



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

Sofia Wolker Manta

**Processo de facilitação para as práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária  
à Saúde do Sistema Único de Saúde: evidência baseada nas práticas**

Florianópolis, SC

2022

Sofia Wolker Manta

**Processo de facilitação para as práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária  
à Saúde do Sistema Único de Saúde: evidência baseada nas práticas**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação  
em Educação Física da Universidade Federal de  
Santa Catarina para obtenção do título de  
Doutora em Educação Física.

Orientadora: Prof.(a) Tânia Rosane Bertoldo  
Benedetti, Dr.(a)

Florianópolis, SC

2022

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

Manta, Sofia Wolker

Processo de facilitação para as práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde: : evidência baseada nas práticas / Sofia Wolker Manta ; orientadora, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, 2022. 258 p.

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

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atividade Física. 4. Ciência da implementação. 5. Profissionais de saúde. I. Benedetti, Tânia Rosane Bertoldo . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Sofia Wolker Manta

**Processo de facilitação para as práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde  
do Sistema Único de Saúde: evidência baseada nas práticas**

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

Prof. Fabio Almeida, Dr.

Health Promotion of University of Nebraska Medical Center Omaha, NE, US

Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Priscila Missaki Nakamura, Dra

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus  
Muzambinho.

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Dedicatória  
À minha família!

## AGRADECIMENTOS

Com muita alegria encerro esse período de doutorado com o sentimento de dever cumprido. Sem dúvida foram muitas as pessoas e os locais que deixarão lembranças boas e a sensação de gratidão deste percurso.

Em especial, agradeço à minha família, meu pai José Francisco, minha mãe Sônia Regina, minhas irmãs Juana e Manuela, minha sobrinha/afilhada Marina e meus cunhados Lucian e João. Meu noivo Henrique que sempre esteve no apoio e me ajudando no que fosse preciso. Além das minhas duas outras famílias de sangue: Wolker Fava e Bouchacourt Manta; e a família de coração Souza Rios. Obrigada pelo amor de sempre!

Minha orientadora Tânia Benedetti, uma gratidão imensa pelas orientações, amizade e profissionalismo que tanto me orgulha e, certamente, se tornou uma referência para minha vida profissional. Obrigada!

Aos professores (as) da banca de defesa, Fabio Almeida, Priscila Nakamura, Cassiano Rech, Thiago Matias e Rafael Tassitano pela leitura da tese, contribuições e conhecimentos compartilhados.

À minha amiga Paula Sandreschi pela companhia incansável nas viagens da pesquisa, nas trocas de conhecimentos, nos aprendizados, pela amizade e irmandade que levarei para a minha vida. Obrigada!

Aos meus amigos (as) que estiveram presentes perto ou longe, em especial, Gaia e Marcelo, Marina Christofolletti e Felipe Mendes, Ivan Rodrigues, Timbó, Ana Belther, Marza Petrarca e Luiz Crema. Aos amigos de Jaraguá do Sul/SC, Carla e Luiz Demarchi, Bruno Otto e Laisa, Ivo e Juliana e aos da Casa Gaúcha (Mari, Pettine, Fer, Lucas, Vanderson, Tabata, Ricardo, Maiara, Guto e Carol), por cuidarem da minha família (Henrique e Lakinha) nas minhas ausências. Muito obrigada!

Aos profissionais de saúde e gestores que nos receberam em cada município e que nos oportunizaram conhecer sobre as suas experiências profissionais com as Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde.

À Universidade de Santa Catarina (UFSC), ao Centro de Desportos (CDS), em especial ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, ao Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NUPAF) e ao Laboratório de Estudos em Ambiente, Mudança de Comportamento e Envelhecimento (LAMCE) pela oportunidade de aprendizado de alto nível de conhecimento e pelas experiências acadêmicas e profissionais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)- DS e à Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pela concessão de bolsa de nível doutorado. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio concedido em edital público de pesquisa, tendo como financiador o Ministério da Saúde do Brasil.

Ao Departamento de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, em especial a Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física (CGPROAF) pela experiência fantástica nesses três anos na gestão federal da Atenção Primária à Saúde e que muito contribuiu para as reflexões e a entrega do documento de tese. Um agradecimento especial para Fabiana Cavalcante, Gaia Claumann, Jean Guimarães, Lorena Magalhães, Danielly Santana, Daniel Petreça, Célia Santos, Paula Sandreschi, Dalila Tusset, Tuanny Ramos, Daniel Rocha, Deborah Lacerda e Marcos Alves.

Muito obrigada!

## RESUMO

O estudo teve como objetivo propor um processo de facilitação para a implementação Práticas Exitosas de Atividade Física (PE-AF) por profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo é parte da Pesquisa Saúde a Partir de Práticas Exitosas (SAFE), delineado como um método misto, do tipo estudo de múltiplos casos. Foram selecionadas 10 PE-AF, com base em dados secundários, para visita *in loco* em cinco regiões do país. Foram convidados profissionais facilitadores e profissionais das equipes para responderem a uma entrevista semiestruturada. Um formulário de observação sistemática foi elaborado para levantamento das informações a serem observadas nas práticas visitadas. Os profissionais facilitadores foram selecionados de forma intencional e os profissionais da equipe pelo método *snowball sampling*. A coleta de dados foi de julho a novembro de 2019. Para análise das informações foi adotada a análise qualitativa dedutiva e frequência absoluta e relativa, quando aplicável. Participaram das entrevistas 51 profissionais de saúde, destes 10 eram os facilitadores. A maior parte das atividades eram realizadas nos polos do Programa Academia da Saúde (PAS), três em locais cedidos/alugados em parceria público-privado e três em praças e áreas abertas. Dentre as 10 práticas visitadas, quatro foram diagnosticadas com alto grau de implementação para os elementos de evidência, contexto e facilitação. Os profissionais relataram 181 tipos de barreiras para a implementação das PE-AF. Aproximadamente, 20% das barreiras eram sobre o contexto organizacional (n=40; 22,1%) e sobre os destinatários-participantes (n=36; 19,9%). Foram 661 facilitações identificadas para a implementação PE-AF, sendo em torno de 20% direcionadas para a evidência (n=146) e para o contexto local (n=118). Quatro perfis dos profissionais facilitadores foram identificados, sendo três internos à equipe local (facilitador especialista; gestor especialista e mediador interdisciplinar) e um externo (mediador externo). Pelo menos quatro PE-AF tinham o profissional facilitador como gestor especialista. O processo de facilitação foi proposto com 52 ações de facilitações, respondendo às questões de quando devem ser implementadas, quem deve implementar, como implementar e possíveis barreiras a serem superadas. Sendo assim, o processo de facilitação foi elaborado com base nas evidências baseadas nas práticas da APS brasileira e em estruturas de avaliação da ciência da implementação. O processo requer a presença de um profissional facilitador, com a participação da gestão local e dos profissionais da equipe, de modo a favorecer o alto grau de implementação na APS.

**Palavras-chave:** Barreiras. Facilitações. Atividade Física. Atenção Primária à Saúde. Profissionais de saúde. Implementação. Método misto.

## ABSTRACT

The study aimed to propose a facilitation process for the implementation of Best Practices for Physical Activity (BP-PA) by health professionals in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (UHS). The study is part of the research 'Health based on Best Practices (SAFE)', designed as a mixed-method, multiple-case study type. There was a selection of 10 BP-PA, based on secondary data, for on-site visits in five regions of the country. Facilitators and team professionals were invited to respond to a semi-structured interview. A systematic observation form was designed to collect the information to be observed in the practices visited. The facilitators professionals were selected intentionally and the team professionals by the snowball sampling method. Data collection was from July to November 2019. For the analysis of the information, deductive qualitative analysis and absolute and relative frequency were adopted. Fifty-one health professionals participated in the interviews, of which 10 were facilitators. Most of the activities were carried out in the centers of the Academia da Saúde Program, three in assigned/rented locations in a public-private partnership and three in squares and open areas. Among the 10 practices visited, four were diagnosed with a high degree of implementation for the elements of evidence, context, and facilitation. Professionals reported 181 types of barriers to the implementation of BP-PA. Approximately 20% of the barriers reported were about the organizational context (n=40; 22.1%) and about the recipient-participants (n=36; 19.9%). There were 661 types of facilitations identified for the BP-PA implementation, with around 20% being directed to evidence (n=146) and to the local context (n=118). Four profiles of facilitators professionals were identified, three of which were internal to the local team (specialist facilitator; specialist manager and interdisciplinary mediator) and one external (external mediator). At least four BP-PA had the facilitators professionals as a specialist manager. The facilitation process was proposed with 52 types of facilitations, answering the questions of when they should be implemented, who should implement, how to implement and possible barriers to be overcome. Therefore, the facilitation process was built on evidence based on Brazilian PHC practices and on implementation science assessment frameworks. The process requires the presence of a facilitator professionals, with the participation of local management and team professionals, to favor a high degree of implementation in PHC.

**Keywords:** Barriers. Facilitations. Physical activity. Primary Health Care. Health professionals. Implementation. Mixed method.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde que são operacionalizados na Atenção Primária à Saúde do Brasil. ....	27
Figura 2. Mapa conceitual do processo de facilitação para a implementação de uma Prática Exitosa de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.....	58
Figura 3. Etapas de procedimentos de coletas de dados da pesquisa principal. Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE). Brasil, 2017-2020.....	60
Figura 4. Protocolos adotados para uso de dados da pesquisa principal-SAFE e procedimentos de coletas de dados do estudo.....	69
Figura 5. Descrição da apresentação dos resultados do estudo, conforme ordem dos objetivos específicos e dos dados secundários.....	86
Figura 6. Diagnóstico de facilitação das Práticas Exitosas de Atividade Física da Atenção Primária à Saúde. Traduzido de Hill et al 2017.....	118
Figura 7. Temas sobre as barreiras para implementação, conforme a classificação dos relatos dos profissionais entrevistados sobre as dimensões do RE-AIM e os atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física, para cada unidade de análise do i-PARIHS.....	127
Figura 8. Perfil dos profissionais facilitadores, por região, das práticas exitosas de atividade física. ....	179
Figura 9. Diagnóstico situacional de facilitação para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, conforme o perfil dos profissionais facilitadores. Traduzido de Hill et al., 2017.....	181
Figura 10. Processo de facilitação para a implementação de Prática Exitosa de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.....	185
Figura 11. Processo de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único.....	201

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Definição das dimensões do RE-AIM. ....	33
Quadro 2. Análise de diagnóstico situacional sobre o grau de implementação baseado na estrutura <i>Promoting Action on Research Implementation in Health Service</i> (PARIHS). ....	37
Quadro 3. Características principais da estrutura <i>Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Service</i> (i-PARIHS). ....	40
Quadro 4. Definição dos atributos de uma prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde. ....	43
Quadro 5. Estratégias para o desenvolvimento de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2021. ....	45
Quadro 6. Perfil e características dos profissionais facilitadores com base em revisão de escopo. ....	49
Quadro 7. Descrição dos domínios da estrutura <i>Theoretical Domains Framework</i> (TDF). ....	53
Quadro 8. Descrição das questões que discriminaram uma prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde do SUS, por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI). ....	64
Quadro 9. Municípios incluídos, por região para a participação na terceira etapa da Pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas-SAFE. Brasil, 2019. ....	71
Quadro 10. Descrição dos blocos de questões para a entrevista com os facilitadores da prática exitosa (30 questões). ....	72
Quadro 11. Descrição dos blocos de questões para a entrevista com os profissionais de saúde do local da prática exitosa (21 questões). ....	74
Quadro 12. Classificação da qualidade das estruturas para conforto, limpeza, estética e segurança, bem como da presença das condições de acessibilidade ao local. ....	76
Quadro 13. Unidades de análise, temas e subtemas para a categorização das informações para diagnóstico de facilitação das práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde. ....	82
Quadro 14. Características das práticas exitosas de atividade física selecionadas para visita in loco (n=10). ....	88
Quadro 15. Descrição dos locais visitados incluídos para in loco contendo práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde (n=10). ....	92
Quadro 16. Descrição dos profissionais facilitadores participantes no estudo (n=10). ....	93

Quadro 17. Descrição dos profissionais de saúde, das equipes, participantes das entrevistas coletivas e que atuavam direta ou indiretamente na Prática Exitosa de Atividade Física (n=41). .....	94
Quadro 18. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região norte (n=2).....	98
Quadro 19. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região nordeste (n=2). ....	99
Quadro 20. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região centro-oeste (n=1). ....	100
Quadro 21. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região sudeste (n=3). ....	101
Quadro 22. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região sul (n=2). ....	102
Quadro 23. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região norte do Brasil baseado no <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (PARIHS). ....	105
Quadro 24. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região nordeste do Brasil baseado no <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (PARIHS). ....	107
Quadro 25. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região centro-oeste do Brasil baseado no <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (PARIHS). ....	110
Quadro 26. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sudeste do Brasil baseado no <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (PARIHS). ....	112
Quadro 27. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sul do Brasil, baseado no <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (PARIHS). ....	116
Quadro 28. Definição das unidades de análise e temas para a categorização das informações coletadas sobre barreiras percebidas pelos profissionais entrevistados na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. ....	120
Quadro 29. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo inovação da estrutura <i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i> (i-PARIHS).....	145

Quadro 30. Ações de facilitação para a implementação de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo contexto da estrutura <i>Promoting Action on Research Implemetation in Heatlh Service (i-PARIHS)</i> .....	155
Quadro 31. Ação de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo destinatários da estrutura <i>Promoting Action on Research Implemetation in Heatlh Service (i-PARIHS)</i> .....	164
Quadro 32. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo facilitação na estrutura <i>Promoting Action on Research Implemetation in Heatlh Service (i-PARIHS)</i> .....	172
Quadro 33. Ações de facilitação implementadas pelos profissionais entrevistados para reduzir as barreiras percebidas para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.....	174
Quadro 34. Perfil dos profissionais facilitadores das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção à Primária do Sistema Único de Saúde. ....	177
Quadro 35. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da evidência. ....	187
Quadro 36. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos destinatários. ....	191
Quadro 37. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos níveis de contexto. ....	194
Quadro 38. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da facilitação.....	198

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Qualidade das estruturas para conforto, estética, limpeza, segurança e presença de estrutura de acessibilidade aos locais das Práticas Exitosas de Atividade Física (n=10).....	96
Tabela 2. Barreiras percebidas pelos profissionais facilitadores e profissionais de saúde para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. ....	124
Tabela 3. Barreiras identificadas conforme a análise de diagnóstico de facilitação para implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. ....	131
Tabela 4. Barreiras relatadas pelos profissionais participantes das entrevistas, conforme unidades de análises (n=181).....	132
Tabela 5. Número de relatos de ações de facilitações por unidade de análise e Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (n=10).....	133
Tabela 6. Número de barreiras relatadas, conforme os perfis dos profissionais facilitadores das Práticas Exitosas de Atividade Física (n=81).....	182
Tabela 7. Número de relatos de facilitações para a implementação de Prática Exitosa de Atividade Física, por unidade de análise, conforme perfis dos profissionais facilitadores....	183

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAB	equipes de Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC	Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares
PAS	Programa Academia da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
PARIHS	<i>Promoting Action on Research Implemetation in Health Service</i>
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ACS	agentes comunitários de saúde
IAF	Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física
DCNT	doenças crônicas não transmissíveis
UBS	Unidades Básicas de Saúde
i-PARIHS	<i>Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
TDH	<i>Theorical Domains Framework</i>
SAFE	Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRI	Teoria de Resposta ao Item
PARA	<i>Physical Activity Resource Assessment</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	21
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
2.1 A OFERTA DA ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS.....	24
2.2 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA.....	30
2.3 PROCESSO DE FACILITAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA PRÁTICA EXITOSA DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS.....	46
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>59</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	59
3.2 A PESQUISA PRINCIPAL- SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS (SAFE).....	59
3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	66
3.4 CONTEXTO INVESTIGADO E PARTICIPANTES.....	67
3.5 PROTOCOLOS DE COLETAS DE DADOS.....	68
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS NAS VISITAS <i>IN LOCO</i> .....	78
3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	79
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>85</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA VISITAS 87	87
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES NAS ENTREVISTAS, DA QUALIDADE DOS ESPAÇOS E DO DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA.....	93
4.3 DIAGNÓSTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	103
4.4 BARREIRAS IDENTIFICADAS PELOS PROFISSIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	119
4.5 AS AÇÕES DE FACILITAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	132
4.6 O PERFIL DOS PROFISSIONAIS FACILITADORES DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	176
4.7 PROCESSO DE FACILITAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS.....	183
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	<b>202</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>218</b>

REFERÊNCIAS .....	220
APÊNDICE A- Questionário utilizado na pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE). .....	235
APÊNDICE B- ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS FACILITADORES.....	241
APÊNDICE C- ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS FACILITADORES.....	244
APÊNDICE D- ENTREVISTA COLETIVA COM A EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE .....	250
APÊNDICE E- MODELO FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA .....	255
APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	257
ANEXO A.....	258



## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem uma função importante no atendimento à população (REIS et al., 2019). Além de apoiar e incentivar a promoção e a proteção à saúde também trata sobre a prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação, da manutenção e do autocuidado aos comportamentos saudáveis (OPAS, 2018; REIS et al., 2019; WHO, 2018a). As intervenções de atividade física estão dentre as ações de promoção da saúde implementadas na APS e demonstram resultados positivos na redução da inatividade física (ARIJA et al., 2017; ELLIOT; HAMLIN, 2018; JAMES et al., 2017) e no risco de doenças metabólicas (ELLIOT & HAMLIN, 2018). Estudo reforça que aumentar a prevalência em 10% dos níveis de atividade física da população reduz 0,4% os custos em internações em até dois anos, e 1% os custos ambulatoriais em até três anos (SATO et al., 2020).

Políticas internacionais voltadas à promoção da saúde alertam profissionais, gestores, formuladores de políticas e comunidade para recomendações individuais e de gestão, de modo a incentivar comportamentos saudáveis (BREDA et al., 2018; DAVIS; CRUZ; KOZOLL, 2017; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018; WHO, 2018a).

No Brasil, é de responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, fomentar estratégias, programas e ações em saúde no território nacional por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a). A PNAB é operacionalizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) na composição mínima de profissionais para atendimento ao território, além da composição de outras equipes de Atenção Básica (eAB) que são formadas a depender das necessidades locais como: Equipe de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dentre outras (BRASIL, 2017a).

Nessa direção, demais documentos nacionais que integram a APS como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2017a). Dentre os programas presentes na APS, desde 2011, o Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído com o objetivo de fomentar a promoção da saúde e a produção do cuidado diante a implantação de polos com oferta de ações pelos profissionais de saúde vinculados aos territórios, sendo parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2019). No país são aproximadamente 1.356 municípios brasileiros, com pelo menos um polo em funcionamento (BRASIL, 2020). Em análise temporal (2015-2017), as práticas de atividades físicas são as ações ofertadas com maior frequência nos polos, seguido de alimentação adequada e saudável

(MANTA et al., 2019). Outro programa também vinculado à APS, é o Programa Saúde na Escola (PSE) que tem adesão de 97,3% dos municípios brasileiros, no último ciclo (2021/2022) com a pactuação de aproximadamente 23.426.003 estudantes (BRASIL, 2022a). Recentemente, foi publicado o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, com as primeiras recomendações de atividade física por ciclos de vida, para as pessoas com deficiência, para as gestantes e mulheres no pós-parto e, ainda, com recomendações para a educação física escolar (BRASIL, 2021a). Outro documento desse Guia traz as recomendações para gestores e profissionais de saúde contendo estratégias por meio de ações inter e intrasetoriais, para o monitoramento, a avaliação, a disseminação e a implementação do documento nos territórios (BRASIL, 2021b).

Com base nisso, a oferta de atividade física na APS é reconhecida como um eixo prioritário, o que também move ações intersetoriais como o caso do PSE (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019; BRASIL, 2022a). Em se tratando do PAS, estudos de efetividade e avaliabilidade têm sido desenvolvidos para avaliar os efeitos da implementação das ações no cenário nacional (MALTA; MIELKE; COSTA, 2020). Da mesma forma, demais intervenções voltadas à atividade física, com oferta aos usuários da APS, também são investigadas (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; MEURER et al., 2019; RIBEIRO et al., 2017). No entanto, o levantamento desses dados não destaca como é realizada a incorporação dessas implementações no processo de trabalho dos profissionais nos locais. Em sua maioria, essas intervenções de atividade física na APS fazem parte de pesquisas científicas desenvolvidas em parceria com Universidades e é desconhecida a sustentabilidade dessas intervenções (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Ademais, pouco se investigou sobre as diretrizes dos programas, como a replicabilidade e a sustentabilidade no cenário nacional por meio de um processo de trabalho planejado e incorporado na rotina dos serviços (MALTA; MIELKE; COSTA, 2020).

Por isso, parte-se do pressuposto de informar evidências baseadas nas práticas locais, na tentativa de identificar quais as práticas de atividade física comumente são implementadas no contexto real, o que compõem essas práticas, de que forma são planejadas, sistematizadas, avaliadas e quais são as barreiras e facilitações percebidas (BRITO et al., 2018; DAVIS; CRUZ; KOZOLL, 2017). Devido à ausência no cenário nacional de orientações para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS e, até mesmo, para recomendar estratégias com base nos diferentes contextos regionais, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com o Ministério da Saúde, publicou as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,

2021c). O conceito de prática exitosa de atividade física na APS é toda ação que promove aumento da atividade física do participante por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove a participação e autonomia (BRASIL, 2021c). A elaboração do conceito foi conduzida pela Pesquisa Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas que tem seu processo metodológico publicado em estudo prévio (BENEDETTI et al., 2020a).

Nesse caso, parte-se de um trocadilho, entre práticas baseadas em evidências para evidências baseadas nas práticas com o intuito de valorizar o que de real acontece enquanto prática nos contextos analisados (AMMERMAN; SMITH; CALANCIE, 2014). Diante disso, pretende-se compreender as demandas dos contextos para que uma implementação seja bem-sucedida e sustentável nos locais e, conseqüentemente, replicáveis considerando o processo de implementação. Sabe-se que para implementar intervenções na APS são considerados múltiplos fatores, desde os relacionados aos comportamentos dos envolvidos (por exemplo, profissionais de saúde, gerentes, administradores) (CRANLEY et al., 2017; RAMANATHAN et al., 2018), até os organizacionais, na qual influenciam o comportamento dos profissionais de saúde (GLASGOW et al., 2019; HILL et al., 2017).

Por isso, o conceito de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS está interligado às estruturas e ferramentas disponíveis pela ciência da implementação, como parte da avaliação e do diagnóstico situacional (FLANNERY; ROTONDO, 2016). Dentre as estruturas, na presente tese, o RE-AIM foi utilizado para avaliar, de forma retrospectiva os níveis individuais e organizacionais para o sucesso de uma intervenção (GLASGOW et al., 2019). O RE-AIM tem como elementos essenciais as dimensões do alcance (*Reach*), da eficácia (*Effectiveness/Efficacy*), da adoção (*Adoption*), da implementação (*Implementation*) e da manutenção (*Maintenance*) (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; GLASGOW et al., 2019). Além desta, outra estrutura é combinada para compreender e explicar o porquê as intervenções são ou não bem-sucedidas, nomeada *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS) (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998). Para isso, entende-se como essencial conhecer sobre a evidência na qual a prática está embasada, sobre os destinatários (participantes e profissionais das equipes), sobre o contexto (local, organizacional e de sistema) e sobre a facilitação (dependente de um profissional facilitador) como o elemento mais ativo no processo de implementação (HARVEY; KITSON, 2015b).

Nessa direção, ainda são limitados os estudos que têm como objetivo identificar, a partir de um diagnóstico situacional, o que funciona (e não funcionou), o que fazer, como fazer e com quem fazer (HILL et al., 2017; KOSOWAN et al., 2019). Em grande parte, as barreiras são

identificadas, mas pouco se sabe sobre as facilitações necessárias para minimizar essas barreiras. Assim, o perfil dos profissionais facilitadores e as características do contexto, ao que parece são os que contribuem para maior adesão (CRANLEY et al., 2019; LION et al., 2019). Há na literatura inúmeras barreiras para a implementação de intervenções na APS como, a falta de conhecimento dos profissionais, a falta de recursos e tempo disponível (BELIZAN et al., 2019). Enquanto isso, os estudos mencionam a disponibilidade de espaços físicos e de equipamentos, o apoio da gestão, a participação de outros profissionais de saúde e o apoio dos usuários como fatores favoráveis para facilitar a implementação (MORENO-PERAL et al., 2015; PLAETE et al., 2015; SEWARD et al., 2017; SIMMAVONG; HILLIER; PETRELLA, 2019). A formação profissional, o perfil dos profissionais facilitadores para gerenciar as práticas exitosas e a garantia de subsídios que aprimorem as relações multiprofissionais tendem a fortalecer a APS na saúde pública (TASCA et al., 2020). Conseqüentemente, práticas sustentáveis no âmbito da APS e que sejam inovadoras para os usuários têm o potencial de promoverem o aumento da atividade física, participação e autonomia dos envolvidos, como também a manutenção dos comportamentos saudáveis (MEURER et al., 2019).

Sendo assim, propor um processo de facilitação auxiliará na identificação dos caminhos para tomada de decisão pelos profissionais de saúde e demais envolvidos na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física. Para isso, é necessário reconhecer as demandas e os recursos dos locais (inovação, destinatários e contexto) e o perfil do profissional facilitador para conduzir as mudanças apropriadas. O processo de facilitação poderá ser utilizado para subsidiar as ações de educação permanente, de capacitações e de qualificações dos profissionais da saúde na APS nas diferentes regiões do país.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar e propor um processo de facilitação para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física, por profissionais de saúde, na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar o grau de implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar as barreiras para implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar as facilitações para implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar o perfil dos profissionais de saúde responsáveis pelo gerenciamento das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde;

## 1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS

### 1.2.1 Termos conceituais

São termos conceitualmente definidos na literatura científica e que sustentam a base teórica da presente tese, sendo eles:

- Atenção Primária à Saúde (APS): um nível básico de assistência médica que inclui programas direcionados à promoção da saúde, diagnóstico precoce de doença ou incapacidade e prevenção de doenças. Os cuidados primários de saúde são prestados na comunidade para pessoas que vivem em uma área geográfica específica. Em qualquer episódio de doença, é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde (OPAS, 2018).
- Barreiras: estão relacionadas às dinâmicas de trabalho percebidas no processo organizacional (inter e intrasetorial), nos recursos (materiais, físicos, tecnológicos e humanos) e no contexto

(cultural, social e econômico) que dificultam e/ou limitam a implementação de uma determinada ação (NATHAN et al., 2018). Na presente tese esse conceito foi operacionalizado para definir o termo ‘barreiras para a implementação de práticas exitosas de atividade física na APS’ percebidos pelos profissionais de saúde das equipes e pelos profissionais facilitadores para a implementação de práticas exitosas de atividade física na APS.

