medidas antropométricas: massa corporal, estatura e circunferência da cintura (SILVA, 2017). O questionário foi aplicado no início das intervenções do VAMOS e no final do programa VAMOS, ou seja, após três meses.

Os instrumentos para mensurar a efetividade do programa VAMOS foram:

- Atividade Física: verificar o nível de atividade física dos participantes. Foi utilizado o IPAQ versão curta validada para a população brasileira (PARDINI et al., 2001).

- Alimentação: para a alimentação foram utilizadas doze questões sobre o consumo alimentar habitual, preparo dos alimentos, consumo de frutas, verduras, legumes, carnes, leite, bebidas artificiais, alimentos com alto teor de açúcar, sal e gorduras. As questões foram retiradas do questionário VIGITEL (BRASIL, 2015). O questionário VIGITEL para a alimentação é composto por 25 questões. Para aplicá-lo no VAMOS, Silva (2017) realizou um estudo de consenso com vários nutricionistas no qual foram elencadas as questões importantes para o VAMOS. Nesse consenso, foi decidido que 12 questões bastavam para atender à demanda do Programa (SILVA, 2017). Neste estudo, foi realizado um escore de alimentação para verificar se houve mudança, se os participantes passaram a adotar uma alimentação mais saudável ou não. Os valores variam de zero para “nunca” a cinco para “todos os dias [inclusive sábado e domingo]” no consumo de determinado alimento e sua forma de preparo; cada alimento e sua forma de preparo tem um valor dependendo de quantas vezes por semana é consumido. Valores positivos se somam ao escore; valores negativos são subtraídos do total do escore. Esses valores variam de zero a 43 pontos: quanto mais alta a pontuação, mais saudável é a alimentação.

- Antropometria: foram realizadas as medidas antropométricas de estatura, massa corporal e perímetro da cintura. Para este estudo, foi utilizada apenas a circunferência de cintura como marcador da efetividade.

- Qualidade de vida: foram utilizadas duas questões do WHOQOL Bref (BENEDETTI et al., 2012). Na primeira questão, “como se sente satisfeito com a saúde”, as respostas variam de: muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito/nem insatisfeito, satisfeito ou muito satisfeito), e na segunda questão, “como avalia a qualidade de vida”, as respostas podem ser muito ruim, ruim, nem bom/nem ruim, boa ou muito boa. Foram utilizadas como referência as últimas duas semanas. No presente estudo foi analisada somente a primeira questão. Para avaliá-la, fizemos o cálculo através do MedCal por meio das respostas positivas e negativas.

Após a exploração inicial do material, analisaremos mais profundamente cada questão, respondendo sobre alcance, adoção e efetividade dos multiplicadores e dos participantes do programa VAMOS avaliando-os de acordo com as dimensões do RE-AIM.

4 RESULTADOS

Este estudo avaliou a adoção dos multiplicadores que aceitaram participar da pesquisa, as estratégias de alcance utilizadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e dos multiplicadores na implementação do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde – VAMOS e a efetividade dos seus participantes em municípios do Brasil.

Inicialmente, apresentaremos a adoção dos multiplicadores que realizaram o treinamento para oferecer o programa VAMOS. Em seguida, as formas de divulgação que foram utilizadas pelas equipes como parte do processo avaliativo da dimensão do alcance, e o alcance dos participantes (usuários) convidados. E, para finalizar serão apresentados os resultados dos testes utilizados para mensurar a efetividade dos participantes que iniciaram e finalizaram o programa VAMOS. A efetividade foi avaliada por meio do tempo em AF, tempo de comportamento sedentário, escore de alimentação, medida da circunferência da cintura e a percepção da qualidade de vida.

4.1 ADOÇÃO

A primeira dimensão do RE-AIM a ser avaliada neste estudo é a adoção, que analisa a parte organizacional dos profissionais dispostos a iniciar o programa pela representatividade de outros profissionais (ALMEIDA, BRITO, ESTABROOKS, 2013).

Dos 44 profissionais certificados nas UBS, 8 adotaram e implantaram o programa VAMOS, após o envio do TCLE e a carta de compromisso aos pesquisadores. Ou seja, a adoção foi de 18% dos elegíveis. Na Tabela 1 estão apresentados os dados sobre os multiplicadores.

Tabela 1- Formação acadêmica dos multiplicadores certificados e dos multiplicadores que implantaram programa VAMOS.

Graduação	Multiplicadores Aprovados	Multiplicadores que implantaram o VAMOS
	N (44)	N (8)
Ed. Física	22	4
Enfermagem	4	0
Fisioterapia	4	1
Nutrição	8	1
Psicologia	5	2
Outros	1	0

Fonte: José (2017) e dados levantados na pesquisa.

Dos 44 multiplicadores, 36 são mulheres e 8 são homens. Entre as mulheres, 8 tiveram interesse em implantar o programa VAMOS, mas somente 5 efetuaram as ações do VAMOS e 3 não conseguiram implantar. Entre os homens, 3 mostraram interesse e implantaram o programa VAMOS. Quanto à região geográfica de atuação dos multiplicadores, não houve representante da Região Norte do país certificado como multiplicador, 9 representaram a Região Nordeste, 3 a Centro-Oeste incluindo o Distrito Federal, 8 a Sudoeste e 24 foram da Região Sul.

Dentre os 11 multiplicadores que aceitaram implantar o programa VAMOS na sua UBS não houve nenhum da Região Norte, 2 da cidade de Lages, 1 de Luiz Alves (SC); 2 de Toledo e 1 de Coronel Domingos Soares (PR); 1 de Pontalina (GO), 1 de Carmésia e 1 de Senhora do Porto (MG); 1 de Sossego (PB) e 1 de Moreno (PE). Eles são profissionais das seguintes áreas: 3 são nutricionistas, 2 fisioterapeutas, 4 profissionais de Educação Física e 2 psicólogos. Todos atuavam em alguma UBS e tinham condições de oferecer o programa VAMOS.

Cada cidade que pretendia adotar o programa VAMOS tinha nos seus habitantes potenciais participantes. São elas: Carmésia, 2.617 habitantes; Sossego, 3.516; Senhora do Porto, 3.516; Coronel Domingos Soares, 7.947; Luiz Alves, 12.609; Pontalina, 17.819; Moreno, 62.263; Toledo, 138.572; Lages, 157.743, no total de 403.086.

O número de participantes que iniciaram o programa VAMOS em UBS foram: Carnésia – 23 usuários; Sossego – 6 usuários; Senhora do Porto – 17 usuários; Luiz Alves – 12 usuários; Moreno – 27 usuários; Toledo – 21 usuários; Lages 1 – 8 usuários e Lages 2 – 17 usuários. No total, foram 141 usuários participantes do programa VAMOS

Dos 11 multiplicadores que mostraram interesse em implantar o programa VAMOS, todos receberam o material e preencheram os dados dos locais onde seriam implementados o programa via *googledocs*, porém somente 8 o implantaram, resultando num percentual de adoção de 18%. Os três profissionais que não o implantaram relataram os seguintes motivos: um desligamento do profissional da UBS (não era efetivo) onde atuava, uma não conseguiu inserir o programa na rotina da sua UBS e dois multiplicadores se juntaram e ofereceram um grupo do VAMOS em vez de dois.

Dos 8 multiplicadores que implantaram o programa, 5 (62,5%) eram mulheres e 3 (37,5%) eram homens, com a seguinte formação inicial: 4 (50%) são profissionais de Educação Física; 2 (25%) de psicologia; 1 (12,5%) de nutrição e 1 (12,5%) de fisioterapia. Sobre o grau de titulação, predominaram 5 (62,5%) com especialização, 2 (25%) com graduação e 1 (12,5%) com mestrado.

Na Tabela 2, são mostradas as informações gerais sobre os municípios, os multiplicadores que adotaram e implantaram o programa VAMOS, a população atendida na UBS e os usuários alcançados com a divulgação do programa. Também aparecem: o número de pessoas cadastradas e o número de atendimentos realizados na UBS por sexo e faixa etária.

Tabela 2 - Municípios e número estimado da população, número de cadastrados por UBS, número de atendimento por faixa etária e sexo, número de pessoas interessadas no programa VAMOS, participantes na primeira reunião, que iniciaram e que finalizaram o programa VAMOS.

Município	Estado	População estimada	N. de UBS no município	Formação do multiplicador (a) do VAMOS	N. de ESF na UBS VAMOS	N. de profissionais	N. de usuários cadastrados	N. homens atendidos nos últimos 6 meses com 18 e acima	N. mulheres atendidas nos últimos 6 meses com 18 e acima	N. de pessoas interessadas no VAMOS	N. de pessoas na primeira reunião do VAMOS	N. de pessoas que iniciaram o VAMOS	N. de pessoas que finalizaram o VAMOS
Carmésia	MG	2.617	1	Nutricionista	1	13	2.365	375	410	30	55	23	14
Sossego	PB	3.516	2	PEF	1	12	2.523	1352	3440	43	22	16	15
Senhora do Porto	MG	3.527	2	Fisioterapeuta	2	13	2.234	458	631	25	41	17	15
Luiz Alves	SC	12.609	4	Psicologia	1	12	3.285	914	916	12	17	12	8
Moreno	PE	62.263	14	Psicologia	1	14	4.132	189	327	30	27	27	25
Toledo	PR	138.572	1	PEF	2	40	3.933	1.329	701	20	20	21	13
Lages 1	SC	157.743	40	PEF	2	28	5.940	10.751	20.256	17	19	17	9
Lages 2	SC	157.743	40	PEF	2	22	6.774	8.029	16.628	40	30	8	8

Fonte: IBGE (2019), Ministério da Saúde (2019), adaptação da autora (2019).

Legenda: PEF: profissional de educação física; UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família

Os dados referentes às questões de como os multiplicadores pretendiam divulgar e organizar o programa VAMOS em sua UBS foram respondidos no *googledocs*. Também foram respondidas as questões de como efetivamente aconteceu a divulgação e a implantação do programa VAMOS na UBS.

Com os dados colhidos nos dois formulários, um (F1) e dois (F2), serão apresentados os resultados das questões que foram respondidas.

Quando foram reportados os motivos pelos quais os profissionais de saúde aceitaram oferecer o programa VAMOS em sua comunidade, oito multiplicadores afirmaram que o programa aborda temáticas importantes para a saúde das pessoas; dois por ser um programa fácil de conduzir; dois por ser um programa que pode ser aplicado com grande número de pessoas. Portanto, verificamos que o programa teve boa adoção, especialmente na Região Sul do Brasil, por mulheres, formadas em educação física e com especialização.

4.2 DIVULGAÇÃO

As questões presentes no formulário um (F1) se referiam a como os multiplicadores pretendiam divulgar o programa VAMOS. Entre as respostas, 5 disseram que divulgariam na comunidade em geral, 5 nas visitas domiciliares, 5 nas consultas e 6 nos grupos que acontecem na UBS. Mas, quando comparamos com o que realmente foi realizado, respondido no formulário 2 (F2) a divulgação do programa VAMOS foi feita por 8 multiplicadores na própria UBS, 5 nas visitas domiciliares, 2 nos centros de convivência para idosos, 2 nas escolas e 2 em grupos específicos da UBS. As questões foram de múltipla escolha, aceitando mais de uma resposta do mesmo multiplicador. Portanto, podemos observar que as formas de divulgação ultrapassaram o planejamento: o programa foi divulgado em mais locais do que inicialmente se pretendia, com destaque para a própria UBS, local de maior divulgação. Ainda sobre as formas de divulgação, inicialmente os multiplicadores pretendiam convidar os usuários das UBS para participar do programa VAMOS por meio de cartazes, convites e impressos que o próprio programa VAMOS fornece, além das redes sociais e programa na rádio local. Mas, realmente, o que os multiplicadores utilizaram para divulgar? 4 multiplicadores utilizaram os *flyers* e 8 utilizaram os cartazes fornecidos pela equipe do programa VAMOS. Além disso, 1 empregou os convites

elaborados por eles, 1 usou *jingles* e *spots* (que são formatos de propagandas e chamadas feitas via rádio) e 1 divulgou durante os atendimentos com os usuários. Como estratégias que utilizariam para convidar os usuários, eles responderam: 7 em conversas informais, 5 por cartazes, 3 por panfletos, 1 via programa de rádio, 1 em rede social, 1 convite, 1 nas consultas, 1 para os servidores da UBS e 1 no atendimento em grupo. E, ao que parece, praticamente todas as estratégias planejadas foram utilizadas, porque 7 multiplicadores utilizaram os impressos, 5 as conversas formais, 4 as consultas, 4 as visitas domiciliares e 1 a sala de espera.

Quanto ao tempo para divulgar o programa VAMOS, 4 multiplicadores pretendiam divulgá-lo durante cerca de 30 dias, 2 por 15 dias, 1 por 20 dias e 1 por 60 dias. Contudo, 5 multiplicadores divulgaram durante cerca de 30 dias e 3 divulgaram pelo período de 15 dias.

E, quando interrogados sobre os critérios usados para convidar os usuários da UBS, e se houve critérios de exclusão de participantes no programa VAMOS, os multiplicadores responderam: 8, que o programa foi pensado para ser oferecido a usuários sedentários e participantes.

Solicitamos aos multiplicadores que relatassem os principais facilitadores e as principais barreiras para divulgar o programa VAMOS, e porque eles ofereceram o programa para seus usuários. Os resultados estão na Tabela 3.

Tabela 3 - Facilitadores e barreiras para divulgar o programa VAMOS.

Divulgar o programa VAMOS	Facilitadores	Barreiras
Reuniões da UBS	4	1
Reuniões do centro comunitário	1	0
Grupo de convivência	5	0
Diálogos informais	3	0
Consultas	1	1
Visitas domiciliares	3	0

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Segundo os relatos dos multiplicadores, o grupo de convivência foi o espaço mais aberto e favorável para divulgar o programa VAMOS, seguido das reuniões na UBS, embora um multiplicador tenha relatado que essas reuniões foram uma barreira no processo de divulgação do VAMOS. As consultas constituíram-se um local como barreira e um local como facilitador, não sabemos explicar o porquê. As consultas foram pouco utilizadas para divulgar o programa VAMOS.

Quando interrogados sobre quem apoiaria os profissionais da sua equipe na divulgação, 7 pretendiam obter apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), 4 de médicos, 3 das recepcionistas, 3 da equipe NASF, 2 dos técnicos de enfermagem, 2 de enfermeiros, 1 do gestor da unidade e 1 do profissional de nutrição. Mas 7 multiplicadores tiveram apoio dos ACS, 4 dos enfermeiros, 1 da recepcionista e 1 do médico. Com relação à equipe do NASF, 5 multiplicadores contaram com o seu apoio na divulgação. Portanto, pode-se observar que a divulgação foi majoritariamente realizada conforme o planejado, usando os materiais fornecidos pela equipe do VAMOS.

Quando interrogamos sobre o tempo médio que seria despendido por outros profissionais que ajudariam no processo de implementação do programa VAMOS, 2 profissionais utilizariam pelo menos uma hora, outro uma hora e meia, e 3 poderiam menos de uma hora. No treinamento é sugerido que sejam pelo menos 2 horas. Ou seja, a maioria dos locais não dispõe de outros profissionais por esse período.

Portanto, a divulgação ainda é realizada especialmente na UBS, com o material enviado pelo programa VAMOS. O tempo para divulgação variou de 15 a 60 dias, parecendo 30 dias um bom período. Como facilitadores para divulgação do programa VAMOS, foram citadas as reuniões na UBS e os grupos de convivência, embora as reuniões também tenham sido citadas como barreira por um dos multiplicadores. O apoio para divulgação veio da equipe da saúde pelos agentes comunitários de saúde, apesar de o NASF ter sido considerado um bom apoio. Contudo, o tempo médio de ajuda da equipe ficou abaixo das duas horas sugeridas no treinamento.

4.3 ALCANCE

A segunda dimensão é o alcance que avalia a participação dos usuários. É calculado o número dos participantes que iniciaram as ações dividido por aqueles potencialmente elegíveis (ALMEIDA, BRITO, ESTABROOKS, 2013).

Para que pudéssemos calcular o alcance do programa VAMOS, solicitamos dados referentes ao número de pessoas cadastradas por UBS, distribuídos por sexo e faixa etária e o número de atendimentos em geral nos últimos seis meses da data de preenchimento do material. Os resultados estão apresentados na Tabela 4, por município.

O alcance geral de recrutamento foi de 0,34%, calculado por meio dos atendimentos realizados nos últimos seis meses da soma de homens e mulheres (66.706), dividido pelo número de usuários que participaram da primeira reunião do programa VAMOS (231).

O alcance da intervenção foi de 61%, calculado pelo número de usuários que participaram da primeira reunião do VAMOS (231), dividido pelo número de usuários que iniciaram o programa (141).

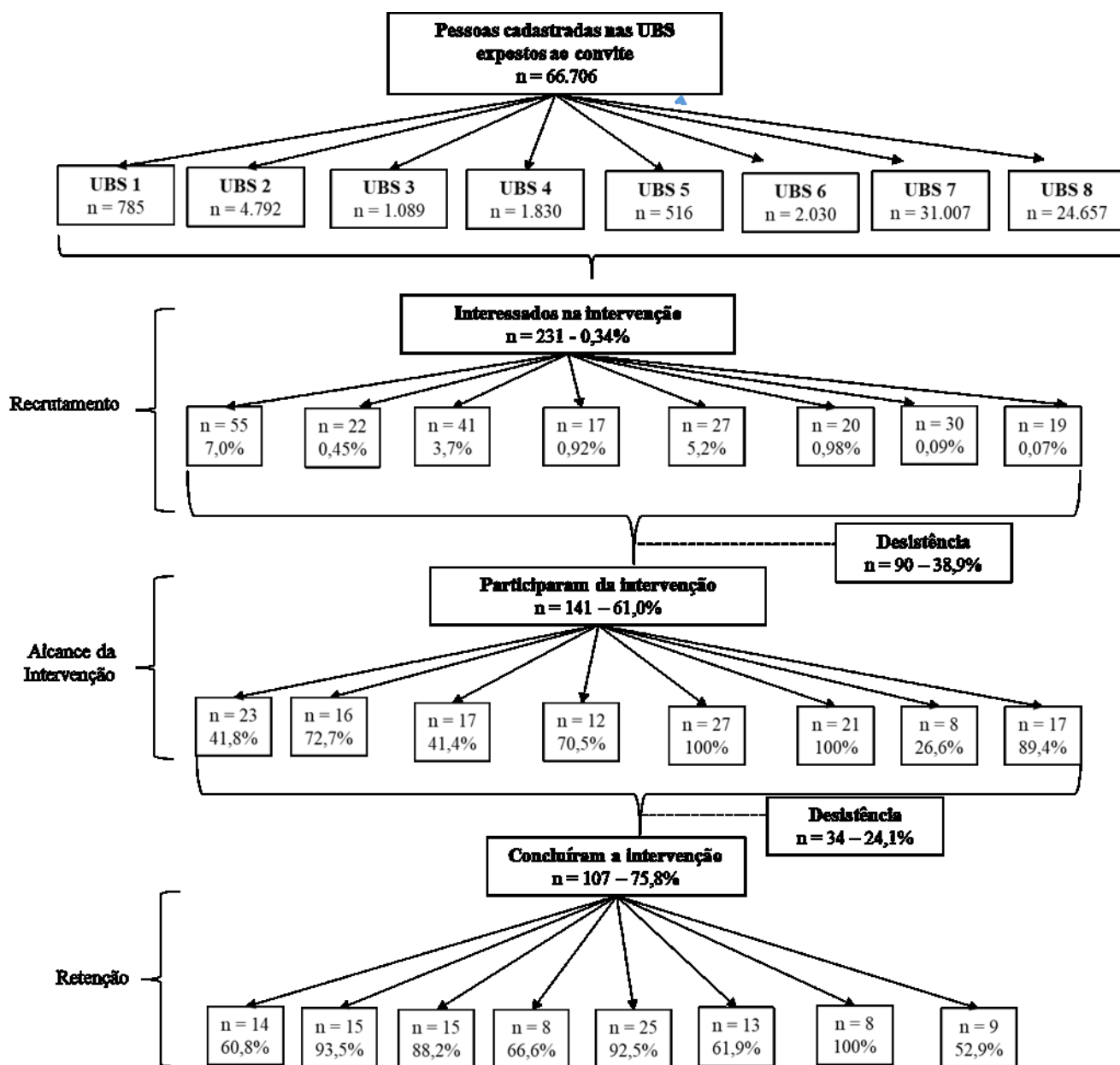
E, o alcance contínuo ou de retenção foi de 75,8%, calculado por meio do número dos usuários que iniciaram o programa (141) dividido pelo número de usuários que concluíram o programa VAMOS (107). Na figura 3, encontra os resultados discriminado por cada cidade.

Tabela 4 – Alcance do programa VAMOS a partir das informações do atendimento aos usuários nas UBS, por municípios.

Município	Estado	Usuários cadastrados	Média atendimento mensal	Homens cadastrados	Homens atendidos últimos 6 meses	Mulheres cadastradas	Mulheres atendidas últimos 6 meses
Carmésia	MG	2.365	360	700	375	800	410
Sossego	PB	2.523	1000	882	1352	938	3.440
Senhora Porto	MG	2.234	645	878	458	945	631
Luiz Alves	SC	3.285	1.037	282	914	636	916
Moreno	PE	4.132	200	1009	189	1.250	327
Toledo	PR	3.933	2.595	2.172	1.329	1.275	701
Lages1	SC	5.940	51.248	1.585	10.751	1.925	20.256
Lages2	SC	6.774	36.102	2.185	8.029	2.428	16.628

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 3- Alcance de recrutamento, de intervenção e de retenção do programa VAMOS nos municípios.



Legenda: UBS = Unidade Básica de Saúde. n = número amostral. UBS 1 = Carmésia; UBS 2 = Sossego. UBS 3 = Senhora do Porto. UBS 4 = Luiz Alves. UBS 5 = Moreno. UBS 6 = Toledo. UBS 7 = Lages 1. UBS 8 = Lages 2.

Fonte: elaborado pela autora (2019)

Para complementar as informações do alcance, questionamos sobre os motivos que levaram os usuários a procurar atendimento nas UBS nos últimos 6 meses. Podendo citar mais de uma alternativa, em 8 grupos a maioria foi à UBS para consulta médica, seguido por 5 grupos que foram retirar medicamentos, 4 foram fazer alguma atividade de prevenção ou promoção da saúde, 3 grupos para consulta de enfermagem, 3 para imunização e 3 para realizar curativos.

Para verificar o alcance do programa, interrogamos os multiplicadores sobre que usuários eles gostariam que participassem do seu grupo. Os resultados apontam que os multiplicadores gostariam de oferecer o programa VAMOS para a comunidade em geral. Mas também foram citados grupos específicos, como de obesos, hipertensos, cardiopatas, diabéticos, grupos de convivência e para os servidores, além de outros grupos terapêuticos. O programa foi oferecido para a comunidade em geral, além de incluir 4 grupos específicos que contemplavam obesos e hipertensos, 1 para grupos de convivência e 2 para outros tipos (próprios servidores e grupo terapêutico para mulheres).

Quanto ao número de pessoas que os multiplicadores gostariam de alcançar, sobre quantas pessoas participaram da primeira reunião e quantas pessoas iniciaram e finalizaram o programa, os resultados estão apresentados na Tabela 5, por município.

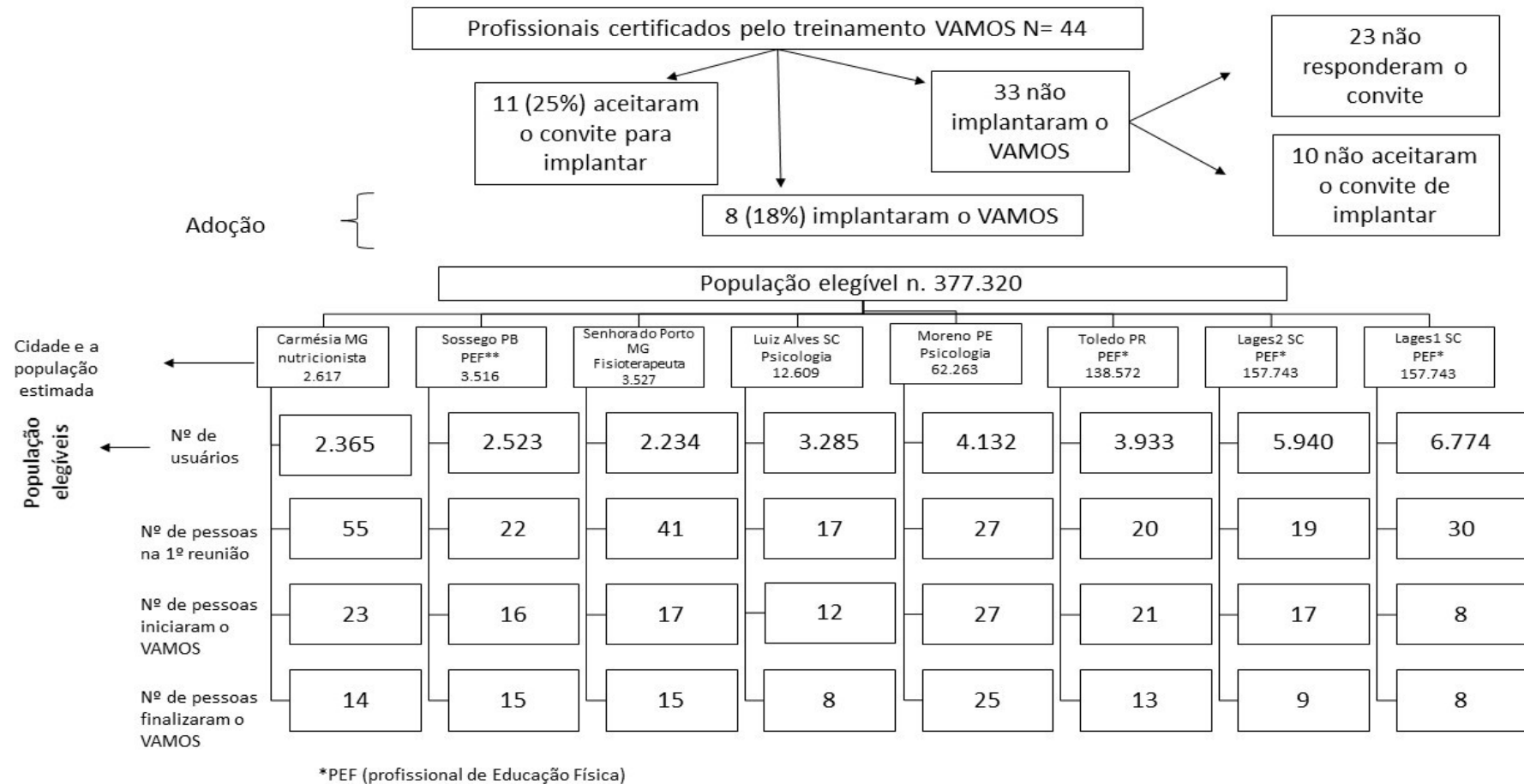
Tabela 5 - Municípios e número estimado da população, número de UBS, formação dos multiplicadores, quantidade de profissionais na UBS e número de pessoas na primeira reunião, que iniciaram e finalizaram o programa VAMOS.

Cidade	Estado	População estimada	Quantidade de UBS no município	Formação do multiplicador (a) do VAMOS	Quantidade de equipe na UBS – VAMOS	Quantidade de profissionais	Nº de pessoas interessadas ao VAMOS	Nº de pessoas na primeira reunião do VAMOS	Nº de pessoas que iniciaram o VAMOS	Nº de pessoas que finalizaram o VAMOS
Carmésia	MG	2.617	1	Nutricionista	1	13	30	55	23	14
Sossego	PB	3.516	2	PEF*	1	12	43	22	16	15
Senhora do Porto	MG	3.527	2	Fisioterapeuta	2	13	25	41	17	15
Luiz Alves	SC	12.609	4	Psicologia	1	12	12	17	12	8
Moreno	PE	62.263	14	Psicologia	1	14	30	27	27	25
Toledo	PR	138.572	19	PEF*	2	40	20	20	21	13
Lages 1	SC	157.743	40	PEF*	2	28	17	19	17	9
Lages 2	SC	157.743	40	PEF*	2	22	40	30	8	8

Fonte: Elaborado pela autora (2019); *PEF: profissional de educação física

Ao analisar os resultados do alcance nos municípios, observamos que existiu variação entre eles. Nos municípios menores, houve maior alcance do que nos maiores. Portanto, dos 231 usuários que participaram da primeira reunião (momento em que foi explicado o que é o programa e horários de funcionamento), 141 iniciaram o programa e 107 finalizaram o programa. Os dados podem ser observados no fluxograma apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Fluxograma da adoção dos multiplicadores, números gerais dos participantes do programa VAMOS.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O número de mulheres que participaram do programa VAMOS foi maior do que de homens, sendo 100 (97,1%) mulheres e apenas 3 (2,9%) homens. Porém, um dado curioso é a faixa etária dos participantes; predominou a faixa etária de 18 aos 40 anos, com 46 participantes (44,7% do total), uma faixa etária considerada jovem e inserida no mercado de trabalho: 38 (36,9%) eram trabalhadoras e com a renda consideravelmente baixa, de 1 a 2 salários mínimos 37 (35,9%). O nível de escolaridade foi de ensino médio completo 35 (34%) dos participantes é casado (a) ou está em união consensual 58 (56,3%).

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos participantes do programa VAMOS nos diferentes municípios.

Variáveis	Cidade/para quem foi ofertado	Luiz Alves CG/ GE (n=6) (%)	Lages 1 – CG/ GE/ GC(n=8)(%)	Carmésia CG (n=14)(%)	Senhora do Porto CG/ GE(n=13)(%)	Toledo GE/ outros ¹ (n=13)(%)	Moreno GE/ outros ² (n=25)(%)	Sossego CG (n=15)(%)	Lages 2 CG (n=9)(%)	Todos (n=103) (%)
Sexo	Feminino	5 (83,3)	8 (100)	14 (100)	13 (100)	12 (92,3)	25 (100)	14 (93,3)	9 (100)	100 (97,5)
	Masculino	1 (16,7)	-	-	-	1 (7,7)	-	1 (6,7)	-	3 (2,9)
Cor de pele, raça/ etnia	Parda	-	3 (37,5)	8 (57,1)	7 (53,8)	7 (53,8)	17 (68)	9 (60)	1 (11,1)	52 (50,5)
	Branca	6 (100)	3 (37,5)	3 (21,4)	3 (23,1)	6 (46,2)	4 (16)	6 (40)	7 (77,8)	38 (36,9)
	Preta	-	-	3 (21,4)	3 (23,1)	-	4 (16)	-	1 (11,1)	11 (10,7)
	Amarela	-	2 (25)	-	-	-	-	-	-	2 (1,9)
	Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado civil	Casado (a) ou união estável	2 (33,3)	7 (87,5)	9 (64,3)	10 (76,9)	9 (69,2)	13 (52)	5 (33,3)	3 (33,3)	58 (56,3)
	Separado (a)	2 (33,3)	-	1 (7,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	4 (16)	-	-	9 (8,7)
	Viúvo (a)	1 (16,7)	-	1 (7,1)	-	1 (7,7)	6 (24)	-	5 (55,6)	14 (13,6)
	Solteiro (a)	1 (16,7)	1 (12,5)	3 (21,4)	2 (15,4)	2 (15,4)	2 (8)	10 (66,7)	1 (11,1)	22 (21,4)
Escolaridade	Analfabeto(a)/ sem escolaridade f (%)	1 (16,7)	-	-	-	-	1 (4)	1 (6,7)	1 (11,1)	4 (3,9)
	Fundamental incompleto f (%)	4 (66,7)	5 (62,5)	1 (7,1)	4 (30,8)	-	6 (24)	3 (20)	4 (44,4)	27 (26,2)
	Fundamental completo f (%)	-	1 (12,5)	-	2 (15,4)	-	2 (8)	-	1 (11,1)	6 (5,8)
	Médio incompleto f (%)	-	1 (12,5)	3 (21,4)	-	-	3 (12)	3 (20)	-	10 (9,7)
	Médio completo f (%)	1 (16,7)	-	6 (42,9)	6 (46,2)	6 (46,2)	8 (32)	6 (40)	2 (22,2)	35 (34)
	Superior incompleto f (%)	-	1 (12,5)	-	1 (7,7)	2 (15,4)	2 (8)	1 (6,7)	-	8 (7,8)
	Superior completo f (%)	-	-	4 (28,9)	-	3 (23,1)	1 (4)	1 (6,7)	1 (11,1)	9 (8,7)
	Pós-graduação completa f (%)	-	-	-	-	2 (15,4)	2 (8)	-	-	4 (3,9)
Ocupação										

	Trabalhador(a) f (%)	1 (16,7)	1 (12,5)	9 (64,3)	6 (46,2)	13 (100)	-	5 (33,3)	3 (33,3)	38 (36,9)
	Do lar f (%)	1 (16,7)	5 (62,5)	2 (14,3)	6 (46,2)	-	12 (48)	4 (26,7)	1 (1,11)	31 (30,1)
	Desempregado(a) f (%)	1 (16,7)	-	1 (7,1)	1 (7,7)	-	2 (8)	1 (6,7)	-	6 (5,8)
	Aposentado(a) f (%)	2 (33,3)	2 (25)	2 (14,3)	-	-	9 (36)	-	3 (33,3)	18 (17,5)
	Outros f (%)	1 (16,7)	-	-	-	-	2 (8)	-	2 (22,2)	10 (9,7)
Renda	< 1 SM f (%)	1 (16,7)	-	3 (21,4)	3 (23,1)	-	4 (16)	4 (26,7)	1 (11,1)	16 (15,5)
	1 a 2 SM f (%)	1 (16,7)	3 (37,5)	4 (28,6)	3 (23,1)	2 (15,4)	13 (52)	7 (46,7)	4 (44,4)	37 (35,9)
	2,1 a 4 SM f (%)	2 (33,3)	-	2 (14,3)	2 (15,4)	6 (46,2)	3 (12)	-	1 (11,1)	16 (15,5)
	4,1 a 6 SM f (%)	-	-	1 (7,1)	-	1 (7,7)	-	-	-	2 (1,9)
	>6 SM f (%)	-	-	-	1 (7,7)	2 (15,4)	-	-	-	3 (2,9)
	Não respondeu f (%)	2 (33,3)	5 (62,5)	4 (28,6)	4 (30,8)	2 (15,4)	5 (20)	4 (26,7)	3 (33,3)	29 (28,2)

Legenda: CG: comunidade geral; GE: grupo específico - obesos, hipertensos, cardiopatas, diabéticos et al.; GC: grupo de convivência; outros¹: servidores da UBS; outros²: grupo de terapêutico para mulheres; F: feminino; M: masculino; SM: salário mínimo.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Sobre as características dos participantes, interrogamos os multiplicadores sobre a infraestrutura na região onde está implantada a UBS, por acreditarmos que esse fato pode facilitar a prática de AF. Na Tabela 7, os resultados.

Tabela 6 - Infraestrutura para a prática de AF nos arredores da UBS nos municípios que ofertaram o programa VAMOS.

Infraestrutura para AF nas mediações da UBS	N
Quadra Poliesportiva	4
Praças	5
Academia da Saúde	2
Escolas	4
Centro de Convivência Comunitária	4
Pista de caminhada	1
Não oferece nenhuma estrutura	2
Outros	2

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Além dos locais citados acima, foram relatadas outras possibilidades de infraestrutura, como campo de futebol próximo e a própria sala de reunião da UBS.

Portanto, resumindo os dados do alcance, podemos afirmar que variou de 0,31% a 2,32%, sendo maior nos municípios menores e foi oferecido aos grupos previamente planejados. Os participantes tiveram como características: ser mulher, casadas, adultas jovens (de 18 até 40 anos), que ainda estavam ativas no mercado de trabalho, com ensino médio completo e com renda baixa (um a dois salários mínimos).

4.4 EFETIVIDADE

A terceira dimensão avaliada neste estudo foi a efetividade. Ela avalia a condição dos participantes, no início e no final da intervenção. A intervenção que aplicamos teve em média 3 meses de duração. Para este estudo, foi aplicado um questionário e mensurados alguns marcadores. O questionário é composto por questões sociodemográficas: sexo, cor da pele, raça/etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e endereço; 2 questões de qualidade de vida, 12 questões sobre o consumo alimentar, 6 questões sobre atividade física e 3 medidas antropométricas (estatura, massa corporal e circunferência da cintura).

Serão apresentados os resultados de efetividade (pré e pós) dos 4 marcadores principais, por município. Os dados das variáveis da atividade física total, do comportamento sedentário, do escore da alimentação, da circunferência da cintura e da qualidade de vida serão apresentados na Tabela 8.

A análise estatística empregada dependeu do teste de normalidade dos dados. Para as variáveis com pré e pós-paramétricos foi utilizado o Teste T Pareado, e para as variáveis com pré ou pós ou ambos não paramétricos foi utilizado o teste de Wilcoxon.

Tabela 7 - Efetividade por município da atividade física total, comportamento sedentário, alimentação, circunferência da cintura e qualidade de vida dos participantes do programa VAMOS.

Cidade	AF total (min/semana)			Comportamento sedentário (min/semana)			Alimentação (escore)			Circunferência da cintura (centímetros)			Qualidade de vida (negativa/positiva ⁴)		
	Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)			Média (DP)			f (%)		
	Pré	Pós	P	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p
Luiz Alves (n=6)	1056,66 (955,04)	1731,67 (2013,63)	0,12	424,16 (169,69)	390,0 (168,65)	0,14	30,67 (3,67)	35,17 (3,38)	0,09*	84,00 (11,06)	82,67 (10,18)	0,08	1 (16,7) 5 (83,3)	0 (0) 6 (100)	<0,01
Lages 1 (n=8)	1007,12 (875,32)	1178,75 (749,23)	0,65	356,25 (147,35)	375,00 (131,25)	0,60	35,25 (3,15)	35,25 (3,49)	1,0	98,88 (15,50)	99,75 (16,36)	0,62	5 (62,5) 3 (37,5)	4 (50) 4 (50)	>0,01
Carmésia (n=14)	832,14 (933,11)	743,58 (856,39)	0,96	432,14 (178,03)	469,29 (186,64)	0,40	32,08 (5,60)	34,08 (5,15)	0,02*	85,64 (17,48)	80,71 (17,63)	0,006*	7 (50) 7 (50)	1 (7,1) 13 (92,9)	<0,01
Senhora do Porto (n=13)	1228,39 (1306,50)	2771,08 (2379,51)	0,01*	492,30 (253,31)	406,15 (193,50)	0,01*	33,08 (6,52)	34,53 (4,49)	0,26	91,00 (14,20)	87,80 (12,91)	0,00*	5 (38,5) 8 (61,5)	3(23,1) 10 (76,9)	>0,01
Toledo (n=13)	821,92 (1183,14)	988,07 (1107,02)	0,48	685,39 (434,71)	823,84 (402,23)	0,5	29,39 (4,08)	32,53 (4,13)	0,0*	90,82 (9,55)	92,58 (12,01)	0,30	4 (30,8) 9 (69,2)	3(23,1) 10 (76,9)	>0,01
Moreno (n=25)	1755,80 (1753,87)	1558,20 (1487,89)	0,29	588,80 (250,37)	514,80 (159,61)	0,02*	28,37 (8,34)	31,44 (6,68)	0,0*	89,82 (11,37)	87,28 (12,31)	0,13	18 (72) 7 (28)	8 (32) 17 (68)	<0,01
Sossego (n=15)	698,40 (538,93)	732,67 (322,50)	0,66	430,00 (211,66)	362,00 (112,51)	0,08*	33,40 (6,41)	37,47 (4,10)	0,0*	84,30 (9,52)	81,80 (8,46)	0,02*	0 (0) 15 (100)	0 (0) 15 (100)	>0,01
Lages 2 (n=9)	760,55 (695,40)	1125,55 (675,83)	0,14	315,00 (144,27)	383,33 (186,61)	0,40	36,67 (3,74)	36,22 (4,43)	0,7	105,44 (12,90)	105,33 (12,80)	0,31	0 (0) 9 (100)	1(11,1) 8(88,9)	>0,01
Todos (n=103)	1105,9 (1239,8)	1351,2 (1455,5)	0,02* ¹	492,8 (268,0)	482,0 (247,4)	0,30	31,7 (6,5)	34,1 (5,3)	>0,01*	90,4 (13,7)	88,6 (14,6)	>0,01*	40 (38,8) 63 (61,2)	20 (19,4) 83 (80,6)	<0,01* ³

Legenda: * p<0,05; ¹ Teste de Wilcoxon; ² Teste t pareado; ³ Teste qui-quadrado n-1 para diferença de proporções; AF = atividade física; DP = desvio padrão; negativa (muito ruim, ruim)/positiva (neutra, boa, muito boa)⁴; P⁵ cálculo somente para QV positiva; Fonte: Elaboradora pela autora (2019).