- Evidência baseada na prática: tem como foco pesquisas comunitárias para a obtenção de resultados práticos e úteis às populações-alvo a fim de gerar evidências do que ocorre nas práticas, considerando os contextos organizacionais para a disseminação de programas (AMMERMAN; SMITH; CALANCIE, 2014).

- Facilitação: é um elemento ativo que age ações e estratégias para modificar as intervenções de acordo com os recursos dos locais e devem ser apropriadas para permitir mudanças bem-sucedidas e sustentáveis (CRANLEY et al., 2017). A operacionalização da facilitação é realizada por um profissional facilitador, com características, habilidades e perfil bem definido, de modo que as estratégias sejam implementadas em busca de melhores resultados.

- Intervenção: políticas e estratégias que favoreçam mudanças de comportamento saudáveis para redução dos riscos à saúde (BRASIL, 2017b). Para isso, programas ou projetos são fomentados com o intuito de oferecer ações educativas em alimentação saudável, espaços públicos para prática de atividades físicas, dentre outros por meio de construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo a organizações de redes sociais (CARVALHO; BUSS, 2008). Para a operacionalização desse termo será definido como “intervenções de atividades físicas”.

- Prática baseada em evidência: representa um processo racional e linear na tomada de decisão, assumindo principalmente que, quando houver evidência 'boa', os indivíduos a usarão, desde que tenham as habilidades necessárias e conhecimento para fazê-la (HARVEY; KITSON, 2015a).

- Práticas Exitosas de Atividade Física na APS: uma ação que promove aumento da atividade física dos participantes por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove participação e autonomia (BENEDETTI et al., 2020a).

- Processo de facilitação: é o processo na qual é analisado as ações e as estratégias implementadas para modificar as intervenções de acordo com os recursos dos locais (inovação, destinatários e contexto). O processo requer o papel de um profissional facilitador para conduzir as mudanças apropriadas, efetivas e sustentáveis (CRANLEY et al., 2017; HARVEY; KITSON, 2015a). Para a operacionalização, o processo de facilitação é reconhecido como os caminhos percorridos para a tomada de decisão na implementação das ações e das estratégias para tornar uma prática de atividade física exitosa.

- Profissionais facilitadores: são os profissionais de saúde responsáveis por gerenciar e/ou organizar as ações entregues aos usuários no processo de facilitação. Os profissionais facilitadores têm um papel definido, com características e habilidades reconhecida pelos seus pares para apoiar a implementação no local (CRANLEY et al., 2017).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A OFERTA DA ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

A atividade física é considerada como um determinante social e condicionante de saúde (BRASIL, 1990), e iniquidades em saúde estão relacionadas e interferem na adoção e manutenção de comportamentos fisicamente ativos, como sexo, escolaridade, renda socioeconômica, local de residência e oportunidades ao lazer (LOUNASSALO et al., 2019). As estimativas sobre a frequência e a distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006-2020) revelam um declínio do tempo gasto em atividade física, conforme o aumento da idade, sexo e escolaridade da população brasileira ao longo do período (BRASIL, 2022b). Os baixos níveis de atividade física são responsáveis por diferentes agravos à saúde da população brasileira. Segundo dados de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em torno de 26,3%, 11,3% e 9,1%, no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, tem diagnóstico de hipertensão, depressão e diabetes, respectivamente (BRASIL, 2022c). Aproximadamente, 3% das mortes por diabetes *mellitus* poderiam ser evitadas se a população brasileira fosse fisicamente ativa (SILVA et al., 2019). No entanto, ainda 48,2% dos adultos apresentaram níveis insuficientes de atividade física e 57,2% e 22,4% têm excesso de peso e obesidade, respectivamente (BRASIL, 2022c).

Nessa direção, a promoção da atividade física tem sido fomentada nas agendas políticas internacionais e nacionais, de modo que sejam indutoras de ações sustentáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) liderou documentos contendo quatro objetivos como oportunizar ambientes, sociedade, pessoas e sistemas ativos como a *Global Action Plan on Physical Activity* (2018-2030) (WHO, 2018b). Esse documento recomendou 20 ações políticas aplicáveis a todos os países, tendo a abordagem de múltiplos determinantes culturais, ambientais e individuais da inatividade física. Outro documento internacional, retratou o papel da Organização das Nações Unidas (ONU) na conformação de uma agenda em prol de políticas e ações capazes de contribuir com a agenda do Desenvolvimento Sustentável para 2030 para a nação (ONU, 2015). Nesse sentido, os múltiplos benefícios da atividade física contribuem para alcançar os objetivos compartilhados, as prioridades políticas e a ambição da Agenda 2030 (ONU, 2015). As recomendações atualizadas da OMS reforçam as recomendações globais sobre os benefícios no aumento da atividade física em diferentes fases e condições de vida, além da redução do



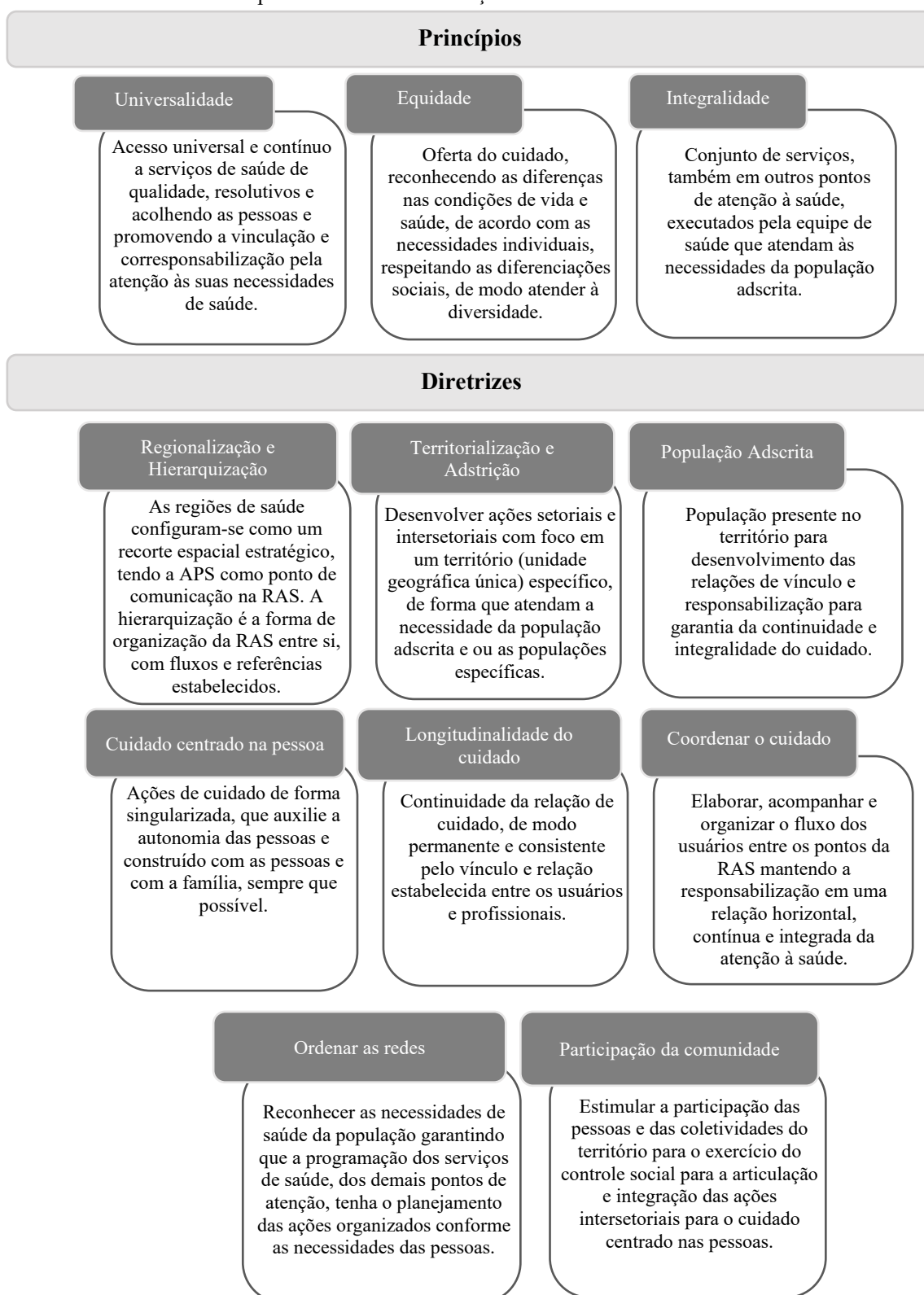
comportamento sedentário, para que os países e os formuladores de políticas direcionem seus planos e diretrizes nacionais (WHO, 2022). Ao longo dos anos, foram diversos os países que elaboraram seus guias nacionais com recomendações de atividade física como Austrália, Estados Unidos da América (EUA), Nova Zelândia, dentre outros (AUSTRALIAN GOVERNMENT., 2013; NEW ZEALAND, 2017; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018). No Brasil, em 2021, o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (Guia) foi lançado também com conteúdo para incentivar comportamentos fisicamente ativos nos diferentes ciclos de vida, crianças (0 a 5 anos), jovens e adolescentes (6 a 17 anos), adultos (18 a 59 anos) e idosos (acima de 60 anos), além do enfoque de recomendações para as pessoas com deficiência, as gestantes e mulheres no pós-parto e para a educação física escolar (BRASIL, 2021a). O Guia também fornece um documento complementar com recomendações para gestores e profissionais da saúde contendo estratégias para que sejam implementadas ações de promoção da atividade física nos territórios de modo inter e intrassetorial (BRASIL, 2021b). De modo geral, o Guia traz a atividade física como um comportamento humano que não depende de uma decisão pessoal, mas está relacionado aos diferentes domínios como o lazer, o deslocamento, o trabalho ou estudo e as tarefas domésticas (BRASIL, 2021a).

A atividade física está alicerçada nas políticas públicas brasileiras conforme a Lei n 8.080/1990, quando reconhece a atividade física como um determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013). Além disso, a atividade física também está inserida como tema prioritário da PNPS (BRASIL, 2014) e contida no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030), com meta prevista para aumentar a prevalência de atividade física no tempo livre em até 30% (BRASIL, 2021d).

Com base nestes marcos legais da saúde brasileira e como meio de reduzir as iniquidades em saúde a promoção da atividade física traz para a APS um destaque importante. A APS como parte da RAS e como porta de entrada no setor na saúde tem o potencial de direcionar as ações e a melhoria da qualidade de vida da população (ISPAH, 2017; OPAS, 2018; WHO, 2018b), devido a sua capacidade de capilarização e cuidado integral à saúde (MORENO-PERAL et al., 2015). A APS é coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, o que denota em sua função o papel de garantir o acesso às ações e práticas sanitárias que envolvem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento, com capacidade resolutive de até 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2017a).

Os princípios e diretrizes do SUS e da RAS que são operacionalizados na APS estão presentes na Figura 1, assim como estão presentes em todos os programas que integram a rede e a APS.

Figura 1. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde que são operacionalizados na Atenção Primária à Saúde do Brasil.



Fonte: (BRASIL, 2017a).

A APS atua onde as pessoas vivem e, por isso, seu alto grau de descentralização. Para o alcance do seu objetivo é imprescindível a vinculação dos profissionais com a comunidade e vice-versa, de modo que sejam garantidos a acessibilidade e a longitudinalidade do cuidado

(BRASIL, 2017). Nesse sentido, a APS conta com a conformação de profissionais por meio da ESF, na qual compõem eSF composta por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família; auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais que poderão agregar a equipe mínima são: os dentistas, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e agentes de combate às endemias.

As equipes multiprofissionais e interdisciplinares do NASF-AB também fazem parte das eAB nos territórios (BRASIL, 2017a). Dentre os profissionais que compõem as equipes NASF-AB, conforme o Código Brasileiro de Ocupações-CBO estão: médicos acupunturistas, ginecologistas/obstetras, homeopatas, pediatras, psiquiatras, geriatras, internistas (clínica médica) e do trabalho; médico veterinário; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2017a). A equipe multiprofissional tem o papel de atuar de maneira integrada e participar de planejamentos em conjunto com as eAB, por meio da ampliação das ações de clínica. Na mesma direção, as equipes do NASF-AB devem realizar discussão de casos e de processo de trabalho com as equipes do território, conduzir atendimento individual e compartilhado, interconsulta, construção de forma colaborativa dos projetos terapêuticos, da educação permanente, além de abranger intervenções para todos os ciclos de vida, e da coletividade, por meio de ações intersetoriais para a prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Diante dessa conformação do NASF-AB, as ações de atividade física têm sido introduzidas na APS por intermédio da atuação multiprofissional no território, em especial, na vinculação dos profissionais de educação física (BRASIL, 2012) e na implantação dos polos do PAS (BRASIL, 2016). No PAS, enquanto uma estratégia nacional, tem contribuído para o desenvolvimento das ações direcionadas ao autocuidado e modos de vida saudáveis em busca da equidade de acesso em espaços qualificados, onde as equipes multiprofissionais têm papel fundamental na implementação do processo de trabalho (MALTA et al., 2014). Mais recentemente, a instituição do Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF), na APS, teve como objetivo aumentar a vinculação dos profissionais de educação física e a oferta de ações de atividade física (BRASIL, 2022d). O objetivo do IAF foi contribuir para o aumento dos níveis de atividade física da população e para a redução dos agravos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de fortalecer a atividade física como parte importante do cuidado integral à saúde.

No entanto, alguns estudos mostraram que o conhecimento dos usuários sobre a existência da oferta de práticas de atividades físicas na APS ou sobre os programas públicos para essa finalidade é baixo (FERREIRA et al., 2019; RAMALHO et al., 2014). Além disso, mais de 30% dos usuários entrevistados relataram não se interessar pelas práticas oferecidas, sendo a falta de tempo uma das principais barreiras para a participação nos programas (FERREIRA et al., 2019). Outro estudo mostra que o tempo de permanência dos usuários em programas de intervenção na APS não ultrapassam dois anos e a maioria desiste no primeiro ano. Além disso, os resultados também mostraram que os adultos e os idosos são os que mais aderem (MONTEIRO; SILVA, 2014).

Em revisão sistemática, as intervenções com foco na atividade física no SUS foram conduzidas em maior número na região sudeste e atendem ao público de adultos (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Outro estudo evidenciou, por inquérito telefônico, que uma em cada dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) (n= 1.251) consultadas tem alguma intervenção de atividade física (GOMES et al., 2014). Esses resultados mostraram que os grupos de caminhadas foram mais frequentes, sendo os encontros realizados no turno da manhã, pelo menos vez na semana e com duração de 30 minutos (GOMES et al., 2014). Na mesma direção, estudo realizado no PAS, em três anos do monitoramento do programa (2015, 2016 e 2017), os adultos e idosos foram mais atendidos e as práticas corporais e atividade física (~ 90,0%) foram mais frequentes, se comparadas as outras ações como alimentação saudável (~ 80,0%) (MANTA et al., 2019). Outra evidência apresenta que protocolos de avaliação, acompanhamento e, especialmente, o tipo ou forma de aconselhamento sobre práticas de atividade física são ausentes para os usuários da APS no Brasil (MORAES et al., 2019). O aconselhamento sobre atividade física variou de 11,8% a 95,0% entre os profissionais médicos e, 4,5% a 61,6% dos usuários relataram receber algum tipo de aconselhamento (MORAES et al., 2019). Outros estudos revelam que a implementação de ações de atividade física na APS tem mostrado resultados efetivos para a melhora na percepção da qualidade de vida, satisfação com a vida e convívio social (FERNANDES et al., 2017) e no aumento dos níveis de atividade física (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; FLORINDO et al., 2016; MEURER et al., 2019).

Nesse sentido, há poucas evidências sobre intervenções eficazes que traduzem as descobertas de ensaios clínicos randomizados para as condições reais comunitárias, o que têm sido um grande desafio dos pesquisadores e das políticas públicas (DIPIETRO et al., 2019; ESTABROOKS et al., 2019). Além disso, em grande parte os estudos foram conduzidos por pesquisadores ou desenvolvidos por tempo determinado, com apoio das equipes

multiprofissionais, mas sem transferência do conhecimento para o território (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Em alguns casos, a sustentabilidade das intervenções de atividade física pode ser dificultada pela ausência de materiais, espaços físicos ou estruturas adequadas (QUEIROGA et al., 2016). Além, pela dificuldade de transferir ou inserir no processo de trabalho dos profissionais os elementos centrais das ações para o alcance dos resultados desejados (LEVITON et al., 2010). Para isso, torna-se necessário a avaliação de intervenções de atividade física no contexto da APS, a fim de aprimorar os processos de trabalho dos profissionais envolvidos e auxiliar na implementação de facilitações para que tenham práticas exitosas. No tópico a seguir será tratado sobre as estruturas de avaliação, baseados na ciência da implementação, que foram utilizadas para avaliação das práticas exitosas de atividade física na APS.

## 2.2 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA

As práticas baseadas em evidências representam um processo racional e linear na tomada de decisão, assumindo principalmente que, quando houver evidência 'boa' os envolvidos a usarão, desde que tenham as habilidades necessárias e um conhecimento para fazê-la (HARVEY; KITSON, 2015a). Por isso, as intervenções em saúde, em especial se tratando de práticas de atividade física, devem ser avaliadas para identificar futuras adequações, adaptações e novos delineamentos para atingir resultados desejados (GLASGOW et al., 2019; LEVITON et al., 2010). As avaliações contribuem para dar suporte e apoiar a tradução do conhecimento das práticas baseadas em evidências (GRANDES et al., 2017; HANSON; JONES, 2017), assim como observado para as ações de atividade física (HARDEN et al., 2019; LION et al., 2019).

Diante disso, as práticas baseadas em evidência aprimoram as ações e as atuações profissionais para uma implementação bem-sucedida (BROWNSON et al., 2012; ERWIN et al., 2014; HARDEN et al., 2019). Ainda são reduzidos os estudos de avaliação em países de baixa-média renda (ex.: conhecimento, acesso e uso) (DERUYTER et al., 2018), diante dos desafios para traduzir as práticas de pesquisa. Além das dificuldades de compreender as razões do porque umas são facilmente adotadas pelos profissionais e outras não (GLASGOW et al., 2019; LEFLER; JONES; HARRIS, 2018; LION et al., 2019).

A ciência da implementação é uma área de estudo que tem como propósito investigar a viabilidade de estratégias, o grau de implementação real, a influência potencial dos determinantes contextuais, a resposta dos participantes e o impacto dos resultados obtidos

(FLANNERY; ROTONDO, 2016; KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998; MICHIE, 2005). As pesquisas reforçam que a efetividade/eficácia não é suficiente para promover a adoção, se as demandas da organização, os participantes e as características da implementação não forem congruentes com os contextos (KING et al., 2020). Por isso, a ciência da implementação conta com estruturas, ferramentas e conceitos que propõem avaliação de intervenções em saúde para proceder com análises retrospectivas e/ou prospectivas para o planejamento (BIRKEN, 2017; GLASGOW, 2013; HILL et al., 2017; KIRK, 2016; KOORTS; GILLISON, 2015).

Por essa razão, a presente tese teve como base a avaliação das ações de atividade física na APS do SUS a partir do trocadilho evidências baseadas nas práticas (AMMERMAN; SMITH; CALANCIE, 2014). Pois, buscou-se compreender quais eram os elementos essenciais das práticas de atividade física na APS que as tornavam exitosas. Isso foi possível, por meio do olhar do território, dos contextos, dos perfis dos profissionais facilitadores e das evidências que embasavam a implementação dessas práticas. As evidências que os territórios produzem podem vir a facilitar a replicação das práticas exitosas, pois espera-se que sejam implementadas em um processo de trabalho bem-definido e com características favoráveis à adoção pelos profissionais e o alcance aos participantes (ESTABROOKS et al., 2019).

Assim, uma metodologia foi elaborada para identificar Práticas Exitosas de Atividade a partir das evidências baseadas nas práticas (BENEDETTI et al., 2020a). A metodologia foi delineada por meio de uma pesquisa de método misto, com uso de ferramentas de avaliação disponíveis pela ciência da implementação. Dentre as ferramentas disponíveis, a tese teve como base as dimensões do RE-AIM (GLASGOW et al., 2019) e os elementos definidos pelo (i)-PARIHS, em suas duas versões (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

Os tópicos a seguir apresentarão as definições de cada uma dessas estruturas utilizadas. Por fim, como se alinham ao conceito de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS.

### **2.2.1 O RE-AIM**

O RE-AIM é uma ferramenta que tem sido aplicada em estudos com foco na saúde pública, seja em ambientes clínicos, comunitários e corporativos e em intervenções com objetivo de mudança de comportamento em saúde (GLASGOW et al., 2019; GLASGOW, 2018; HARDEN et al., 2018). O RE-AIM serve como uma ferramenta de avaliação para o planejamento, implementação e avaliação de uma intervenção (HOLTROP; RABIN; GLASGOW, 2018; HARDEN et al., 2018). Para a avaliação dos processos internos e externos

das intervenções há cinco dimensões: alcance (*reach*), efetividade/eficácia (*effectiveness/efficacy*), adoção (*adoption*), implementação (*implementation*) e manutenção (*maintenance*) (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; GLASGOW et al., 2019). Em discussões mais recentes foram agregados à ferramenta aspectos sobre os custos das intervenções e sobre as adaptações realizadas nas intervenções (antes, durante e após a entrega aos participantes) como fatores multiníveis do contexto (GLASGOW et al., 2019). Na mesma direção, a sustentabilidade ganhou espaço como algo dinâmico e de longo prazo, a fim de compreender as mudanças necessárias para a implementação (SHELTON; CHAMBERS; GLASGOW, 2020).

Nesse sentido, o uso do RE-AIM possibilita levantar informações do que pode ser melhorado ou adaptado para que intervenções sejam eficazes e tenham impacto na qualidade de vida dos participantes (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; GLASGOW et al., 2019). De modo geral, as dimensões retratam sobre qual o público-alvo se beneficiará da intervenção (alcance); quais os comportamentos em saúde manipulados para impactos desejados (efetividade/eficácia); quem são os envolvidos na entrega da intervenção (adoção); de que forma a intervenção é dirigida aos participantes (implementação) e, quais as características organizacionais e individuais que sustentam a intervenção (manutenção).

As dimensões do RE-AIM são analisadas no nível individual e organizacional. As dimensões do alcance, da efetividade, da implementação e da manutenção são respectivas ao nível individual. Nas dimensões da adoção, da implementação e da manutenção são também analisados aspectos no nível organizacional. No quadro 1 foram apresentadas as definições conceituais de cada dimensão e seus itens específicos de avaliação.



Quadro 1. Definição das dimensões do RE-AIM.

<b>Dimensão</b>	<b>Definição*</b>	<b>Itens avaliados**</b>
<b>Alcance</b>	É um nível de avaliação individual e trata da representatividade (número absoluto, proporção) daqueles que estão dispostos a participar de uma ação comparada aos que desistem ou são potencialmente elegíveis.	Descrição da população-alvo; informações demográficas e comportamentais; método de identificação; critérios e inclusão e exclusão; estratégias de recrutamento; número de elegíveis e convidados; tamanho da amostra; taxa de participação; custo do recrutamento; utilização de métodos qualitativos para avaliar o alcance.
<b>Efetividade</b>	É um nível de avaliação individual que trata sobre o impacto das ações sobre determinados desfechos como qualidade de vida, efeitos negativos e resultados econômicos.	Resultados dos desfechos primários; Relato dos mediadores e moderadores; Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento; avaliação de qualidade de vida; consequências não intencionais; taxa de abandono da participação; custo-efetividade; avaliação qualitativa.
<b>Adoção</b>	É um nível de avaliação organizacional que trata da representatividade (número absoluto, proporção) dos profissionais que estão dispostos a implementarem a ação.	Critérios e inclusão e exclusão dos locais; número de elegíveis e convidados; número e taxa de participação dos locais; método de identificação e características dos locais; Critérios e inclusão e exclusão dos profissionais; número de profissionais elegíveis e convidados (média, taxa); nível de conhecimento dos profissionais; análise do custo para adoção.
<b>Implementação</b>	É um nível de avaliação individual e organizacional. O individual trata sobre à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção. No organizacional refere-se sobre à fidelidade dos profissionais para implementação da ação.	Teorias; número, frequência e duração dos encontros; medida com que a ação foi implementada conforme o esperado; cumprimento do planejamento proposto; Comparecimento dos participantes; medidas de custo; métodos qualitativos de avaliação.
<b>Manutenção</b>	É um nível de avaliação individual e organizacional. O nível individual são os efeitos e manutenção dos comportamentos a longo prazo pelos participantes. O nível organizacional refere-se à internalização, institucionalização ou parte das práticas de rotina do local.	Continuidade da ação; - razões para a descontinuidade; modificações e institucionalização da ação; taxa de abandono organizacional; alinhamento com as diretrizes do local; avaliação de resultados; método qualitativo de avaliação e custos.

Fonte adaptado de \*(ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013); \*\*(BRITO et al., 2018).

Apesar do RE-AIM ter sido amplamente utilizado nos mais diferentes contextos de intervenções de saúde, ainda são reduzidos os estudos que apresentam todas as dimensões avaliadas conjuntamente (HOLTROP; RABIN; GLASGOW, 2018). O uso do RE-AIM para a avaliação de intervenções de atividade física, de modo a favorecer o planejamento de intervenções para a saúde pública (BABA et al., 2017; BENEDETTI et al., 2020b; STOUTENBERG et al., 2018). No entanto, nos países da América Latina, a ferramenta ainda é pouco utilizada para avaliar essas intervenções (LEE et al., 2017). Por isso, há a necessidade de que os tomadores de decisão, os profissionais de saúde e os gestores sejam capacitados para

disseminarem programas bem-sucedidos, principalmente em países de baixa e média renda (LEE et al., 2017).

Em revisão sistemática, estudos que trataram sobre a implementação de intervenções sobre mudança de comportamento (atividade física e/ou alimentação saudável), mais da metade dos estudos (53,8%; n=14), tinham baixa qualidade (KONRAD et al., 2017). O referido estudo mostrou que os aspectos sobre a dimensão do alcance eram relatados com mais frequência (61,0%; n=16) (KONRAD et al., 2017), em detrimento às demais dimensões.

Apesar dos estudos demonstrarem a efetividade de intervenções em atividade física na APS (ELLIOT; HAMLIN, 2018; ORROW et al., 2012) são reduzidos os protocolos para a avaliação da implementação subsidiam, de forma mais pragmática, a replicação e a adaptação de intervenções em contextos distintos (FRENCH et al., 2012; KOORTS; GILLISON, 2015; LEFLER; JONES; HARRIS, 2018). Consequentemente, isso torna as práticas baseadas em evidências pouco palpáveis para os profissionais de saúde e para os gestores incorporarem em suas ações, devido à falta de informações de processo e de avaliação (ESTABROOKS et al., 2019).

Em estudo realizado na Austrália, no Estados Unidos, na China e no Brasil mostrou que implementar práticas baseadas em evidências ocorrem em menor probabilidade por conhecimento da efetividade das intervenções na China, se comparado aos profissionais dos Estados Unidos e da Austrália (DERUYTER et al., 2018). No Brasil, a implementação de intervenções era associada ao apoio da comunidade, das agências de financiamento; ou ao uso de intervenção pelos colegas; dos recursos disponíveis; da relevância da intervenção para a população e da gravidade do problema de saúde a ser enfrentado (DERUYTER et al., 2018).

Ainda, em diferentes países, a implementação de intervenções de atividades físicas tem focos e investimentos distintos (BREDA et al., 2018; FURTADO et al., 2019; HANSON; JONES, 2017). Nos Estados Membros da União Europeia (n=28), 13 países (48,1%) investiram em formação dos profissionais de saúde para aconselhamento sobre atividade física no setor saúde (BREDA et al., 2018). Na Inglaterra, cinco cidades analisaram os programas de caminhada (*Walking Cities*) e reforçaram a necessidade de maior robustez dos relatórios das agências de fomento e no processo de avaliação (HANSON; JONES, 2017). Nessas cidades, a ausência de informações como justificativas para a implementação do programa, população-alvo, métodos de recrutamento e dificuldades do planejamento dificultou a produção de evidências inovadoras para replicação (HANSON; JONES, 2017). A falta de informações sobre os motivos que justificam as descontinuidades de programas revelou a baixa capacidade em estimar com que frequência isso ocorria em diferentes países (China, Brasil, Austrália e Estados

Unidos) (FURTADO et al., 2019). Os países de baixa-média (China e Brasil) e alta renda (Austrália e Estados Unidos) foram unânimes em reconhecer que a disponibilidade de financiamento, o apoio das autoridades políticas, a liderança das agências e do público em geral eram as razões comuns para a sustentabilidade dos programas (FURTADO et al., 2019). Além disso, a baixa adoção dos profissionais de saúde, seja por razões da carga horária de trabalho, da organização dos serviços de saúde, da complexidade da implementação (GRANDES et al., 2017; ESTABROOKS et al., 2019) ou da ausência de avaliação refletem a falta de sustentabilidade de intervenções na APS (KING et al., 2020; POWELL et al., 2017). Possivelmente, a inserção de programas de formação para aconselhamento sobre atividade física, por meio de curso online ou inserido na formação inicial na medicina, enfermagem e fisioterapia podem favorecer a adoção dos profissionais envolvidos (GALAVIZ et al., 2017; BREDA et al., 2018; LEHANE et al., 2019). Isso, é um passo importante para as políticas públicas em saúde a fim de direcionar melhorias na qualidade da entrega dos serviços na APS (GUARDA et al., 2014).

### **2.2.2 *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)***

A ferramenta do *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS) foi elaborado para explicar o porquê as ações são ou não bem-sucedidas (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998). O PARIHS foi publicado com o intuito de explicitar a complexidade de uma implementação, a partir da análise do contexto (HARVEY; KITSON, 2015b). Além disso, a estrutura permite identificar elementos que influenciam os resultados da implementação (NILSEN, 2015). O PARIHS reconhecia que o processo de implementação era uma questão organizacional e não individual. Dessa maneira, partia-se da evidência como meio de identificar as pesquisas realizadas, as experiências e as preferências dos profissionais e participantes envolvidos; as estratégias de implementação requeriam um planejamento, portanto deviam ser acordadas no contexto antes de qualquer mudança e os benefícios, as desvantagens, os riscos e as perdas serem comparadas com as práticas anteriores (HARVEY; KITSON, 2015a).

No PARIHS, a implementação é analisada sob a ótica de três elementos interativos: evidência (E), contexto (C) e facilitação (F) (ULLRICH; SAHAY; STETLER, 2014). Nesse caso, uma implementação bem-sucedida era expressa em uma função, em que da “E” esperava-se informações sobre a qualidade e o tipo de evidência; do “C” suas principais características;

e da “F” a forma como a evidência foi introduzida e facilitada (ULLRICH; SAHAY; STETLER, 2014).

Em revisão sistemática, de 367 estudos incluídos, 9,5% (n=35) eram artigos de protocolos e 69,5% (255) reportaram estudos empíricos, sendo: 91 utilizado para orientar a implementação de intervenções; 92 não orientaram intervenções e 72 não eram estudos de intervenção. De modo geral, a maior parte dos estudos eram de países de alta renda (ex.: USA, 28%; Canadá, 22%; Suécia, 10% e, UK, 10%) e, apenas seis, de países de baixa-média renda (Vietnã, Tanzânia, Moçambique e Uganda) (BERGSTRÖM et al., 2012). Ainda, apenas 34 estudos foram desenvolvidos na APS.

Alguns estudos apontaram a dificuldade de o modelo responder de que forma se reconhecia uma implementação bem-sucedida e a necessidade de estabelecer metodologias mais rigorosas para análise de diagnóstico situacional das intervenções (HILL et al., 2017). Diante disso, o PARIHS dispôs de uma ferramenta para avaliar processo de implementação e classificar seus elementos como baixo, médio ou alto a depender das características observadas *in loco* (HILL et al., 2017). A chave do elemento facilitação é desenvolver estratégias para uma abordagem mais apropriada a fim de transformar uma condição fraca/ruim (ou seja, contexto fraco e/ou evidência fraca) para uma condição mais favorável (ou seja, contexto forte e evidência forte) (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998), por meio do papel de um profissional facilitador (profissional responsável pela implementação de uma intervenção no contexto desejado).

Com base na análise de diagnóstico situacional, o quadro 2 traz informações sobre as definições de cada elemento do PARIHS e de como seus subelementos podem contribuir para uma implementação bem-sucedida.

Quadro 2. Análise de diagnóstico situacional sobre o grau de implementação baseado na estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

Constructos e sub-elementos		Definição	Classificação			Exemplos
			Baixo/fraco	Médio	Alto/forte	
Evidência	<b>Pesquisa</b>	A evidência precisa ser traduzida e adaptada para que faça sentido no contexto local. Quais as informações do contexto que foram analisadas (sistemática e rigorosa) e quais as conclusões que foram tiradas.	Percebido como fraco	Percebido como descritivo	Percebido como forte, controlado, randomizado ou por recomendações.	Ex.2: O uso da internet para a implementação do sistema, mas desconhece-se pelo facilitador e a equipe o quanto estas pessoas dominam as ferramentas, assim como os pacientes
	<b>Experiência</b>	Conhecimento derivado de experiências pessoais ou clínicas de outros e que estão embutidas na prática e de natureza intuitiva; validade das evidências; julgamentos das relevâncias; consenso com os grupos similares; conclusões tiradas.	Principalmente sem apoio	Dividido ou suporte misto	Principalmente de apoio	
	<b>Preferência do participante</b>	Informações do participante incluindo experiências, preferências e percepções	Não incorpora nenhum aspecto	Incorpora alguns aspectos	Incorpora muitos dos aspectos	
Contexto	<b>Liderança</b>	Alto, médio nível e linha de frente de supervisores ou líderes de equipe com direta ou indireta influência na implementação; clareza do papel; efetividade com o grupo de trabalho; democrática inclusão das decisões no processo	Fraca organização, fraca distribuição de recursos e papéis indefinidos	Aspectos mistos de organização e recursos e papéis definidos	Forte organização, apropriada distribuição de recursos e papéis bem definidos.	Ex.2: Apoio da liderança baixo para a implementação; falta de computadores para realizar os registros; limitado o conhecimento sobre o suporte a ser dado ao paciente; falta de conhecimento sobre o autogerenciamento; disseminação da informação foi baixa.
	<b>Cultura</b>	Valores e crenças locais a respeito do local para um comportamento particular ou clínico; promover aprendizagens organizacionais; relações com os outros; reconhecimento dos valores.	Moral é fraca, consenso é sem apoio e limitadas oportunidades para inovação	Moral é misto, consenso é misto e algumas oportunidades para inovação	Moral é forte, consenso tem suporte e muitas oportunidades para inovação	
	<b>Medida</b>	Existência de um sistema ou processo para monitorar grupos ou performance ao nível individual relacionado ao comportamento particular ou prática clínica (individual, equipe e sistema); uso de múltiplos métodos (clínico, performance, econômico e experiências).	sem 'audit' de feedback ou em grupo ou da performance individual	algum 'audit' de feedback ou em grupo ou da performance individual	em progresso o sistema de 'audit' para feedback ou em grupo ou da performance individual	
Facilitação	<b>Características do profissional facilitador</b>	Exibir características de expert do local ou líder de opinião essencial para o papel de facilitador (abertura, credibilidade, autêntico). Quais características o facilitador possui e / ou por que eles foram escolhidos para cumprir o papel?	Nenhuma exposição ou elogio de credibilidade, respeito ou empatia	Alguma exposição ou elogio de credibilidade, respeito ou empatia	Existe exposição ou elogio de credibilidade, respeito ou empatia	Ex.2: O líder nomeou um integrante da equipe para ser um segundo facilitador da implementação. Isso ampliou a promoção interna da campanha e

Constructos e sub-elementos	Definição	Classificação			Exemplos
		Baixo/fraco	Médio	Alto/forte	
<b>Papel do profissional facilitador</b>	Comportamento ou ações esperadas do facilitador, incluindo a capacidade de apoiar a implementação (clareza do papel, autoridade). O papel pode ser em tarefas pontuais (contato pontual; ajuda técnica; tradicional abordagem para o ensino; apoio extensivo-baixa intensidade) ou de forma holística (parceria sustentada; desenvolvimento; aprendizagem de adultos; agentes internos e externos. Apoio limitado-alta intensidade). Barreira: atender a um papel duplo no local (crítica de que talvez o PARIHS não dê conta de atender as especulações/indagações).	Indefinido ou pouco claro, a capacidade de suporte a implementação é fraca	Vagamente definido ou pouco claro, a capacidade de suporte a implementação é limitada	Bem definido e clara, a capacidade de suporte a implementação é forte	assim energizou a equipe como um todo.
<b>Estilo do profissional facilitador</b>	Possui características que facilitam e apoiam a implementação (variedade e flexibilidade no estilo, consistência e presença apropriada). Para a tarefa (habilidades de gerenciamento de projetos; habilidades técnicas; habilidades de marketing); Holístico (co-aconselhamento; reflexão crítica; obtendo resultados; flexibilidade de papéis; realidade/autenticidade).	Restrito, inconsistente e/ou não adaptado	Alguma flexibilidade, consistência e adaptabilidade	Principalmente flexível, consistente e adaptável	

Fonte: Quadro transcrito do artigo (HILL et al., 2017).

Os estudos têm utilizado o diagnóstico situacional de implementações de intervenções a fim de identificarem os elementos essenciais para melhores resultados nos contextos de atuação dos profissionais de saúde (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998; RYCROFT-MALONE, 2004; HILL et al., 2017; YUE et al., 2022). Ao que parece, a experiência clínica, a cultura, a liderança, a avaliação e as ações para a facilitação foram elementos que tiveram alta influência para a implementação das intervenções em hospitais na China (YUE et al., 2022). Além disso, quando a evidência é alta o contexto é receptivo à mudança, usando de forma complementar as habilidades externas e internas dos profissionais facilitadores (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998). No entanto, contextos avaliados como fracos podem ser superados pela implementação de facilitações (entende-se como ações ou estratégias bem-sucedidas para alcançar melhores resultado na implementação) adequadas, mesmo que necessário maior tempo (cerca de 12 meses) para garantia de melhores infraestruturas e desenvolvimento de pessoal (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

A partir da análise de um diagnóstico situacional é possível compreender as relações dinâmicas entre os elementos para implementar um processo de facilitação de uma intervenção (HILL et al., 2017). Por isso, o PARIHS foi revisado e passou ser entendido como resultados de estratégias de bem-definidas, conduzidas por um profissional facilitador, com base na relação dinâmica da inovação, dos destinatários envolvidos e dos diferentes níveis de contexto (local, organizacional e sistema de saúde) (HARVEY; KITSON, 2015b). Assim, a ferramenta foi renomeada, em sua nova versão, como *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (i-PARIHS).

Nesse sentido, nessa versão mais atualizada, a inovação do conhecimento torna-se parte da evidência tendo como foco identificar as informações que motivaram a implementação das intervenções. Além disso, a necessidade de conhecer sobre os destinatários (indivíduos participantes e profissionais envolvidos) e sobre o contexto organizacional, local e de sistema, bem como as estratégias necessárias para o sucesso das implementações (HARVEY; KITSON, 2015b). Além disso, o i-PARIHS também reforça que contextos mais propícios às implementações bem-sucedidas estão relacionados à presença de profissionais facilitadores transformadores com características, papéis e habilidades bem-definidas (HARVEY; KITSON, 2015b).

A facilitação como um elemento ativo é entendida como um processo de ações e estratégias identificadas para modificar as intervenções de acordo com os recursos dos locais, na qual devem ser apropriadas para permitir mudanças bem-sucedidas e sustentáveis

(CRANLEY et al., 2017). No quadro 3 consta a definição de cada elemento do i-PARIHS e suas respectivas características.

Quadro 3. Características principais da estrutura *Integrated Promoting Action on Research Implemetation in Health Service (i-PARIHS)*.

Elementos do i-PARIHS	Definição	Características
<b>Inovação</b>	As evidências são um tipo de conhecimento e (novo) conhecimento é a substância que precisa ser introduzida para gerar mudança e melhoria. Por isso, a inovação do conhecimento é trazida com um foco explícito no fornecimento e aplicação de evidências de pesquisa disponíveis para informar o novo	Fontes de conhecimento subjacentes; clareza; difusão da inovação: (1) <i>Complexity</i> ; (2) <i>Compatibility</i> ; (3) <i>Relative advantage</i> ; (4) <i>Trialability</i> ; (5) <i>Observability</i> .
<b>Destinatários</b>	Refere-se as pessoas que são afetadas tanto ao nível individual quanto organizacional, ou ainda, o impacto que os indivíduos têm em aceitarem ou não uma inovação.	Motivação; valores e crenças; metas; habilidades e conhecimento; tempo, recursos, suporte; líderes de opinião locais; colaboração e trabalho em equipe; redes existentes; poder e autoridade, presença de limites.
<b>Contexto</b>	É o ambiente ou cenário em que a mudança proposta precisa ser implementada.	Nível local: apoio formal e informal à liderança; cultura; experiência passada de inovação e mudança; mecanismos para incorporar mudanças; processos de avaliação e feedback, ambiente de aprendizagem. Nível organizacional: prioridades organizacionais; suporte sênior à liderança e gestão; cultura; estrutura e sistemas; história de inovação e mudança; capacidade de absorção, redes de aprendizagem. Nível do sistema de saúde externo: direções e prioridades de políticas; incentivos e mandatos; quadros regulatórios; estabilidade (in) ambiental, redes e relacionamentos interorganizacionais.
<b>Facilitação</b>	É a construção ativa da implementação (localiza o sucesso ou não da implementação) por meio da avaliação e resposta dos destinatários dentro de um contexto particular para adotar e aplicar a inovação dentro dos contextos.	Papel (facilitador): clareza do perfil, autoridade etc.; Características pessoais do facilitador: abertura, credibilidade, autenticidade etc., processo de facilitação (conjuntos de estratégias e ações para permitir a implementação).

Fonte adaptado de (HARVEY; KITSON, 2015b).

O elemento inovação do i-PARIHS incorporado traz a ideia proposta por Everett M. Rogers sobre a difusão da inovação (*complexity, compatibility, relative advantage, trialability e observability*) (CRANLEY et al., 2017). No processo de facilitação esses elementos são identificados na forma como os profissionais facilitadores conduzem a implementação nas situações em que:

(a) *complexity*: apoia o desenvolvimento de conhecimentos e novas habilidades; treinamento contínuo para as habilidades para atuar como profissional facilitador, uso de



múltiplas estratégias para capacitar outros líderes, atua de forma bidirecional sendo proativo e dinâmico;

(b) *compatibility*: mobiliza os conhecimentos e habilidades existentes, adaptação das estratégias de facilitação para as necessidades do contexto local;

(c) *relative advantage*: incentiva a avaliação da ação, apresenta ideias para melhorar a base do conhecimento, cria as redes de comunicação, fornece suporte e recursos para atingir metas;

(d) *trialability*: realiza estudos de viabilidade para a implementação e faz testagens com base nos levantamentos; e

(e) *observability*: mantém a dinâmica e motiva os profissionais às mudanças com reforço positivo.

A ferramenta PARIHS, em suas versões, foi incorporada na tese para compreender os processos de facilitação adotados na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física. Diante disso, o diagnóstico situacional da implementação foi utilizado para identificar as principais características da evidência, do contexto e da facilitação, como forma de entender a dinâmica, as relações interpessoais e o contexto, além das características das ações de facilitação. Apesar das práticas de atividade física terem sido classificadas como exitosas, em um processo de avaliação prévio, essa análise se deu com base em avaliação quantitativa. Por isso, a necessidade da adoção de métodos mistos para identificação dos elementos mais determinantes da implementação dessas práticas. Nesse sentido, as ações de facilitações direcionadas a um clima organizacional positivo podem contribuir para contextos com altas chances de apresentarem implementações bem-sucedidas (HILL et al., 2017; LION et al., 2019). Possivelmente, aumenta as chances de as práticas serem adotadas e apoiadas pelos profissionais de saúde dos locais (COCKER et al., 2018; FRENCH et al., 2012).

Por essa razão, por entender que a facilitação, por compreender inserida em um processo, passa a ser percebida como o elemento mais ativo. Nesse sentido, a versão do i-PARIHS é incorporada pela necessidade de verificar o perfil dos profissionais facilitadores envolvidos e de que forma as estratégias nos diferentes contextos foram negociadas, articuladas e compartilhadas para que tivessem êxito. Estudos reconhecem que as práticas profissionais na APS do Brasil requerem melhor qualidade de infraestruturas, qualificações profissionais, processos de trabalhos definidos, educação permanente e carga horária suficiente para as demandas dos serviços (GONTIJO et al., 2020). A falta de conhecimento e segurança dos profissionais de saúde para a tomada de decisão nos processos de trabalho dificultam a ação

multiprofissional, uma vez que não se tem estabelecido um fluxo de atuação e encaminhamentos de forma compartilhada (HUNTER et al., 2020; ROBERTS et al., 2021). Em contrapartida, uma vez que o contexto local e organizacional incorpora atitudes e comportamentos favoráveis apoiados pela equipe de profissionais, as ações de facilitação tendem a serem conduzidas de modo colaborativo (HUNTER et al., 2020).

Dessa forma, em um cenário da APS, as Práticas Exitosas de Atividade Física devem ser observadas sob o aspecto de processo, em que a implementação requer uma ação, sendo ativo, adaptável, flexível às necessidades das demandas dos serviços e adequado às características dos destinatários, das evidências e dos contextos.

### **2.2.3 Conceito e os atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS do SUS**

Na APS do Brasil ainda são desconhecidos conceitos ou atributos para avaliar práticas bem-sucedidas, apesar das inúmeras premiações e amostras de experiências exitosas na rede de saúde (SILVA et al., 2014; BENEDETTI et al., 2020a). Ademais, ações exitosas foram relatadas no contexto da APS com relação aos polos do PAS e outros programas locais. Porém, ainda que identificassem alguns elementos de avaliação para a implantação não houve esforços para transferir para outros estabelecimentos de saúde (GOMES et al., 2014; BRASIL, 2019b). Outros instrumentos de avaliação de programas e intervenções foram elaborados em estudos conduzidos na região nordeste, mas não replicados sob outros contextos do país para apoiar a implementação de práticas de atividade física na APS (BARROS et al., 2016).

Reconhecer uma prática exitosa requer prever elementos essenciais que identifiquem resultado bem-sucedidos, de modo que seja incorporado no processo de trabalho dos profissionais e reconhecido no contexto organizacional como algo necessário e sustentável. Apesar da ciência da implementação apresentar modelos, ferramentas e estruturas capazes de avaliar implementações bem-sucedidas em saúde são reduzidas as evidências que contribuem com estratégias factíveis para avaliar o contexto de saúde pública brasileiro (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Além disso, adotar uma análise de prática exitosa que reflita as possibilidades de implementação nas mais diversas realidades regionais do país poderá apoiar modelos de intervenções nacionais, sistemas de monitoramento, bem como qualificar a oferta de atividade física na APS.

Diante disso, houve a necessidade de elaborar uma metodologia que definisse um conceito de prática exitosa de atividade física. A metodologia foi delineada por uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com

apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil. Na elaboração do conceito houve a participação de gestores, de profissionais de saúde, de usuários e de pesquisadores das cinco regiões do país que tinham experiência na área de investigação (BENEDETTI et al., 2020a). A metodologia foi elaborada em quatro etapas e estará descrita na seção de metodologia da presente tese.

Uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS foi definida como toda “ação que promove aumento da atividade física do participante por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove a participação e autonomia” (BENEDETTI et al., 2020a). O conceito foi composto pelos atributos como autonomia, planejamento, participação, replicação e sustentabilidade (BENEDETTI et al., 2020a). A partir disso, o conceito e os atributos foram alinhados às dimensões do RE-AIM para construir uma classificação de práticas exitosas de atividade física por meio da identificação de como essas ações eram implementadas de forma retrospectiva, em diferentes regiões do país. As definições dos atributos estão apresentadas no quadro 4.

Quadro 4. Definição dos atributos de uma prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde.

Atributos	Definição	Questões abordadas	RE-AIM
<b>Autonomia</b>	Ação que promova autonomia dos participantes para o engajamento nas decisões e conhecimentos que possam contribuir para o autocuidado e corresponsabilidade com a saúde individual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fornecido algum relatório aos participantes com os resultados das avaliações físicas das ações de AF que são realizadas?</li> </ul>	Manutenção
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há um levantamento das razões que levaram os participantes a desistirem no decorrer da ação de AF?</li> </ul>	Manutenção
<b>Participação</b>	Ação que promova o engajamento e o vínculo dos usuários com o serviço, que tenha adesão e assiduidade dos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de AF?</li> </ul>	Alcance
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ação de AF que é desenvolvida atende qual faixa etária?</li> </ul>	Alcance
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de AF?</li> </ul>	Manutenção
<b>Planejamento</b>	Ação planejada de acordo com a realidade do local (como demandas do território; demandas por serviços; recursos financeiros, humanos e materiais; cultura e capacidade técnica) e de forma colaborativa (entre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos profissionais de saúde do local de trabalho estão envolvidos no desenvolvimento desta ação de AF?</li> </ul>	Adoção
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o vínculo empregatício do profissional que diretamente desenvolve a ação de AF?</li> </ul>	Adoção
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o objetivo da ação de AF?</li> </ul>	Implementação

Quadro 4. Definição dos atributos de uma prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde.

Atributos	Definição	Questões abordadas	RE-AIM
	usuários, profissionais de saúde e gestão). Que explicita para qual grupo é destinada. Além disso, possui objetivo tangível e metas mensuráveis que necessitam ser avaliadas continuamente tanto para a ação quanto para os participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há controle da frequência (assiduidade/presença) dos participantes no decorrer da ação de AF?</li> </ul>	Alcance
		<ul style="list-style-type: none"> <li>A ação de AF é desenvolvida para atender a algum grupo específico?</li> </ul>	Alcance
		<ul style="list-style-type: none"> <li>É utilizado algum instrumento para avaliar o nível de AF?</li> </ul>	Efetividade
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Quais os tipos de instrumentos que são utilizados para avaliar o nível de AF dos participantes da ação?</li> </ul>	Efetividade
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Com que frequência são aplicados esses instrumentos para avaliar o nível de AF dos participantes?</li> </ul>	Efetividade
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de AF?</li> </ul>	Implementação
		<ul style="list-style-type: none"> <li>A gestão municipal oferece algum tipo de apoio para o desenvolvimento da ação de AF?</li> </ul>	Implementação
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual tipo de apoio é oferecido pela gestão municipal?</li> </ul>	Implementação
<b>Replicação</b>	Ação descrita com clareza e aplicável em outros locais respeitando cada contexto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual a metodologia desenvolvida para a ação de AF?</li> </ul>	Implementação
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Com qual frequência a ação de AF é desenvolvida?</li> </ul>	Implementação
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual a duração da ação de AF?</li> </ul>	Implementação
<b>Sustentabilidade</b>	Ação mantida e continuada pelo local, com potencial para ser institucionalizada e capaz de aumentar a atividade física dos participantes de modo sustentável.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há quanto tempo essa ação de AF é desenvolvida no local de trabalho?</li> </ul>	Adoção
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Houve mudança na gestão municipal, no decorrer do funcionamento da ação de AF?</li> </ul>	Manutenção

Abreviação: AF: Atividade física. Fonte: (BRASIL, 2021c).

A classificação das práticas elegíveis como exitosas identificou questões que melhor responderam ao padrão esperado da implementação, considerando as 1.645 práticas cadastradas por diferentes estabelecimentos de saúde da APS no país. As categorias de resposta com maior frequência, baseadas nas questões que discriminaram a prática exitosa, determinaram a estratégia a ser implementada. Por fim, as recomendações para o desenvolvimento de uma prática exitosa apresentam oito estratégias a serem implementadas (Quadro 5) (BRASIL, 2021c). Espera-se, que as recomendações possam ser conduzidas e apoiadas por diferentes

profissionais de saúde das equipes e que as ações multiprofissionais sejam fomentadas para maior adoção e sustentabilidade no contexto.

Quadro 5. Estratégias para o desenvolvimento de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2021.

<b>Estratégias para implementação</b>	<b>Ações planejadas</b>
1- Divulgar as ações realizadas;	Divulgação pelo ACS; boca-a-boca; reuniões nas equipes; distribuição de cartazes.
2- Manter a frequência e a regularidade da oferta das ações;	Realizar a ação pelo menos duas vezes na semana.
3- Realizar avaliações;	Avaliação da atividade física e das condições de saúde.
4- Manter a regularidade nas avaliações;	Realizar a ação pelo menos duas vezes no ano.
5- Entregar os resultados das avaliações aos participantes;	Entregar e discutir os resultados com os participantes.
6- Controlar a assiduidade dos participantes;	Registrar a presença dos participantes.
7- Monitorar as razões das desistências dos participantes; e	Monitorar as ausências e desistências dos participantes.
8- Buscar apoio da gestão local.	Manter contato com a gestão local para apresentação dos resultados alcançados.

Fonte: (BRASIL, 2021c).

Sendo assim, com base no conceito e na metodologia adotada para identificar uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS foi possível atribuir uma classificação (SANDRESCHI, 2022). Essa metodologia pode ser replicada por diferentes estudos e contextos para classificar as práticas realizadas na APS e identificar quais os pontos sensíveis da implementação necessitam ser ajustados para que se torne uma prática exitosa. A partir disso, as estratégias podem ser implementadas para melhorar a classificação e os resultados a serem alcançados por meio da oferta da atividade física. No entanto, melhorar o planejamento da prática para que seja passível de sustentabilidade e replicação, além de oportunizar maior participação e autonomia aos participantes é primordial para compreender de que forma um processo pode ser estruturado para que seja factível à atuação dos profissionais e à realidade dos serviços da APS. Por fim, o processo de facilitação será delineado para que seja identificado a estrutura necessária para apoiar as práticas exitosas de atividade física no contexto da saúde pública do país.