Analisando a Tabela 8, observamos que, para a variável atividade física total, houve mudança estatisticamente significativa no geral nos participantes, com exceção do município Moreno. Senhora do Porto foi o município com maior aumento do tempo de AF entre seus participantes. Já no comportamento sedentário, houve mudança estatisticamente significativa no geral, mas em três municípios – Senhora do Porto, Moreno e Sossego – houve redução do tempo de comportamento sedentário.

Quando analisamos a alimentação, houve resultados positivos no escore total do questionário. Observando os municípios, houve mudança estatisticamente significativa no escore da alimentação de forma positiva em cinco cidades: a Luiz Alves, Carmésia, Toledo, Moreno e Sossego.

Outro marcador de efetividade do programa VAMOS foi a redução da circunferência da cintura, que teve alterações significativas estatisticamente nos participantes de forma geral e em especial em quatro municípios: Carmésia, Toledo, Moreno e Sossego.

E, para finalizar a avaliação das variáveis utilizadas para a efetividade do programa VAMOS, analisamos a qualidade de vida. Nesta variável, foi efetuado o cálculo no *site* do MedCal com os dados categorizados em “negativo, neutro e positivo”. Os resultados apontam mudanças positivas e estatisticamente significantes na qualidade de vida em todos os municípios. Percebemos que dentre as 8 UBS que adotaram o programa, em 7 houve mudança positiva sobre a percepção da QV, com destaque para o município de Moreno, em que mais da metade dos participantes inicialmente tinham percepção da QV ruim ou muito ruim, e ao finalizar o programa, passaram a ter a percepção boa ou muito boa. Também destacamos o município de Lages², que teve pequena redução na percepção da QV entre os participantes: 8 participantes iniciaram com a percepção de QV boa ou muito boa, e ao finalizar, 1 participante passou a perceber a QV ruim ou muito ruim.

Portanto, quando a análise ocorreu com todos os participantes, o programa VAMOS foi efetivo para quase todas as variáveis analisadas, com exceção do comportamento sedentário. Ou seja, melhorou o nível de AF, a alimentação saudável, a qualidade vida e diminuiu a circunferência da cintura naqueles que participaram do programa.

Convém salientar que os dados acima são os resultados dos participantes que iniciaram e finalizaram o programa, e que nos informaram na pré e na pós-intervenção. Até o momento não computamos os dados, que ficará para a escrita dos artigos.

Para finalizarmos este estudo e responder às questões utilizando as três dimensões do RE-AIM, utilizamos o *check-list* que foi traduzido e adaptado à realidade brasileira (BRITO et al., 2018), e oferece um resumo de todo o processo de avaliação, conforme quadro a seguir.

Quadro 4 - Avaliação do programa VAMOS de três dimensões do RE-AIM (alcance, efetividade e adoção).

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO
Alcance (Reach)	
1. Descrição da população-alvo	Usuários das UBS que aceitaram implantar o programa VAMOS, com 18 anos ou mais
2. Informações demográficas e comportamentais da população-alvo	Sexo e idade das pessoas cadastradas nas UBS participantes do programa VAMOS: população 31.186. Sendo: Homens de 18 a 59 anos (7.929); Homens de 60 anos e acima (1.764); Mulheres de 18 a 59 anos (7.940); Mulheres de 60 anos e acima (2.257).
3. Método de identificação da população-alvo	Foi utilizado o prontuário eletrônico
4. Critérios de inclusão	Estar cadastrado na UBS por pelo menos 6 meses antes do início do VAMOS e ter 18 anos ou mais
5. Critérios de exclusão	Em nenhum local houve critérios de exclusão
6. Estratégias de recrutamento	Todas as UBS usaram as opções de estratégias de recrutamento; 8 multiplicadores usaram os cartazes enviados; 5 utilizaram os cartões que foram enviados; 4 usaram os <i>flyers</i> que foram enviados.
7. Número de elegíveis e convidados (expostos)	Todas as pessoas cadastradas nas 8 UBS que implantaram o VAMOS, ou seja, 31.186.
8. Tamanho da amostra	Todas as pessoas que aceitaram participar do programa VAMOS. (Variável de número de pessoas que foram ao primeiro encontro. O limite por turma é 30 pessoas, podendo haver mais de uma turma por local).
9. Taxa de participação	% participação total que se interessaram em participar do programa VAMOS. 231 pessoas participaram do primeiro encontro e 31.186 pessoas cadastradas nas UBS participantes*100. A taxa de participação foi de 0,74%.
10. Custo do recrutamento	1-Camisetas (30 unidades), R\$13,50 cada, total R\$405,00; 2-Cartazes (30 unidades), R\$ 4,40 cada, total R\$ 96,80; 3- <i>Flyers</i> (22 unidades), R\$ 0,36 cada, total R\$7,92; 4- Cartões de visita (488 unidades), R\$0,17 cada, total R\$84,00; 5-Impressões A4 (480 unidades), R\$0,10 cada, total R\$48,00; 6-Livretos (2880 unidades), valor não declarado.
11. Utilização de métodos qualitativos para aferir alcance	Aplicação de dois questionários <i>on-line</i> para os multiplicadores participantes, questões que envolviam: - Quais materiais usariam e o que usaram para a divulgação do programa; - Quais estratégias para divulgar o VAMOS; - Tempo de divulgação do VAMOS;

	<ul style="list-style-type: none"> - Se nas mediações da UBS havia infraestrutura para atividade física; - Se teriam apoio ou não durante o VAMOS e de onde viria; - O tempo médio em que teriam ajuda desses profissionais; - Locais onde foi divulgado o VAMOS; - Quantas pessoas gostariam de alcançar com as ações do VAMOS; - Quantas pessoas eram cadastradas por faixa etária e sexo; - Quantas consultas havia nos últimos meses; - Quais motivos levaram os usuários para a UBS; - Para quem foi ofertado o VAMOS; - Se houve barreiras ou facilitadores no processo de divulgação do VAMOS em sua UBS; - Se houve critérios de inclusão ou exclusão.
Efetividade/Eficácia (Effectiveness/Efficacy)	
12. Resultados dos desfechos primários	<p>Os desfechos primários são aumento no nível de atividade física, diminuição do tempo sedentário, melhora na alimentação saudável.</p> <p>Houve melhora significativa ($p < 0,05$), para aumento no total da AF ($p = 0,02$); no escore total de alimentação saudável ($p > 0,01$); diminuição na medida da circunferência da cintura ($p > 0,01$); melhora na percepção da qualidade de vida ($p < 0,01$).</p>
13. Relato de mediadores	Houve apoio dos ACS de acordo com oitos multiplicadores. Cinco relataram o apoio da equipe do NASF.
14. Relato de moderadores	O maior número de participantes foi na faixa etária de 18 a 40 anos (44,7%); casado (a) ou união consensual (56,3%); trabalhador (a) (36,9%); com a escolaridade de nível médio completo (34%); e renda de 1 a 2 salários mínimos (35,9%)*.
15. Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento	Havia 141 participantes aptos a participarem do estudo, mas 107 finalizaram o programa VAMOS, e 103 geraram os dados analisados entre o pré e pós-VAMOS.
16. Medidas de qualidade de vida	Foram utilizadas duas questões que fazem parte do questionário WHOQOL brief para avaliar a qualidade de vida.
17. Consequências não intencionais (negativas) nos resultados	Não foram relatados pelos multiplicadores.
18. Taxa de abandono (na conclusão do programa)	38 pessoas não concluíram o programa dos 141 que iniciaram $\times 100 = 27\%$ de perda/abandono. Portanto, tivemos uma perda de 27% dos participantes.
19. Custo-efetividade	Não foi calculado, pois, como foi em vários municípios, cada profissional multiplicador tem um salário, bem como os outros itens, fato que dificulta o cálculo.
20. Medidas qualitativas da efetividade/eficácia	Anexo D

Adoção (Adoption)	
21. Critérios de inclusão/exclusão dos locais	Não houve critério de inclusão e exclusão para os locais relatados pelos multiplicadores, porém, um multiplicador escolheu implantar o programa entre os funcionários da UBS e uma outra multiplicadora propagou o programa VAMOS no grupo terapêutico de mulheres, que aderiu ao programa.
22. Número de locais elegíveis e convidados (expostos)	Foram convidados 44 locais que terminaram o programa, mas 11 aceitaram e 8 efetivamente implantaram.
23. Número de locais participantes	7 cidades, mas foram 8 UBS que implantaram o programa VAMOS.
24. Taxa de participação dos locais	7 cidades/ 44 potenciais cidades= 16%
25. Identificação do local	O Programa VAMOS foi adotado por 8 UBS onde os multiplicadores que realizaram o treinamento estavam inseridos.
26. Método de identificação do local	Os locais foram definidos a partir do término dos multiplicadores, mas não houve método para identificar o local. Houve busca de informações sobre o município no IBGE e <i>site</i> dos municípios.
27. Descrição do local onde foi desenvolvido o programa	Foi desenvolvido em 8 UBS de 7 municípios brasileiros que aceitaram implantar o programa, conforme o mapa abaixo.
28. Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe	Para fazer parte do grupo de multiplicadores, o profissional deveria ser da área da saúde; estar inserido na UBS; ter acesso à internet; realizar o treinamento; ser certificado pelo programa.
29. Membros da equipe elegíveis e convidados	2770 profissionais de saúde foram os elegíveis e convidados a fazer o curso de treinamento para oferecer o programa (JOSÉ, 2017, p. 80). Os que terminaram o treinamento estavam aptos para atuar como multiplicadores, e foram convidados para fazer parte do estudo.
30. Membros da equipe que aceitaram participar	8 multiplicadores aceitaram participar e implantar o programa VAMOS.
31. Taxa de participação dos membros da equipe	8 que adotaram dos 44 certificados *100 = 18,8%. Ou seja, a taxa de participação dos multiplicadores foi de 18,8%.
32. Método de identificação dos membros da equipe	Todos os profissionais que participaram do treinamento do Programa VAMOS foram convidados de uma lista fornecida pelo Ministério da Saúde (JOSÉ, 2017).
33. Média de membros participantes por local	Participou um profissional por UBS, mas apenas em 8 implantaram o programa.
34. Nível de conhecimento dos membros da equipe	O nível de conhecimento sobre o programa se deu na realização do Treinamento para Multiplicadores oferecido por meio da Educação a Distância, na Plataforma Moodle da Universidade Federal de Santa Catarina. O treinamento foi composto de doze sessões, com carga horária total de vinte horas. Em seguida, era realizada uma prova de certificação <i>on-line</i> na qual o multiplicador deveria acertar pelo menos 80% das questões para estar apto a oferecer o programa.

	Dos oitos multiplicadores, quatro são profissionais de educação física (50%); dois de psicologia (25%); um de nutrição (12,5%); e um de fisioterapia (12,5%). Cinco têm especialização (62,5%), dois somente a graduação (25%) e um com mestrado (12,5%).
35. Mensuração de custo para adoção	Não foi realizado.

Fonte: Brito et al., 2018, adaptado pela autora (2019).

5 DISCUSSÃO

As DCNT têm levantado uma preocupação mundial, sobretudo quanto à alimentação inadequada e à inatividade física, fatores que têm favorecido sua ocorrência (WHO, 2010; 2013; 2015; BRASIL, 2018; LEE et al., 2012; MENDES, 2012).

Diante desse quadro epidemiológico, são incentivados os programas de mudança de comportamento, voltados para alimentação adequada e saudável, aumento do nível de atividade física e redução de comportamentos prejudiciais à saúde. Ações que procuram diminuir o consumo de tabaco têm sido de primordial importância para as ações públicas mundiais, estatais e municipais, para melhorar a vida das pessoas (WHO, 2010; 2013; 2015; BRASIL, 2018; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; LEE et al., 2017; MENDES, 2012).

Nessa lógica, o programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS) tem como objetivo motivar as pessoas a adotar um estilo de vida mais ativo e saudável (informações disponíveis em: <<http://vamos.ufsc.br/>>). Por um período de três meses, o programa VAMOS tem encontros semanais, com duração de uma hora e meia a duas horas e acompanhados por um profissional de saúde. Esses multiplicadores, capacitados e certificados durante um curso via EaD na plataforma Moodle alojada na Universidade Federal de Santa Catarina (JOSÉ, 2017), tornam-se aptos para oferecer o programa VAMOS por até dois anos. O programa objetiva motivar as pessoas a adotar um estilo de vida ativo e saudável, melhorando a sua saúde por meio da atividade física e alimentação saudável, enfrentando os obstáculos, estabelecendo metas e aumentando a confiança para propiciar as mudanças de comportamento (informações disponíveis em: <<http://vamos.ufsc.br/>>).

Nesse sentido, nosso estudo teve como objetivo avaliar a adoção dos multiplicadores e as estratégias de alcance utilizadas pelos profissionais e pelos multiplicadores e sua efetividade entre os participantes do programa VAMOS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que o adotaram e o implementaram. Para avaliar esses domínios, foi utilizada a ferramenta RE-AIM (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; LEE et al., 2017).

O RE-AIM tem cinco dimensões: Alcance, Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção. Ele permite avaliar a matriz organizacional (a operação, o núcleo, o grupo trabalhador, as atividades) e também verificar os resultados das ações do programa e

acompanhá-las por longo período de tempo. O RE-AIM é uma ferramenta útil e necessária para pensar, organizar, inserir, avaliar, acompanhar todo o processo de programas para promover a saúde (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Neste estudo, avaliamos três dimensões: a adoção, o alcance e a efetividade do programa VAMOS, cujos resultados foram apresentados no capítulo anterior.

5.1 ADOÇÃO

A adoção é a dimensão que verifica e avalia os agentes envolvidos na inserção de ações. Para este estudo, foram os multiplicadores que adotaram, aceitaram e implantaram o programa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

No nosso estudo, a adoção foi realizada por meio dos profissionais de saúde que levaram as ações para a comunidade, aqui chamados de multiplicadores do programa VAMOS. Verificamos que o programa foi muito bem recebido e adotado, especialmente na Região Sul do Brasil, por mulheres, formadas em educação física e com especialização.

Dos 44 multiplicadores certificados, 11 tiveram interesse em oferecer o programa, e 8 adotaram-no e implantaram, ou seja, o nível de adoção foi de 18%. Desses multiplicadores, 5 eram mulheres e 3 homens, ratificando a predominância de mulheres no labor da saúde pública (OLIVEIRA et al., 2018; SILVA, 2018; FRANÇA et al., 2017). Desses, quatro eram profissionais de educação física; dois de psicologia, um de nutrição e um da fisioterapia; cinco eram especialistas, dois com título de graduação e um de mestrado (JOSÉ, 2017).

Os resultados do alcance se aproximam dos dados apresentados por Konrad et al. (2017). Os autores analisaram 26 estudos utilizando a ferramenta RE-AIM. Na dimensão da adoção dos profissionais de saúde na realidade brasileira que apresentaram tal dimensão em seus estudos, o percentual foi de 17%. Os itens mais reportados com relação à adoção foram a descrição da equipe (38%) e a descrição do local da intervenção (23%).

Por outro lado, nos estudos de Shaw et al. (2019) e de Jung, Bourne e Gainfort (2018), a taxa de adoção foi 100% e 28%, respectivamente. No estudo de Shaw et al. (2019), havia 9 organizações como elegíveis e todas aceitaram implantar o programa. No outro programa havia 35 locais elegíveis, dos quais 10 aceitaram implantar o programa (JUNG; BOURNE; GAINFORT, 2018).

No estudo de revisão sistemática de Galaviz et al. (2014), cujo objetivo era avaliar os estudos entre 2001 e 2012, em relação às medidas de intervenção de atividade física na América Latina. Foram encontrados 46 estudos, 18 experimentais e 28 semiexperimentais. Dentre eles, 25% apresentaram dados relacionados à adoção. Os itens mais reportados foram: público-alvo em 65% dos artigos encontrados; critérios de inclusão em 72%; critérios de exclusão em 39%; e as características dos participantes e não participantes em 11%. O estudo realizado por Lee et al. (2017) aponta dificuldade de compreender e relatar essa dimensão na realidade da América Latina, porquanto não conseguiu correlacionar outros estudos em realidades semelhantes.

Cumprido salientar que o estudo não pretende afirmar que a adoção foi alta ou baixa, pois outras variáveis são contempladas nos diferentes estudos. Eles são interligados com os locais ou pessoas elegíveis, com a realidade do ambiente, com o objetivo do programa e com quem os organiza, e esses são fatores preponderantes na definição e no sucesso ou não do estudo (LEE et al., 2017; GLASGOW et al., 2019). Nosso estudo é inédito, mas a autonomia dos multiplicadores ao implantar o VAMOS, a distância em que foram implantados e não ter um acompanhamento presencial da pesquisadora pode ter interferido nos seus resultados. Mas acredita-se que foi relevante capacitar (com treinamento) os profissionais de saúde para nivelar seus conhecimentos, deixando-os no mesmo patamar. Acredita-se que ao investir na implantação de programas com a iniciativa de promover a saúde e seus cuidados, os multiplicadores entendam sua relevância para os usuários em sua realidade (FRANÇA et al., 2017; SILVA et al., 2017; MENDES, 2012).

Não tivemos nenhum multiplicador da Região Norte do Brasil. Acredita-se que a dificuldade de realizar o treinamento a distância, que depende exclusivamente de internet, tenha sido um dos fatores limitantes. Outros autores relataram a dificuldade de encontrar estudos com experiências da Região Norte, pelas desigualdades de condições de acesso entre as regiões do Brasil, embora o sinal 3G e 4G já comecem a estar presentes na região, fato que deverá mudar a realidade atual (STOPA et al., 2017; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Mas todas as outras regiões do país foram representadas. Apesar disso, a multiplicadora representante da Região Centro-Oeste e duas da Região Sul não implantaram o programa VAMOS. Portanto, tivemos 4 multiplicadores da Região Sul, 2 da Sudeste e 2 da Nordeste.

Ao analisar as desigualdades entre as regiões do Brasil, Campello et al. (2018) afirmam que o acesso à energia elétrica já é uma barreira, dificultando o acesso aos bens materiais, como máquina de lavar roupa e internet. Em sua revisão sistemática, Rodrigues et al. (2013) citam a dificuldade de encontrar estudo sobre a Região Norte. As respostas do PMAQ revelam que essa região tem 8,3% das UBS do país (3.210) e infraestrutura precária (BOUSAQUAT et al., 2017). Além da dificuldade de encontrar informações sistematizadas e fidedignas sobre os meios comunicação, há informações desatualizadas sobre o acesso às comunicações, sendo a televisão e o rádio ainda os maiores veículos de comunicação no país, apesar da grande expansão da internet (MARINONI, 2015). No seu estudo, Alfaia (2011) apresenta os valores de simulação de Manaus para o Japão, utilizando as principais operadoras telefônicas do país com a rede VoIP (*Voice over Internet Protocol*); esta última com tarifas bem mais baixas e contato direto, dando uma diferença de mais 90% nos valores, e simulação em ligações nacionais mais de 70% entre as linhas telefônicas com a tecnologia VoIP. Porém, há pouco uso e é difícil o acesso a essa tecnologia na região, que baratearia e facilitaria a comunicação. Não estava entre os objetivos do estudo verificar os motivos pelos quais os profissionais de saúde da Região Norte não tiveram acesso ao treinamento do VAMOS, mas esta observação poderá servir de alerta a futuros estudos, para que haja investimento maior na busca desses profissionais nessa e em outras regiões que tiveram pouca representatividade.