### 2.3 PROCESSO DE FACILITAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA PRÁTICA EXITOSA DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

A classificação de uma prática exitosa de atividade física foi embasada pelas dimensões do RE-AIM (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção) e pelos atributos da prática exitosa (autonomia, participação, planejamento, sustentabilidade e replicação). A análise de processo foi delineada pelo entendimento que para uma implementação bem-sucedida é essencial identificar as ações de facilitações que apoiam a aceitação da prática (HILL et al., 2017). Nesse caso, os elementos do i-PARIHS são as unidades de análise centrais da presente tese, a fim de propor um processo de facilitação para a implementação de uma prática exitosa de atividade física na APS.

A facilitação é reconhecida como elemento ativo, dinâmico e relacional, pois age em resposta às características da inovação, dos destinatários e do contexto (HARVEY; KITSON, 2015b). No que diz respeito ao processo de facilitação entende-se como sendo as ações e estratégias identificadas para modificar as intervenções de acordo com os recursos dos locais (inovação, destinatários e contexto), de uma forma estruturada e planejada pela condução de um profissional facilitador (CRANLEY et al., 2017; HARVEY; KITSON, 2015a).

Nessa perspectiva o papel do profissional facilitador ganha destaque na implementação das práticas exitosas. Isso porque, na estrutura do i-PARIHS, o sucesso ou não da implementação recai na capacidade do profissional facilitador e do processo de facilitação em combinar melhorias e estratégias focadas nos envolvidos para o apoio às mudanças (HARVEY et al., 2018). Diante disso, investigar a percepção dos profissionais facilitadores e profissionais das equipes de saúde que atuam direta ou indiretamente à prática exitosa ajuda a entender o que está sendo implementado, a quem está sendo direcionado, onde as características da implementação ocorrem e como são definidas as ações de facilitações (HARVEY; KITSON, 2015b). Para isso, outra estrutura foi agregada para auxiliar na compreensão das tomadas de decisão, na qual que enfoca as atitudes e os comportamentos pessoais relacionadas à motivação, ao papel e a identidade profissional, aos objetivos, as crenças sobre as capacidades e consequências (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012). Assim, também foi possível identificar na percepção dos profissionais envolvidos as barreiras encontradas e de que forma as ações implementadas puderam minimizar as dificuldades.

Assim, propor um processo de facilitação para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física exige conhecer sobre qual perspectiva, tomada de decisão, experiências e estratégias foram adotadas pelos locais. Nos tópicos seguintes serão tratados sobre o perfil dos

profissionais facilitadores e sobre as barreiras identificadas para a implementação de atividade física na APS.

### **2.3.1 Perfil dos profissionais facilitadores**

A facilitação é dependente e mediada por um profissional facilitador externo ou interno à prática (HARVEY et al., 2018; HARVEY; KITSON, 2015b). Na intervenção ou prática clínica, o papel desse profissional é importante para fornecer a assistência aos participantes e aos profissionais de saúde envolvidos (RYCROFT-MALONE et al., 2018; CRANLEY et al., 2017). O profissional facilitador é reconhecido como o responsável por gerenciar e organizar as ações, analisar as barreiras e identificar as estratégias organizacionais, de recurso ou contextual para orientar e apoiar as tomadas de decisões entre os pares e a gestão (CRANLEY et al., 2017).

Na APS estudos mostram que um profissional facilitador pode aumentar em 2,76 vezes a chance de adoção de evidências baseadas em recomendações nos processos de trabalho (BASKERVILLE; LIDDY; HOGG, 2012). Com isso, esse profissional com experiência para a gestão tem maiores chances de alcançar resultados desejáveis e de propiciar a sustentabilidade das ações, mesmo que em condições contextuais não ideais (CRANLEY et al., 2017).

São inúmeros os perfis que os profissionais facilitadores podem assumir na prática, sendo tanto internos ou externos ao local ou à organização (CRANLEY et al., 2017). De modo geral, esses profissionais facilitadores são treinados para a função (CRANLEY et al., 2017) ou têm alguma expertise pelo tempo de experiência no local (HARVEY; KITSON, 2015b). Para cumprir o papel de forma eficaz, os profissionais facilitadores devem ser capazes de agir de maneira flexível e responsiva para adaptar as suas abordagens às situações problema ou as configurações do contexto para manter os envolvidos engajados e motivados (BASKERVILLE; LIDDY; HOGG, 2012).

As ações de facilitação dependem de a pessoa desempenhar seu papel, com habilidades apropriadas, atributos pessoais e conhecimento (HILL et al., 2017). Nesse sentido, uma ação de facilitação varia desde o fornecimento da ajuda e do apoio para atingir um objetivo e permitir que seus pares analisem, reflitam e mudem suas atitudes, comportamentos e formas de trabalho. Dessa forma, o papel do profissional facilitador é atuar de forma contínua na implementação, sendo prático, técnico e orientado por tarefas de modo a possibilitar o empoderamento do outro em seus processos de aprendizados e mudanças (HARVEY et al., 2018).

Nesse sentido, os perfis dos profissionais facilitadores incluem papéis, características e habilidades que favorecem um trabalho em rede e multiprofissional (CRANLEY et al., 2017). Conforme Hill e colaboradores (HILL et al., 2017), a facilitação como sendo esse elemento ativo da estrutura i-PARIHS requer que seus subelementos analisem sobre o quão essas características são aceitas e percebidas no diagnóstico situacional da implementação, sendo:

- Característica (do profissional facilitador): o profissional tem características de um especialista local ou líder de opinião para o papel de facilitador e que é reconhecido pelos seus pares com empatia e credibilidade;
- Papel (do profissional facilitador): são relacionados aos comportamentos, atitudes e ações esperadas do facilitador diante da sua capacidade de apoiar a implementação. De modo que sejam percebidas com clareza pelos seus pares e na definição dos seus próprios papéis diante à implementação da prática;
- Estilo (do profissional facilitador): o facilitador deve possuir características que facilitem ou apoiem a implementação. Quanto mais esse estilo é flexível, adaptado e consistente maior as chances de facilitações bem-sucedidas.

Estudo mostrou, por meio de uma revisão de escopo, nove funções que definem o perfil de um profissional facilitador na APS (CRANLEY et al., 2017). Esses perfis foram identificados como externos ou internos ao local e, de modo geral, foram identificados como: líderes de opinião, treinadores, campeões, facilitadores de pesquisa, facilitadores de clínica / prática, facilitadores de divulgação, agentes de ligação, intermediários de conhecimento e facilitadores externos e internos (CRANLEY et al., 2017). Esses perfis se diferenciavam de acordo com os papéis, as características e as habilidades dos profissionais, alguns com a existência de um treinamento para a função e, outros, apenas pelo reconhecimento dos seus pares (CRANLEY et al., 2017). Com base nessa revisão de escopo, foi identificado as características atribuídas a esses perfis, que definiram a atuação de profissionais facilitadores em intervenções de saúde na APS. Essas definições estão presentes no quadro 7.



Quadro 6. Perfil e características dos profissionais facilitadores com base em revisão de escopo.

Facilitação	Definição	Papel	Treinamento	Atributos e habilidades
<b>Interno/Informal</b>				
<b>Líder de opinião</b>	Profissional nomeado por pares que influencia informalmente as atitudes, o comportamento profissional, as tomadas de decisões e o uso de pesquisas para promover mudanças.	Exerce influência informal nas atitudes das pessoas, comportamentos e decisão; usa o status profissional para mudança.	Não treinado para a função.	Nomeado pelos pares; influente; confiável; tem conhecimento; experiência clínica; habilidades de comunicação.
<b>Interno/Facilitador formal</b>				
<b>Coach</b>	Profissional que auxilia na mudança de comportamento para melhorar o desempenho ou usa do reforço positivo.	Fornece feedback sobre o uso da pesquisa; oferece incentivo; motivação, reforço positivo; planeja e estabelece metas; ajuda outras pessoas no processo de aprendizagem e constrói relacionamentos.	Pode ou não ser treinado para a função.	Habilidades de negociação; de resolução de problemas; de escuta ativa; de comunicação e de liderança.
<b>Campeão (Champion)</b>	Um visionário local que usa conhecimento especializado para persuadir outras pessoas a adotar uma inovação, ideia ou projeto.	Tem o papel de persuadir outras pessoas a adotar uma inovação, ideia; motiva os outros; demonstra compromisso pessoal com o projeto.	Pode ou não ser treinado para a função.	Conhecimento especializado em inovação; persuasivo; entusiasmo; criatividade; motivado e apaixonado pelo seu trabalho e habilidades de comunicação e de orientação.
<b>Pesquisador</b>	Profissional que fornece apoio para fortalecer suas habilidades e conhecimentos de pesquisa em um ambiente clínico.	Facilitador da pesquisa no ambiente clínico; realiza sessões educacionais da pesquisa; fortalece as habilidades de pesquisa da equipe clínica; fornece apoio de colegas para participação em atividades de pesquisa; estabelece programas locais de pesquisa, comitês, workshops e grupo diretor.	Treinado para a função.	Conhecimento e experiência em pesquisa especializada; e habilidades de liderança.
<b>Prático/clínico</b>	Profissional que fornece assistência local contínua a outras pessoas por meio de um processo formal de implementação usando suporte de colegas.	Baseado na prática avalia as necessidades locais para uso em pesquisa; identifica barreiras; identifica recursos para mudança; oferece educação, apoio de colegas e aprendizado compartilhado; monitora e avalia as mudanças na prática; serve como uma pessoa de recursos (alguns facilitadores da prática são externos).	Treinado para a função.	Conhecimento especializado na área de trabalho e experiência clínica; habilidades de comunicação; credível; empoderando o estilo de liderança; relações recíprocas entre líderes (por exemplo, gerentes) e facilitadores.
<b>Externo/Facilitador formal</b>				
<b>Divulgação</b>	Profissionais externos à organização ou à prática que ajudam outras pessoas a melhorarem o desempenho durante um processo formal de	Implementam diretrizes, prestação de cuidados por meio de visitas educacionais (normalmente face a face); fornece feedback e suporte; fornece auditoria e feedback (desempenho); fornece	Tipicamente treinado para a função.	Profissionais experientes e qualificados; experiência em gestão, negócios ou administração de saúde; bem-informado; incentiva os outros,

Quadro 6. Perfil e características dos profissionais facilitadores com base em revisão de escopo.

<b>Facilitação</b>	<b>Definição</b>	<b>Papel</b>	<b>Treinamento</b>	<b>Atributos e habilidades</b>
	implementação usando visitas educacionais.	informações e recursos para promover a adoção das melhores práticas; constrói boas relações de trabalho entre funcionários e facilitadores.		forneça reforço positivo; acessível, flexível e disponível; credível; habilidades de comunicação.
<b>Externo/Interlocutores formais*</b>				
<b>Agente de ligação</b>	Profissionais que atuam como intermediários para ultrapassar a fronteira entre pesquisa e prática e aproximar a colaboração entre os dois sistemas.	Vincula pesquisa à prática; ajuda a reunir dois sistemas; atua como intermediário; ajuda a manter links entre profissionais, equipes e organizações; comunica informações; ajuda a construir relacionamentos e redes para mudanças baseadas em pesquisas.	Treinado para a função.	Fortes habilidades de pensamento crítico, interpessoais e de comunicação; credibilidade clínica; e conhecimento em pesquisa.
<b>Interlocutor do conhecimento</b>	Intermediários que constroem relacionamentos, geralmente formuladores de políticas, tomadores de decisão e pesquisadores.	Intermediário entre pesquisadores e formuladores de políticas, tomadores de decisão e outras partes interessadas; catalisador para alteração do sistema; promove o uso da pesquisa na tomada de decisão; constrói redes de comunicação para facilitar a aprendizagem e a troca de conhecimentos; avalia necessidades; atividades de gerenciamento de capacitação.	Alguns treinamentos são desconhecidos ou varia pela função.	Especialização em comunidades e culturas; habilidade em interpretação e aplicação de conhecimentos, de colaboração de rede; habilidades motivacionais e de comunicação.
<b>Externo/Interno</b>				
<b>Facilitadores externo/interno</b>	Os facilitadores externos ao local fornecem apoio contínuo aos facilitadores locais que implementam uma mudança de prática (por exemplo, diretrizes).	São facilitadores externos que fornecem apoio contínuo (por exemplo, orientação, assistência, disponibilidade) aos facilitadores internos; compartilham informações; constroem relacionamentos, criam capacidade de melhoria e mudança.	Facilitadores externos treinam facilitadores internos.	Habilidades organizacionais, de relacionamento, de comunicação e de liderança.

Fonte: Traduzido de (CRANLEY et al., 2017). \*Tradução para *boundary spanners*.

Até o momento, são desconhecidos estudos realizados no Brasil que discutem sobre o perfil dos profissionais da saúde como facilitadores das práticas de atividade física na APS. Essas discussões na saúde pública são relevantes para delinear um perfil de profissional, com habilidades e técnicas que podem atuar como facilitadores de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS. Ao identificar esse perfil será possível direcionar capacitações, treinamentos e condutas profissionais para serem profissionais ativos e articuladores na APS para a melhoria da qualidade do serviço e articular ações inter e intrasetoriais com a gestão local (HARVEY; KITSON, 2015b; HILL et al., 2017). Dessa forma, a saúde pública se fortalece com evidências baseadas nas práticas que são exitosas e sustentáveis para a promoção de atividade física (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

Ademais, também é atribuição do perfil desses profissionais facilitadores a investigação de barreiras ou limitações para que as estratégias de facilitações sejam conduzidas. Em grande parte, as barreiras são inerentes aos processos e percebidas em diferentes magnitudes nos mais diversos contextos (BELIZAN et al., 2019). No entanto, quando se trata da APS, a identificação das barreiras percebidas pelos profissionais envolvidos pode ajudar a otimizar recursos, apoios técnicos e revisão de protocolos para atendimento ao público e a qualidade dos serviços. No próximo tópico será tratado sobre as barreiras para a implementação de intervenções no contexto da APS, para que possam servir de apoio para a condução e análise do processo de facilitação na implementação de práticas exitosas de atividade física.

### **2.3.2 Evidências sobre as barreiras e as ações de facilitações das intervenções de atividade física na APS**

Este tópico foi estruturado com base em uma revisão sistemática não somente para apoiar a revisão de literatura, como também auxiliar na estruturação dos instrumentos de entrevistas semiestruturadas com os profissionais público-alvo da presente tese. Além disso, sua elaboração resultou em artigo publicado em revista científica. Portanto, mais informações sobre os procedimentos metodológicos adotados na revisão sistemática podem ser consultadas em estudo prévio, na qual foi resultado de um produto da presente tese (MANTA et al., 2022).

A identificação de barreiras para a implementação de intervenções em saúde é parte do processo de facilitação, no que diz respeito à resolução de problemas (STETLER et al., 2011). Considerar essas informações e traduzir as evidências para modelos de recomendações é complexo e depende de uma abordagem metodológica robusta. Dessa forma, a identificação dos problemas e estratégias precisas pelos informantes-chave são garantidas para que as

informações representem o real processo de implementação (CRIST et al., 2018; GILBERT et al., 2019). Nesse sentido, compreender as barreiras e as ações de facilitações organizacionais permitem que os profissionais envolvidos reflitam sobre o que precisam fazer a fim de alterar aspectos de seu trabalho, comportamento, atitudes ou relacionamento com os outros, para assim resolver problemas e atingir objetivos específicos (HARVEY; KITSON, 2015a).

No entanto, as estruturas adotadas como base na presente tese, como RE-AIM e i-PARIHS, não deixam claro como as barreiras são classificadas na análise de uma implementação ou de um processo (HARVEY; KITSON, 2015b; GLASGOW et al., 2019). Por isso, outras estruturas serviram como base para buscar o apoio necessário para a classificação das barreiras, uma vez que essas seriam identificadas pela percepção dos profissionais de saúde envolvidos na implementação de uma Prática Exitosa de Atividade Física (KING et al., 2020).

Diante um processo de facilitação, as barreiras identificadas podem ser reflexo das influências no comportamento dos profissionais sejam esses cognitivos, afetivos, sociais ou ambientais (ATKINS et al., 2017). Por essa razão, a estrutura adicionada à base teórica da presente tese para melhor compreender as barreiras no processo de facilitação foi a *Theoretical Domains Framework* (TDH) (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012).

A TDF foi elaborada a fim de ser aplicada em entrevistas, grupos focais para fornecer uma abrangência das possíveis influências do comportamento, bem como na avaliação teórica dos problemas enfrentados e informar a implementação de intervenções (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012). São diversos os estudos que utilizaram a estrutura para avaliar a percepção de profissionais, em diferentes países, envolvidos nos processos de implementações de ações de saúde tanto no foco da promoção quanto na prevenção de agravos (COWDELL; DYSON, 2019; GRADY et al., 2018; RUSHFORTH et al., 2016; SEWARD et al., 2017), como também na implementação dessas ações nos setores educacionais (NATHAN et al., 2018; WEATHERSON; GAINFORTH; JUNG, 2017).

A estrutura TDF é composta por 14 domínios subdivididos em constructos, na qual abrangem a análise de barreiras e das ações de facilitações para a implementação de intervenções (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012). No quadro 7, estão presentes os domínios e seus respectivos constructos que sugerem avaliação dos esforços da implementação a partir dos principais comportamentos interdependentes dentro do individual e do comportamento dos demais envolvidos, a fim de entender os mecanismos de mudanças para uma implementação bem-sucedida.

Quadro 7. Descrição dos domínios da estrutura *Theoretical Domains Framework* (TDF).

<b>Domínio</b>	<b>Definição do domínio</b>	<b>Constructos</b>
<b>1. Conhecimento</b>	uma consciência da existência de algo.	conhecimento (conhecimento da condição, justificativa científica); conhecimento processual; conhecimento do ambiente de tarefas.
<b>2. Habilidades</b>	uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática.	habilidades; desenvolvimento de habilidades; competências; habilidades interpessoais prática; avaliação das habilidades.
<b>3. Papel e identidade profissional/social</b>	um conjunto coerente de comportamentos e qualidades pessoais demonstradas de um indivíduo em um ambiente social ou de trabalho.	identidade profissional; papel profissional; identidade social; limites profissionais; confiança profissional; identidade do grupo; liderança; compromisso organizacional.
<b>4. Crenças sobre capacidades</b>	aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode oferecer para uso construtivo.	autoconfiança; percepção de competência; autoeficácia; controle comportamental percebido; autoestima; fortalecimento confiança profissional.
<b>5. Otimismo</b>	confiança de que as coisas irão acontecer para o melhor ou desejar que as metas sejam atendidas.	otimismo; pessimismo; otimismo irrealista; identidade.
<b>6. Crenças sobre consequências</b>	aceitação da verdade, realidade ou validade sobre os resultados de um comportamento em uma dada situação.	crenças; expectativa de resultados; características das expectativas de resultados; consequências; lamento antecipado.
<b>7. Prêmios</b>	aumenta a probabilidade de resposta pela organização de uma relação dependente entre a resposta e um dado estímulo.	recompensas; incentivos; punições; consequências; reforço; sanções.
<b>8. Intenção</b>	uma decisão consciente de realizar ou resolver um comportamento para agir de certa maneira.	estabilidade das intenções; estágios de modelo de mudança; modelo transteórico e etapas de mudança.
<b>9. Objetivos</b>	representação mental de resultados e estágios finais que um indivíduo quer alcançar.	objetivos (distal/proximal); objetivos prioritários; plano de ação; intenção de implementação
<b>10. Memória, atenção e processo de decisão</b>	a capacidade de reter informações, focar seletivamente nos aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas.	memória; atenção; atenção controlada tomada de decisão; sobrecarga cognitiva/cansaço.
<b>11. Ambiente contextual e recursos</b>	qualquer circunstância da situação ou ambiente de uma pessoa que desencoraja ou incentiva o desenvolvimento de uma habilidade, independência, competência social e comportamento adaptativo.	ambiente estressor; recursos materiais; cultura e clima organizacional eventos ou incidentes críticos; interação pessoa x ambiente; barreiras e facilitadores.
<b>12. Influências sociais</b>	processos interpessoais que podem levar os indivíduos a mudar seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos.	pressão social; normas sociais; conformidade do grupo; comparações sociais; normas do grupo; suporte social; poder; conflitos entre grupos; alienação; identidade do grupo; modelagem.
<b>13. Emoção</b>	um padrão de reação complexo, envolvendo experiências comportamentais e elementos fisiológicos, pelos quais o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo.	medo; ansiedade; afeto; estresse; depressão; afeto negativo/positivo; esgotamento.
<b>14. Regulação comportamental</b>	qualquer coisa destinada a gerenciar ou mudar ações objetivamente observadas e medidas.	automonitoramento; hábitos rompidos; plano de ação.

Fonte: (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012).

Os comportamentos e atitudes previstas diante da identificação das possíveis barreiras e ações de facilitações de uma intervenção explicam, em partes, o quão modificável pode ser um processo, a prontidão para as mudanças necessárias e os possíveis efeitos negativos ou positivos diante das mudanças (HENDRIKS et al., 2016; ATKINS et al., 2017). Portanto, avaliar as barreiras e as estratégias que potencializam os resultados desejáveis podem melhorar a assistência aos usuários (WALTZ et al., 2019). Os estudos pouco abordam as barreiras e estratégias de facilitações que foram eficazes para minimizar as dificuldades (WALTZ et al., 2019). Em grande parte, os estudos focam nas dificuldades no nível individual dos participantes e pouco sobre o contexto organizacional para implementar ações sustentáveis (KOSOWAN et al., 2019; LEFLER; JONES; HARRIS, 2018; LIM et al., 2020).

Nessa direção, o estudo de revisão sistemática foi realizado a fim de levantar as evidências que investigaram a percepção de profissionais ou gestores de saúde sobre as barreiras e as ações que facilitaram a implementação de intervenções de atividade física na APS (MANTA et al., 2022). A busca sistemática incluiu estudos publicados até setembro de 2019 e fez uso de termos consolidados na literatura para descritores referentes às barreiras, aos facilitadores, bem como para atividade física, implementação, processo, avaliação e APS. Para a classificação dos achados foi adotado os domínios do TDF para a categorização das informações (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012). No total, 8.471 estudos foram localizados nas buscas realizadas em quatro bases de dados (*Web of Science, Medline, Scopus e Lilacs*). Deste total, 1.337 (15,7%) passaram pelos critérios de elegibilidade e, após a leitura na íntegra, 16 (1,19%) foram incluídos na revisão (MANTA et al., 2022).

Com base nos estudos incluídos, as definições de termos para barreiras e facilitações não foram apresentadas, o que dificultou a compreensão de como esses conceitos foram tratados para a análise dos resultados obtidos. Por isso, um conceito operacional foi adaptado para análise dos resultados, o que também culminou no uso desse termo para a presente tese. A definição de barreiras foi definida como sendo as dinâmicas de trabalho percebidas pelos envolvidos no processo organizacional (inter e intrasetorial), de recursos (materiais, físicos, tecnológicos e humanos) ou contextual (cultural, social e econômico) que dificultavam e/ou limitavam a implementação de projetos, de ações, de intervenções ou de programas de atividade física no setor saúde (NATHAN et al., 2018). As ações de facilitações foram compreendidas como sendo os processos organizacionais que modificavam as intervenções de acordo com os recursos dos locais (inovação, destinatários e contexto) no papel de um facilitador para conduzir mudanças apropriadas, bem-sucedidas e sustentáveis (CRANLEY et al., 2017).

Diante dos estudos incluídos na revisão sistemática (n=16), 13 relataram barreiras e ações de facilitações nas intervenções de atividade física na APS (LONG et al., 1996; WEINER et al., 2011; HELMINK et al., 2012; BLONSTEIN et al., 2013; BEIGHTON et al., 2015; BERENDSEN et al., 2015; PLAETE et al., 2015; WOZNIAK et al., 2015; JAYAPRAKASH et al., 2016; LAWS et al., 2016; SIMMAVONG; HILLIER; GUSTAVSSON et al., 2018; PETRELLA, 2019; BELIZAN et al., 2019) e, três apresentaram apenas barreiras (COSTA-PINEL et al., 2018; MIDDLETON; HENDERSON; EVANS, 2014; VERMUNT et al., 2012). Os estudos, em sua maioria, foram realizados em países da Europa (n=8) (HELMINK et al., 2012; VERMUNT et al., 2012; MIDDLETON; HENDERSON; EVANS, 2014; BEIGHTON et al., 2015; BERENDSEN et al., 2015; COSTA-PINEL et al., 2018; GUSTAVSSON et al., 2018; PLAETE et al., 2015), seguidos da América do Norte (n=5) (LONG et al., 1996; WEINER et al., 2011; BLONSTEIN et al., 2013; WOZNIAK et al., 2015; SIMMAVONG; HILLIER; PETRELLA, 2019), da América do Sul (n=1) (BELIZAN et al., 2019), Oceania (n=1) (LAWS et al., 2016) e da Ásia (n=1) (JAYAPRAKASH et al., 2016). Nos estudos revisados foram identificados um total de 54 tipos diferentes de barreiras e 48 ações de facilitação (MANTA et al., 2022).

De modo geral, os estudos identificaram com maior frequência barreiras e as ações de facilitações sob a classificação do domínio de cultura e clima organizacional. Dentre as barreiras identificadas foram a falta de tempo para executar as estratégias de implementação (HELMINK et al., 2012; VERMUNT et al., 2012; BERENDSEN et al., 2015; JAYAPRAKASH et al., 2016; SIMMAVONG; HILLIER; PETRELLA, 2019), a falta de rotinas na equipe de saúde para o planejamento da intervenção (GUSTAVSSON et al., 2018), a falta de suporte técnico para gerenciar atividades interativas com pacientes e recursos da web (BLONSTEIN et al., 2013), falta de tecnologias de apoio à intervenção (BEIGHTON et al., 2015; SIMMAVONG; HILLIER; PETRELLA, 2019), falta de suporte para análise e interpretação de dados (BELIZAN et al., 2019), a falta de apoio para a adaptação das atividades às condições climáticas e feriados (BEIGHTON et al., 2015), a falta de recursos humanos (LAWS et al., 2016), a rotatividade de profissionais para apoiar a intervenção, o alto tempo administrativo para o programa e falta de profissionais para realizar a intervenção (LAWS et al., 2016) e, por fim, a falta de recursos humanos para campanhas de comunicação (BELIZAN et al., 2019). Em relação às ações de facilitações o clima organizacional positivo favorecia a demanda de trabalho dos profissionais (BEIGHTON et al., 2015; BERENDSEN et al., 2015; LAWS et al., 2016; BELIZAN et al., 2019), assim como os recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das intervenções (BERENDSEN et al., 2015; LAWS et al., 2016;

WOZNIAK et al., 2015), o apoio da gestão (LAWS et al., 2016; GUSTAVSSON et al., 2018; BELIZAN et al., 2019) e o financiamento (BERENDSEN et al., 2015; HELMINK et al., 2012; LAWS et al., 2016) foram motivações percebidas pelos profissionais e gestores no processo de implementação.

As barreiras parecem ter maior impacto em constructos referentes aos domínios sobre conhecimentos (BERENDSEN et al., 2015; COSTA-PINEL et al., 2018; LAWS et al., 2016; LONG et al., 1996), habilidades (BEIGHTON et al., 2015; BERENDSEN et al., 2015; GUSTAVSSON et al., 2018; JAYAPRAKASH et al., 2016; LAWS et al., 2016) e crenças sobre consequências (BERENDSEN et al., 2015; COSTA-PINEL et al., 2018). Em relação a esses domínios foi observado influências sob os aspectos de gerenciamento e perfil profissional sobre as capacidades e competências para atuação na prática. Possivelmente, as crenças negativas no perfil profissional para a implementação de intervenções de atividade física podem influenciar o contexto e o clima organizacional e assim, resultar mais frequentemente barreiras do que facilitadores (MANTA et al., 2022).

Ao identificar as barreiras e as ações de facilitações de uma prática de atividade física reforça o que o modelo i-PARIHS destaca sobre a importância do papel do facilitador (HARVEY; KITSON, 2015a). Isso demonstra a necessidade de perfis profissionais com experiência, habilidade e capacidade técnica para apoiar estratégias efetivas na busca de melhores resultados (CRANLEY et al., 2017).

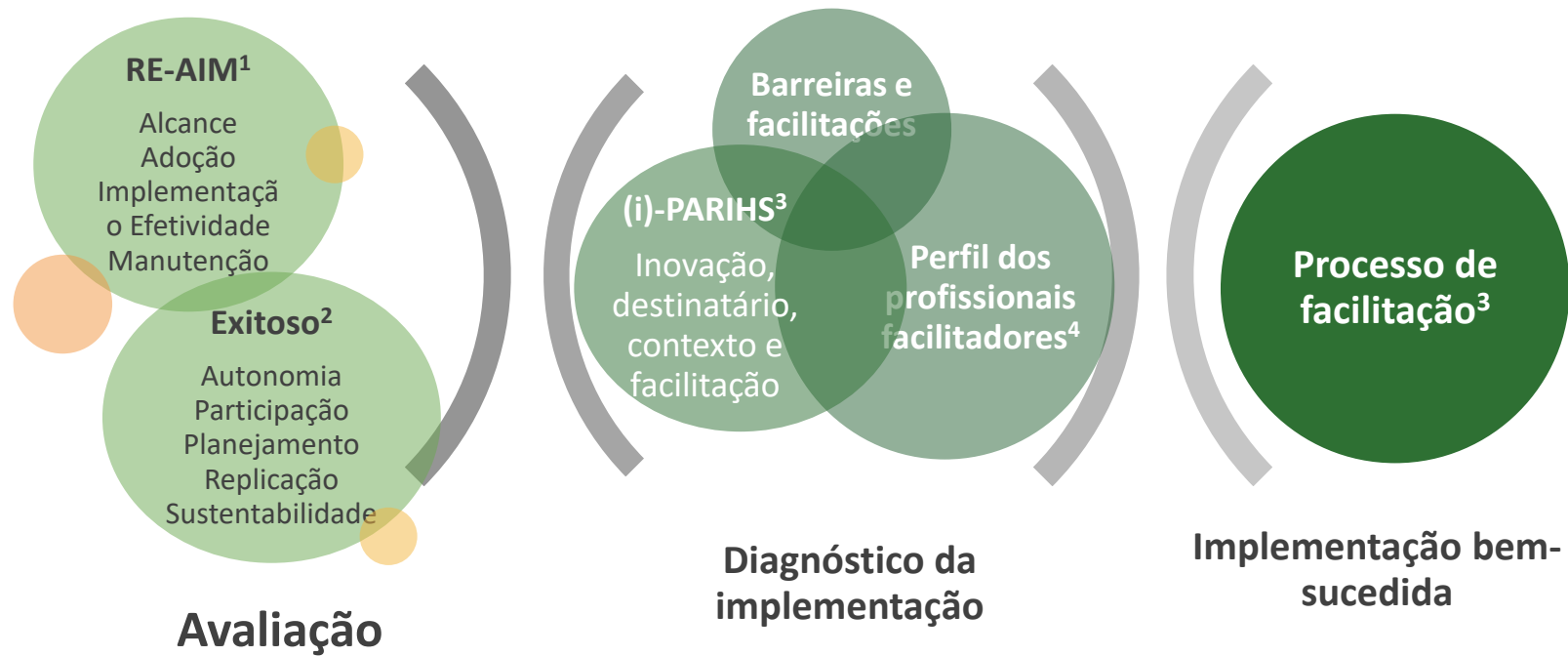
No entanto, os estudos demonstram que o contexto da APS necessita desenvolver políticas de saúde integradas com recomendações efetivas para implementação de processos organizacionais, de modo a contribuir para um clima organizacional positivo e de colaboração multiprofissional (HENDRIKS et al., 2016). Ademais, incentivos financeiros governamentais poderão ser um instrumento para apoiar a qualificação profissional, bem como a melhoria das estruturas, dos recursos materiais e da sistematização de dados para apoiar a implementação (KISLOV; HUMPHREYS; HARVEY, 2017).

Assim, propor um processo de facilitação na APS necessita de conceitos capazes de explicar os elementos essenciais para a implementação de práticas exitosas de atividade física. Desse modo, o processo de facilitação proposto tem como subsídios o i-PARIHS (evidência, destinatários, contexto e facilitação) (HARVEY; KITSON, 2015a), alinhados aos conceitos dos atributos do que é exitoso (BENEDETTI et al., 2020a) e das dimensões do RE-AIM (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BRITO et al., 2018). Ademais, considera-se o perfil dos profissionais facilitadores como parte mediadora e ativa desse processo, buscando identificar as facilitações aplicadas para minimizar as barreiras para contribuir com o êxito e a



sustentabilidade da prática nos contextos investigados. A figura 2 destaca o mapa conceitual que propõem o processo de facilitação de uma prática exitosa de atividade física na APS do SUS.

Figura 2. Mapa conceitual do processo de facilitação para a implementação de uma Prática Exitosa de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.



Referências: <sup>1</sup>(ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013); <sup>2</sup>(BENEDETTI et al., 2020a), <sup>3</sup>(HARVEY; KITSON, 2015a), <sup>4</sup>(CRANLEY et al., 2017)

### 3. MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente tese foi vinculada à pesquisa “Recomendações de atividade física para a saúde a partir das práticas exitosas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde”, financiado pelo CNPq sob chamada CNPq /MS/ SCTIE/ DECIT/ SAS/ DAB/ CGAN nº 13/2017, processo número 408068/2017-5. A pesquisa teve financiamento no valor total de R\$ 506.800,00 (quinhentos e seis mil e oitocentos reais). Essa pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, parecer número 2.572.260 em 30 de março de 2018 e CAAE 80431717.0.0000.0121 (Anexo A).

#### 3.2 A PESQUISA PRINCIPAL- SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS (SAFE)

A referida pesquisa foi divulgada para a comunidade científica e mídias eletrônicas como pesquisa “Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas- SAFE” (<http://safe.ufsc.br/>). O objetivo foi elaborar as recomendações para o planejamento e execução de práticas exitosas de atividade física na APS do SUS. O documento foi lançado e publicado no ano de 2021, em parceria com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021c). A pesquisa SAFE consistiu no desenvolvimento de quatro etapas (Figura 3).

Figura 3. Etapas de procedimentos de coletas de dados da pesquisa principal. Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE). Brasil, 2017-2020.



### 3.2.1 Primeira etapa de coletas de dados

Na primeira etapa foi realizada a elaboração do conceito e dos atributos que definem uma prática exitosa de atividade física, por meio do método de análise conceitual proposto por Walker e Avant (WALKER; AVANT, 2010). Essa etapa foi conduzida por uma busca na literatura sobre o termo; seguida de uma consulta com profissionais de saúde das cinco regiões do país que foram convidados a responderem as questões sobre “o que é uma prática exitosa para você?”. Em seguida, foi realizada uma oficina presencial com especialistas, profissionais de saúde e gestores municipais da região da grande Florianópolis/Santa Catarina a fim de

identificar os possíveis usos e validar o conceito de prática exitosa de atividade física na APS. Ao final, um painel de especialistas foi conduzido para refinamento do conceito, atributos e validação do questionário para que pudesse ser aplicado na segunda etapa. A metodologia detalhada pode ser conferida em publicação prévia (BENEDETTI et al., 2020a).

### **3.2.2 Segunda etapa de coletas de dados**

A segunda etapa teve início na elaboração do questionário eletrônico com o objetivo de mapear e avaliar as ações de atividade física na APS do SUS. As questões foram baseadas na aplicação do uso do conceito e atributos de uma prática exitosa e as dimensões do RE-AIM (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção). Uma matriz analítica do questionário foi validada por quatro especialistas, três na área de implementação de programas e um em políticas públicas (Apêndice A). Todos os ajustes nas questões foram realizados para adequar as sugestões quanto à forma e conteúdo. De posse da versão final, o questionário foi armazenado no site da pesquisa (<https://www.safe.ufsc.br>) e e-mails foram disparados às Secretarias Municipais de Saúde, UBS e polos do PAS. Esse banco de e-mails foi elaborado a partir de informações compiladas com auxílio do Ministério da Saúde e consulta ao site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (<https://www.conasems.org.br/>).

Um convite foi enviado por e-mail aos profissionais de saúde, responsáveis pelas práticas de atividades físicas na APS, contendo o link de acesso para o preenchimento do questionário online. Ao acessarem o questionário, os profissionais realizavam a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após preenchiam o instrumento. Houve um total de 45.702 e-mails disparados, 8.923 estabelecimentos leram o e-mail pelo menos uma vez, 1.570 estabelecimentos responderam ao questionário com registro de pelo menos uma prática, 137 estabelecimentos responderam que não desenvolviam prática de atividade física e 15 se recusaram a participar. O período de preenchimento do questionário foi de novembro de 2018 a abril de 2019, totalizando seis meses. Após a finalização do período de preenchimento do questionário, o banco de dados foi organizado e limpo. O banco foi organizado de modo que cada prática de atividade física fosse quantificada e informações publicadas foram removidas.

Os dados coletados na segunda etapa da SAFE obteve 1.645 práticas de atividades físicas cadastradas, correspondendo 452 municípios alcançados no país (8,11%; n=5.570 municípios brasileiros). A determinação de uma prática exitosa de atividade física se deu

conforme análise pelos requisitos da Teoria de Resposta ao Item (TRI) (PASQUALI; PRIMI, 2003). O uso da TRI identifica o traço latente de resposta a partir de uma avaliação de probabilidade, ou seja, possibilita relacionar variáveis observáveis com traços hipotéticos não observáveis. A TRI eleva a qualidade psicométrica da medida, mediante a análise das práticas exitosas de atividade física as variáveis observáveis correspondem as alternativas de respostas mais favoráveis à implementação e, traços hipotéticos não observáveis, são as respostas diante às alternativas das questões. Com isso, foi possível identificar um padrão de características quanto a implementação de prática exitosa de atividade física. Outros estudos em saúde também têm adotado a utilização da TRI para análise de questionários (CHAN et al., 2015; ROSE et al., 2014; SILVEIRA et al., 2015). Para tal análise, foi utilizado o pacote MIRT do software R (<https://www.r-project.org/>).

Ainda, na análise pela TRI, foram atribuídos valores às alternativas de respostas para cada pergunta do questionário. Os valores para as alternativas foram atribuídos com base no RE-AIM e no conceito de prática exitosa. Eles foram definidos em reunião de consenso com os pesquisadores envolvidos, especialistas em avaliação de programas, políticas públicas e em atividade física e saúde. Assim, os valores atribuídos foram posicionados em uma escala de 0 a 2 pontos (0=zero, probabilidade de resposta negativa; 1= probabilidade de resposta parcial; e 2= probabilidade de resposta positiva para exitoso). Nesse sentido, quanto maior a pontuação mais exitosa era a prática, sendo a pontuação zero o pior cenário no processo de implementação. Para a calibração dos parâmetros da TRI foi realizada uma análise de distribuição de frequência para identificar os padrões de respostas, conforme o nível de posição ou dificuldade ( $b_1$ ) e o nível de inclinação ou discriminação ( $a_i$ ) das alternativas das questões.

Dessa forma, os parâmetros dos itens e dos traços latentes foram estimados por meio do software Multilog. Para a determinação do escore da TRI foi inserida a amostra total do banco de dados ( $n=1.645$  ações de atividade física), sendo considerado todos os itens do questionário. Inicialmente, as questões com itens sem probabilidades de respostas foram removidas e os itens com baixa probabilidade de respostas foram reagrupados. A partir disso, os itens que demonstraram valores de parâmetro 'a'  $<0,5$  foram removidos do modelo. Para tanto, o modelo estatístico adotado foi de itens dicotômicos com modelo logístico de 2 parâmetros e, uma questão permaneceu com uma escala de três itens (politômica). A estimativa dos parâmetros foi realizada pelo método de verossimilhança marginal, escala (0,1), que considera distribuição normal dos escores com média zero e desvio padrão um.

Com base na determinação de uma prática exitosa de atividade física, por meio da análise da TRI, o modelo final sugeriu 11 questões, dentre as 22 questões iniciais contidas no bloco II do questionário (Quadro 8).

Quadro 8. Descrição das questões que discriminaram uma prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde do SUS, por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI).

Questão do questionário	Alternativas
Q1. Atualmente, a ação de atividade física ainda está sendo realizada?	Não / Sim
Q2. Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física?	Não houve panfletos cartazes ligações telefônicas contato pelo ACS boca-a-boca reuniões na unidade outros
Q3. Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?	4 ou mais dias na semana 3 dias na semana 2 dias na semana 1 dia na semana Quinzenal Mensal Variável, sem frequência definida Não sabe/não quer responder
Q4. Quais os tipos de instrumentos que foram e são utilizados para avaliar a atividade física dos participantes da ação?	Entrevistas e/ou questionários Equipamentos (ex.: acelerômetros, contador de passos, etc.) Testes físicos/funcionais (ex.: banco de Wells, teste de seis minutos, teste de 1RM, etc.) Observação do profissional (ex.: percepção de mudanças no comportamento dos participantes) Autoavaliação (ex.: conversas informais com os participantes) Índice de Massa Corporal (IMC) Não sabe/não quer informar
Q5. Com que frequência são aplicados esses instrumentos para avaliar a ação de atividade física?	Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Semestralmente Anualmente Não tem frequência regular Não sabe/não quer informar
Q6. É realizado algum relatório aos participantes com os resultados das avaliações físicas das ações de atividade física que são realizadas?	Não / Sim
Q7. Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes?	Não / Sim
Q8. Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física?	Não / Sim
Q9. Há um levantamento das razões que levaram os participantes a desistirem no decorrer da ação?	Não / Sim
Q10. A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação?	Não / Sim
Q11. Qual tipo de aporte (ajuda) oferecido pela gestão municipal?	Recursos humanos (profissionais para atendimento) Recursos materiais (halteres, colchonetes, papéis etc.) Recursos físicos (sala, auditório, academia etc.) Outro Não sabe/não quer informar



Sendo assim, por meio da análise da TRI, dentre as 1.645 práticas cadastradas 85 foram ranqueadas com maior escore (escore= 1,621; média= -0,005; mediana=0,174; desvio padrão=0,904; mínimo=-2,460 e máximo=1,621) e identificadas como as práticas exitosas de atividade física. A caracterização, descrição e perfil dessas práticas foram apresentadas em estudo prévio (SANDRESCHI, 2022).

### **3.2.3 Terceira etapa de coletas de dados**

A terceira etapa consistiu na visita *in loco* aos locais que continham práticas exitosas. No entanto, em decorrência da restrição de recursos financeiros e cronograma da pesquisa para as viagens foram selecionados 10 locais. Os critérios de seleção dos locais foram detalhados no item 3.5.1 Os critérios foram A etapa foi composta por entrevistas com os profissionais facilitadores, os profissionais de saúde do local, gestor (a) do município [Secretário (a) de Saúde e/ou outro], com os participantes da prática e observação sistemática das atividades realizadas. As entrevistas com os profissionais facilitadores e os profissionais de saúde foram elaboradas com base nas dimensões do RE-AIM, nos atributos de uma prática exitosa de atividade física e nos elementos do i-PARIHS. A entrevista com os gestores dos municípios foi embasada nas etapas do ciclo de políticas públicas, também conhecido como *policy cycle* (SECCHI, 2013). A presente tese foi delineada no início de planejamento dessa etapa. No entanto, não fará parte da análise dos dados as entrevistas realizadas com os gestores, pois foram apresentados e analisados em estudo prévio (SANDRESCHI, 2022). Demais procedimentos metodológicos foram apresentados no item 3.3.

### **3.2.4 Quarta etapa de coletas de dados**

A quarta etapa foi organizada com objetivo de realizar a pré validação de um caso modelo de prática exitosa de atividade física, a partir da triangulação dos resultados das etapas subsequentes. Nas diferentes regiões do país, pesquisadores foram convidados para atuarem nessa etapa. No entanto, com a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), em março de 2020, as atividades da pesquisa foram paralisadas devido as normas de distanciamento social sancionadas pelos municípios participantes. Sendo assim, essa etapa foi reformulada e contou com a participação dos pesquisadores das diferentes regiões para validação do material escrito das recomendações e, posterior, validação e aprovação pelo Ministério da Saúde. As Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do

SUS foram redigidas, com base nos resultados das etapas anteriores e validações com os especialistas, participantes do projeto, e com o Ministério da Saúde. A apresentação nacional do documento foi realizada por meio de webinar promovido pela Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física, do Departamento de Promoção da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, sendo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I5t97PRLyJY>. A versão digital do documento pode ser conferida pelo link: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2MQ==>.

Ainda, novas etapas da pesquisa principal estão sendo conduzidas a fim de validar as estratégias das recomendações em diferentes regiões do país, sendo implementada por outro estudo de doutorado.

### 3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo foi embasado no campo da ciência da implementação. Essa área trata sobre teorias ou modelos de intervenção que produzem e avaliam resultados bem-sucedidos. Além disso, orientam os tipos de perguntas que devem ser realizadas para avaliar se os esforços de intervenção foram bem-sucedidos (GLASGOW, 2013; POWELL et al., 2019). Dessa forma, o presente estudo adota uma metodologia pragmática que tem por definição produzir dados relevantes para a tomada de decisão, bem como enfatizar os principais problemas para uma implementação ou avaliação efetiva (GLASGOW, 2013).

O estudo foi caracterizado como sendo de método misto com uso de dados quantitativos e qualitativos (WHIPPLE et al., 2019). Os dados quantitativos secundários identificaram as práticas exitosas de atividade física na APS. Posteriormente, as técnicas qualitativas foram usadas para a coleta das informações (ELO et al., 2014). Esse delineamento foi apropriado, uma vez que um único método seria insuficiente para a compreensão das percepções dos profissionais de saúde envolvidos (HOLTROP; RABIN; GLASGOW, 2018). O emprego de método misto é utilizado em estudos no campo da saúde, como também na avaliação de intervenção (KOORTS; GILLISON, 2015; SCHWINGEL et al., 2017; WAGGIE, 2015).

Além disso, utiliza-se múltiplos casos por considerar as cinco regiões do país com características culturais, socioeconômicas, demográficas e participação de distintos profissionais da saúde. Assim, foi possível identificar o que é comum e particular em cada contexto analisado. Para o presente estudo, as informações qualitativas (entrevistas e perguntas abertas das observações sistemáticas) foram priorizadas e os dados quantitativos contribuíram para compreender a integralidade geral dos contextos e das práticas exitosas visitadas.

O estudo teve um corte retrospectivo, de corte transversal, para a análise da implementação das práticas exitosas de atividade física, pois foram visitadas apenas as práticas já implementadas no momento da coleta nos locais investigados. Essa análise retrospectiva é sustentada pelos modelos adotados como a utilização do RE-AIM (GLASGOW et al., 2019) e i-PARIHS (HARVEY; KITSON, 2015b; HILL et al., 2017) e dos atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física (BENEDETTI et al., 2020a).

### 3.4 CONTEXTO INVESTIGADO E PARTICIPANTES

Os contextos investigados foram os estabelecimentos de saúde na APS (exemplo: UBS, Secretarias de Saúde ou polos do PAS ou outros programas) do SUS, que responderam ao questionário online da segunda etapa da pesquisa SAFE.

Participaram deste estudo 10 municípios, sendo dois por região. Os locais foram selecionados intencionalmente com base nas 85 práticas exitosas ranqueadas. Mais informações sobre essa seleção foram esclarecidas no item 3.5.1.

Os profissionais facilitadores entrevistados foram considerados aqueles responsáveis pela gestão da prática selecionada. Os demais profissionais de saúde do local foram os indicados pelos profissionais facilitadores e que atuavam na prática exitosa com ações interdisciplinares, sendo da eSF, NASF-AB ou profissionais residentes.

#### 3.4.1 Critérios de inclusão

##### *a) Contexto investigado*

- Ser uma prática de atividade física selecionada entre as mais exitosas na segunda etapa da pesquisa SAFE;
- Ser classificada como uma Prática Exitosa de Atividade Física desenvolvida regularmente no momento da coleta de dados e implementada há pelo menos um ano no local;
- Ser uma prática de atividade física com apoio da Secretaria Municipal de Saúde e desenvolvida na APS; e
- Ser um estabelecimento de saúde em dois municípios distintos em cada região do país, dentro do possível, considerando um município de pequeno/médio porte e outro de grande porte.

*b) Participantes*

- Ser o profissional facilitador responsável pelo gerenciamento e organização da prática de atividade física no local; e

- Os profissionais de saúde, vinculados as equipes para a entrevista coletiva, deveriam ter vínculo com o local e atuarem de forma direta ou indireta das ações da prática de atividade física selecionada e indicados a participação pelo profissional facilitador.

### **3.4.2 Critérios de exclusão**

*a) Contexto investigado*

- Ser uma prática de atividade física realizada que esteja paralisada no momento da coleta de dados; e

- Ter menos do que 20 participantes no total de turmas da modalidade ou prática de atividade física.

*b) Participantes*

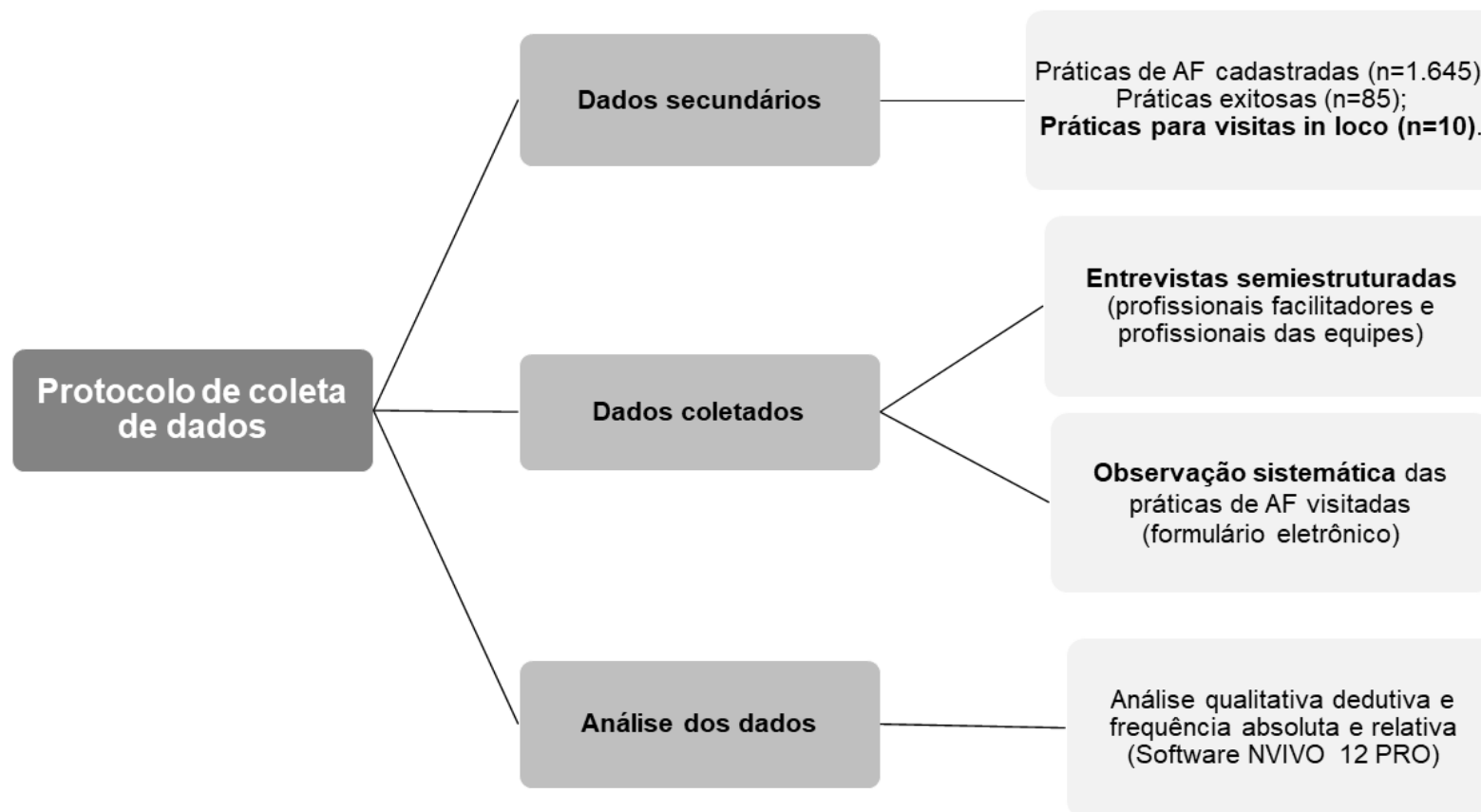
- O profissional facilitador estar em férias ou em afastamento no período de coleta de dados; e

- Os profissionais de saúde, vinculados as equipes dos locais, não conhecerem a prática de atividade física selecionada.

### **3.5 PROTOCOLOS DE COLETAS DE DADOS**

Os protocolos de coletas de dados foram baseados em dados secundários da pesquisa SAFE, onde contou com a identificação a partir do banco de dados da seleção das 10 práticas potencialmente exitosas para as visitas *in loco* (Figura 4). Além, da elaboração dos protocolos de entrevistas e das fichas de observação sistemática aos locais.

Figura 4. Protocolos adotados para uso de dados da pesquisa principal-SAFE e procedimentos de coletas de dados do estudo.



### 3.5.1 Dados secundários da seleção dos locais para a visita *in loco*

Para a visita *in loco*, referente a terceira etapa da SAFE, as 85 práticas de atividade física com os maiores escores (valor máximo= 1,621) foram identificadas como as potencialmente exitosas.