Os profissionais da saúde que não implantaram o programa VAMOS citaram barreiras como: falta de apoio de outros profissionais de saúde e do NASF, mudança de município onde seria implantado o programa e a junção com outro multiplicador para inserir o VAMOS. A falta de apoio de outros membros da equipe impossibilita a inserção de qualquer ação numa comunidade, e para obter sucesso, é necessária uma rede de apoio, como de outros profissionais e até mesmo da própria comunidade. O estudo de Long et al. (2018) relata que a falta de engajamento da equipe, a sobrecarga de trabalho e a falta de cursos para formação continuada foram barreiras para que novos projetos fossem implantados nas comunidades.

5.2 DIVULGAÇÃO

Quando analisamos a divulgação do programa VAMOS, verificamos que foi realizada especialmente nas UBS, com material fornecido pelo programa VAMOS. O tempo para divulgação variou de 15 a 60 dias. As reuniões na UBS e os grupos de convivência em sua grande maioria foram os facilitadores. Embora em um local a reunião da equipe tenha sido citada como barreira, não conseguimos averiguar o porquê de ser uma barreira. Para a divulgação, os multiplicadores tiveram o apoio das equipes de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde e das equipes NASF.

Foram utilizadas as estratégias indicadas pela equipe VAMOS para disseminá-lo nas UBS. Desse modo, 4 multiplicadores utilizaram os *flyers*, 8 usaram cartazes e 5 os cartões. Além disso, o convite verbal também foi feito por 5 multiplicadores. Para Becker, Gonçalves e Reis (2016), os materiais de divulgação refletem de forma positiva a adesão das pessoas aos programas. Eles retratam que, no programa CuritibAtiva, foram confeccionados e distribuídos fôlderes sobre suas ações, enquanto no Programa Academia da Cidade de Pernambuco e no SOE a população pouco sabia sobre os programas e as ações que ali aconteciam, reduzindo a possibilidade de adesão. Portanto, o bom uso de materiais de divulgação ajuda a alcançar os eventuais candidatos a participar de programas (COELHO; VERDI, 2015).

As estratégias previstas pela equipe de saúde e as que foram realizadas praticamente foram as mesmas. A divulgação aconteceu na comunidade em geral, nas visitas domiciliares, nas consultas, nas escolas e em grupos específicos da UBS. Alguns multiplicadores foram além da forma sugerida de divulgação e criaram convites próprios, panfletos, chamadas por rádio e redes sociais. O programa Agita São Paulo ganhou grande proporção no estado São Paulo, justamente pela divulgação por meio de publicações nas mídias televisivas e rádios. O programa era divulgado com muita frequência (FERREIRA et al., 2003; MATSUDO et al., 2005; COELHO; VERDI, 2015). A divulgação dá oportunidade para a população conhecer os programas e ações oferecidas, assim podem decidir sobre a sua participação, que aumenta conforme a população se informa. O processo de divulgação é preponderante no alcance do público. Os materiais de encarte em meios de comunicação capilarizam a divulgação,

levando a informação a todos (BARCELOS, 2015; COELHO; VERDI, 2015); mas é um item pouco apresentado e discutido nos estudos.

Os materiais de publicidade ou materiais educativos (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010) são instrumentos valiosos para informar as pessoas. Neles, são informados os objetivos do programa, os dados epidemiológicos e toda e qualquer informação precisa, relevante, compreensível, independentemente do nível de escolaridade. As mídias digitais estão em ascensão e têm a vantagem de custar pouco e dar grande visibilidade ao que se quer informar (BARRETO et al., 2017; TRINDADE; BARBOSA, 2007). Em nosso estudo, somente um multiplicador utilizou o WhatsApp para divulgar o VAMOS em seu município; outro utilizou o rádio, além dos materiais enviados pela equipe (cartazes, *flyers*, cartões).

O tempo de divulgação do programa variou de 15 a 60 dias. Ao que parece, 30 dias é um bom indicativo, visto que alguns multiplicadores divulgaram por esse período e o alcance foi semelhante. O tempo de divulgação é imprescindível para que os possíveis participantes possam familiarizar-se com uma nova atividade. É um tempo em que o profissional de saúde se prepara para oferecer o programa e a comunidade vai tomando conhecimento sobre a novidade.

Os multiplicadores tiveram apoio da equipe de saúde, mas por menos tempo que o recomendado no treinamento, demonstrando como as equipes estão sobrecarregadas e sem tempo para dedicar-se aos programas. No estudo de Borges et al. (2019), voltado para o programa VAMOS, o tempo de divulgação foi de 15 a 20 dias na comunidade. No que se refere ao processo de divulgação de programas na saúde básica e na promoção da saúde, não encontramos parâmetros de tempo ideal de divulgação das ações que são realizadas na comunidade.

O tempo de divulgação é relativo: é o momento de publicidade, de visualização, para conhecer e pensar em comprar o produto (TRINDADE; BARBOSA, 2007). A relatividade do tempo para divulgar depende de quem é o público-alvo, o ambiente, o contexto. Sobre quantos dias, que materiais e tecnologias serão necessários para este processo, não encontramos estudos para responder essa questão.

Quando foram analisadas as barreiras e os facilitadores na divulgação do programa VAMOS, observamos que, em alguns lugares, determinada ação foi barreira e em outros,

essa mesma ação funcionou como facilitador. Por exemplo: as reuniões que acontecem nas UBS e as consultas médicas. E, como maior facilitador para divulgar o programa foram citados os grupos de convivência.

Os grupos de convivência estão vinculados à comunidade. Neles são legitimadas as ações de promoção à saúde na comunidade e o sentido de pertencimento (TONOSAKI, 2016). Por mais que os seus participantes não sejam o público-alvo da ação, eles são um veículo para disseminar as novas atividades que ocorrem na UBS. O pertencimento a um local, espaço, pessoas, está associado às relações sociais mais profundas e positivas: sentir-se pertencente a determinado espaço se associa a resultados mais positivos provenientes de ações que motivam os envolvidos na evolução (GASTAL; PILATI, 2016; SILVA; MOREIRA, 2015).

Cumpra também salientar que, dos 8 multiplicadores, 5 relataram haver recebido apoio de outros profissionais na implantação do VAMOS em sua UBS, incluindo profissionais do NASF. Todas as ações organizadas pelas equipes de saúde e que são inseridas na UBS são desenvolvidas por todos os profissionais, mesmo tendo um ou mais que lideram determinada atividade. O objetivo é que mais usuários participem das diferentes ações e, quanto mais a equipe se envolver, mais a ação será positiva para beneficiar os usuários. Na saúde pública brasileira, incentiva-se que os profissionais de saúde trabalhem juntos e contribuam para a comunidade. O trabalho multiprofissional (com várias formações em saúde) diminui as barreiras e aumenta os facilitadores para a saúde da comunidade (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; SILVA; MOREIRA, 2015; BRASIL, 2009).

Outro destaque do nosso estudo foi que, entre os multiplicadores, um apontou que as reuniões de equipe foram uma barreira no processo de divulgação do programa VAMOS. Nas UBS acontecem atividades de matriciamento, educação permanente, reuniões de equipe, todas com o intuito de identificar os problemas da comunidade, os fatores que prejudicam a saúde, mas também são espaços para refletir e identificar estratégias para agir (FRANÇA et al., 2017; SILVA et al., 2017). O nosso instrumento não nos permitiu verificar qual foi a barreira encontrada na divulgação nas reuniões de equipe. Mas esses momentos são importantes para criar novas estratégias para o grupo e oferecer novas ações na comunidade. Todas as políticas públicas dependem do apoio dos profissionais das UBS e enriquecem e

valorizam as ações para promover a saúde do local (FRANÇA et al., 2017; SILVA et al., 2017).

5.3 ALCANCE

Dimensão importante, o alcance avalia a proporção da população elegível daqueles que fizeram parte de um programa. Por meio dele é que se projetam o formato e a organização das ações (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

No alcance do programa VAMOS, tivemos um total elegível de 66.706 pessoas que são cadastradas nas UBS, possivelmente tiveram algum contato sobre as informações de inserção do VAMOS. Essas pessoas foram expostas de forma direta ou indireta à divulgação do programa nas 8 UBS que o implantaram. No encontro inicial do programa, a participação foi de 231 pessoas da comunidade, resultando numa taxa de 0,34% da população elegível.

Para obter os resultados de alcance, foram realizados cálculos em três etapas. O primeiro cálculo é o de recrutamento geral (0,34%), o alcance da intervenção foi de 61,0% e o alcance contínuo foi de 75,8%.

A taxa do alcance de recrutamento nas cidades foram: em Carmésia 7,0%; Sossego 0,45%; Senhora do Porto de 3,7%; Luiz Alves 0,92%; Moreno 5,2%; Toledo 0,98%; Lages1 foi 0,09% e Lages2 foi 0,07%. Portanto, o alcance de recrutamento foi variável entre os municípios.

Já, a taxa do alcance de intervenção foram: Carmésia 41,8%; Sossego 72,7%; Senhora do Porto 41,4%; Luiz Alves 70,5%; Moreno 100%; Toledo 100%; Lages1 foi 26,6%; e Lages2 foi 89,4%. Para o alcance da intervenção, percebemos que o público elegível mostrou interesse em iniciar o programa VAMOS, com a proposta de mudança de comportamento e que, donde se infere que o modelo do programa se mostrou inicialmente atraente e oportuno.

No caso da taxa do alcance contínuo as taxas foram as seguintes: Carmésia 60,8%; Sossego 93,7%; Senhora do Porto 88,2%; Luiz Alves 66,6%; Moreno 92,5%, Toledo 61,9%; Lages1 foi 100% e Lages2 foi 52,9%. No presente estudo não houve intenção de pesquisar as justificativas de permanência e de desistência. Embora tenhamos realizado o cálculo do alcance contínuo, ou seja, aqueles que finalizaram o programa VAMOS, pertenciam ao público alvo que cada multiplicador considerou como elegíveis para participar do programa.

O alcance do programa VAMOS foi maior nos municípios menores e oferecido aos grupos previamente planejados. Como características dos participantes, o maior número foi de mulheres, casadas, adultas jovens (de 18 anos até 40 anos), ainda ativas no mercado de trabalho, com ensino médio completo e com renda baixa, de um a dois salários mínimos.

A taxa de alcance do programa VAMOS se assemelha ao estudo de Jung, Bourne e Gainforth (2018) com crianças com sobrepeso e obesidade: 0,45%. Já no estudo de Shaw et al. (2019) com pessoas que tinham algum tipo de lesão medular espinal, o alcance foi de 1,65% entre sua população elegível.

Na revisão sistemática de Harden et al. (2015), com 241 artigos potencialmente elegíveis, ficaram 31 após leitura na íntegra. Dentre esses estudos, foi identificado que 89% das questões referentes ao alcance foram relatadas. Foi verificado o método para identificar a população-alvo, os critérios de elegibilidade, os critérios de exclusão, as características dos participantes e o perfil do local onde aconteceram as intervenções, além de outros que fazem parte da compreensão do alcance.

No estudo de revisão sistemática direcionado na América Latina, Galaviz et al. (2014) avaliaram a validade interna e externa com o uso do RE-AIM. Os achados, em 93% dos estudos, apresentaram quem era a população-alvo e outros dados referentes ao alcance; porém, no seu estudo não houve relatos detalhados sobre essa dimensão.

O estudo de Fank et al. (2018) teve o objetivo de verificar o alcance nas intervenções em atividade física na saúde pública no estado de Santa Catarina. Nos 146 municípios estudados, 83 (56,8%) tinham menos de 100 usuários nas intervenções de AF, 20 (13,7%) entre 100 a 199 usuários, 26 (17,8%) tinham de 200 a 400 pessoas, e somente 9 (6,2%) relataram que havia mais de 500 usuários usufruindo das intervenções de AF na rede pública de saúde. O valor médio do alcance foi de 3,8%. Os autores também apresentaram a dificuldade de encontrar dados referentes à dimensão do alcance quando analisado pelo RE-AIM, principalmente “*a dificuldade de estabelecer um valor de alcance ruim ou bom*” (Ibid., p.6), mas fazem uma ressalva: é preciso ser criterioso na análise dessa dimensão, direcionando quem são e quem foram o público-alvo das intervenções.

Ainda sobre o alcance, Teixeira et al. (2019) relatam que há escassez de estudos sobre as dimensões do modelo RE-AIM para que se possa comparar os dados dos estudos. Teixeira et al. (2019) conduziram um estudo com pessoas adultas portadoras de Diabetes

Mellitus 2, chamado de Apoio Telefônico no Monitoramento do Diabetes Mellitus (ATEMDIMEL). Esse apoio consiste em acompanhar as pessoas por meio de ligações telefônicas. No estudo havia 1.298 pessoas elegíveis, porém somente 98 concordaram em participar. A taxa de alcance de 7,55% foi considerada baixa por seus condutores. Além da dificuldade de encontrar estudos que tivessem detalhamento sobre o seu alcance, os autores relatam que o alcance é um desafio, e que esse desafio se estende às metodologias empregadas. Portanto, é necessário pensar em metodologias que favoreçam o alcance dos programas, havendo assim um alcance mais favorável, e que também precisa ser avaliado em todo o processo, desde para quem serão ofertados os programas, onde, quais os objetivos das ações, como propagar, quais serão os materiais a ser utilizados, quais são as metas a serem alcançadas. Essas são algumas questões a pensar e planejar. E, no processo de pesquisa, rever metodologicamente, sobretudo os instrumentos, pois esses permitirão sanar ou ajudar adentrar as questões mais detalhadamente, para aprimorar os achados dos estudos (FANK et al., 2018; TEIXEIRA et al., 2019; HOLTROP; ROBIN; GLASGOW, 2018).

Além da escassez de estudos que relatem dados de alcance, percebemos nos estudos citados que os dados encontrados são de alcance de recrutamento. Os estudos se referem aos que eram elegíveis, com os quais foram iniciadas as intervenções. Em nenhum estudo é exposto ou esclarece sobre os dados de alcance de intervenção e de retenção. Portanto, é necessário aprofundar as probabilidades de ser utilizada a ferramenta RE-AIM. Por outro lado, sabe-se que a equipe que estuda o RE-AIM vem fazendo constantes modificações para melhorar seu uso, e talvez esta seja mais uma forma de aperfeiçoá-lo.

O presente estudo não tem a pretensão de se equiparar a outros, mas quando são apresentados dados de alcance, verificamos a semelhança nos números com outros estudos. Cada estudo tem um objetivo, mas que se assemelham na oferta e na avaliação das ações a serem implementadas. O alcance é a dimensão que avalia se estamos chegando aos usuários pretendidos.

Quanto à faixa etária, os que participaram do VAMOS foram jovens adultos, ao contrário da grande maioria dos estudos, que contou com grande número de idosos, quando se trata intervenções na rede pública de saúde (MILECH et al., 2018; SILVA et al., 2018). Provavelmente essa inversão se deva ao fato de que alguns multiplicadores participantes aplicaram o VAMOS para os funcionários da UBS. Inicialmente, o programa VAMOS tinha

como público-alvo os idosos (BORGES, 2014; SCHERER, 2014; TONASAKI, 2016). Já no estudo de Meurer (2016), a elegibilidade de participantes era na idade de ≥ 20 anos, porém, o número maior de participantes foi de idosos; e no estudo de Gerage (2016) a média da idade foi de $57,5 \pm 9,9$ anos.

A predominância de mulheres (97,1%) também é comum nos estudos (MILECH et al., 2018; SILVA et al., 2018), porque elas procuram mais os serviços de saúde e as ações oferecidas pelas UBS. Isso ocorre desde os atendimentos aos grupos de convivência, atividade física e afins, e mesmo com programas específicos para homens na saúde pública, com o incentivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), o número deles ainda é inferior.

Para que os usuários utilizem os serviços oferecidos, a UBS deve estar aberta e disponível à população. Então, de acordo com a Portaria n.º 2.436, o funcionamento deverá ser de, no mínimo, 40 horas semanais, 5 dias por semana e 12 meses por ano (BRASIL, 2017), conforme as necessidades da comunidade. Preocupado em expandir o atendimento à comunidade, o atual ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, anunciou, no mês de abril de 2019, a liberação de verbas para as UBS que estenderem o horário de funcionamento, passando de 40 horas semanais para 60 horas semanais. As UBS que estenderem o horário receberão um recurso a mais de 44,2 mil, sendo mais de 106,7% do recurso financeiro, ou 75 horas semanais, obterão financiamento de 109,3 mil, mais de 121% do valor inicial (informações disponíveis em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45344-ubs-que-ampliar-horario-de-funcionamento-recebera-mais-recursos-do-governo-federal>>).

O horário de funcionamento de uma UBS é importante para a oferta de programas, ações e atividades que as equipes de saúde possam proporcionar para a comunidade. No estudo de Ribeiro et al. (2015), utilizando o PMAQ, no estado de Goiás 86% das UBS funcionam cinco dias da semana no período de oito horas, 14% a mais do que cinco dias, 8% somente em turno do dia, 40,2% funcionam no período de almoço e somente 4% nos 3 turnos até as 19 horas, dificultando a acessibilidade aos usuários que trabalham.

Nesse mesmo sentido, Albuquerque et al. (2014), no estado de Pernambuco, verificaram que 91% das UBS funcionam em dois períodos. Nesse estudo, 86% dos usuários relataram estar satisfeitos com o horário de funcionamento. Em contrapartida, o estudo de Pinho, Jodas e Scochi (2012), na cidade de Londrina, ultrapassa os horários comuns, visto

que há UBS que funcionam das sete até as dezenove horas, e outras das setes às vinte horas. Esses horários foram fundamentais para maior alcance de usuários nas atividades oferecidas à comunidade.

É muito importante destacar o horário de funcionamento das UBS porque interfere diretamente no cuidado da população usuária da rede pública de saúde brasileira e dependentes desse serviço público para cuidar da saúde. A maioria desses usuários é composta por trabalhadores com renda entre 1 a 2 salários mínimos, com poucas condições de contato com a rede de saúde privada (RIBEIRO et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2014). Como a maioria da comunidade trabalha durante o funcionamento diário das UBS, fica prejudicado o acesso a outros serviços que elas possam oferecer. Também é importante entender a territorialização da comunidade e a logística do município e da comunidade, para estabelecer os horários de atendimento e também as atividades que venham a ser oferecidas para a comunidade (BRASIL, 2017).

Podemos destacar, portanto, que, independentemente da região onde foi aplicado o programa VAMOS, predominou a participação do sexo feminino, com idade entre 18 e 59 anos, com baixa escolaridade e renda mensal de 1 a 2 salário.

5.4 EFETIVIDADE

A efetividade é entendida como ações que foram inseridas no contexto do indivíduo ou da comunidade, avaliando o impacto do programa, se foi positivo ou não (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A efetividade do programa VAMOS foi analisada pelo nível de atividade física, comportamento sedentário, alimentação, medidas antropométricas e qualidade de vida. O programa foi efetivo para quase todas as variáveis analisadas com exceção da diminuição no comportamento sedentário: houve aumento no tempo de AF, na qualidade da alimentação saudável, na percepção positiva da qualidade de vida e diminuiu a circunferência da cintura dos participantes que terminaram o programa. As mudanças foram distintas entre os municípios que aplicaram o programa.

Para atividade física, foi utilizado o formulário IPAQ versão curta (PARDINI et al., 2001). O IPAQ mede as atividades moderadas e vigorosas, questionando quantos dias da

semana os participantes faziam cada intensidade pelo menos por dez minutos contínuos na AF e o seu tempo total. Os minutos de atividades em cada dia foram somados a cada nível de intensidade da AF (moderado e vigoroso).

Os resultados mostram que o nível médio de atividade física inicialmente de 1.105,9 minutos, passou para 1.351,2 minutos após os três meses de intervenção do VAMOS. Mesmo com valores muito elevados de atividade física pela dificuldade de percepção das atividades moderadas e vigorosas realizadas pelos participantes, a medida levantada nos faz pensar que o entendimento da questão sofreu um erro sistemático: os valores levantados pelo IPAQ ultrapassam em muito os valores de atividades físicas quando mensurados pelo acelerômetro, por exemplo.