Devido a indisponibilidade orçamentária da pesquisa e o cronograma de execução para a coleta de dados 10 locais foram selecionados para as visitas. As 85 práticas, correspondentes a 43 municípios distintos. Os profissionais responsáveis pelo cadastro dessas práticas, que foram identificados pela etapa 2 da pesquisa principal, foram contatados por telefone para responderem a um checklist. Esse instrumento foi elaborado contendo sete questões com alternativas de resposta “sim” ou “não” e uma questão aberta para descrição de observações gerais (Apêndice B). A prática seria elegivelmente selecionada para a visita se todas as alternativas de respostas fossem respondidas para a alternativa “sim”. O objetivo dessa aplicação foi rastrear o processo de implementação e funcionamento da prática e selecionar os locais a serem visitados.

As ligações foram realizadas nas dependências da UFSC, por duas pesquisadores. A seleção dos locais foi por conveniência para garantir que houvesse a participação de pelo menos dois municípios das diferentes regiões do país com diferentes portes populacionais (um definido de porte baixo/médio e outro de porte alto). Na região centro-oeste, apenas um município foi ranqueado contendo práticas exitosas de atividade física. Por isso, foi acrescida uma visita na região sudeste, já que foi a região com maior número de práticas elegíveis como exitosas. Também foi necessário considerar a distribuição geográfica dos locais selecionados para a viabilizar os deslocamentos da equipe de pesquisa e ainda, considerar o aceite dos profissionais facilitadores das práticas.

Sendo assim, os locais listados foram contatados em junho de 2019. Quatro práticas, em três municípios não estavam em funcionamento e foram excluídas. Outros 10 municípios aceitaram receber as pesquisadoras *in loco* e as visitas foram agendadas com os profissionais facilitadores (Quadro 9). Posteriormente, um e-mail foi enviado para formalizar a classificação da prática como exitosa e a participação do local na terceira etapa da pesquisa. Aos profissionais facilitadores foi explicado os procedimentos de coletas de dados, por telefone, e proposto um cronograma de visita.

Quadro 9. Municípios incluídos, por região para a participação na terceira etapa da Pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas-SAFE. Brasil, 2019.

Região	Estado	Município (codinome)	Número de habitantes	Porte do município	IDHM
Norte	Pará	Prática A	1.492.745	Grande	0,746
	Tocantins	Prática AA	5.729	Pequeno	0,604
Nordeste	Piauí	Prática B	63.742	Médio	0,635
		Prática BB	864.845	Grande	0,751
Centro-Oeste	Mato Grosso	Prática C	90.313	Médio	0,744
Sudeste	Espírito Santo	Prática D	362.097	Grande	0,845
	Minas Gerais	Prática DD	5.639	Pequeno	0,680
	São Paulo	Prática DDD	142.761	Grande	0,765
Sul	Santa Catarina	Prática E	177.697	Grande	0,803
	Rio Grande do Sul	Prática EE	5.802	Pequeno	0,687

Abreviações: IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PAS: Programa Academia da Saúde.

Fonte: \*Tamanho populacional estimado para 2019 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. \*\*IDHM. <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>. Acessado em: 14 fev 2022.

### 3.5.2 Elaboração dos roteiros de entrevistas semiestruturadas

Dois roteiros de entrevistas semiestruturadas foram elaborados com o objetivo de investigar o processo de implementação de práticas exitosas de atividade física. A entrevista semiestruturada foi escolhida por permitir maior proximidade com os participantes da pesquisa (ELO et al., 2014). Para cada roteiro foi elaborado uma matriz de análise com base nos elementos do i-PARIHS (HARVEY; KITSON, 2015b; HILL et al., 2017), nas dimensões do RE-AIM (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BRITO et al., 2018; GLASGOW et al., 2019) e nos atributos de uma prática exitosa de atividade física (BENEDETTI et al., 2020a).

As questões dos roteiros tiveram como objetivo compreender a implementação da prática no local, as informações do contexto e dos destinatários (participantes e profissionais envolvidos) e a percepção dos profissionais sobre as barreiras e facilitações da implementação.

#### 3.5.2.1 Entrevista semiestruturada com os profissionais facilitadores

A entrevista foi estruturada com perguntas abertas organizada em cinco blocos com 30 questões que abrangeram a triangulação entre os elementos do i-PARIHS, RE-AIM e dos atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física (Apêndice C). A entrevista com os profissionais facilitadores foi aplicada pela pesquisadora de forma individual e presencial, sendo gravada com autorização prévia dos participantes. Os blocos de questões para a entrevista com os facilitadores da prática exitosa são apresentados no Quadro 10.

Quadro 10. Descrição dos blocos de questões para a entrevista com os facilitadores da prática exitosa (30 questões).

Bloco de questões	Nº de questões	Objetivos
Bloco 1: Experiências profissionais na APS.	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as experiências profissionais no local de trabalho e analisar os aspectos positivo e negativos do contexto;</li> <li>• Compreender se o profissional apresentava autopercepção do seu papel profissional,</li> <li>• Compreender se o profissional apresenta organização para desempenhar seu papel profissional na ação e se é prevista como uma prioridade organizacional.</li> </ul>
Bloco 2: Implementação da ação exitosa em atividade física	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender se a ação foi desenvolvida a partir de uma evidência, para que ela possa ser adaptada e fazer sentido no contexto local;</li> <li>• Compreender como a equipe de profissionais do local se engajou na ação, de forma colaborativa, intencional ou por exigência do contexto;</li> <li>• Compreender se líderes comunitários ou os participantes com perfil de liderança com seus pares participaram do planejamento da ação e influenciaram no alcance da ação;</li> <li>• Compreender se o contexto organizacional foi preparado para desempenhar os papéis e carga de trabalho de todos os profissionais (suporte profissional);</li> <li>• Compreender se o contexto local para identificar as avaliações de processos e feedback da implementação são compartilhados com a equipe de profissionais,</li> <li>• Compreender se o contexto organizacional foi preparado para gerenciar, armazenar, compartilhar e analisar os resultados avaliados dos participantes.</li> </ul>
Bloco 3: Barreiras	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar se as tomadas de decisões para a implementação da ação foram ajustadas para as situações contextuais e culturais (<i>inovação-alta complexibility</i>);</li> <li>• Identificar se ação foi entregue conforme planejada ou se houve necessidade de adaptação que possa ter influenciado as possíveis barreiras,</li> <li>• Compreender de que forma as barreiras foram identificadas, se houve planejamento de estratégias para minimizar os riscos e em que medida os profissionais participaram das decisões e implementação das estratégias.</li> </ul>
Bloco 4: Facilitação	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar se as tomadas de decisões para a implementação da ação foram ajustadas para as situações contextuais e culturais (<i>inovação-alta complexibility</i>);</li> <li>• Identificar os fatores motivacionais no contexto local que auxiliaram os profissionais a incorporarem as mudanças organizacionais previstas pela ação;</li> <li>• Identificar os fatores motivacionais no contexto local que auxiliaram os participantes a manterem a participação,</li> <li>• Compreender se o contexto organizacional é promovido pelas redes de aprendizado, suporte administrativo para capacitar os profissionais envolvidos nos papéis desempenhados para uma ação exitosa.</li> </ul>
Bloco 5: Sustentabilidade e replicação da ação	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender se o contexto organizacional a ação é uma prioridade que está ajustada as demandas do local – APS;</li> <li>• Compreender se no contexto organizacional a ação contribuiu para fortalecer as redes de aprendizado, capacidade de absorção e treinamento da equipe de profissionais;</li> <li>• Compreender se ação tem baixa complexibilidade que possa facilmente ser replicada em outros contextos, sem necessariamente modificar seus elementos essenciais de implementação e,</li> <li>• Compreender, no contexto de sistema de saúde externo, se a ação tem potencial para direcionar prioridades, incentivos e redes inter organizacionais com diretrizes em saúde do município.</li> </ul>



### *3.5.2.2 Entrevista semiestruturada com os profissionais da equipe de saúde do local*

A entrevista direcionada aos profissionais de saúde do local foi sistematizada em perguntas abertas, organizada em cinco blocos e contendo 21 questões (Apêndice D). A entrevista com esses profissionais foi aplicada pela pesquisadora de forma coletiva e presencial, sem a participação do profissional facilitador e gravada com autorização prévia dos participantes. Todos os envolvidos tiveram a oportunidade de se manifestarem ao longo da entrevista. Os blocos de questões para a entrevista com os profissionais de saúde do local são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11. Descrição dos blocos de questões para a entrevista com os profissionais de saúde do local da prática exitosa (21 questões).

Bloco de questões	Nº de questões	Objetivos
Bloco 1: Experiências profissionais na APS.	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o perfil profissional e experiências no local de trabalho;</li> <li>• Compreender as experiências profissionais passadas e as redes de colaboração da ação vivenciada com eles, para assim identificar equipes em potencial para trabalhos colaborativos e com base em evidências para novas ideias;</li> <li>• Identificar a capacitação técnica da equipe para desenvolver projetos sobre ações na atenção básica com base em conhecimentos e habilidades adquiridas,</li> <li>• Identificar a prontidão da equipe para mudanças no contexto da APS.</li> </ul>
Bloco 2: Implementação da ação exitosa em atividade física	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar qual o conhecimento sobre a ação desenvolvida para verificar o grau de engajamento dos profissionais da equipe;</li> <li>• Compreender os mecanismos de incorporação de mudança pela equipe de profissionais na implementação da ação (apresentação das ideias, comunicação entre profissionais e apoio para atingir as metas),</li> <li>• Identificar qual a compatibilidade da ação com o contexto (participantes e profissionais envolvidos).</li> </ul>
Bloco 3: Barreiras	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se as barreiras identificadas no contexto organizacional, para implementação de novas ideias, são também percebidas no desenvolvimento da ação exitosa;</li> </ul>
Bloco 4: Facilitação	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se os fatores necessários identificados no contexto organizacional, para implementação de novas ideias são percebidos no desenvolvimento da ação exitosa;</li> <li>• Identificar os fatores motivacionais e de contexto local auxiliaram os profissionais a incorporarem as mudanças organizacionais previstas pela ação,</li> <li>• Identificar os fatores motivacionais no contexto local auxiliaram os participantes (usuários) a manterem a participação.</li> </ul>
Bloco 5: Sustentabilidade e replicação da ação	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender se o contexto organizacional a ação é uma prioridade que está ajustada as demandas do local;</li> <li>• Identificar diferentes perfis da equipe de profissionais que são motivados para a cumprir um papel de facilitador da ação. Isso contribui para a manter e sustentar a ação;</li> <li>• Identificar se a equipe reconhece o facilitador com esse papel. Se há alguma empatia e credibilidade com a equipe e de que forma as tensões poderiam ser resolvidas a partir da percepção da equipe do que precisaria melhorar;</li> <li>• Compreender se ação tem baixa complexibilidade que possa facilmente ser replicada em outros contextos, sem necessariamente modificar seus elementos essenciais de implementação,</li> <li>• Identificar se os profissionais observam que a ação promoveu a busca da prevenção e de outros indicadores de saúde, ou ainda, outros comportamentos para uma vida saudável tanto dos participantes quanto da própria equipe.</li> </ul>

### 3.5.3 Observação sistemática dos locais visitados

Para a observação sistemática dos locais foi elaborado um formulário eletrônico contendo um *checklist* para levantamento das informações a serem observadas nas práticas visitadas (Apêndice E). O formulário teve como objetivo identificar se o que estava previsto e o que foi informado (dados coletados na segunda etapa da pesquisa) era executado. As perguntas abertas foram inseridas para o relato de como a prática era conduzida pelo profissional e quais as características dos locais (ex.: espaços físicos, materiais utilizados, dentre outros).

Dessa forma, para cada local foi elaborado um formulário de acordo com os itens:

a) Cabeçalho: descrição do local como município, nome da prática, dia e horário da visita.

b) Atividade desenvolvida contendo resposta dicotômica (sim ou não): onde a atividade ocorria, qual a metodologia era desenvolvida, tempo de duração, se era realizado algum tipo de controle de assiduidade, se era frequentada por todos os públicos (ex.: diabéticos, hipertensos, obesos etc.), profissionais de saúde presentes.

c) Perfil dos participantes: foi observado se havia pessoas com deficiência, grávidas (sim ou não), número de participantes (quantas crianças, adolescentes, adultos e idosos).

d) Características do ambiente: descrição dos materiais utilizados, informações sobre a qualidade das estruturas para conforto, limpeza, estética e segurança, bem como da presença das condições de acessibilidade ao local. Para avaliação da qualidade foi adotado o instrumento *Physical Activity Resource Assessment (PARA)* (LEE et al., 2005) na sua versão adaptada para o contexto brasileiro (HINO, 2014). A qualidade das estruturas para conforto foi analisada por meio de uma escala *likert* de três pontos, sendo 0 (não presente); um (qualidade ruim), dois (qualidade média) e três (qualidade boa), sendo o inverso da escala para avaliação das condições de limpeza, estética e segurança. Para a classificação na escala considerou-se a qualidade das estruturas conforme o Quadro 12. A presença das condições de acessibilidade foi avaliada como resposta dicotômica, considerando “presente” (presente=1) ou “ausente” (ausente=0).

e) Descrição da condução da prática: como era a estrutura da prática (ex.: aquecimento, parte principal e parte final), descrição geral (relação profissional-participante, condução da atividade etc.) e observações gerais.

f) Registro de imagens do atendimento: registro realizado por meio de fotos em tablete.

Quadro 12. Classificação da qualidade das estruturas para conforto, limpeza, estética e segurança, bem como da presença das condições de acessibilidade ao local.

Estrutura para conforto	0 (Inexistente)	1 (Ruim)	2 (Média)	3 (Bom)
Definições gerais	Estrutura inexistente	A estrutura está presente, porém, não apresenta condições de ser utilizadas.	A estrutura pode ser utilizada, porém, não está em boas condições com alguns itens faltando ou não está em bom estado.	A estrutura pode ser utilizada e apresenta todas as suas características em bom estado.
Banheiros	-	Estão sujos, pichados, sem portas, sem iluminação, sem papel, toalha, sabonete etc.	Estão limpos, apenas algumas pichações e ou papeis no chão, possui ao menos um <i>boxe</i> em bom estado com porta e tranca, descarga funcionando. Possui iluminação e ao menos uma pia com papel e toalha.	Estão limpos, sem sujeiras ou pichações, com portas e tranca e descarga funcionando em todos <i>boxe</i> , com iluminação, com papel, toalha, sabonete e pia funcionando.
Bancos	-	Boa parte dos bancos (30 a 100%) não está em condição de ser utilizada. Estão quebrados ou muito sujos.	Apenas alguns bancos não podem ser utilizados (até 30%) por estarem quebrados ou muito sujos.	Todos ou quase todos (90 a 100%) os bancos do local estão em bom estado para serem utilizados. Não estão quebrados ou sujos.
Bebedouro	-	Parte dos bebedouros existentes (30 a 100%) não funciona, estão muito sujos ou a água é imprópria para consumo.	Apenas alguns dos bebedouros existentes (até 30%) não funcionam, estão muito sujos ou a água é imprópria para consumo.	Todos ou quase todos (90 a 100%) os bebedouros funcionam e oferecem locais limpos e com água própria para o consumo.
Iluminação	-	Existem postes de iluminação, porém, aparentam não funcionar.	Existem postes de iluminação que aparentam funcionar, no entanto, algumas regiões do local onde o número de postes parece insuficiente.	Todas as regiões do local têm postes de iluminação que aparentam funcionar.
Mesas	-	Parte das mesas existentes (30 a 100%) não está em condições de ser utilizada. Estão quebradas, sem cadeiras ou sujas.	Apenas algumas mesas não podem ser utilizadas (até 30%) por estarem quebradas, sem cadeiras ou sujas.	Todas as ou quase todas (90 a 100%) as mesas estão em condições de uso (com cadeiras/bancos e limpas)
Mesas com cobertura	-	Parte das mesas com cobertura (30 a 100%) não está em condições de uso. Estão quebradas, sem cobertura, destelhadas, sem cadeiras ou sujas.	Apenas algumas mesas não podem ser utilizadas (até 30%) por estarem quebradas, sem cobertura, destelhadas, sem cadeiras ou sujas.	Todas ou quase todas (90 a 100%) mesas com cobertura estão em condições de uso (com cadeiras/bancos e limpas, cobertura em bom estado que protege do sol e chuva).
Vestiário	-	Estão sem condições de uso, sujos (cheios de sujeiras ou pichações), sem portas, sem iluminação etc.	Estão limpos (apenas algumas pichações e ou papeis no chão), com porta e tranca na porta. Possuem boa iluminação, bancos e cabides (ganchos para pendurar roupa)	Estão bem limpos (sem sujeiras ou pichações), com portas e tranca nas portas, com iluminação, banco e cabides (ganchos para pendurar roupa).
Lixeiras	-	Boa parte das lixeiras existentes (30 a 100%) não pode ser utilizada por estarem furadas ou transbordando lixo.	Apenas algumas lixeiras (até 30%) não podem ser utilizadas por estarem furadas ou transbordando lixo.	Todas ou quase todas (90 a 100%) as lixeiras existentes estão em condições de uso, não estão transbordando lixo e estão “limpas” (sem lixo no entorno).

Quadro 12. Classificação da qualidade das estruturas para conforto, limpeza, estética e segurança, bem como da presença das condições de acessibilidade ao local.

Condições de limpeza, estética e segurança	0 Inexistente	1 (Bom)	2 (Média)	3 (Ruim)		
<b>Definições gerais</b>	-	<b>O local está em boas condições, mas alguns poucos sinais de sujeiras, vandalismos ou insegurança são observados.</b>	<b>As condições do local em termos de limpeza, estética e segurança não são as ideais e diversas melhorias são necessárias.</b>	<b>As condições do local em termos de limpeza, estética e segurança não são boas. Existem indícios que o local é perigoso, sujo e desagradável de ser frequentado.</b>		
<b>Vidro quebrado</b>	-	Poucos pedaços de vidros quebrados (equivalente a 1 garrafa).	Alguns pedaços de vidros quebrados (2 a 4 garrafas de vidro).	Muitos pedaços de vidros quebrados (5 ou mais garrafas de vidro).		
<b>Sujeira de animais</b>	-	Um local com fezes de animais.	Existem fezes de animais em alguns locais da área (2 a 4 locais com sujeira(s)).	Existem fezes de animais em diversos locais da área (5 ou mais locais com sujeira(s)).		
<b>Cachorro solto</b>	-	Um cachorro solto no local.	Alguns cachorros soltos no local (2 a 4 cachorros).	Muitos cachorros soltos no local (5 ou mais cachorros).		
<b>Evidências de uso de álcool ou drogas</b>	-	Uma garrafa ou lata de cerveja, cachaça, vodca ou outra bebida alcoólica está visível.	Algumas garrafas ou latas de cerveja, cachaça, vodca ou outra bebida alcoólica estão visíveis (2 a 4).	Diversas garrafas ou latas de cerveja, cachaça, vodca ou outra bebida alcoólica estão visíveis (5 ou mais).		
<b>Pichações</b>	-	Um local (ex.: muro, escultura, chão) está pichado.	Alguns locais (ex.: muros, esculturas, chão) estão pichados (2 a 4 locais).	Diversos locais (ex.: muros, esculturas, chão) estão pichados (5 ou mais locais).		
<b>Sinais de vandalismo</b>	-	Pouca sujeira pelo local (até 5 itens como papel, caixa de papelão, copo de plástico etc.)	Alguma sujeira pelo local (de 5 a 10 itens como papel, caixa de papelão, copo de plástico etc.)	Existe muita sujeira espalhada pelo local (11 ou mais itens como papel, caixa de papelão, copo de plástico etc.)		
<b>Mato ou grama alta</b>	-	Apenas um local possui equipamentos quebrados (ex.: bancos, banheiros, lixeiras etc.) ou faltando.	Em algumas áreas existem equipamentos quebrados (ex.: bancos, banheiros, lixeiras etc.) ou faltando.	Por toda a área existem equipamentos quebrados (ex.: bancos, banheiros, lixeiras etc.) ou faltando.		
<b>Acessibilidade</b>		<b>0 (ausente)</b>	<b>1 (presente)</b>	<b>Acessibilidade</b>	<b>0 (ausente)</b>	<b>1 (presente)</b>
Pontos de ônibus				Faixa de pedestre		
Pontos de táxi				Passarela		
Estacionamento para carros				Semáforo		
Ciclovía				Placa de redução de velocidade		
Bicicletário						

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS NAS VISITAS *IN LOCO*

As visitas *in loco* aos 10 locais selecionados foram realizadas entre os meses de junho e novembro de 2019, sendo nove estados distintos. Duas pesquisadoras, integrantes da equipe científica, se deslocaram aos municípios e permaneceram dois dias para os procedimentos de coletas de dados.

Como parte deste estudo, nas visitas *in loco*, houve a realização das entrevistas semiestruturadas com os profissionais facilitadores e os profissionais de saúde das equipes. Inicialmente, houve a apresentação das pesquisadoras, do projeto de pesquisa e a apresentação do TCLE (Apêndice F). Todos os TCLE foram digitalizados e versões impressas assinadas permaneceram de posse dos pesquisadores e dos participantes.

As entrevistas foram conduzidas apenas por uma das pesquisadoras e de forma presencial. A entrevista individual com o profissional facilitador foi realizada em uma sala reservada, com a presença apenas das duas pesquisadoras, sendo que uma ficou responsável pela gravação e outra pela condução das questões e interação com o entrevistado. Na entrevista coletiva, direcionada aos profissionais de saúde da equipe, todos os participantes foram reunidos em uma sala reservada com as duas pesquisadoras, sem a presença do profissional facilitador. As questões foram direcionadas ao grupo de modo que todos deveriam manifestar suas percepções. A participação na entrevista coletiva se deu pelo método de amostragem denominado ‘bola de neve’ (*snowball sampling*). Nesse método o profissional facilitador indicava os profissionais que conheciam a prática e atuavam de forma direta ou indireta para participarem de forma voluntária. Esse método é reconhecido como uma estratégia de amostragem eficiente, em que o recrutamento dos participantes é com base nos próprios membros que estabelecem uma rede social (PEREZ et al., 2013). Essa estratégia é sugerida quando pretende-se investigar participantes de grupos ou intervenções para obter informações fornecidas pela comunidade (NADERIFAR; GOLI; GHALJAIE, 2017). Outros estudos têm utilizado desse método para investigar intervenções em saúde (CRIST et al., 2018; GILBERT et al., 2019). Na entrevista coletiva o facilitador não participou, tampouco permaneceu no mesmo ambiente para assegurar que não houvesse influência das informações pelo grupo de profissionais.

As entrevistas com os profissionais facilitadores duraram em média 43 minutos e 7 segundos (desvio padrão [dp]=12,5) e, com os profissionais de saúde das equipes 51 minutos e 8 segundos (dp=16,7). Foi autorizado o registro das entrevistas, em áudio, por

meio da gravação em um *tablet* pelo aplicativo *Splend app*. Registros fotográficos foram realizados e autorizados uso de imagem pelos participantes.

Na observação sistemática das práticas de atividade física as pesquisadoras participaram de forma indireta, sem interferência no desenvolvimento da atividade. O registro das informações foi realizado no formulário eletrônico e armazenados em nuvem. Ao final de todos os procedimentos foi entregue ao gestor municipal (prefeito ou secretário de saúde) um certificado de reconhecimento de prática exitosa de atividade física ao município.

Para a transcrição das entrevistas, os áudios foram disponibilizados em *Google Drive* para acesso a dois acadêmicos de graduação e pós-graduação de educação física, bolsistas da pesquisa SAFE, na qual foram treinados para tal procedimento. Após as transcrições houve a validação do material, considerando dupla digitação e posterior ajustes de inconsistência do conteúdo. Todas as transcrições foram validadas e finalizadas em março de 2020 para tratamento e análise dos dados.

### 3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi baseada no princípio da triangulação pela natureza da pesquisa ser baseada no método misto (DE JONG; WAGEMAKERS; KOELEN, 2019; WHIPPLE et al., 2019). Assim, foi possível otimizar a confiabilidade dos dados, por meio de múltiplos métodos e fontes, de modo a aprimorar a validade interna (DE JONG; WAGEMAKERS; KOELEN, 2019; ELO et al., 2014). As análises quantitativas e qualitativas foram realizadas em separados para fins descritivos, mas apresentadas em conjunto para melhor entendimento das informações.

#### 3.7.1 Análise quantitativa dos dados secundários e do formulário eletrônico

A descrição das características das 10 práticas exitosas identificadas para as visitas *in loco* foi apresentada a partir dos dados secundários obtidos da pesquisa SAFE. A análise dos formulários de observação sistemática das práticas foi realizada por meio do software Microsoft Excel® e organizados em uma única planilha para conduzir o tratamento dos dados coletados.

A qualidade das estruturas foi avaliada com base em uma escala *likert* de 0 (zero) a 3 (três) pontos, sendo 0 (não presente); um (qualidade ruim), dois (qualidade média) e

três (qualidade boa). A escala foi invertida para análise na limpeza, estética e segurança. A presença de acessibilidade foi definida pelo somatório da ausência (ausência=0) e presença de estruturas (presença=1).

Para fins de análise da qualidade das estruturas para conforto, limpeza, estética e segurança, bem como da presença das condições de acessibilidade ao local foi atribuído pesos para cada item e uma classificação geral de qualidade (qualidade ruim, média e boa). Dessa forma, os itens sobre a qualidade das estruturas, segurança e conforto foram pontuados de 1 (um) a 10 (dez) pontos. Para tanto, um peso para cada item foi atribuído considerando a razão do somatório dos itens presentes x 10 pela pontuação máxima da categoria. A pontuação final foi considerada pela soma dos pesos, que correspondeu a um valor entre 0 (zero) e 10 (dez).

Os dados foram apresentados por meio de estatística descritiva (para média, desvio padrão, mínimo e máximo) e analisados em planilha no software Microsoft Excel®. Os escores de qualidade das estruturas dos locais observados foram transferidos para atribuição de casos no software NVIVO versão 12PRO.

### **3.7.2. Análise qualitativa**

Para avaliação dos dados qualitativos foi utilizado a análise de conteúdo das informações (ELO et al., 2014; ELO; KYNGÄS, 2008). Para isso, considerou-se a análise de conteúdo dedutiva como forma de operacionalização da abordagem qualitativa devido a existência de um conceito prévio adotado no presente estudo e vinculado a coleta de informações (ELO; KYNGÄS, 2008). No entanto, não se desconsiderou a análise indutiva na medida em que a análise das entrevistas foi conduzida.

#### *3.7.2.1 FASES DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES*

Com base em uma abordagem qualitativa de análise dos dados, os procedimentos para a análise de conteúdo envolveram três fases principais: preparação do material contendo as informações coletadas, a organização do material para proceder com a análise e a comunicação dos resultados em sua forma de apresentação do relatório do presente estudo (ELO et al., 2014).