Estudo realizado numa universidade federal do sul do Brasil aplicou o IPAQ versão longa entre os alunos de educação física no primeiro e no segundo ano do curso. No total foram 81 alunos dos cursos de licenciatura, turmas diurna e noturna (n= 62), bacharelado (n= 19), com idades entre 20 e 24 anos. Os resultados revelaram que mais de 78% dos alunos alcançavam o nível de recomendação para AF, ou seja, 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas ou 75 de atividades físicas vigorosas (SANTOS et al., 2017; WHO, 2015, 2018). É um percentual elevado quando comparado com outros estudos ou até mesmo o que aponta o VIGITEL para mesma faixa etária, segundo o qual 37,6% estão envolvidos em AF no seu tempo livre (BRASIL, 2017). Utilizou-se o instrumento IPAQ versão longa, por ser instrumento de baixo custo e de fácil aplicação (SANTOS et al., 2017).

Em uma das primeiras pesquisas com o programa VAMOS, aplicada em idosos acima de 60 anos, utilizou-se o domínio do lazer do IPAQ versão longa em conjunto com o acelerômetro, em idosos cadastrados em UBS de Florianópolis. O uso do acelerômetro foi por sete dias consecutivos em pelo menos dez horas/dia, sendo validado o uso de quatro dias, com um dia no final de semana. Entre o público idoso, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa para atividade física total. Os resultados do IPAQ foram de $176,4 \pm 199,7$ minutos e para o acelerômetro $171,6 \pm 145,9$ minutos. Dessa forma, os autores chegaram à conclusão de que, para o público idoso, o instrumento do IPAQ se assemelha a um instrumento de ponta para mensurar o nível de AF quando aplicado pelo pesquisador, embora tenha sido utilizado apenas o domínio do lazer (TORQUATO et al., 2016).

Em outra pesquisa que utilizou o IPAQ curto e o acelerômetro com 123 mulheres do sul da Ásia, com idades entre 18 e 72 anos, os resultados foram semelhantes. No IPAQ, o tempo foi de $636,80 \pm 2.133,55$ minutos/semana e no acelerômetro $738,41 \pm 393,07$ minutos/semana. Embora se observasse um desvio padrão muito grande no IPAQ, os resultados foram parecidos (CURRY; THOMPSON, 2015).

Diante desses estudos, podemos verificar que apesar de os participantes do programa VAMOS formarem um grupo heterogêneo, o nível de atividade total é superior ao dos estudos apresentados. No início da pesquisa foram registrados 1.105,9 minutos/semana e, após as intervenções com o programa VAMOS, passaram para 1.351,2 minutos/semana. Um valor muito elevado em atividades físicas, mas, ao que parece, houve um aumento no nível de AF dos seus participantes, considerando que o erro de percepção sistemático do nível de atividade física.

Corroborando outros estudos que apontam o aumento no nível de AF entre aqueles que participaram de programas, as pessoas que têm incentivo para a prática de AF aumentam o nível de AF no seu cotidiano. No estudo do *The Global Observatory for Physical Activity* (GoPA) é usado um cartão para registrar a AF. Outro programa de aconselhamento entre os diabéticos com o uso de DVD entre os participantes objetiva que seus participantes aumentem o tempo de AF para 60 minutos pelo menos cinco dias da semana, para atingir a meta de perder 10% do seu peso em doze meses (VARELA et al., 2018; ALMEIDA et al., 2014; GOESS et al., 2018; HALLAL et al., 2009). Ou seja, qualquer incentivo para a prática de atividade física é bem-vinda. Nos estudos, não foram reportados os valores absolutos em minutos que os participantes realizaram no fim das intervenções, só se soube que houve aumento significativo do tempo em atividade física. Os estudos de Wen et al. (2011) e de Nigam e Juneau (2011) revelam que um aumento de quinze minutos diários já apresentou resultados positivos à saúde daqueles que iniciaram qualquer tipo de AF. A OMS recomenda 150 minutos de AF moderada ou 75 minutos de atividades vigorosas semanalmente (WHO, 2010, 2018).

Quanto ao comportamento sedentário (CS) avaliado no estudo, verificou-se que a média era de 492,8 minutos e passou para 482,0 minutos semanalmente, embora sem significância estatística. O tempo em comportamento sedentário diminuiu. É um resultado importante, mesmo com pequena diferença. Ao que parece, os participantes estão ganhando

confiança e projetando novos passos para conseguir a mudança de comportamento (ALMEIDA; BRITO, 2013; GREMEAUX et al., 2012; NIGAM; JUNEAU, 2011; WEN et al., 2011).

O aumento no tempo do CS acarreta prejuízos na saúde, como aumento da obesidade que desencadeia outras doenças, dentre as quais a diabetes, e as cardiopatias, além da associação com as neoplasias. O CS é causador de 9% de mortes prematuras no mundo (LEE et al., 2012). Na revisão de Bueno et al. (2016), foram apresentados os custos da inatividade física, ou seja, de não alcançar 150 minutos semanais. Entre os anos de 1990 e 1996 nos Estados Unidos, houve um aumento no custo dos encargos de saúde em 4,7%, para aqueles que ficaram de ≥ 8 horas por dia sentados.

Em paralelo ao estudo, na revisão de Silva et al. (2016), que incluiu 44 estudos, o CS se mostrou bastante heterogêneo: 65,1% (n= 28) dos estudos tiveram a medida unificada do tempo de televisão, de computador e de vídeo game. Nos estudos, o tempo de televisão foi 18,11% ou (n= 8); o tempo em computador e videogame foi 11,3% ou (n= 5). O ponto de corte variou entre ≥ 2 horas e ≥ 6 horas por dia, aumentando nos finais de semana. Adolescentes brasileiros constituíram a população predominante nos estudos.

Corroborando o estudo de Alexandre, Silva e Coelho-Ravagnani (2016) com 399 adolescentes, o tempo gasto em tela foi mais de duas horas por dia para 217 (54,94%) deles. Nossos dados foram apresentados em minutos, mas convertendo-os para horas os participantes passam em torno de 8 horas do seu tempo sentados, ou em CS, corroborando dados apresentados por Bueno et al. (2016).

Com relação à alimentação, o formulário utilizado foi composto por doze questões retiradas do questionário VIGITEL (BRASIL, 2015; SILVA, 2017). As respostas verificaram o consumo de alimentos e sua quantidade. Como exemplo, temos o consumo de água: *nunca; quase nunca; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; todos os dias (inclusive sábado e domingo)*. Todas as respostas receberam um escore (nota) variando de zero a cinco, cujo somatório apresentou um escore total para alimentação aplicado em cada município, utilizado para avaliar essa variável.

Na alimentação, notamos modificação positiva: os participantes do programa VAMOS tornaram-se mais saudáveis. No total das cidades que adotaram o VAMOS, o

escore no pré-teste foi de 31,7% e no pós de 34,1%, com significância estatística positiva quando analisados os participantes das oito UBS que implantaram o VAMOS.

Estudos apontam que os participantes que receberam informações sobre a alimentação saudável têm melhorado a alimentação e a sua qualidade (KELLER et al., 2011; HAKIM; MEISSEN, 2013; GERAGE, 2016). Mesmo com significativa melhora para alimentação saudável, convém salientar a importância do programa VAMOS no incentivo inicial para formação de hábitos saudáveis no consumo alimentar. O programa VAMOS proporcionou aos seus participantes que identificassem as barreiras e os facilitadores para as mudanças de comportamento. Como parte do seu propósito e já apontado em estudos anteriores, o material do programa VAMOS destaca a importância de o consumidor saber interpretar as informações dos rótulos de alimentos, dando-lhe mais autonomia para compreender o que come (SCHERER, 2014; TONOKASI, 2016; MEURER, 2016).

Os programas de mudança de comportamento, além de incentivar a AF, vêm ganhando espaço por estimular a alimentação adequada e saudável entre a população. O programa *Healthy Eating Every Day* (HEED) enfatiza a mudança de comportamento apenas para a alimentação (SHUGER et al., 2011; BARRY et al., 2011); o *Active Choice* encoraja seus participantes a terem mais autonomia nas escolhas em seu cotidiano. Esses programas vêm ganhando mais adeptos e proporcionando ganhos positivos na saúde da população onde são implantados (MONTROY; DOW; KAPLAN, 2016; KELLER et al., 2011).

Na análise dos resultados da circunferência da cintura (CC), verificamos que no pré-teste a circunferência era 90,4 centímetros e passou para 88,6 centímetros, uma alteração positiva e importante para os participantes do programa VAMOS. Esses valores são semelhantes aos encontrados no estudo de Curry e Thompson (2015), no qual a medida da circunferência de cintura variou de $92,4 \pm 9,3$ centímetros. A medida da CC é um dado importante por estar associada ao consumo alimentar e também ao risco de doenças cardiovasculares, porquanto a medida < 88 centímetros para mulheres e < 102 centímetros para homens aumenta o risco de doenças cardiovasculares (CEMBRANEL et al., 2017). A CC é um marcador fácil de obter e não requer instrumentos caros para medi-la (COSTA, 2017). Verificamos que os participantes do programa VAMOS, de modo geral, após as intervenções saíram da zona de risco para doenças cardiovasculares.

Para o marcador de qualidade de vida (QV), o nosso formulário utilizou uma questão do WHOQOL - Bref (BENEDETTI et al., 2012): como você avalia a sua qualidade de vida – *muito ruim, ruim, nem boa/nem ruim, boa ou muito boa*, tendo como referência as últimas semanas antes da aplicação do questionário. Dessa forma, para análise, juntamos as duas referências de respostas como *negativa* e as três últimas como *positiva*. Houve aumento de 61,2% da percepção positiva para 80,6% no pós-teste entre os participantes, ou seja, um aumento de 19,4%; a percepção *negativa* diminuiu de 38,8% para 19,4%: quase a metade daqueles que percebiam negativamente a QV passou percebê-la como *positiva*. Verificamos um aumento considerável na percepção da QV entre os participantes. O programa de mudança de comportamento VAMOS fortaleceu e estimulou as pessoas a mudarem seu estilo de vida, embora de modo geral os seus participantes já tivessem uma boa percepção da sua QV. No estudo de Almeida-Brasil et al. (2017) com usuários de quatro UBS de Minas Gerais, o escore da QV foi de $65,2 \pm 19,2$, semelhante aos nossos dados iniciais antes das intervenções do programa VAMOS.

O estudo de Shawver et al. (2016) utilizou quatro métodos de coleta de dados para verificar a QV entre as pessoas. O primeiro grupo, com 249 participantes com idade de 33,25 anos (DP= 10,25), recebeu 10 € em dinheiro após a conclusão da pesquisa; o segundo grupo, com 172 participantes com 34,88 anos (DP= 14,50), foi composto por voluntários da pesquisa, sem remuneração alguma; o terceiro grupo, com 226 participantes em idade de 19,55 anos (DP= 2,13), respondeu o questionário *on-line*; e do quarto e último grupo participaram 246 pessoas com idade de 18,71 anos (DP= 1,89) e responderam pessoalmente o questionário. Em todos os grupos predominaram as mulheres. No final do estudo, verificou-se que o incentivo em dinheiro não se diferenciou dos outros métodos, e os autores acreditam que o método da pesquisa alterou o comportamento dos participantes diante das questões. Concluíram então que não há método certo, mas que é necessário analisar o público-alvo para que o método seja eficaz, embora os autores não tenham analisado os índices de QV.

Em revisão sistemática que usou o instrumento WHOQOL apresentado por Colares et al. (2015), foram analisados os indicadores de QV entre os professores do ensino fundamental e médio. O estudo analisou 14 artigos publicados entre 1990 e 2013. A predominância em todos os estudos foi de mulheres, sendo 43% professores de educação física e 57% professores da educação básica. Os resultados revelaram que entre os docentes,

os valores foram menores de 70 pontos para fatores ambientais e psicológicos, ligados à insatisfação com remuneração e condição de trabalho, fatores desfavoráveis para a percepção da QV positiva; porém, para eles, os indicadores de QV positivo residem no espaço total de vida, nos componentes da interação social e no comportamento preventivo.

Por mais que a variável de QV seja abrangente, em nosso estudo utilizamos apenas uma questão, o que impossibilitou analisar a QV em detalhes. Mas o grupo que estuda a qualidade de vida aponta que o contexto familiar, o domínio físico, o domínio psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as crenças são fatores interligados à QV (WHOQOL GROUP, 1995).

Após as intervenções do VAMOS, a sensação que os participantes relataram no questionário de efetividade foi o aumento da QV. Mas a QV é uma variável subjetiva, e o nosso instrumento não nos permitiu investigar os outros fatores que podem ter influenciado a melhora registrada.

Para o desfecho deste estudo, compreendemos que o treinamento para multiplicador do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde dá total autonomia ao profissional de saúde para implantar o programa. Ele estimula os participantes a conseguirem mudanças de comportamento, voltadas para alimentação saudável, aumento de atividade física no cotidiano, diminuição no comportamento sedentário e redução nas medidas antropométricas (SCHERER et al., 2018). Dentre os benefícios encontrados com a aplicação do programa VAMOS em outros grupos, verificou-se a diminuição da pressão arterial dos participantes hipertensos (GERAGE, 2016).

No processo de implantação do programa VAMOS em vários municípios do Brasil, podemos salientar que o engajamento entre a equipe de saúde e o gestor é necessário para implantar qualquer tipo de programa em suas UBS. Verificamos que os profissionais de saúde estão sobrecarregados com muitas demandas do serviço. Portanto, para oferecer qualquer atividade à comunidade, é necessário um trabalho em equipe, que possa ter harmonia entre os seus membros e que aqueles profissionais que fizeram cursos de capacitação sejam encorajados a oferecer novas ações ou programas (LEE et al., 2017).

Toda ação organizada que beneficie o usuário e/ou comunidade com promoção e cuidado com a saúde será bem-vinda. Ainda há uma procura maior pelo serviço do profissional médico relatado entre os oito multiplicadores, e pouca procura de atividades de

promoção/prevenção da saúde, segundo quatro multiplicadores. É necessário que os profissionais de saúde, em conjunto com seus gestores, possam aconselhar o usuário e/ou comunidade sobre os benefícios de participar de programas que promovam atividade física e alimentação saudável, envolvendo-se em atividades que as UBS promovem. Em contrapartida, os gestores das UBS e os profissionais de saúde devem ampliar os horários de atendimento à comunidade, transcendendo o horário comercial e proporcionando àqueles que trabalham a oportunidade para participar das ações oferecidas nas UBS. Com estas medidas, será ampliado o alcance e fortalecida a efetividade dos programas, garantindo maior benefício aos usuários.

6 CONCLUSÃO

O programa VAMOS foi avaliado pela ferramenta RE-AIM em três dimensões: adoção, alcance e efetividade. O RE-AIM é uma ferramenta que ajuda a pensar e avaliar todo o processo de organização de programas na saúde pública e com grande chance de se expandir no Brasil.

O treinamento preparatório para multiplicador mostrou-se claro e consentâneo com a proposta do programa VAMOS dando condição a qualquer profissional de saúde iniciar as intervenções. Com o programa, observamos que o curso de capacitação para multiplicador é eficaz para prepará-lo à implantar o VAMOS nas UBS. A adoção dos multiplicadores foi de 18%: 8 adotaram e implantaram o VAMOS na sua rede de saúde, dentre os 44 multiplicadores certificados.

O alcance de recrutamento dos participantes foi de 0,34%, do número de pessoas que estiveram nas consultas nos últimos seis meses nas UBS e que foram elegíveis. Diante disso, seria necessária uma investigação maior nos locais de estudo para entender como modificar o processo para convidar a comunidade à participar de programas ou ações nas UBS. No cálculo da intervenção, constatamos que daqueles que foram à primeira reunião do programa VAMOS, que é a população elegível, 61% estavam dispostos a ingressar no programa. Isso significa que mais da metade da população elegível estava disposta a iniciar um programa de mudança de comportamento, resultando em 75,8% dos participantes permanecerem ativos nos três meses da duração do programa VAMOS e favoráveis a atingir os objetivos que o programa lhes propôs.

No processo de divulgação, na maioria dos locais foram utilizados materiais enviados pela equipe VAMOS: cartazes, *flyers* e cartões. Os cartazes têm boa visualização entre as pessoas da comunidade, sendo necessário pelo menos 30 dias para divulgar o programa VAMOS, principalmente para os profissionais se organizarem e os usuários das UBS se adaptarem à nova ação. O público que participou do programa foi constituído por jovem-adulto, mulheres com predominância de baixa escolaridade, baixa renda e economicamente ativas.

Na efetividade, verificamos que os participantes que concluíram a intervenção de três meses do VAMOS tiveram um aumento estatisticamente significativo no tempo de AF

total, na qualidade da alimentação, diminuição da circunferência da cintura e na percepção na QV positiva. Ou seja, o programa foi efetivo para todas as variáveis analisadas.

A efetividade do VAMOS foi benéfica para a saúde de seus participantes durante os três meses de intervenção. O programa tem potencial para avançar, principalmente na rede pública de saúde no Brasil, visto que proporciona benefícios a todos os seus participantes, tornando-se viável para realidades de UBS no país.

É importante destacar que o treinamento de capacitação de multiplicador foi suficiente. Por meio dele que os profissionais de saúde têm acesso e são certificados como tal. Dessa forma, o programa VAMOS vai ganhando mais espaço e autonomia entre os multiplicadores e para seus participantes, e promovendo saúde por meio das suas ações, principalmente no aumento de AF e na alimentação saudável.

O programa VAMOS apresentou efeitos positivos na saúde de seus participantes. O programa é um passo importante para pessoas acima de 18 anos, uma vez que as intervenções do programa melhoraram diversas das variáveis pesquisadas, alcançando seus objetivos.

Os resultados positivos somados aqui aos marcadores que avaliamos são provenientes das ações do programa VAMOS e do engajamento da equipe de saúde. Esses resultados podem impactar de forma positiva a saúde dos usuários e da comunidade como um todo. As intervenções do multiplicador conseguem reconhecer as barreiras que se interpõem à mudança de comportamento e estimular metas acessíveis aos participantes, respeitando os limites de cada um.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V., et al., Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco, *Saúde Debate*, 2014;
- ALEXANDRE, M. G.; SILVA, A. M. C.; COELHO-RAVAGNANI, C. F., Comportamento Sedentário em Adolescentes Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá, Brasil, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2016;
- ALFAIA, E. C., ANÁLISE ECONÔMICA DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA VOIP: Um Estudo de Caso no Polo Industrial de Manaus, dissertação, Manaus, Universidade Federal de Manaus, 2011;
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. E., Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação Cultural Para o Brasil, *Revista Família, Ciclos De Vida E Saúde No Contexto Social*, 2013;
- ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M.; Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010;
- ALMEIDA-BRASIL, C. C., et al., Qualidade de Vida e Características Associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde, *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017;
- ANJOS, L. A., SOUZA, D. R., ROSSATO, S. L., Desafios Na Medição Quantitativa da Ingestão Alimentar em Estudos Populacionais, *Revista de Nutrição*, 2009;
- ATKINSON, M. A.; EISENBARTH, G. S.; MICHELS, W. M., *The Lancet*, vol. 383, 2014;
- BANDURA, A., Health Promotion by Social Cognitive Means, *Health Education & Behavior*, Vol. 31, 2004;
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S., Teoria social cognitiva e auto-eficácia uma visão geral in *Teoria Social Cognitiva Conceitos*, editora Artmed, 2008;
- BARCELLOS, C., Uso de Imagens nos Artigos Científicos: visualizar, reter, divulgar, aprender, *Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde*, 2015;
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011;
- BARRETO, L. K. S., et al., Startups e o Consumo de Comunicação: possibilidades por variáveis de influência em redes sociais digitais, *Comunicação & Informação*, 2017;
- BARRETO, S. M. et al., Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde, *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005;

BASSET, D. R., Device-Based Monitoring in Physical Activity and Public Health Research, PHYSIOLOGICAL MEASUREMENT, 2012;

BECKER, L. A.; GONÇALVES, P. B.; REIS, R. S., Programas De Promoção Da Atividade Física no Sistema Único De Saúde Brasileiro: Revisão Sistemática, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Vol. 21, Nº 2, 2016;

BELZA, B. et al., Adoption of evidence-based health promotion programs: perspectives of early adopters of Enhance@Fitness in YMCA-affiliated sites, Frontiers in Public Health, vol. 2, 2015;

BENEDETTI, T. R. B., et al., Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos, Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Vol. 13, Nº 1, 2007;

BENEDETTI, T. R. B., et al., Atividade Física e Estado De Saúde Mental De Idosos, Revista da Saúde Pública 2008;

BENEDETTI, T. R. B., et al., RE-AIM: Uma Proposta de Avaliação de Programas de Atividade Física, Revista Kairós Gerontologia, 2014;

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G., Aplicação Do Questionário Internacional De Atividades Físicas Para Avaliação Do Nível De Atividades Físicas De Mulheres Idosas: Validade Concorrente E Reprodutibilidade Teste- Reteste, Revista Brasileira DE Cineantropometria e Movimento, v. 12 nº 1 2004;

BENEDETTI, T. R. B., et al., Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da Concepção Aos Primeiros Resultados, Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, 2012;

BENEDETTI, T. R. B., et al. Logical Model of a Behavior Change Program For Community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2017;

BENEDETTI, T. R. B., Estratégias para Aumento da Atividade Física e Redução dos Comportamentos Sedentários em Grupos Populacionais, *in* Recomendações e Diretrizes Brasileira para Atividade Física e Redução dos Comportamentos Sedentários, Conselho Federal de Educação Física, em prelo 2018;

BIGIO, R. S., et al., Determinantes Do Consumo de Frutas E Hortaliças em Adolescentes por Regressão Quantílica, Revista Saúde Pública 2011;

BINOTTO, M. A., et al., Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade: Avaliação do Programa por Meio Do Modelo RE-AIM, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2015;

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z., Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2007;

BORGES, L. J., et al., Pedômetros: estratégia de promoção da atividade física em idosos, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014;

BORGES, L. J., et al., What Is The Intensity Of Exercise Sessions of A Physical Exercise Program For Older Adults?, *Revista Brasileira de Cineantropometria de Desempenho Humano*, vol.17 2015;

BORGES, R. A., Programa De Promoção De Atividade Física No Sus: Barreiras E Facilitadores Organizacionais, Dissertação, Florianópolis, 2014;

BOUSQUAT, A., et al., Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R, *Cadernos de Saúde Pública*, 2017;

BRASIL, Plano Nacional de Atividade física link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_atividade_fisica.pdf acesso 21/05/2018 15:16;

_____, Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 2017;

_____, Portaria número 2.436, de 21 de setembro de 2017;

_____, Caderno do Gestor do PSE, 2015a;

_____, Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, 2015b;

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

_____, Cadernos de Atenção Básica: Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa com Doença Crônica, 2014a;

_____, Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas Para a Gestão e Para o Trabalho Cotidiano, vol.1, 2014b;

_____, Guia Alimentar Para a População Brasileira, 2º edição, 2014c;

_____, Revisão da Política de Nacional de Promoção da Saúde, 2014d;

- _____, Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil, 2013a;
- _____, Cadernos de Atenção Básica: Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Diabetes Mellitus, 2013b;
- _____, Cadernos de Atenção Básica: Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013c;
- _____, Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Com Doenças Crônicas Nas Redes De Atenção À Saúde E Nas Linhas De Cuidado Prioritárias, 2013d;
- _____, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 2012a;
- _____, Política Nacional de Atenção Básica, 2012b;
- _____, Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil 2011-2022, 2011;
- _____, Cadernos de Atenção Básica: Doenças Respiratórias Crônicas, 2010a;
- _____, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Como elaborar Modelo Lógico: Roteiro para Formular Programas e Organizar Avaliação, 2010b;
- _____, Política Nacional de Promoção da Saúde, 3º edição, 2010c;
- _____, Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola, 2009a;
- _____, Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, 2009b;
- _____, Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência, 2008;
- _____, Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem: Princípios e Diretrizes, 2008b;
- _____, Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem (Princípios e Diretrizes), 2008c;
- _____, Política Nacional de Promoção de Saúde, 2006;
- _____, A Vigilância, O Controle E A Prevenção Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT No Contexto Do Sistema Único De Saúde Brasileiro– Situação E Desafios Atuais – 2005;

_____, Agita São Paulo: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 63, 2002;

_____, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família: A Implantação da Unidade de Saúde da Família, 2000;

_____, Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial, 1997;

BRITO, F. B., et al., Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2018;

BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M. A., O Recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura, Revista de Nutrição, 2010;

BUENO, D. R., et al., Os custos da Inatividade Física no Mundo: estudo de revisão, Ciência e Saúde Coletiva, 2016;

CALLAHAN, L. F., et al., Modifications to the Active Living Every Day (ALED) Course for Adults With Arthritis, Preventing Chronic Disease: Public Health Research Practice, and Policy, vol: 4 nº 3, 2007;

CAMPELLO, T.; et al., Faces da Desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás, Revista Saúde Debate, 2018;

CANE, J.; CONNOR, D. O.; MICHIE, S., Validation of The Theoretical Domains Framework For Use In Behavior Change And Implementation Research, Implementation Science 2012,

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, 1985;

CEMBRANEL, F., et al, Relação Entre Consumo Alimentar de Vitaminas e Minerais, Índice de Massa Corporal e Circunferência da Cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil, Cadernos de Saúde Pública, 2017;

CHEN, K. J., et al., Redefining the Roles of Sensors in Objective Physical Activity Monitoring, Medicine & Science in Sports & Exercise, 2012;

CHRISTOFOLETTI, M., et al., Sedentary Behavior At Leisure Time And Its Association With Physical Activity In School Context Of Children In Southern Brazil, J. Phys. Educ. v. 27, 2016;

COLARES, M. C., et al., Indicadores De Qualidade De Vida Em Professores: uma revisão sistemática de estudos descritivos, *Pensar a Prática*, 2015;

COELHO, C. S.; VERDI, M. I. M.; Políticas e Programas de Atividade Física: uma crítica à luz da promoção da saúde, *Saúde & Transformação Social*, 2015;

COSTA, B. V. L., et al., Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013;

COSTA, P. R. F., et al., Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;

COSTA, J. A.; et al., Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde, *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;

CONCEIÇÃO, S. I. O., et al., Consumo Alimentar De Escolares das Redes Pública E Privada De Ensino em São Luís, Maranhão, *Revista de Nutrição*, 2010;

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P., A variabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), *SAÚDE DEBATE*, 2017;

CRUZ, W. A., et al., Nível de Atividade Física Habitual Calculado por Pedômetro no Programa Espaço Verão em Americana-SP, *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, vol. 8, nº 45, 2014;

CURRY, W. B.; THOMPSON, J. L., Comparability of Accelerometer- and IPAQ-Derived Physical Activity and Sedentary Time in South Asian Women: A cross-sectional study, *European Journal of Sport Science*, 2015;

DIAS, M. S. A., et al., Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de variabilidade em uma região de saúde no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018;

DONALDSON, A., et al., Controlled Ecological Evaluation of an Implemented Exercise Training Programme to Prevent Lower Limb Injuries In Sport: Differences In Implementation Activity, *Inj Prev*, 2018;

ESCOREL, S., et al., O Programa De Saúde Da Família e a Construção De Um Novo Modelo Para a Atenção Básica No Brasil, *Revista Panam Salud Publica*, vol. 21, nº 2, 2007;

FANK, F., et al., Alcance das Intervenções em Atividade Física na Saúde Pública de Santa Catarina, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2018;

FACCHINI, L. A., et al., Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas, Caderno da Saúde Pública, 2008;

FAGUNDES, H., MOURA, A. B., Avaliação De Programas E Políticas Públicas, Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.1, 2009;

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras; FERREIRA, Marcos Santos. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006;

FERREIRA, M., et al., Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre a ingestão alimentar e composição corporal de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade, Revista Brasileira de Ciência de Movimento, Brasília, 2003;

FLORINDO, A. A., et al., Desenvolvimento e validação de um questionário de avaliação da atividade física para adolescentes, Revista Saúde Pública 2006;

FOLTA, S. C., et al., The Strong Women–Healthy Hearts Programming Pennsylvania: RE-AIM Analysis, TBM, 2015;

GALAVIZ, K. I., et al., Physical activity promotion in Latin American Populations: a systematic review on issues of internal and external validity, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2014;

GARBER, C. E., et al., Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise, Official Journal of the American College of Sports Medicine, 2011;

GASTAL, C. A.; PILATI, R., Escala de Necessidade de Pertencimento: Adaptação e Evidências de Validade, Psico USF, 2016;

GERAGE, A. M., Programa Vida Ativa Melhorando A Saúde: Efetividade Sobre Variáveis Comportamentais e de Risco Cardiovascular Em Pacientes Hipertensos, Tese, Florianópolis, 2016;

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M., Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework, American Journal of Public Health, vol. 89, nº 9, 1999;

GLASGOW, R. E., et al., Evaluating the Impact of Health Promotion Programs: Using the RE-AIM Framework to Form Summary Measures for Decision Making Involving Complex Issues, HEALTH EDUCATION RESEARCH Vol.21 nº5, 2006;

GLASGOW, R. E.; ESTABROOKS, P. E., Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings, Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy, 2018;

GLASGOW, R. E., et al., RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review, *Frontiers in Public Health*, 2019;

GREENE, J. C., BENJAMIN, L.; GOODYEAR, L., *The Merits of Mixing Methods in Evaluation*, Sage Publications, 2001;

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R.P., *Atividade Física, Aptidão Cardiorrespiratória, Composição da Dieta e Fatores de Risco Predisponentes às Doenças Cardiovasculares*, *Arq Bras Cardiol*, 2001;

HABICHT, L. J.; VICTORIA, C. G.; VAUGHAN, J. P., *Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programme Performance and Impact*, *International Journal of Epidemiology*, 1999;

HAKIM, S. M.; MEISSEN, G., *Increasing Consumption of Fruits and Vegetables in the School Cafeteria: The Influence of Active Choice*, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 24, 2013;

HALLAL, P. C., et al., *Avaliação De Programas Comunitários De Promoção Da Atividade Física: O Caso De Curitiba, Paraná*, *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, Vol. 14, Nº 2, 2009;

HALLAL, P. C., et al., *Avaliação Quali-Quantitativa Do Programa Academia Da Cidade, Recife (PE): Concepções Dos Professores*, *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Vol. 14, Nº 1, 2009;

HALLAL, P. C., et al., *Avaliação Do Programa De Promoção Da Atividade Física Academia Da Cidade De Recife, Pernambuco, Brasil: Percepções De Usuários e Não-Usuários*, *Caderno Saúde Pública*, 2010;

HARDEN, S. M., et al., *Fidelity To And Comparative Results Across Behavioral Interventions Evaluated Through the RE-AIM Framework: A Systematic Review*, *Systematic Reviews*, 2015;

HARTZ, Z. M. A., *Avaliação Dos Programas De Saúde: Perspectivas Teórico Metodológicas E Políticas Institucionais*, *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999;

HEERMAN, W. J. et al., *Scale-out of a Community-Based Behavioral Intervention for Childhood Obesity: Pilot Implementation Evaluation*, *BMC Public Health*, 2018;

HILDEBRAND, M; NEUFELD P., *Activity Promotion Program: Active Living Every Day Offered in a Naturally Occurring Retirement Community*, *The Gerontological Society of America*, 2009;

HOLTROP, J. S.; ROBIN, B. A.; GLASGOW, R. E., Qualitative Approaches to Use of the RE-AIM Framework: rationale and methods, BMC Health Services Research, 2018;

JANNUZZI, P. M., Avaliação de Programas Sociais no Brasil: Repensando Práticas e Metodologias das Pesquisas Avaliativas, Planejamento e Políticas Públicas, n.36, 2011;

JACÓE, N. B., et al., O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola, Revista de Medicina de Minas Gerais, 2014;

JOSÉ, H. P. M., Avaliação Do Treinamento De Multiplicadores do Programa Vida Ativa Melhorando A Saúde –VAMOS, Tese, Florianópolis, 2017;

JUNG, M. E.; BOURNE, J. E.; GAINFORTH, H. L., Evaluation of a community-based, Family focused healthy weights initiative using the RE-AIM framework, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2018;

KELLY, S., et al., Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review, PLOS/ ONE, 2016;

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G., Acervo de Materiais Educativos Sobre Hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas, Interface Comunicação Saúde Educação, 2010;

KELLER, P. A., et al., Enhanced Active Choice: A New Method To Motivate Behavior Change, Journal of Consumer Psychology, vol. 21, 2011 by Elsevier;

KIPPING, R. R., et al., Effect Of Intervention Aimed At Increasing Physical Activity, Reducing Sedentary Behaviour, And Increasing Fruit And Vegetable Consumption In Children: Active For Life Year 5 (AFLY5) School Based Cluster Randomised Controlled Trial, BMJ, 2014;

KNUTH, A. G., et al., Rede Nacional De Atividade Física Do Ministério Da Saúde: Resultados E Estratégias Avaliativas, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2010;

KONRAD, L. M., et al., Avaliação de Programas De Mudança de Comportamento Usando a Ferramenta RE-AIM: um Estudo De Revisão Sistemática, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2017;

KRUCHELSKI, S.; DUTRA, C. M. R.; SIQUEIRA, A. P. R., A Ação do Programa CURITIBATIVA na Promoção da Atividade Física *in* Revista Gestão Pública em Curitiba, Boas Práticas nas Áreas Temáticas de Cultura, Esporte, Lazer e Turismo, Volume III - Número III - Edição 10 - setembro - 2012 link: <https://www.researchgate.net/publication/313850914_Reformulacao_do_Instrumento_de_Avaliacao_da_Atividade_Fisica_para_Idosos?enrichId=rgreqc0e9ce759f91ab96f94ccabfc300c474>

[XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzg1MDkxNDtBUzo0NjM4Mzc3NjY5MTgxNDVAMTQ4NzU5ODk0OTMxMQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf>](#)
 acesso:05/06/2018;

LEE, I. M., et al., Effect Of Physical Inactivity On Major Non-Communicable Diseases Worldwide: An Analysis Of Burden Of Disease And Life Expectancy, *in* The Lancet, 2012;

LEE, R. E., et al., Aplicando o modelo RE-AIM para a promoção da atividade física em países de baixa e média renda Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2017, Universidade de São Paulo;

LEGNANI, E., et al., Instrumentos Eletrônicos Para Avaliar Atividade Física Em Crianças: Uma Revisão Sistemática, Revista Motricidade, vol.9, nº 4, 2013;

LONG, H., et al., Barriers and Facilitators of Engaging Community Health Workers in Non-Communicable Disease (NCD) Prevention and Control in China: A Systematic Review (2006–2016), International Journal Environmental Research and Public Health 2018;

LOPES, A. C.S.; FERREIRA, A. D.; SANTOS, L. C., Atendimento Nutricional na Atenção Primária à Saúde: Proposição de Protocolos, acesso: 19/04/18 link https://www.researchgate.net/publication/303432639_Atendimento_nutricional_na_Atencao_Primaria_a_Saude_proposicao_de_protocolos?enrichId=rgreq57a1501126ed5f74b034018d40d2ce58XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzQzMjYzOTtBUzo0MTEzNjk5NTk2NDEwODhAMTQ3NTA4OTY0OTIzMA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf;

LOPES, A. C. S., et al., Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2016;

LOPES, V. P., et al., Caracterização da Atividade Física Habitual em Adolescentes de Ambos os Sexos Através de Acelerometria e Pedometria, Revista Paulista de Educação Física. 2003;

MALTA, D. C; et al., A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde, Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006;

MALTA, D.C.; et al, A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS, Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2009;

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B, Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022, Epidemiologia Serv. Saúde, Brasília, 2011;

MALTA, D. C., et al., Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015, Epidemiologia Serv. Saude, Brasília, 2016;

MALTA, D. C. 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 & Saúde 2014;

MATIELLO JUNIOR, E.; GONÇALVES, A.; MARTINEZ, J. F. N., Superando Riscos na Atividade Física Relacionada à Saúde, Movimento, V.14, 2008;

MARTINEZ, J. F. N., EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA: A Inserção Do Profissional De Educação Física Em Um Núcleo De Apoio À Saúde Da Família (GOIÂNIA/GO), Tese, Goiânia, 2018;

MARINONI, B., Concentração dos meios de comunicação de massa e o desafio da democratização da mídia no Brasil, Interozes, Coletivo Brasil de Comunicação Social, 2015;

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B., Adaptação Do Questionário Internacional de Atividade Física Para Idosos, Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, 2010;

MAZZOCCANTE, R. P.; MORAIS, J. F. V. N.; CAMPBELL, C. S. G., Gastos Públicos Diretos Com a Obesidade e Doenças Associadas no Brasil, Revista das Ciências Médicas, vol. 21, 2012;

MATSUDO, V., et al., Políticas de intervenção: a experiência do agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física, Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Vol. 13, 2005;

MELO, J. B. et al., Fatores de Risco Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas com Doença Arterial Coronariana, International Journal of Cardiovascular Sciences. 2018;

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F., Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?, Jornal de Pediatria vol. 80 nº 6, 2004;

MENDES, E. V., O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde: O Imperativo Da Consolidação Da Estratégia Da Saúde Da Família, 2012;

MENDES, R.; SOUZA, N.; BARATA, J. T., Actividade Física E Saúde Pública: Recomendações para a Prescrição de Exercício, Acta Med Port. 2011;

MENDONÇA, C. P., ANJOS, L. A., Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004;

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J.; OLIVEIRA, A. C. C., Do Diagnóstico À Ação: Experiências Em Promoção Da Atividade Física Programa Academia Da Cidade Aracaju: Promovendo Saúde Por Meio Da Atividade Física, Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde, 2009;

MEURER, S. T., et al., Associação Entre Sintomas Depressivos, Motivação E Autoestima De Idosos Praticantes De Exercícios Físicos, Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Florianópolis, v. 34, n. 3, 2012;

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z., Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, vol. 16, nº 1, 2011;

MEURER, S. T., Avaliação Da Estratégia De Promoção De Atividade Física E Alimentação Saudável – VAMOS – No Programa Academia Da Saúde De Belo Horizonte, Minas Gerais, Tese, Florianópolis, 2016;

MICHIE, S.; STRALEN, M. M. V.; WEST, R., The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions, Implementation Science 2011;

MICHIE, S.; JOHNSTON, M., Theories and techniques of Behaviour Change: Developing a Cumulative Science of Behaviour Change, Health Psychology Review, Vol. 6, Nº 1, March 2012,

MICHIE, S.; ATKINS, L.; WEST, R., Change Wheel: A Guide to Designing Interventions, Silverback Publishing, 2014 in The Canadian, Journal of Physician Leadership, vol. 2, nº 1, 2015;

MILECH, A.; HÃFELE, V.; SIQUEIRA, F. V., Perfil dos usuários do serviço de educação física em uma Unidade Básica de Saúde, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2018;

MINAYO, M. C. S., O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde, 13º edição, Hucitec Editora, 2013;

MONTEIRO, C. A., et al., Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico, Revista da Saúde Pública 2008;

NAHAS, M.V., A Era do Estilo de Vida *in* Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um Estilo de Vida Ativo, 7 edição, Florianópolis Ed. do Autor, 2017;

NIGAM, A.; JUNEAU, M., Survival Benefit Associated With Low-Level Physical Activity, *The Lancet*, 2011;

OLIVEIRA, A. M.; TAVARES, A. M. V.; DAL BOSCO, S. M., Epidemiologia das doenças e agravos crônicos e da Inatividade Física *in* Nutrição e Atividade Física do Adulto Saudável às Doenças Crônicas, editores, OLIVEIRA, A. M.; TAVARES, A. M. V.; DAL BOSCO, S. M., São Paulo, Editora Atheneu, 2015;

OLIVEIRA, B. N.; WACHS, F., Educação Física e Atenção Primária à Saúde: o apoio matricial no contexto das redes, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2018;

OLIVEIRA, D. C. R., et al., Competência profissional dos trabalhadores de programas de atividade física da atenção básica à saúde de Pernambuco, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2018;

PAIM, J. S., O que é SUS, Editora Fiocruz, 2009;

PARDINI, R., et al., Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto e adultos jovens brasileiros, *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2001;

PAULO, T. R.S.; et al., atividade física e estado nutricional: fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos, *Revista Brasileira da Promoção da Saúde*, Fortaleza, 2014;

PEREIRA, A. O.; RODRIGUES, F. L. S.; OLIVEIRA, F. M., Os Silenciosos Maus do Século XXI: Doenças Crônicas Não Transmissíveis *in* Epidemiologia sem Mistérios: tudo aquilo que você precisa saber, VILLELA, E. F. M.; OLIVEIRA, F. M. organizadores, Jundá, Paco Editorial, 2017;