### *a) Preparação*

A preparação do material de coleta de dados teve início na transcrição das entrevistas, sendo validadas pelo pesquisador responsável. Posteriormente, a leitura dos documentos foi realizada até que as informações fossem compreendidas. Para análise foi considerado o conteúdo manifesto e não o latente (ex.: suspiros, silêncios, risadas etc.) (ELO; KYNGÄS, 2008).

As entrevistas foram armazenadas em arquivos no software Microsoft Word® e incorporados ao software NVIVO versão 12PRO. Elas foram mantidas individualmente e codificadas por tipo (profissional facilitador ou profissionais de saúde), sendo posteriormente incorporadas como classificação de casos. Para cada uma das entrevistas foi inserido atributos como: sexo (quando aplicável), região, formação (quando aplicável), participação (facilitador ou equipe), diagnóstico do PARIHS (baixo, médio e alto), escore de qualidade da observação sistemática (0 a 10 pontos), perfil do facilitador e diagnóstico de facilitação.

### *b) Organização*

A fase de organização das informações corresponde a codificação e categorização dos relatos contidos nas entrevistas, conforme as categorias prévias identificadas (ELO et al., 2014). A organização se deu a partir dos objetivos específicos e estruturada com a criação de unidades de análises pré-definidas pelos elementos do PARIHS. A partir disso, temas e subtemas foram criados para categorização das informações conforme os subelementos do PARIHS e TDF, quando aplicável. De modo geral, para identificar a quantidade e a descrição dos relatos codificados para cada tema e subtema foram geradas matrizes estruturais no NVIVO versão 12PRO.

Primeiramente, as informações foram organizadas para o objetivo específico de diagnosticar o grau de implementação das práticas exitosas de atividade física. As unidades de análise dos elementos do PARIHS (evidência, contexto e facilitação) e seus subelementos foram categorizadas como temas e, para cada tema, houve a criação de subtemas para classificação de baixa, média e alta dos relatos. A organização dessas categorias foi inserida, como nós, no software NVIVO versão 12PRO (Quadro 13).

Quadro 13. Unidades de análise, temas e subtemas para a categorização das informações para diagnóstico de facilitação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

<b>Unidade de análise</b>	<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>
Evidência	Pesquisa	Baixo/médio/alto
	Experiência	Baixo/médio/alto
	Preferência do participante	Baixo/médio/alto
Contexto	Liderança	Baixo/médio/alto
	Cultura	Baixo/médio/alto
	Medida	Baixo/médio/alto
Facilitador	Característica	Baixo/médio/alto
	Papel	Baixo/médio/alto
	Estilo	Baixo/médio/alto

Fonte: (HILL et al., 2017).

Para fins de análise dos relatos e atribuição do diagnóstico de implementação, quando pelo menos dois subtemas tiveram a classificação média, a classificação geral foi determinada como média. Apenas adotou-se a classificação geral alta quando os três subtemas foram classificados como alto, para uma determinada unidade de análise. Estudos prévios também têm adotado a classificação de diagnóstico de facilitação de intervenções de saúde com base nesses mesmos procedimentos de análise (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998; RYCROFT-MALONE, 2004; HILL et al., 2017; YUE et al., 2022).

A análise das informações para responder ao segundo objetivo específico identificar as barreiras para implementação das práticas exitosas de atividade física foi conduzido de forma similar.

Inicialmente, quatro unidades de análise foram criadas para barreiras, sendo: inovação, destinatários, contexto e facilitação. Para a unidade dos destinatários foi criado dois temas: participantes e profissionais, com respectivos subtemas baseado a estrutura TDF (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012). O uso dessa estrutura foi agregado por ser capaz de classificar em constructos as percepções dos profissionais, conforme mostram estudos prévios (FRENCH et al., 2012; BIRKEN, 2017; GRADY et al., 2018). O estudo prévio da tese para levantamento de barreiras e ações de facilitação na implementação de intervenções de atividade física na APS também utilizou dessa estrutura para classificação na análise dos dados (MANTA et al., 2022). Para a unidade de contexto os relatos foram codificados em três temas: contexto de nível local; contexto de nível organizacional; e contexto de nível de sistema. Para o contexto, as informações foram codificadas por similaridade conforme o modelo do i-PARIHS. O resultado da análise

para identificar a quantidade de barreiras (variável em linha) relacionado ao diagnóstico de facilitação ou ao perfil dos profissionais facilitadores (variáveis em coluna) foi utilizada a funcionalidade matriz de codificação, no NVIVO versão 12PRO, contendo a quantidade de relatos.

Para responder ao terceiro objetivo específico identificar as ações de facilitações para implementação das práticas exitosas de atividade física, a facilitação foi criada como uma unidade de análise. Após, leituras sucessivas dos documentos de entrevistas, dois temas foram criados, sendo denominados: estratégias sobre as barreiras e estratégias sobre as facilitações. Para cada um desses foram criados subtemas, conforme a similaridade dos relatos e, posteriormente, geradas matrizes de codificação, no NVIVO versão 12PRO, contendo a quantidade de relatos.

O quarto objetivo específico a ser respondido foi identificar o perfil dos profissionais de saúde responsáveis pelo gerenciamento das práticas exitosas de atividade física. A organização dessas informações se deu com base nos relatos categorizados para o objetivo específico sobre o diagnóstico de implementação, tendo como referência a unidade denominada facilitador com seus respectivos subtemas (ex.: características, papel e estilo do facilitador). Após as leituras sucessivas dos relatos foram criadas unidades de análise específica conforme o perfil profissional identificado para o profissional facilitador. Cada perfil de facilitador foi nomeado a partir das características gerais, conforme as necessidades de apoio para a atuação do profissional no local e análise das informações. Posteriormente, à categorização das informações foram geradas matrizes de codificação, no NVIVO versão 12PRO, contendo a quantidade de relatos.

Por fim, em resposta ao objetivo geral, “analisar e propor um processo de facilitação para implementação das práticas exitosas de atividade física na APS do SUS”, o processo foi sistematizado em imagem, considerando um fluxograma de processo com base nas informações analisadas, conforme os objetivos específicos.

### *c) Comunicação dos resultados*

Os resultados foram apresentados conforme a sequência dos objetivos específicos, de modo a garantir os princípios da confiabilidade de uma análise qualitativa dedutiva, a credibilidade, confiabilidade, conformidade, transferibilidade e autenticidade das informações coletadas (ELO et al., 2014; ELO; KYNGÄS, 2008).

Os resultados apresentados da revisão de evidências sobre barreiras e facilitações para a implementação de intervenções de atividade física na APS e roteiro de entrevista para avaliação da implementação de práticas exitosas de atividade física na APS são condizentes aos dados na íntegra dos artigos publicados e submetidos.

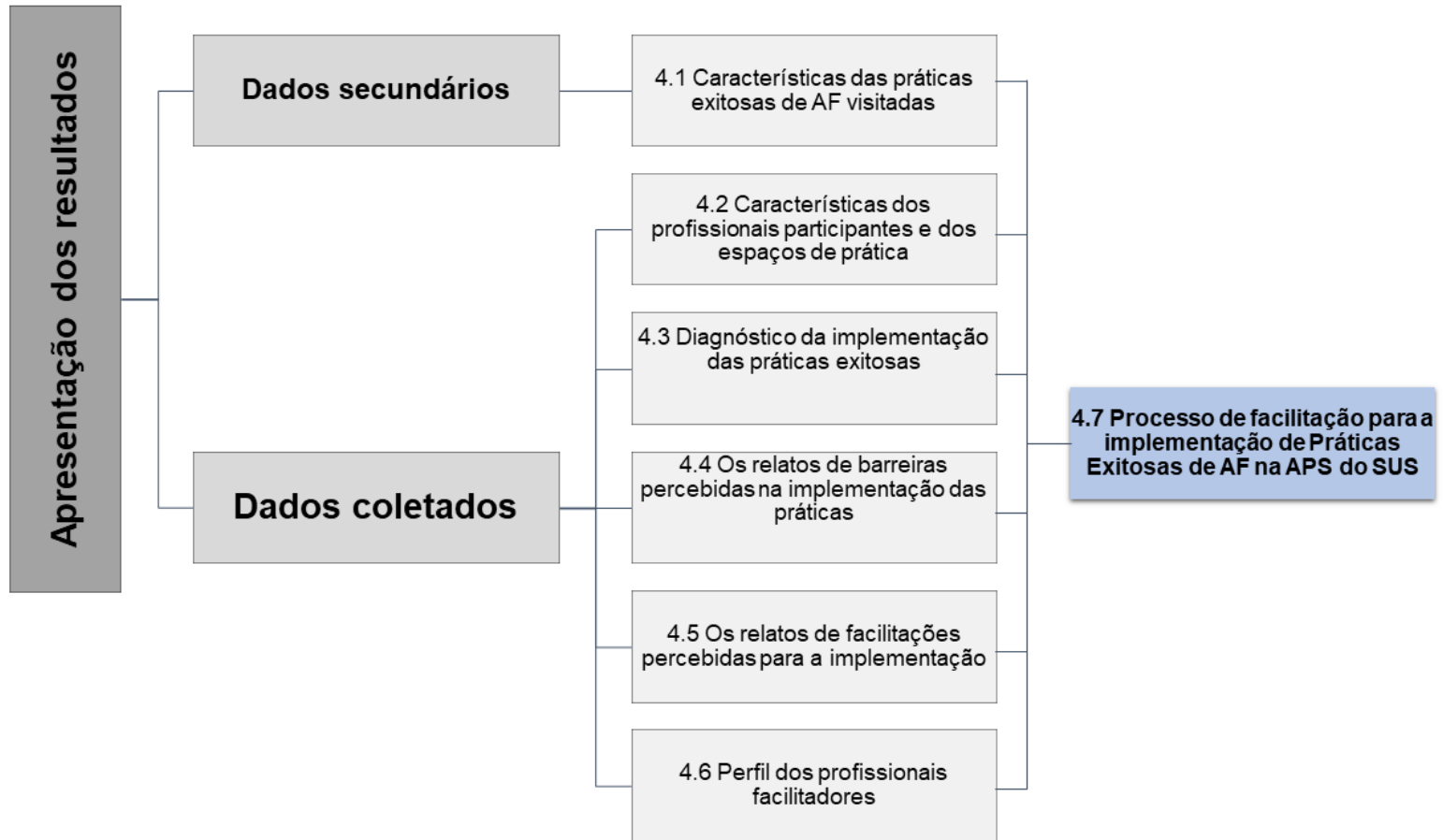
Os resultados descritos sobre a características das práticas exitosas de atividade física visitadas são provenientes dos dados secundários da SAFE. Quanto aos resultados sobre as características dos profissionais envolvidos, o desenvolvimento da prática, os recursos materiais disponíveis, o escore de qualidade do local são resultados dos instrumentos de entrevista e formulário de observação. Ademais, a análise diagnóstica de cada prática, por região, as barreiras, as facilitações e o perfil dos facilitadores são também decorrentes da análise das entrevistas.

Para fins de identificação da prática exitosa de atividade física apresentada nos resultados do estudo (n=10), cada uma recebeu um codinome, conforme a região, a fim de manter em sigilo uma possível identificação dos profissionais, dos estabelecimentos de saúde ou dos profissionais de saúde participantes.

#### **4. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados conforme a ordem dos objetivos específicos e combinação com os dados secundários da SAFE, com base nas características das práticas exitosas visitadas *in loco* (Figura 5).

Figura 5. Descrição da apresentação dos resultados do estudo, conforme ordem dos objetivos específicos e dos dados secundários.



#### 4.1 CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA VISITAS

Os resultados presentes no quadro 14 se referem às características das 10 práticas visitadas, conforme os dados secundários coletados na segunda etapa da pesquisa principal. O quadro apresenta o padrão de respostas para as 11 questões que determinaram o que é uma prática exitosa, por meio da TRI.

De acordo com os resultados, as 10 práticas usavam com maior frequência as estratégias de divulgação como boca-a-boca, seguido do apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (n=9) e reuniões na UBS (n=9). Quatro práticas realizavam a atividade física pelo menos duas vezes na semana (práticas BB, C, D e E).

Para a avaliação de atividade física foi relatado o uso de observação do profissional (n=9) e entrevistas e/ou questionários (n=8). Pelo menos sete das práticas realizavam as avaliações mensalmente. Todas as práticas entregavam os relatórios das avaliações aos participantes e controlavam a frequência, o número e as razões daqueles que desistiam da prática. As práticas, em sua maioria, relataram ter apoio da gestão local com suporte nos recursos humanos e materiais (n=9) (Quadro 14).







Quadro 14. Características das práticas exitosas de atividade física selecionadas para visita in loco (n=10).

Questões determinantes de uma prática exitosa de atividade física	Região norte		Região nordeste		Região Centro-oeste	Região Sudeste			Região sul		Total de práticas com os itens atendidos
	Prática A	Prática AA	Prática B	Prática BB	Prática C	Prática D	Prática DD	Prática DDD	Prática E	Prática EE	
<b>Q10. A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação? (Sim)</b>											10
<b>Q11. Qual tipo de aporte (ajuda) oferecido pela gestão municipal?</b>											
Recursos humanos (ex.: profissionais para atendimento)											9
Recursos materiais (ex.: halteres, colchonetes, papéis etc.)											9
Recursos físicos (ex.: sala, auditório, academia etc.)											7

Observação: Resultados apresentados no quadro são referentes aos dados secundários da segunda etapa da pesquisa-SAFE. As células sombreadas em cinza se referem que a prática respondeu 'Sim' para a pergunta ou para a alternativa.

Quanto aos objetivos relatados pelos locais, pelo menos oito práticas informaram objetivos com o enfoque voltado para a promoção da saúde e duas práticas (práticas AA e C) eram direcionadas à prevenção de doenças ou agravos à saúde (Quadro 15).

Todas as práticas eram realizadas a mais de um ano no local, exceto na região sul (prática EE). Quatro eram vinculadas ao PAS e as demais práticas às Unidades Básicas de Saúde, sendo desenvolvidas nas praças públicas, nas associações de bairro ou em espaços alugados pela gestão. Apenas uma prática oferecia atendimento exclusivo para crianças e adolescentes (prática C), nas demais predominavam adultos e idosos.

Quadro 15. Descrição dos locais visitados incluídos para in loco contendo práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde (n=10).

<b>Práticas visitadas</b>	<b>Objetivo da prática</b>	<b>Tempo no local</b>	<b>Local da prática</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Outras atividades oferecidas</b>
<b>Prática A</b>	Oferecer atividades motoras e cognitivas	> 1 ano	Áreas cobertas da comunidade (Associação)	Adultos e idosos	Grupo de hiperdia, grupo de família da comunidade,
<b>Prática AA</b>	Diminuir a taxa de obesidade entre a os usuários\clientes, prevenir o quantitativo de hipertensos e diabéticos.	1 ano	Praça	Adultos e idosos	Atividade física para os jovens nas quadras esportivas.
<b>Prática B</b>	Oferecer atividades físicas para o fortalecimento muscular e trabalho do equilíbrio em idosos.	1 ano	Praça	Adultos	Grupos de exercícios localizados, grupos de exercícios funcionais
<b>Prática BB</b>	Melhorar a resistência aeróbica e a perda de peso	1 ano	Programa Academia da Saúde	Adultos e idosos	Atividades vinculadas o PSE, atividades com as crianças do bairro, grupo de exercícios para dor crônica, grupos de ginástica, exercícios respiratórios, aeróbicos, treino funcional, atividades de educação em saúde.
<b>Prática C</b>	Diminuir os agravos da obesidade infantil	> 1 ano	Área privada cedida (Piscina aberta da faculdade)	Crianças e adolescentes	Caminhada orientada, exercício funcional de diferentes comunidades, pilates, hidroginástica
<b>Prática D</b>	Oferecer atividades de fortalecimento muscular	> 4	Área aberta	Adultos	Grupo de atividade física funcional, de alongamento, hidroginástica, musculação.
<b>Prática DD</b>	Estimular, orientar, monitorar os praticantes que gostam de correr com mais apoio, segurança e verificar os resultados	> 4	Programa Academia da Saúde	Adolescentes e adultos	Grupo hiperdia, grupos de ginástica, grupos de práticas integrativas corporais, grupos de nutricionista, grupo de obesidade, caminhada ecológica, ecobike e apoio ao PSE.
<b>Prática DDD</b>	Melhorar a capacidade cardiorrespiratória	> 4	Programa Academia da Saúde	Idosos	Atividades físicas no programa ao grupo de Parkinson, grupos de alongamentos, grupos de reabilitação, grupos e atividades físicas funcionais.
<b>Prática E</b>	Proporcionar aulas gratuitas de qualidade para a comunidade	> 4	Programa Academia da Saúde	Adolescentes e adultos	Atividades físicas funcionais e crossfit.
<b>Prática EE</b>	Envolver a população em atividades físicas visando o bem-estar	< 1 ano	Área privada alugada (Academia de ginástica)	Adultos e idosos	Atividades com grupo de hiperdia, grupo da saúde mental, atendimentos no abrigo para menores.

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES NAS ENTREVISTAS, DA QUALIDADE DOS ESPAÇOS E DO DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

Nas entrevistas individuais houve a participação de 10 profissionais facilitadores e, nas entrevistas coletivas, foram 41 profissionais das equipes de saúde. Na prática E houve a participação do profissional facilitador, pois no local não tinha uma equipe multiprofissional ou mínima vinculada diretamente à prática (Quadro 16).

A maioria dos profissionais facilitadores tinha formação em educação física (n=8), sendo um enfermeiro e outra assistente social, sendo que pelo menos sete reportaram ter pós-graduação. O tempo médio de atuação profissional vinculado à APS foi de 11,2 anos (dp= 9,9). Apenas um profissional facilitador tinha vínculo com o município por contrato, os demais eram concursados (Quadro 16).

Quadro 16. Descrição dos profissionais facilitadores participantes no estudo (n=10).

<b>Prática</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Tipo de contrato</b>	<b>Tempo de experiência na APS</b>
Prática A	M	Enfermagem	Especialização em Saúde Mental	Concurso	4 anos
Prática AA	M	Profissional de Educação Física	Especialização em Inclusão	Concurso	8 anos
Prática B	F	Profissional de Educação Física	Especialização em Fisiologia do Exercício	Concurso	2 anos
Prática BB	F	Profissional de Educação Física	NR	Concurso	6 anos
Prática C	M	Profissional de Educação Física	Especialização em Ginástica Laboral	Concurso	6 anos
Prática D	F	Profissional de Educação Física	Especialização em Planejamento educacional	Concurso	23 anos
Prática DD	M	Profissional de Educação Física	NR	Contrato	9 anos
Prática DDD	M	Profissional de Educação Física	Doutorado em Fisiologia do Exercício	Concurso	32 anos
Prática E	M	Profissional de Educação Física	NR	Concurso	4 anos
Prática EE	F	Assistência Social	Especialização em Treinamento Desportivo	Concurso	18 anos

Abreviações: APS: Atenção Primária à Saúde. M= sexo masculino; F= sexo feminino. NR: não reportado.

Os profissionais de saúde das equipes tinham tempo médio de experiência na APS de 6,3 anos (dp= 7,2) (Quadro 17). De modo geral, nove profissionais de saúde entrevistados atuavam nas eSF sendo que cinco eram estagiários do curso de graduação em educação física. A maior parte dos profissionais era concursado no município (46,3%; n=19) ou vínculo por contrato (26,8%; n=11).

Quadro 17. Descrição dos profissionais de saúde, das equipes, participantes das entrevistas coletivas e que atuavam direta ou indiretamente na Prática Exitosa de Atividade Física (n=41).

Prática	Sexo	Formação/atuação	Tipo de contrato	Tempo de experiência na APS
Prática A	F	Fonoaudiologia	Contrato	5 anos
	M	Nutrição	Contrato	6 meses
	F	Enfermagem*	Contrato	5 anos
	M	Profissional de Educação Física	Contrato	5 meses
	M	Psicologia	Contrato	3 anos
Prática AA	F	Enfermagem*	Contrato	1 ano
	M	Acadêmico de Educação Física	Estágio	1 ano
	F	Farmácia	Contrato	4 anos
	M	Nutrição	Contrato	4 anos
Prática B	M	Assistência Social	Concurso	1 ano e 1 mês
	F	Assistência Social	Concurso	2 anos
	F	Psicologia	Concurso	3 anos
	F	Profissional de Educação Física	Concurso	12 anos
	F	Fisioterapia	Concurso	5 meses
	M	Enfermagem*	Concurso	7 anos
Prática BB	F	Agente comunitária de saúde*	Concurso	18 anos
	F	Profissional de Educação Física	Concurso	11 anos
	F	Nutrição	Residente	2 anos
	F	Assistência Social	Residente	2 anos
	F	Psicologia	Residente	2 anos
	F	Fisioterapia	Residente	2 anos
	F	Profissional de Educação Física	Concurso	7 anos
	M	Odontologia*	Residente	2 anos
Prática C	F	Acadêmica de Educação Física	Estágio	7 meses
	F	Nutrição	Contrato	2 anos
	F	Psicologia	Concurso	4 anos
Prática D	F	Agente comunitária de saúde*	Concurso	5 anos
	M	Profissional de Educação Física	Concurso	7 anos
Prática DD	F	Fisioterapia	Comissionado	12 anos
	M	Nutrição	Comissionado	12 anos
	F	Odontologia*	Concurso	6 anos
	F	Psicologia	Concurso	4 anos
	M	Medicina*	Contrato	2 anos
Prática DDD	F	Profissional de Educação Física	Contrato	1 ano 8 meses
	M	Medicina*	Concurso	32 anos
Prática EE	M	Acadêmico de Educação Física	Estágio	1 ano

Quadro 17. Descrição dos profissionais de saúde, das equipes, participantes das entrevistas coletivas e que atuavam direta ou indiretamente na Prática Exitosa de Atividade Física (n=41).

<b>Prática</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação/atuação</b>	<b>Tipo de contrato</b>	<b>Tempo de experiência na APS</b>
	M	Acadêmico de Educação Física	Estágio	6 meses
	F	Fisioterapia	Concurso	12 anos
	F	Nutrição	Concurso	9 anos
	F	Análises Clínicas	Concurso	3,5 anos
	F	Psicologia	Concurso	3 anos

Abreviações: \*Profissionais vinculados à equipe Estratégia Saúde da Família (eESF).

A qualidade das estruturas dos locais visitados foi avaliada, por meio de observação sistemática. Na Tabela 1, foi descrita as pontuações atribuídas para cada local. No geral, a avaliação das estruturas dos locais obteve média de qualidade 3,54 (dp= 2,8; mínimo= -0,1; máximo=7,1). Menores escores de qualidade das estruturas e presença de acessibilidade foram observados nas práticas A, AA, B, BB e DD. De modo geral, pelo menos cinco práticas tiveram escores acima de cinco pontos. Ressalta-se que no dia da observação, a prática DD foi desenvolvida em uma praça pública e não no polo do PAS, portanto a qualidade da estrutura foi referente à praça pública.

Tabela 1. Qualidade das estruturas para conforto, estética, limpeza, segurança e presença de estrutura de acessibilidade aos locais das Práticas Exitosas de Atividade Física (n=10).

Avaliação da qualidade e presença de estruturas	Norte		Nordeste		Centro-oeste	Sudeste			Sul	
	Prática A	Prática AA	Prática B	Prática BB	Prática C	Prática D	Prática DD	Prática DDD	Prática E	Prática EE
<b>Estruturas para conforto</b>										
Banheiros	1	0	2	0	2	2	1	3	3	3
Bancos	2	2	2	0	2	2	2	3	2	0
Bebedouro	2	0	0	3	2	2	0	3	3	3
Iluminação	1	2	1	2	3	2	2	3	3	3
Mesas (para realização de lanches)	2	0	0	0	2	2	2	0	0	3
Vestiário	1	0	0	0	2	2	0	0	3	2
Lixeiras	1	0	2	0	3	2	1	3	3	2
<b>Peso atribuído</b>	<b>4,8</b>	<b>1,9</b>	<b>3,3</b>	<b>2,4</b>	<b>7,6</b>	<b>6,7</b>	<b>3,8</b>	<b>7,1</b>	<b>8,1</b>	<b>7,6</b>
<b>Limpeza, estética e segurança</b>										
Vidro quebrado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sujeira de animais	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cachorro solto	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0
Evidências de uso de álcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pichações	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Lixo espalhado	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0
Sinais de vandalismo	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0
Mato ou grama alta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Peso atribuído</b>	<b>2,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>
<b>Presença de acessibilidade</b>										
Pontos de ônibus	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Pontos de taxi	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Estacionamento para carros	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Ciclovia	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Bicicletário	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Faixa de pedestre	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1
Semáforo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Placa de redução de velocidade	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
<b>Peso atribuído</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>5,0</b>	<b>3,8</b>	<b>10,0</b>	<b>1,3</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>2,5</b>
<b>Pontuação total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,9</b>	<b>5,7</b>	<b>7,1</b>	<b>0,03</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>5,1</b>



A observação das atividades desenvolvidas nas práticas exitosas visitadas será apresentada por região, conforme os Quadros 18 ao 22.

Na maioria das práticas as atividades ocorriam no turno da manhã. A média do número de participantes foi de 35,2 (máximo=130; prática DDD). Em cinco locais a prática ocorreu em espaço fechado ou com cobertura (práticas A; BB; DDD; E; EE), nas demais em espaços abertos como praças ou nas áreas abertas dos espaços físicos.

Em todos os locais foram observados a presença de recursos materiais disponíveis ao profissional que executava a prática com os participantes. Nos locais vinculados às parcerias público-privadas havia colchonetes, caneleiras, bolas de pilates, camas elásticas, halteres, steps, materiais de natação, dentre outros (práticas C e EE). Na prática B foi observado materiais adaptados de uso dos próprios participantes, como garrafas plásticas com areia e cabos de vassouras.

No geral, as atividades foram conduzidas pelas profissionais responsáveis com foco na prescrição de exercícios físicos, com volume e intensidade adaptados conforme as características dos participantes.

Quadro 18. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região norte (n=2).