PEREIRA, A. P. S., et al., O Genograma e o Ecomapa No Cuidado De Enfermagem Em Saúde Da Família, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2009;

PESCATELLO, L. S., et al., Preview of ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, Ninth Edition, ACSM's HEALTH & FITNESS JOURNAL vol. 17, nº 02, 2013; PETREÇA, D. R., et al., Modelos De Avaliações Para Programas Públicos De Promoção Da Saúde Com Ênfase Na Atividade Física, *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 2017, em prelo;

PINHO, M. C. V.; JODAS, D. A.; SCHOCHI, M. J., Profissionais de Saúde e o Programa De Controle Do Câncer Do Colo Uterino E Mama, *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2012;

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A., Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil, *Ciência e Saúde Coletiva*, 2016;

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A., Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos Programas de Saúde: Implicações Para a Avaliação *in* Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde, BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. organizadores, Editora Vozes, 3º edição, 2013;

PUCCI, G. C. M. F., et al., Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos, Rev Saúde Pública 2012;

REIS, R. S.; PETROSKI, E. L.; LOPES, A.S.; Medidas Da Atividade Física: Revisão De Métodos, Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, 2000;

RIBEIRO, J. P., Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás, Revista Eletrônica de Enfermagem, 2015;

ROCHA, A. K.S., et al., Prevalência Da Síndrome Metabólica Em Indígenas Com Mais De 40 Anos No Rio Grande Do Sul, Brasil, Revista Panam Salud Publica vol. 29, 2011;

RODRIGUES, J. D., et al., Inserção e Atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: revisão sistemática, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2013;

ROMAGNOLI, R. C., Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família, Saúde Social, v.18, n.3, 2009

SABIA, R. V.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P., Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio, Revista Brasileira de Medicina do Esporte _ Vol. 10, Nº 5 – Set/Out, 2004;

SANDRESCHI, P. F.; PETREÇA, D. R.; MAZO, G. Z., Avaliação de Um Programa Universitário de Atividade Física Para Idosos pelo Modelo RE-AIM, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2015;

SANTOS, I. S., Avaliação do impacto de programas nutricionais, Revista de Nutrição, 2009;

SANTOS, J. C.; MELO, W., Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba, Revista Interinstitucional de Psicologia, 2018;

SANTOS, T. S., et al., Atividade física em acadêmicos de Educação Física: um estudo longitudinal, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2017;

SCHERER, F. C., Programas De Promoção Da Saúde: Nível De Atividade Física e Qualidade De Vida De Idosos nos Centros de Saúde de Florianópolis, SC, Dissertação, Florianópolis, 2014;

SCHERER, F. C., et al., Efeito de dois programas na promoção da atividade física em idosos, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2018;

- SHAWVER, Z., et al., An examination of the WHOQOL-BREF using four popular data collection methods, *Computers in Human Behavior*, 2016;
- SHAW, R. B., et al., Operationalizing the reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance (RE-AIM) framework to evaluate the collective impact of autonomous community programs that promote health and well-being, *BMC Public Health*, 2019;
- SIEKIERSKI, P.; PONCHIO, M. C.; STREHLAU, V. I.; Influência de Estilo de Vida Associados a Hábitos Alimentares no Consumo de Pratos Prontos: Estudos Comparativo Entre São Paulo e Roma, *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, vol. 15, nº 48, 2013;
- SILVA, A. O., et al., Prevalência do Tempo de Tela Como Indicador do Comportamento Sedentário em Adolescentes Brasileiros: uma revisão sistemática, *Motricidade*, 2016;
- SILVA, D. A. S.; DIEFENTHAELER, F., Prescrição de exercícios para indivíduos saudáveis *in* Nutrição e Atividade Física do Adulto Saudável às Doenças Crônicas, editores, OLIVEIRA, A. M.; TAVARES, A. M. V.; DAL BOSCO, S. M., São Paulo, Editora Atheneu, 2015;
- SILVA, D. B., et al., Efetividade de duas intervenções com diferentes volumes de exercícios físicos na qualidade de vida em mulheres usuárias da Atenção Básica de Saúde, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2018;
- SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N., Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro, *Ciência e Saúde Coletiva*, 2015;
- SILVA, P. S. C., Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017, *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2018;
- SILVA, M. C., Instrumentos Para Medida De Atividade Física, Alimentação E Antropometria No Programa Vida Ativa Melhorando A Saúde – VAMOS: opiniões dos especialistas e multiplicadores, *Dissertação*, Florianópolis, 2017;
- SINNOT, C., et al., Improving Medication Management In Multimorbidity: Development Of The Multimorbidity Collaborative Medication Review And Decision Making (MY COMRADE) Intervention Using the Behaviour Change Wheel, *Implementation Science* 2015;
- SOUZA, et al., Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica, *Cadernos da Saúde Coletiva* 2015;
- STOPA, S. R., et al., Acesso e uso de Serviços de Saúde pela População Brasileira, *Pesquisa Nacional de Saúde* 2013, *Revista de Saúde Pública*, 2017;

TEIXEIRA, C. R. S., et al., Modelo RE-AIM na Perspectivas das Intervenções Telefônicas Educativas Em Diabetes, Texto e Contexto Enfermagem, 2019;

THE WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization, Social Science and Medicine, 1995;

THOMAS, J. R., NELSON, J. K., OLIVEIRA, A. C. C., Métodos de Pesquisa em Educação Física, 6ª edição, Artmed, 2012;

TONOSAKI, L. M. D., Programa Vida Ativa Melhorando A Saúde (VAMOS): Percepção Dos Participantes Quanto À Saúde, Barreiras E Facilitadores, Dissertação, Florianópolis, 2016;

TORQUATO, E. D., et al., Comparação do Nível de Atividade Física Medido Por Acelerômetro e Questionário IPAQ em Idosos, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2016;

TRINDADE, E.; BARBOSA, I. S., Os Tempos da Enunciação e dos Enunciados Publicitários e a Questão do Cronotopo Publicitário, Comunicação, Mídia e Consumo, 2007;

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M., Qualidade E Subjetividade na Avaliação de Programas E Serviços Em Saúde, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002;

VIACA, F., et al, Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise, Ciência & Saúde Coletiva, 2012;

VICTORIA, C. G.; HABICHT, J. P., BRYCE, J., Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials, American Journal of Public Health, 2004;

VIERO, V. S. F.; FARIAS, J. M., Educational Actions For Awareness of a Healthier Lifestyle in Adolescents, J. Phys. Educ., 2017;

VITORINO, P., V., O., et al., Prevalência De Estilo De Vida Sedentário Entre Adolescentes, Acta Paul Enfermagem, 2014;

WILCOX, S, et al., Results of the First Year of Active for Life: Translation of 2 Evidence-Based Physical Activity Programs for Older Adults Into Community Settings, American Journal of Public Health, 2006;

WILCOX, S, et al., Active for Life Final Results from the Translation of Two Physical Activity Programs, American Journal of Preventive Medicine, 2008;

WHO, Plano De Ação Global Para A Atividade Física 2018-2030: Mais Pessoas Ativas Para Um Mundo Mais Saudável, 2018;

_____, Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020, 2013;

_____, ICD- 10: International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems, 10^o revision, vol. 2, 2016;

_____, ; Healthy diet, 2015;

_____, Global recommendations on physical activity for health, 2010;

_____, Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010, 2011;

_____, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2002.

APÊNDICE A - Formulário de adoção**Formulário do programa VAMOS**

Prezado multiplicador, parabéns! Você está prestes a iniciar o programa VAMOS! Neste momento, precisamos de seus dados atualizados e saber como você realizou a divulgação do programa.

Contamos com você nesta etapa da pesquisa!

Em breve estaremos entrando em contato por telefone!

***Obrigatório**



1. Nome *

2. Celular (não esqueça do código da sua cidade) *

3. Telefone (da sua unidade básica de saúde- UBS) *

4. Formação inicial *

5. Pós-graduação

6. Cidade e estado onde será aplicado o VAMOS *

7. E-mail *

8. Data de preenchimento deste formulário *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

9. Como foi divulgado o programa VAMOS na sua UBS

Marque todas que se aplicam.

- por meio de consultas
- visitas domiciliares
- nos grupos realizados nas UBS
- na comunidade em geral

10. Material usado para divulgação *

Marque todas que se aplicam

- flyers
- panfletos
- conversas informais na UBS e fora dela
- cartazes
- outro: _____

11. Quem são os profissionais que estão dando apoio na divulgação do Programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam

- agente comunitário de saúde (ACS)
- enfermeiros (as)
- médicos (as)
- técnico em enfermagem
- recepcionistas
- outro: _____

12. Qual o tempo médio que esses profissionais lhe ajudaram com o programa (horas/semana)? *

Marcar apenas uma oval.

- menos de 1 hora
- 1 hora

1 hora e 30 min

2 horas

Outro: _____

13. Quanto tempo foi utilizado para a divulgação do programa VAMOS (em dias)? *

14. Quais estratégias utilizadas para divulgação do programa VAMOS (conversas, carro de som, material impresso, etc)? *

15. Qual a data prevista para início do programa VAMOS? *

16. Quantas pessoas o Programa VAMOS pretende alcançar? *

17. Você terá apoio de outro profissional da UBS para lhe ajudar na organização dos encontros? *

18. Agradecemos o preenchimento deste questionário, sucesso!

APÊNDICE B - Formulário de alcance

Formulário do Programa VAMOS

Prezado(a) Multiplicador(a)

Esse questionário tem por objetivo conhecer melhor a realidade da sua UBS e saber quais estratégias foram usadas na divulgação e implementação do Programa VAMOS. O tempo para resposta é de aproximadamente 10 minutos e é importante que todas as questões sejam respondidas.

Obrigado por sua participação!

***Obrigatório**



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Multiplicador (a) *

2. Cidade/ Estado *

3. Localidade da UBS (bairro/nome da UBS) *

4. Data de preenchimento *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

PERFIL DA UBS:

1. Quantas equipes têm em sua UBS *

Marcar apenas uma oval.

1

- 2
- 3
- 4
- Outro: _____

2. Quantos profissionais atuam no total na sua UBS? *

3. Qual o número de usuários cadastrados na sua UBS? *

4. Qual o número médio de atendimentos mensais na sua UBS? *

5a. a área em que está localizada sua UBS oferece quais estruturas para prática de atividades físicas? *

Marque todas que se aplicam.

- () quadra poliesportiva
- () academia de saúde
- () escolas
- () centro de convivência comunitária
- () academia de terceira idade
- () pista de caminhada
- () não oferece nenhuma estrutura física

5b. Há outros espaços que não aparecem na listagem? Quais?

Perfil dos Usuários da UBS

6a. Quantos HOMENS estão cadastrados na UBS com idade de 18 -59 anos? *

6b. Quantos HOMENS estão cadastrados na UBS com idade de 60 anos ou mais? *

7a. Quantos HOMENS foram atendidos nos últimos 6 meses com idade de 18 -59 anos? *

7b. Quantos HOMENS foram atendidos nos últimos 6 meses com idade de 60 anos ou mais? *

8a. Quantas MULHERES estão cadastradas na UBS com idade 18 – 59 anos? *

8b. Quantas MULHERES estão cadastradas na UBS com idade de 60 anos ou mais? *

9a. Quantas MULHERES foram atendidas nos últimos 6 meses com idade de 18-59 anos? *

9b. Quantas MULHERES foram atendidas nos últimos 6 meses com idade de 60 anos ou mais? *

10a. Cite o principal motivo pelo qual os usuários procuraram sua UBS nos últimos 6 meses? *

Marque todas que se aplicam.

- prevenção/promoção da saúde (grupo de apoio)
- retirada de medicamentos
- consulta médica

- consulta de enfermagem
- imunização
- curativos

10b. Se houve outros motivos que não foram citados, comente.

DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA VAMOS

11a. Onde foi realizada a divulgação do programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam.

- UBS _____
- meios de comunicação no geral (por exemplo: jornal local, programa de rádio, etc.)
- centro de convivência
- escolas
- igrejas
- visita domiciliar

11b. Se houve outras formas de divulgação não citada acima, comente.

12a. Para quem foi ofertado o programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam.

- comunidade em geral
- grupo de convivência
- grupos específicos (obesos, hipertensos, cardiopatas, diabéticos, etc.)

12b. Se houve outros grupos ou pessoas específicas que foram ofertado o programa VAMOS e que não foram citados anteriormente.

13a- Quais materiais foram utilizados na divulgação do programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam.

- flyers enviados pelo programa VAMOS
- cartazes enviados pelo programa VAMOS
- cartões enviados pelo programa VAMOS

13b- Se houve outros materiais para a divulgação do programa VAMOS, cite.

14a. Quais profissionais realizaram a divulgação do Programa VAMOS na UBS? *

Marque todas que se aplicam.

- ACS _____
- enfermeiros _____
- médicos _____
- Técnico de enfermagem _____
- recepcionista _____

14b. Se houve outros profissionais que não foram contemplados anteriormente, cite.

15. Qual foi o período de divulgação do Programa VAMOS? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 semana
- 15 dias
- 30 dias ou mais

16a. Quais estratégias foram utilizadas para a divulgação e convite para o programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam.

- conversa formal
- divulgação do material impresso
- durante as consultas
- sala de espera

visita domiciliar

16b. Se houve outras estratégias que foram utilizadas para a divulgação e convite para o programa VAMOS, que não foi contemplados anteriormente, cite.

17a. Quais situações facilitaram a divulgação do programa VAMOS na sua comunidade? *

Marque todas que se aplicam.

- reuniões da UBS
 reuniões do centro comunitário
 grupos de convivência
 diálogos informais
 consultas
 visitas domiciliares

17b. Se houve outros facilitadores para a divulgação do programa VAMOS, cite.

18a. Quais situações que foram barreiras para divulgação do programa VAMOS na sua comunidade? *

Marque todas que se aplicam.

- reuniões da UBS
 reuniões do centro comunitário
 grupos de convivência
 diálogos informais
 consultas

- visitas domiciliares
 nenhuma

18b. Se houve outras barreiras que dificultaram a divulgação do programa VAMOS, cite.

Participação no Programa VAMOS

19. Quantos usuários procuraram a UBS interessados em participar do VAMOS no momento da avaliação? *

20. Quantas pessoas participaram do primeiro encontro do programa VAMOS?

*

21a. Porque você aceitou o convite para oferecer o programa VAMOS na sua UBS? *

Marque todas que se aplicam.

- é um programa fácil de se conduzir
 é um programa que aborda temáticas importantes para a saúde das pessoas
 é um programa que pode ser aplicado com grande número de pessoas

21b. Se houve outros motivos por aceitar o convite em oferecer o programa VAMOS, cite.

Critério de permanência no grupo

22a. Quais critérios foram utilizados para convidar os usuários para o programa VAMOS? *

Marque todas que se aplicam.

- ter obesidade

- ter hipertensão
- ter doenças cardiovasculares
- ser sedentário

22b. Se houve outras questões de inclusão para o programa VAMOS, cite.

23a. Tiveram critérios de exclusão? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

23b. Se a resposta foi "Sim" na questão anterior, quais foram os critérios de exclusão?

Obrigado por sua participação e informações! Vamos fazer o mundo mais ativo e saudável!

ANEXO A – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
MULTIPLICADOR (A) DO PROGRAMA VAMOS**

Prezado (a) Senhor (a)

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre o Programa “VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE - VAMOS”. Essa pesquisa tem por objetivo testar a implementação do Programa VAMOS, este que tem como objetivo a mudança de comportamento para um estilo de vida saudável em relação à atividade física e a alimentação saudável, sendo assim implementado dentro da sua Unidade de Atenção de Saúde em sua cidade.

Sua participação será de suma importância para testarmos o Programa, em municípios, compreender a eficácia do treinamento oferecido e a implementação do Programa VAMOS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob protocolos nº 1.394.492 e nº 1.518.283.

Qualquer problema decorrente da participação do Programa VAMOS, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com nossa equipe e serão tomadas todas as providências cabíveis para a recuperação do seu bem-estar.

O (a) Sr. (a) poderá responder somente aos questionamentos que não lhe gerarem nenhum constrangimento. Será garantido o sigilo das informações obtidas, bem como, o anonimato dos participantes do estudo e os resultados gerais da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e publicações científicas, constando de números.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) também a nos autorizar o uso de imagens/fotografias e ou depoimentos/áudios para ser utilizado na divulgação do Programa.

As imagens/fotografias e ou depoimentos/áudios relacionados à sua pessoa poderão ser utilizados na divulgação do Programa VAMOS em *flyers*, cartazes, panfletos, mídias sociais (site, blog, facebook e *youtube*), bem como, em eventos científicos, palestras ou periódicos científicos.

As imagens/fotografias, vídeos, gravações e depoimentos ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Esclarecemos que as informações coletadas serão utilizadas, exclusivamente, para o desenvolvimento desta pesquisa, sendo-lhe assegurado o direito de desistir da mesma a qualquer momento sem qualquer dano, penalização ou prejuízo.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto e-lhe possibilita à participação em um programa de mudança de comportamento cujo foco é a obtenção de hábitos mais saudáveis.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos pelos e-mails tania.benedetti@ufsc.br e cassiano.rech@ufsc.br, pelo telefone (48) 3721-

9462 ou ainda no Departamento de Educação física do Campus Universitário da UFSC, situado no Bairro Trindade, Florianópolis/SC.

Caso queira, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, 222, Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis, telefone (48) 3721-6094.

Florianópolis, ____ de _____ de 2017.

Pesquisador Responsável

Tânia R. Bertoldo Benedetti

(e-mail: tania.benedetti@ufsc.br)

Pesquisador Responsável

Cassiano Ricardo Rech

(e-mail: cassiano.rech@ufsc.br)

Se o (a) Sr. (a) estiver esclarecido (a) sobre o estudo e aceitar participar da pesquisa sobre o Programa VAMOS estando devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos o(a) Sr(a) deverá assinar seu nome no espaço indicado.

Assinatura do participante

ANEXO B – Formulário de efetividade


INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS

Q1 Data: ____/____/____	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Q2 Nome Completo:	
Q3 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Q4 Data de Nascimento: ____/____/____
Q5 Cor da Pele, Raça/Etnia	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	
Q6 Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Casado(a)/união consensual <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)	
Q7 Escolaridade	
<input type="checkbox"/> Analfabeto/sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto	
Q8 Ocupação atual	
<input type="checkbox"/> Trabalhador(a) <input type="checkbox"/> Do lar <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Outra:	
Q9 Renda Mensal Total da Família (número de salários)	
<input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 2,1 a 4 <input type="checkbox"/> 4,1 a 6 <input type="checkbox"/> > de 6 <input type="checkbox"/> Não quero responder	
Q10 Rua:	
Q11 Número:	Q12 Complemento:
Q13 CEP:	Q14 Bairro:
Q15 Cidade/Estado:	
Q16 Fone 1:	Q17 Fone 2:
Q18 E-mail:	

QUALIDADE DE VIDA				
Por favor, escolha a opção que melhor responde a percepção sobre a sua saúde e qualidade de vida.				
Q19 Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito (a) Sr.(a) está com a sua saúde?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito/ nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
Q20 Tomando como referência as duas últimas semanas, como o(a) Sr.(a) avaliaria sua qualidade de vida?				
<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Nem ruim/nem boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Muito boa




INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS

ALIMENTAÇÃO		
Por favor, escolha a opção que melhor responde ao seu consumo alimentar habitual/normal:		
Q21) Quantos copos de água o[a] Sr.[a] costuma consumir por dia? (1 copo = 250ml)		
<input type="checkbox"/> não consome água	<input type="checkbox"/> menos de 1 copo	<input type="checkbox"/> de 2 a 4 copos (500ml a 1L/dia)
<input type="checkbox"/> de 4 a 6 copos (1L a 1,5L/dia)	<input type="checkbox"/> de 6 a 8 copos (2 L/dia)	<input type="checkbox"/> mais de 8 copos
Q22) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma comer feijão?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca
Q23) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca
Q24) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca
Q25) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma comer boi, porco, cabrito, frango, peixe e ovos?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca
Q26) Qual é a forma mais utilizada para o preparo de carne vermelha, frango, peixe e/ou ovos?		
<input type="checkbox"/> cozido, ensopado, assado, grelhado - com pouco ou nenhum óleo ou gordura		
<input type="checkbox"/> fritura de superfície - com quantidade moderada de óleo ou gordura		
<input type="checkbox"/> fritura de imersão - com grande quantidade de óleo ou gordura		
Q27) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma comer frutas?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca
Q28) Em um dia comum, quantas vezes o[a] Sr.[a] costuma comer frutas?		
<input type="checkbox"/> 1 vez no dia	<input type="checkbox"/> 2 vezes no dia	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes no dia
Q29) Em quantos dias da semana o[a] Sr.[a] costuma tomar refrigerante ou suco artificial [suco em pó ou suco de caixinha ou suco de garrafa com adição de açúcar, água tônica, água saborizada, industrializada]?		
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias [inclusive sábado e domingo]	<input type="checkbox"/> quase nunca	<input type="checkbox"/> nunca



Q00 Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? [exceto soja]

- 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana
 todos os dias [inclusive sábado e domingo] quase nunca nunca

Q01 Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana
 todos os dias [inclusive sábado e domingo] quase nunca nunca

Q02 Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana
 todos os dias [inclusive sábado e domingo] quase nunca nunca

ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas a seguir estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA SEMANA ou em uma semana HABITUAL/NORMAL.

As perguntas incluem as atividades físicas que o(a) Sr. (a) faz no seu trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre-se que: atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realizou por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

Q03 Em quantos dias da última semana o(a) Sr.(a) CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por SEMANA Nenhum

Q04 Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

_____ horas _____ minutos

Q05 Em quantos dias da última semana, o(a) Sr.(a) realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim




INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS

como varrer, aspirar ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração [POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA]?

Dias _____ por SEMANA [] Nenhum

^{Q36}Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o[a] Sr.[a] gastou fazendo essas atividades por dia?

_____ horas _____ minutos

^{Q37}Em quantos dias da última semana, o[a] Sr.[a] realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?

Dias _____ por SEMANA [] Nenhum

^{Q38}Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o[a] Sr.[a] gastou fazendo essas atividades por dia?

_____ horas _____ minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que o[a] Sr. [a] permanece SENTADO todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. NÃO INCLUA o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

^{Q39}Quanto tempo no total o[a] Sr.[a] gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

^{Q40}Quanto tempo no total o[a] Sr.[a] gasta sentado durante um dia de fim de semana?

_____ horas _____ minutos

AVALIAÇÃO FÍSICA

^{Q41}Estatura: [cm] ^{Q42}Massa corporal: [kg] ^{Q43}Perímetro da cintura: [cm]

Muito Obrigado pela sua Participação!

ANEXO C – Termo de liberação da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa VAMOS - Vida Ativa Melhorando a Saúde

Pesquisador: Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47789015.8.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.492

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa será desenvolvido sob a responsabilidade da Profa. Tânia Bertoldo Benedetti do Centro de Desportos (CDS/UFSC), sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC - Chamada Pública nº 07/2013 MS-DECIT/CNPq/SES-SC). O projeto tem por objetivo testar um programa baseado em evidência de mudança de comportamento (VAMOS) para promover estilo de vida ativo em diferentes contextos do ambiente. Essa proposta é continuidade de um projeto que teve seu início em 2011 e inicialmente, foi financiado pelo Instituto Lemann (Estados Unidos). Atualmente está com financiameto do CNPq (processo n. 475075/2012-9, Chamada universal 14/2012) e do PPSUS (Chamada Pública n. 07/2013 MSDECIT/CNPq/SES-SC) onde ficou em terceiro lugar no ranking de mais de 100 projetos classificados, recebendo certificado de menção honrosa com novo financiamento para sua continuidade. Assim, a proponente e equipe desenvolveram o programa VAMOS, que está em sua segunda versão, já aplicado e testado nos Centros de Saúde de Florianópolis, aplicado nas academias da saúde de Belo Horizonte e no hospital universitário de Recife. O projeto será desenvolvido através das seguintes etapas: Etapa 1:- Treinamento, que consistirá em sessões do treinamento em 2 grupos de participantes através de uma equipe de pesquisadores responsáveis pela criação do programa VAMOS. Um dos grupos terá

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.394.492

a participação de seis especialistas na área de programas para mudança de comportamento em atividade física e alimentação saudável. O segundo grupo será composto por profissionais da saúde que serão convidados a fazer parte do estudo a partir dos selecionados no curso realizado pelo Ministério da Saúde, cujo quantitativo ainda é aguardado para precisar a quantidade final de participantes nesse grupo. O treinamento utilizará as bases teóricas de modelo EAD conforme descrito no mapa de treinamento anexado ao projeto na Plataforma Brasil (ANEXO 1) Entre os concluintes do treinamento, serão sorteados 2 participantes de cada região brasileira, sendo de cidades de portes diferentes para aplicar um questionário sobre o treinamento. A partir da pertinência do treinamento, os profissionais serão convidados para aplicarem o programa pelo menos um em cada região do Brasil, enquanto que a equipe de criação do VAMOS acompanhará o desenvolvimento desse processo. Etapa 2- Mapeamento dos espaços públicos: consistirá na seleção dos Centros de Saúde com a ajuda de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). A seleção dos espaços será de acordo com as características do ambiente da área de abrangência do Centro de Saúde (CS), uma vez que o programa VAMOS será aplicado em diferentes contextos ambientais para a prática de atividade física. Etapa 3: Aplicação do programa e observação da equipe de saúde: consistirá na aplicação do programa VAMOS, o qual será aplicado por profissionais convidados dos CS previamente treinados para aplicar o programa. A avaliação será pelo modelo RE-AIM (anexado ao projeto na Plataforma), desenvolvido para avaliar o impacto do programa. Os CS serão selecionados de acordo com a qualidade das estruturas para atividade física e posteriormente aplicado o programa em pelo menos dois locais de elevada qualidade e dois locais de baixa qualidade. O treinamento e a supervisão dos trabalhos de campo serão através de professores pesquisadores e alunos de doutorado e mestrado atuantes na pesquisa. Os dados serão analisados qualitativamente e quantitativamente e acredita-se que servirão de subsídios para recomendar o programa e o treinamento para aplicação.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do presente projeto será testar um programa baseado em evidência de mudança de comportamento (VAMOS) para promover estilo de vida ativo em diferentes contextos do ambiente. Os objetivos específicos são explicitados a seguir:

- Desenvolver e testar o conteúdo e as estratégias do Programa VAMOS na realidade dos Sistema Único de Saúde.
- Desenvolver e testar o treinamento via Ensino a Distância (EAD), do Programa VAMOS.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.394.492

Avaliar a pertinência do treinamento do programa VAMOS quanto o seu conteúdo, apresentação, estrutura e dinâmica;

- Avaliar a efetividade do treinamento em relação as variáveis de aquisição de conteúdos e de habilidades a partir do modelo RE-AIM;
- Mapear os espaços públicos e privados para a prática de atividade física nas áreas dos Centros de Saúde de Florianópolis, SC;
- Aplicar o programa VAMOS nos diferentes contextos;
- Analisar o impacto da implementação do Programa VAMOS em diferentes contextos ambientais para a prática de atividade física;
- Avaliar a efetividade do Programa VAMOS em diferentes contextos ambientais na cidade de Florianópolis;
- Verificar as estratégias dos multiplicadores do programa VAMOS para atender o modelo de avaliação REAIM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram adequadamente previstos e especificados no projeto. Como riscos, foi mencionado que há risco de queda dos participantes durante os testes físicos. Para minimizar esta possibilidade, os participantes serão acompanhados por profissionais de Educação Física. Caso haja a ocorrência de algum problema decorrente da aplicação dos testes, serão tomadas todas as providências cabíveis para a recuperação do bem-estar do participante. Vários benefícios foram previstos no projeto, tais como: contribuição para um melhor entendimento do modelo de intervenção a partir da aplicação do programa, do treinamento, da equipe e do ambiente. Criação, implementação, e difusão de novas metodologias de pesquisa e de ação para o sistema de saúde brasileiro. Teste do treinamento via EAD para disseminação do programa "VAMOS – 3.0", baseado em reuniões semanais para mudanças de comportamento com relação a prática de atividade física e alimentação saudável na população brasileira. Mapeamento dos espaços públicos e privados para a prática de atividade física nas áreas dos Centros de Saúde de Florianópolis, SC, para sua disseminação. Fortalecimento da pesquisa interdisciplinar na instituição (UFSC), estabelecendo, inclusive parcerias com outras instituições, especialmente em âmbito internacional (EUA). Potencialização da formação acadêmica dos alunos da Educação Física, em diferentes níveis de pesquisa (graduação, mestrado e doutorado), especialmente na área da saúde pública por meio do envolvimento neste projeto de pesquisa. Contribuição para o aumento do percentual de pessoas mais saudáveis no Brasil.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.394.492

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem relevância acadêmica, científica e social, uma vez que visa a promoção da saúde de uma população, promovendo alterações de comportamento para a adoção de um estilo de vida mais saudável e que portanto, é relevante para estimular investimentos visando a melhoria da saúde pública no país. Os objetivos e metas estão bem estabelecidos e a metodologia adotada permite atingir adequadamente os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações referentes ao TCLE foram atendidas.

Recomendações:

Nenhuma recomendação é necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As demandas nas versões anteriores da submissão foram atendidas e portanto somos de parecer pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_560058.pdf	14/01/2016 15:22:09		Aceito
Outros	CARTA_3.pdf	14/01/2016 15:21:50	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
Outros	CARTA_2.pdf	30/11/2015 09:00:28	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSUBSTANCIADO_2.pdf	30/11/2015 08:58:24	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	30/11/2015 08:57:10	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO.pdf	23/10/2015 19:20:35	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_AJUSTADO.pdf	23/10/2015 19:18:26	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.394.492

Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.pdf	23/10/2015 19:18:26	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/10/2015 19:17:48	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
Outros	CARTA.docx	23/10/2015 19:14:48	Tânia Rosane Bertoldo Benedetti	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto - plataforma Brasil.pdf	31/07/2015 15:05:28		Aceito
Outros	resultado_ppsus.pdf	31/07/2015 15:05:02		Aceito
Outros	oficio abertura conta 03 10 2013.pdf	31/07/2015 15:04:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE WEB.pdf	30/07/2015 15:12:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2015 15:12:15		Aceito
Outros	anexo 3 - RE-AIM.pdf	30/07/2015 12:18:14		Aceito
Outros	Anexo 2 - ambiente.pdf	29/07/2015 16:24:54		Aceito
Outros	Anexo 1 - Treinamento.pdf	29/07/2015 16:24:31		Aceito
Outros	declaracao prefeitura.pdf	29/07/2015 16:19:49		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400


UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br


ANEXO D – Entrevista da cidade de Moreno – PE

ACESSIBILIDADE (/PORTAL1/INDEX.PHP/ACCESSIBILIDADE)
 A11Y.PAMPEBAPE




Prefeitura do Moreno

PERNAMBUCO
 (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/>)

Buscar no portal 

[Prefeito](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=82) | [Vice-Prefeito](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=123)
[Contato](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=93)
[Portal do Contribuinte](http://gestor.tributosmunicipals.com.br/moreno/views/publico/portaldococontribuinte)
[Nota Fiscal Eletrônica](http://www.tributosmunicipals.com.br/NFE-Moreno/)
[Diário Oficial](http://www.diariomunicipal.com.br/amupe/)
[Portal da Transparência](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/datransparencia/)
[E-mail](https://webmail-seguro.com.br/moreno.pe.gov.br/) | [SitePlan](http://moreno.plataformatarget.com.br) | [Ouvidoria](http://portal1/index.php/formulario-de-contato)

PÁGINA INICIAL (/PORTAL1/INDEX.PHP) > ÚLTIMAS NOTÍCIAS (/PORTAL1/INDEX.PHP/ULTIMAS-NOTICIAS) > MORENENSES PARTICIPAM DO ENCERRAMENTO DO "PROGRAMA VAMOS" NO PARQUE DA JAQUEIRA

 MENU

ÚLTIMAS NOTÍCIAS (/PORTAL1/INDEX.PHP/ULTIMAS-NOTICIAS)

Morenenses participam do encerramento do "Programa VAMOS" no Parque da Jaqueira (/portal1/index.php/ultimas-noticias/630-morenenses-participam-do-encerramento-do-programa-vamos-no-parque-da-jaqueira)

Publicado: Sexta, 05 de Outubro de 2018, 18h52
 Última atualização em Sexta, 05 de Outubro de 2018, 18h52



Cerca de 30 moradoras do Moreno participaram do encerramento das atividades do "Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde" (VAMOS), realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), da Secretaria de Saúde do Moreno. O encontro de encerramento foi realizado essa semana no Parque da Jaqueira, no Recife. Estiveram presentes os profissionais do NASF-AB, a psicóloga Lisandra Carvalho, a fisioterapeuta Marcia Nascimento e o educador físico Daniel Lopes.

Iniciados no mês de julho, ao todo, foram realizados 13 encontros com o grupo. Durante esses encontros, realizados sempre às terças-feiras no Núcleo de Vigilância, os participantes receberam material didático com informações de mudança de hábito para estilo de vida saudável, com atividades físicas, opções de lazer e roda de conversas.



A psicóloga do NASF, Lisandra Carvalho, falou sobre a realização do Programa VAMOS no município. "Fiz um curso ofertado pela UFSC e passei a ser multiplicadora do programa. Durante os encontros trabalhamos a necessidade de mudança de hábitos alimentares e a importância da realização de atividades físicas. Percebemos que as participantes passaram a ter pensamentos mais positivos, por meio de boas práticas e vimos a felicidade delas em participarem do VAMOS", destaca.

"Esse é o nosso compromisso com os moradores do Moreno. Promover a saúde e o bem-estar com atividades e programas que possam contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas. O NASF-AB atua em conjunto com as nossas unidades de saúde da família e sempre estamos na busca de projetos e programas para garantir uma saúde com dignidade aos morenenses", enfatizou a secretária de Saúde, Ana Araújo.

VAMOS - Vida Ativa Melhorando a Saúde é um Programa proposto pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cujo foco de intervenção é a promoção de mudanças dos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas. No município do Moreno, o referido programa foi desenvolvido pelos profissionais do NASF-AB, com encontros semanais, na perspectiva da promoção à saúde e do bem-estar físico e mental.

registrado em:

[▲ Voltar para o topo](#)

Secretarias e Orgãos

Gabinete do Prefeito (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=76>)

Fazenda e Administração (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=79>)

Procuradoria (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=81>)

Educação (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=82>)

Saúde (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=83>)

Ordem Pública e Segurança Cidadã (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=84>)

Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

(<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=85>)

Obras e Serviços Públicos (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=86>)

Controladoria Geral (<http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=87>)

Secretaria Municipal de Planejamento, Urbanismo e Desenvolvimento Sustentável
[\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=510\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=510)

Eventos, Cultura e Esportes [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=88\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=88)

Governo e Relações Institucionais [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=89\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=89)

MorenoPrev [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=90\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=90)

Superintendência Distrital de Bonança
[\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=91\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=91)

Serviços

Prefeito [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=92\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=92)

Vice-Prefeito [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=123\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=123)

Contato [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=93\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portal1/index.php/component/content/article?id=93)

Portal do Contribuinte [\(http://gestor.tributosmunicipais.com.br/moreno/Views/publico/portaldotribuinte/\)](http://gestor.tributosmunicipais.com.br/moreno/Views/publico/portaldotribuinte/)

Nota Fiscal Eletrônica [\(http://www.tributosmunicipais.com.br/NFE-Moreno/\)](http://www.tributosmunicipais.com.br/NFE-Moreno/)

Diário Oficial [\(http://www.diariomunicipal.com.br/amupe/\)](http://www.diariomunicipal.com.br/amupe/)

Portal da Transparência [\(http://www.moreno.pe.gov.br/portaldatransparencia/\)](http://www.moreno.pe.gov.br/portaldatransparencia/)

E-mail [\(https://webmail-seguro.com.br/moreno.pe.gov.br/\)](https://webmail-seguro.com.br/moreno.pe.gov.br/)

SisPlan [\(http://moreno.plataformatarget.com.br/\)](http://moreno.plataformatarget.com.br/)

Ouvidoria [\(portal1/index.php/formulario-de-contato\)](portal1/index.php/formulario-de-contato)

Redes Sociais

Facebook [\(https://www.facebook.com/prefeituradomoreno/\)](https://www.facebook.com/prefeituradomoreno/)

Instagram [\(https://www.instagram.com/prefeituradomoreno/\)](https://www.instagram.com/prefeituradomoreno/)

Twitter [\(https://twitter.com/prefmoreno/\)](https://twitter.com/prefmoreno/)

YouTube [\(https://www.youtube.com/channel/UCv_WC6ZiWdnN-YJnKr7PpiCw/\)](https://www.youtube.com/channel/UCv_WC6ZiWdnN-YJnKr7PpiCw/)

Sobre o site

Acessibilidade [\(portal1/index.php/acessibilidade\)](portal1/index.php/acessibilidade)

Mapa do site [\(portal1/index.php/mapa-do-site\)](portal1/index.php/mapa-do-site)



[\(http://www.moreno.pe.gov.br/\)](http://www.moreno.pe.gov.br/)

ANEXO E – Carta de disponibilidade da instituição

CARTA DE DISPONIBILIDADE INSTITUCIONAL

Declaro estar ciente e de acordo que o profissional
(nome completo), **matrícula**
nº....., **que exerce função de** **e profissão**
 **no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE denominado**
(nome do estabelecimento de Saúde) **do Município**
, **do Estado**, **CNES**
nº....., **domiciliado em** (citar Município e Estado de
 moradia)..... **realizará atividades**
referentes a implementação do Programa VAMOS (Vida Ativa Melhorando a Saúde) no
âmbito desta Instituição. Informo estar ciente da disponibilidade de 04 horas semanais
do profissional para efetivação do referido projeto.

Declaro estar ciente também de que se trata de um programa vinculado à
Universidade Federal de Santa Catarina e seus resultados poderão ser utilizados em
pesquisas.

Local, data, função, assinatura e carimbo

ANEXO F – Perfil do multiplicador

PERFIL DO CANDIDATO

Nome completo:.....

Idade:.....

Formação:.....

Município em que reside:UF:.....

PROFISSIONAL NASF (apenas profissional pertencente a uma equipe NASF):

Tempo de atividade em equipe NASF (*ano que iniciou as atividades*):.....

Indique a modalidade a que pertence:

NASF1 NASF2 NASF3

Ano de implantação do NASF a que pertence:.....

Nome da Unidade de Saúde:

Endereço da Unidade de Saúde:.....

.....Tel.:().....

Município:UF:.....

Cargo/ Função:

PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA NÃO PERTENCENTE A EQUIPE NASF:

Tipo de inserção (*Equipe Saúde da Família, Ribeirinha, Fluvial, Gestão, etc.*):

.....

Unidade de Saúde ou Coordenação a que pertence:

Endereço da Unidade de Saúde ou Secretaria:

.....Tel.:().....

Município:UF:.....

Cargo/ Função:

ANEXO G – Carta de inserção do programa VAMOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
Campus Universitário- Trindade- Florianópolis/SC- CEP 88040-900
Email: vamos@contato.ufsc.br

Florianópolis, XX de XXX de 20XX

Prezado(a) Senhor(a) Multiplicador(a),

Antes de tudo, gostaríamos de agradecer a compreensão em aguardar nosso contato. É com entusiasmo que daremos início ao processo de implementação do Programa VAMOS (Vida Ativa Melhorando a Saúde) no seu local de trabalho e, para que isso se concretize, é necessário que o(a) senhor(a) confirme o interesse em aplicá-lo.

É importante que o gestor do seu município esteja de acordo e, para o efeito, deve assinar uma carta de anuência conforme o modelo enviado. Além disso, é necessário que o(a) senhor(a) nos forneça alguns dados indispensáveis para que possamos acompanhá-lo neste percurso da melhor forma possível.

A partir desta confirmação estaremos preparados para enviar-lhe o material didático do Programa, cartazes, panfletos, cartões-convite e outros materiais e informações relevantes para sua implementação.

Não hesite em nos contactar em caso de dúvidas (vamos@cotato.ufsc.br).

Coordenação do Programa VAMOS

Profa. Dra. Tânia R. Bertoldo Benedetti (tania.benedetti@ufsc.br)

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech (cassiano.rech@ufsc.br)