<b>PRÁTICA A</b>
<p><b>Local da prática:</b> Área coberta da comunidade (Associação de bairro).</p> <p><b>Horário de início:</b> 8 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Cones, bolas, colchonetes e som.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 29.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> Inicialmente foi realizado um alongamento geral. O profissional de educação física (EF) foi quem conduziu as atividades. A parte principal iniciou com aquecimento com exercícios de deslocamento com caminhada pelo espaço físico, depois inseriu alguns cones para aumentar a dificuldade e variar a velocidade da caminhada. A segunda atividade foi com os participantes sentados em duplas no espaço e com uma bola posicionada entre eles. O profissional falava uma parte do corpo em que os participantes deveriam tocar e ao sinal de “já” um tentava pegar a bola que estava entre as pernas da dupla. Na última atividade a fisioterapeuta reuniu o grupo em círculo e falou sobre a importância de eles praticarem a atividade física e estarem reunidos no grupo. A dança circular foi realizada e a proposta foi dançar o CARIMBÓ. Individualmente eles começaram a realizar alguns movimentos de quadril ritmados ao som da música, com movimentos de braços e deslocamentos pelo espaço e, depois fizeram alguns passos em duplas. Ao final, exercícios de alongamentos foram realizados em um grande círculo e a profissional de fisioterapia fez uma oração, entre todos, de mãos dadas. Uma mesa com frutas e sucos naturais estava disposta para todos se servirem.</p>
<b>PRÁTICA AA</b>
<p><b>Local da prática:</b> Espaço aberto público que continham equipamentos de academia ao ar livre, em frente a Unidade Básica de Saúde.</p> <p><b>Horário de início:</b> 5 horas 30 minutos</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Equipamentos da academia ao ar livre, arcos, cones, halteres, elásticos e escada para treinamento funcional.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 21.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> Individualmente os participantes iniciaram os exercícios voluntariamente em um equipamento de interesse e fazendo um rodízio entre os aparelhos entre os próprios participantes. Os profissionais de EF forneceram instruções e correções, mas não foi observada uma orientação quanto à sequência de exercícios a ser seguida. A segunda parte da atividade foi um circuito (6h20 min) realizado ao lado da academia ao ar livre, em que foram distribuídos os cones e a escada. Os participantes, individualmente e simultaneamente, deslocavam-se de um cone para o outro realizando uma caminhada rápida, enquanto outros realizaram trotes. Essa prática durou aproximadamente 15 minutos. Na atividade seguinte foi removido os materiais e substituídos pelos arcos que ficaram distribuídos no chão. Cada participante ficou dentro de um arco e ao comando do profissional deveriam deslocar-se de um arco para o outro. Os participantes mostraram -se motivados e participativos durante a atividade. Nenhum arco foi removido, pois o objetivo relatado pelo profissional foi fazer com que eles se movimentassem mais rápido. Ao final, os participantes foram reunidos em círculo para os exercícios de alongamentos, sendo conduzido pelo profissional. Em seguida, um lanche com frutas foi disponibilizado no local da prática.</p>

Quadro 19. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região nordeste (n=2).

<b>PRÁTICA B</b>
<p><b>Local da prática:</b> Área aberta comunitária com cobertura.</p> <p><b>Horário de início:</b> 8 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Bastão de vassoura, som e garrafas de 500 ml contendo areia confeccionada pelos participantes.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 14.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> A PEF aferiu a pressão arterial das participantes antes do início da atividade. Depois, orientou que as participantes ficassem distribuídas pelo espaço e estruturou uma sequência de exercícios (ex. agachamento com uso do bastão de vassoura (3x20); movimentos laterais do tronco com o bastão acima dos ombros (2x20); elevação dos calcanhares, trabalho de panturrilha em pé com o bastão (3x20); bastão na lombar e movimentos rotatórios com o tronco (3x12); elevação alternada de joelhos no mesmo lugar com o bastão (3x50); bastão na nuca e movimentos rotatórios do tronco (3x20); elevação lateral dos ombros com os halteres (2x12); rosca com os halteres (3x12); movimentos alternados de pernas com bastão - agachamento afundo (3x12). Ao final foi realizado um alongamento em pé de membros inferiores e superiores e um círculo foi formado com todos para uma oração.</p>
<b>PRÁTICA BB</b>
<p><b>Local da prática:</b> Polo do Programa Academia da Saúde.</p> <p><b>Horário de início:</b> 15 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Colchonetes, som, caneleiras.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 14.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> A atividade iniciou com a PEF realizando um alongamento, em pé, voltada para o espelho. A parte principal foi conduzida com exercícios sequenciais (ex. atividade de fortalecimento deitados nos colchonetes (3x 10); elevação do quadril (3x 10); flexão unilateral do quadril (3x 10); quatro apoios com extensão do quadril (3x 10); elevação de ombro unilateral (3x 10); prancha (3x 10); flexão de quadril, em pé, com uso de caneleira (3x 10). A PEF circulava entre os participantes para correções nos movimentos. Ao final o grupo realizou um alongamento.</p>

Quadro 20. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região centro-oeste (n=1).

PRÁTICA C
<p><b>Local da prática:</b> Área privada (piscina aberta da Faculdade local).</p> <p><b>Horário de início:</b> 13 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Pranchas, óculos de natação e toucas.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 28.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> O PEF responsável dividiu a piscina em três espaços. Um lado permaneceu as crianças com uma estagiária de EF que são participantes em iniciação. Outra porção da piscina permaneceu aqueles que estão em fase dos movimentos fundamentais do nado e, em outro espaço, aqueles que estavam na fase de nado completo. A estagiária desenvolveu atividades com as crianças em grupo, onde cada um com o uso das pranchas realizou exercícios de batida de pernas. Outras atividades foram de iniciação ao mergulho na borda da piscina, depois com o uso da prancha e com a imersão do rosto na água. Ao final, foram propostas atividades recreativas em que todos interagiram realizando deslocamentos pela piscina. Enquanto isso, o PEF manteve-se fora da piscina orientando as atividades para os outros dois grupos de forma revezada. Enquanto um grupo atravessava de um ponto ao outro da piscina, realizando exercícios de batida de pernas com a prancha e simultaneamente o mergulho alternado, outro grupo realizava a partida do bloco para realizar o salto e completar com o nado crawl até uma raia. Ambos os profissionais, de fora da piscina, forneciam todos os comandos e os feedbacks aos participantes.</p>

Quadro 21. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região sudeste (n=3).

<b>PRÁTICA D</b>
<p><b>Local da prática:</b> Área aberta de uma estrutura montada na orla da praia.</p> <p><b>Horário de início:</b> 7 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Argolas, cones grandes e pequenos, colchonetes, bastões, elásticos, som e microfone.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 47.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> A atividade foi realizada em frente ao módulo do [nome do programa do município-grifos da autora]. A PEF reuniu o grupo para um alongamento e aquecimento inicial. Todos ficaram distribuídos pela área e a profissional posicionada de frente para os participantes realizando os movimentos e exercícios propostos. Em seguida distribuiu os participantes em pequenos grupos, por estações de exercícios. Cada grupo realizou a sequência dos exercícios 3 vezes em um tempo médio de 10 min de duração. Após completar o tempo houve o rodízio dos pequenos grupos pelas estações. No total foram sete estações sendo: prancha, corrida aos cones de frente e retorno de costas, corrida entre os cones, zig-zag entre argolas, saltos entre cones pequenos, exercício com bastão (agachamento com desenvolvimento) e abdominais (30 min). Ao final exercícios de abdominais e de alongamento foram realizados nos colchonetes, por um tempo médio de 10min.</p>
<b>PRÁTICA DD</b>
<p><b>Local da prática:</b> Praça pública central no município, mas a atividade era vinculada ao polo do Programa Academia da Saúde.</p> <p><b>Horário de início:</b> 18 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Cronômetros, água e copos plásticos que estavam à disposição dos alunos em locais estratégicos de paradas e lanche com frutas ao final.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 26.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> No início da atividade a profissional de fisioterapia realizou exercícios de alongamento. Após, exercícios de aquecimento à corrida foram prescritos pelo PEF. O trecho a ser percorrido iniciou em frente à praça e cada participante executou a sua distância. A profissional de fisioterapia marcou no cronômetro o tempo inicial da partida. O PEF faz um acompanhamento de carro para ir até os locais de paradas e deixar as águas disponíveis para hidratação. Durante o percurso, cada participante que ultrapassa o PEF fornece um feedback de incentivo. Quando todos os participantes retornam ao ponto de partida, o PEF anota o nome de cada um com o tempo de conclusão do percurso com auxílio da profissional de fisioterapia. Ao final, cada participante realiza um alongamento. Um lanche com frutas e gelatinas foi disponibilizado.</p>
<b>PRÁTICA DDD</b>
<p><b>Local da prática:</b> Polo do Programa Academia da Saúde.</p> <p><b>Horário de início:</b> 8 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Equipamentos da academia ao ar livre e a pista de caminhada disponível no local.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 130.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> Alguns participantes começam a chegar às 7h e iniciam as atividades de forma livre. Um grupo fica em uns aparelhos, caminham em círculo numa pista de caminhada demarcada no piso, realizam exercícios nos equipamentos e voluntariamente realizam um rodízio. A estagiária de EF não esteve presente nesses horários e às 8h30 reuniu o grupo embaixo de uma estrutura de lona, para proteção ao sol, e realizou uma sequência de exercícios para mobilidade articular e depois os exercícios de alongamentos. Após essa sequência de exercícios houve um intervalo de 10 min para descanso e ingestão de água. Nesse momento, alguns retornaram a usar os equipamentos e continuaram os exercícios, enquanto outros se sentaram ou ficaram em pequenos grupos conversando. A estagiária de EF reuniu o grupo para instrução do alongamento final.</p>

Quadro 22. Relato da observação in loco da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na região sul (n=2).

<b>PRÁTICA E</b>
<p><b>Local da prática:</b> Polo do Programa Academia da Saúde.</p> <p><b>Horário de início:</b> 14 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Tatame, corda, saco de boxe, barras com anilhas, halteres, cones, elásticos, steps, bola de medicine, TRX e som.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 14.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> A atividade iniciou com exercícios de aquecimento com uma atividade recreativa de coordenação motora e coletiva. A parte principal do atendimento foi dividida em circuito em que cada participante permanecia em uma estação, por tempo determinado, sob o comando do PEF (ex.: estação com bola de <i>medicine</i>, com TRX, com halteres, com corda, chute no saco de boxe, saltos entre cones e step). A intensidade da atividade é adaptada de acordo com a necessidade de cada um e suas capacidades e condicionamento físico, sendo percebido um esforço vigoroso por alguns participantes. O PEF forneceu <i>feedback</i> e corrigiu os movimentos quando necessário. Um período de cinco minutos foi fornecido para descanso e ingestão de água. Ao final do atendimento o grupo foi reunido para alongamento geral.</p>
<b>PRÁTICA EE</b>
<p><b>Local da prática:</b> Área privada alugada (academia de ginástica).</p> <p><b>Horário de início:</b> 6 horas.</p> <p><b>Materiais disponíveis:</b> Halteres, steps, caneleiras, camas elásticas, bolas de pilates, cordas, tatames e som.</p> <p><b>Número de participantes:</b> 29.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> A atividade foi iniciada com exercícios aeróbios, de coordenação motora e com alguns exercícios resistidos (ex.: estacionária com flexão de joelhos, movimentos coordenados de flexão do quadril; corrida, agachamentos paralelos). Os dois estagiários de EF se mantiveram em frente aos participantes para as instruções dos exercícios de forma verbal e por demonstração. Um dos estagiários se deslocava na sala reforçando e corrigindo os movimentos realizados, de forma individual. Ao final da atividade foi realizado os exercícios de alongamento. Para os participantes estava à disposição um lanche coletivo e foi realizado um sorteio de brindes (uma cesta de café).</p>

### 4.3 DIAGNÓSTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA

O diagnóstico situacional da implementação das práticas foi baseado nas informações coletadas das entrevistas individuais e coletivas, com os profissionais. Os relatos das entrevistas foram codificados pelos elementos e subelementos do PARIHS, com as respectivas definições conceituais presentes no Quadro 3. Os resultados para cada diagnóstico das práticas foram apresentados por região. Ao final de cada quadro consta a classificação geral para evidência, contexto e facilitação.

#### 4.3.1 Região norte

Ambas as práticas da região norte, A e AA, tiveram classificação média para contexto e facilitação, mas se diferiram quanto ao elemento evidência. A prática A foi avaliada com evidência média e a prática AA com evidência alta (Quadro 23).

Na prática A, a implementação foi embasada em evidência, pois houve uma pesquisa prévia sobre o território. No entanto, nos relatos foi observado que os resultados não estavam diretamente vinculados às características do público atendido. Apesar dos profissionais demonstrarem experiência com o público atendido e adequação da oferta aos participantes, a evidência foi classificada como média (EM). Na prática AA, a evidência foi percebida como alta, pois era embasada em recomendações conforme as características do público atendido. Na experiência dos profissionais foi identificado relatos quanto aos resultados percebidos e nos espaços adequados que facilitavam a implementação. Além disso, o atendimento era realizado com base nos interesses dos participantes, pela adequação do horário.

Na prática A e AA, o contexto foi classificado como médio. De modo geral, foram percebidas definições claras dos papéis dos profissionais envolvidos, valores gerados com a prática para mudanças das crenças locais. No entanto, não se tinha definições sobre os procedimentos de avaliações, monitoramento e registro das informações coletadas dos participantes. Além, das barreiras percebidas sobre a limitação de uso do espaço e dos recursos materiais, como relato pelos profissionais na prática A.

A facilitação foi classificada como média para ambas as práticas da região norte. Na prática A, os profissionais de saúde não reconheciam apenas um profissional como o facilitador, mas uma atuação de toda equipe nesse processo. O profissional facilitador se identificava como um mediador na busca por apoio da gestão nos dias da implementação, no revezamento do

papel de facilitador com outro profissional responsável e na formação de grupos para apoiar a implementação. Na prática AA, a classificação média foi determinada devido ao papel do profissional facilitador na implementação, pois havia uma multiplicidade de funções em outras tarefas e locais, apesar de ser reconhecido pelos demais profissionais como o facilitador.



Quadro 23. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região norte do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS).

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática A	Prática exitosa de atividade física Prática AA
EVIDÊNCIA	Pesquisa	MÉDIA- houve uma descrição sobre informações do contexto e das características de condições de saúde dos usuários do território, porém sem dados direcionados à implementação da prática.	ALTA- havia uma descrição sobre as condições epidemiológicas do território e das razões para a implementação da prática, por recomendação.
	Experiência	ALTA- os profissionais demonstravam experiência no atendimento ao público idoso e no reconhecimento dos benefícios da prática de atividade física para autonomia e qualidade de vida aos participantes.	ALTA- a disponibilidade do espaço físico para a realização da prática foi percebida como um facilitador. Os profissionais de saúde da equipe relataram que o grupo participante tinha os melhores indicadores de saúde.
	Preferência do participante	ALTA- os profissionais relataram oferecer a prática em local próximo à comunidade, pois aproximava a prática das realidades sociais e de saúde.	ALTA - o local da prática e horário era oportunizado a partir dos interesses dos participantes. No entanto, algumas sugestões de melhorias do espaço físico foram sugeridas como cobertura do espaço e vestiários disponíveis.
Avaliação da evidência		EM (evidência média)	EA (evidência alta)
CONTEXTO	Liderança	MÉDIA- havia uma organização e distribuição de papéis bem definidos no processo de trabalho dos profissionais envolvidos. A oferta da prática era percebida pelos profissionais como um meio para o alcance dos usuários para demais ações de promoção da saúde. A falta de espaços e de recursos materiais foram mencionados como barreiras.	ALTA- os profissionais envolvidos tinham papéis definidos para apoiar a implementação. Havia um planejamento definido com escalas e disponibilidade dos profissionais para apoio à implementação. As visitas domiciliares foram percebidas como importantes no alcance e na manutenção dos participantes. No entanto, a falta de espaço adequado foi uma barreira percebida.
	Cultura	ALTA- os profissionais envolvidos reconheciam os valores do trabalho multidisciplinar para a saúde para apoio às crenças dos usuários de baixa renda, a fim de buscar comportamentos saudáveis. A falta de adesão dos participantes e a crença dos usuários do olhar para a saúde aos cuidados do médico foram barreiras percebidas pelos profissionais envolvidos.	ALTA- os profissionais apoiavam a adoção de comportamentos saudáveis, diante da realidade socioeconômica dos participantes. No entanto, a falta de motivação dos participantes, a representação do local apenas como um espaço de medicalização e a baixa credibilidade da prática pelos gestores foram barreiras percebidas na implementação.
	Medida	MÉDIA- alguns procedimentos de avaliação e acompanhamentos e de feedback aos participantes foram identificados. No entanto, não foi identificado um sistema de registro de informações para todos os procedimentos adotados.	MÉDIA - havia um protocolo para avaliar e monitorar as condições de saúde, porém não foi identificado uma sistemática para a entrega desses resultados aos participantes. A falta de espaço para realizar as avaliações e as medidas corporais foram barreiras percebidas.
Avaliação do contexto		CM (contexto médio)	CM (contexto médio)
FACILITADOR	Características do facilitador	MÉDIA- os profissionais de saúde das equipes percebiam que a prática se manteria mesmo diante a mudança do profissional facilitador.	ALTA- as características do profissional facilitador eram percebidas pela equipe dos profissionais como dinâmico, criativo,

Quadro 23. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região norte do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS).

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática A	Prática exitosa de atividade física Prática AA
			motivador e adaptável para os atendimentos individualizados.
	<b>Papel do facilitador</b>	ALTA- papel do profissional facilitador foi percebido como mediador na busca por recursos materiais, de espaço e de equipamentos. O facilitador direcionou um outro profissional da equipe para apoio à implementação.	MÉDIA- o profissional facilitador tinha papel definido na prática, porém a capacidade de apoiar a implementação foi limitado por decorrência da multiplicidade de funções em outras tarefas e locais (ex.: atuava como professor no estado-40h e na saúde 20h).
	<b>Estilo do facilitador</b>	ALTA- o profissional facilitador tinha um estilo flexível e atuações consistentes para a sensibilização para apoiar na mudança de comportamento dos participantes. O profissional fazia uso das formações de grupos para encaminhamentos à prática de atividade física.	ALTA- os profissionais de saúde da equipe reconheciam a capacidade de articulação do profissional facilitador para apoiar o trabalho multiprofissional. O profissional facilitador relatou sobre sua capacidade de adaptação das atividades, diante das condições locais e das características do público atendido.
<b>Avaliação da facilitação</b>		<b>FM (facilitação média)</b>	<b>FM (facilitação média)</b>
<b>Avaliação geral</b>		<b>EM; CM; FM</b>	<b>EA; CM; FM</b>

#### 4.3.2 Região nordeste

Da região norte, as práticas B e BB, tiveram classificação média para evidência e contexto, mas se diferiram quanto ao elemento facilitação. A prática B foi avaliada com facilitação alta e a prática BB como média (Quadro 24).

Na prática B, não foram identificadas informações epidemiológicas ou por recomendações que embasassem a implementação. Os resultados alcançados foram percebidos pelos profissionais e esforços multiprofissionais eram realizados como apoio à implementação. Ainda, nos relatos, foram presentes limitações para compreensão sobre o atendimento integral à saúde dos usuários. Na prática BB, houve embasamento de informações descritivas sobre o público a ser atendido, mas identificado apenas pelos profissionais atuantes como residentes no local. As experiências multiprofissionais foram positivas sobre o atendimento integral aos participantes, além das adequações dos tipos de práticas aos interesses do público.

Em relação ao contexto, ambas as práticas foram classificadas com contexto médio. Na prática B, foi identificado um apoio multiprofissional, mas a falta de locais adequados limitava a implementação. Os valores e crenças locais eram trabalhados de forma multiprofissional para

apoiar as mudanças e os aprendizados organizacionais de equipe. Os procedimentos de avaliação e registros eram bem definidos, mas pouco claro a forma como eram entregues aos participantes. Na prática BB, houve um apoio multiprofissional limitado e uma necessidade de maior apoio da gestão para recursos físicos. Os procedimentos de avaliações tinham frequência prevista com registro em sistema online, porém a entrega dos resultados aos participantes não era sistematizada.

A facilitação da prática B foi avaliada como alta e da prática BB como média. Na prática B, os profissionais de saúde reconheciam as características, o papel bem definido e as habilidades positivas do profissional facilitador. Além disso, foi percebido pelos demais profissionais das equipes o apoio do profissional facilitador nas demais ações, bem como a flexibilidade e adequação do atendimento no território. Na prática BB, o apoio foi percebido como limitado pelo próprio profissional facilitador devido a carga horária reduzida no local. Apesar disso, os profissionais de saúde reconheciam o perfil e competência profissional do facilitador para desempenhar seu papel. As atividades eram planejadas de forma flexível e adaptada para as diferentes condições de saúde dos participantes. No entanto, a limitação do tempo destinado à implementação teve a facilitação classificada como média.

Quadro 24. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região nordeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática B	Prática exitosa de atividade física Prática BB
EVIDÊNCIA	Pesquisa	BAIXA- não foi identificada pesquisa ou diagnóstico para apoiar a implementação da prática.	MÉDIA- houve uma descrição sobre o público a ser alcançado na implementação. A equipe de profissionais de saúde mencionou o desenvolvimento de pesquisas científicas, mas pareceu ser pontual e temporário pois resultava de iniciativas dos profissionais da residência multiprofissional do local.
	Experiência	MÉDIA- foi percebido um esforço para a sensibilização das equipes de profissionais para o atendimento integral à saúde dos participantes. No entanto, ainda era percebido uma resistência de alguns profissionais, além da falta de espaços físicos e de condições climáticas (ex. calor excessivo na região) que dificultavam o planejamento.	ALTA- as experiências multiprofissionais e trabalho para atender a integralidade da saúde do usuário favoreceu os esforços para a implementação da ação e otimização dos recursos disponíveis.
	Preferência do participante	ALTA- a oferta da prática revelou resultados positivos para o público de idosos que era atendido. Os profissionais envolvidos também relataram sobre a oportunidade de autocuidado e socialização que a prática oportunizava aos participantes.	ALTA- as preferências dos participantes na oferta de modalidades eram atendidas, assim como eram negociadas quando ocorriam conflitos.

Quadro 24. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região nordeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática B	Prática exitosa de atividade física Prática BB
Avaliação da evidência		EM (Evidência média)	EM (Evidência média)
CONTEXTO	Liderança	MÉDIA- um apoio multiprofissional foi percebido para o planejamento e a organização das ações a serem realizadas com a atividade física. Além disso, o encaminhamento de novos participantes era realizado pelos profissionais das equipes de forma sistemática. No entanto, algumas barreiras eram percebidas como: falta de recurso materiais e de espaços físicos. A busca por alternativas de espaços para a realização da prática foi gerenciada pelo profissional facilitador, adaptando a oferta em praças públicas.	MÉDIA- foi identificado um apoio multiprofissional limitado para a implementação da prática, por decorrência da carga horária dos profissionais, dos espaços físicos reduzidos e do apoio da gestão. O apoio dos profissionais da residência era percebido como tendo tempo determinado, sendo necessário articulação com outras instituições para oferecer suporte desejado devido a falta de profissionais de saúde.
	Cultura	ALTA- o contexto propiciava aprendizagens organizacionais multiprofissionais, além do reconhecimento dos valores agregados da prática aos participantes. No entanto, algumas barreiras eram percebidas como: a representação do estabelecimento de saúde como local de medicalização e a falta de reconhecimento da categoria dos profissionais de educação física pelos pares da área da saúde.	ALTA- apesar do apoio dos participantes para a busca por melhorias físicas, estruturais e de disponibilidade de profissionais para a atuação no local, havia uma dificuldade quanto ao horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde. Este local servia como um apoio ao polo do Programa Academia da Saúde pela falta de banheiros e bebedouros.
	Medida	ALTA- havia um processo de avaliação, monitoramento e acompanhamento das condições de saúde dos participantes com registro das avaliações em prontuário eletrônico. No entanto, não foi identificado um processo definido de como essas informações eram disponibilizadas aos participantes.	ALTA- havia um processo de avaliação bem definido, com frequência, monitoramento e registro em sistema para compartilhamento com os demais profissionais. Apenas as informações coletadas de dobras cutâneas não tinham registro em sistema eletrônico e tampouco foi identificado a entrega dos resultados aos participantes.
Avaliação do contexto		CM (Contexto médio)	CM (Contexto médio)
FACILITAÇÃO	Características do facilitador	ALTA- foi identificado, nos relatos dos profissionais das equipes, elogios e credibilidade ao trabalho do profissional facilitador. No entanto, na percepção de alguns profissionais a prática tinha chances de se manter no local, mesmo diante a mudança de profissionais.	MÉDIA- os profissionais reconheciam a competência técnica do profissional facilitador, porém relataram a dificuldade de maior carga horária disponível para atender mais turmas.
	Papel do facilitador	ALTA- o profissional facilitador tinha domínio do território e das possibilidades de alcançar maior adesão e assiduidade dos participantes. Além disso, apoiava a disseminação da prática em campanhas para todos os setores de saúde.	ALTA- o profissional facilitador tinha atribuições e papéis bem definidos. No entanto, pontuou como barreiras a carga horária reduzida para atender todas as tarefas necessárias e os horários de funcionamento do polo e da UBS, para ampliar os atendimentos.

Quadro 24. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região nordeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática B	Prática exitosa de atividade física Prática BB
	<b>Estilo do facilitador</b>	ALTA- o profissional facilitador era flexível no planejamento, buscava alternativas para os recursos materiais com a ajuda dos participantes na confecção de halteres. No entanto, a pouca estrutura física dos espaços públicos e a falta de equipamentos adequados foram barreiras identificadas.	ALTA- as demandas dos participantes por adaptações nas atividades eram atendidas pelo profissional facilitador para dinamizar as atividades e adequar aos interesses dos participantes.
<b>Avaliação da facilitação</b>		<b>FA (Facilitação alta)</b>	<b>FM (Facilitação média)</b>
<b>Avaliação geral</b>		<b>EM; CM; FA</b>	<b>EM; CM; FM</b>

### 4.3.3 Região centro-oeste

Na região centro-oeste, a prática C obteve classificação para evidência alta (EA), contexto alta (CA) e facilitação alta (FA) (Quadro 25).

Sobre a evidência, houve um levantamento prévio das condições de saúde dos participantes no território, por meio de pesquisa com dados epidemiológicos. As experiências foram refletidas em outras ações desempenhadas com atuação multiprofissional. Os profissionais reconheciam os benefícios da prática, apesar de ser limitado a oferta de outras ações em caso de desistência dos participantes. Apesar disso, a evidência foi classificada como alta.

Para o contexto foi identificado uma liderança presente, os papéis dos envolvidos eram bem definidos, com apoio da gestão e das instituições parceiras na implementação. Os profissionais reconheciam as crenças negativas do local devido à falta de informações dos participantes autonomia em comportamentos saudáveis, mas relataram esforços multiprofissionais em contribuir para as mudanças. Além disso, os procedimentos de avaliação eram estruturados, com frequência, registro das informações coletadas em sistema e entrega dos resultados aos participantes de forma impressa. Portanto, a avaliação de contexto foi classificada como alta.

Na facilitação, o papel do facilitador era bem definido como gestor da prática, considerando as necessidades de adaptações e flexibilidade em seu estilo de facilitação no processo.

Quadro 25. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região centro-oeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS).

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física prática C
EVIDÊNCIA	Pesquisa	ALTA- o levantamento de informações foi realizado de forma intersetorial entre secretaria de educação e saúde. As informações contribuíram para as recomendações de saúde ao município para enfrentamento da obesidade infantil.
	Experiência	ALTA- a experiência do projeto foi refletida em outras ações organizadas pela equipe de profissionais de saúde. Além, da experiência com suporte de outras instituições para apoiar a implementação e a inovação da proposta no trabalho da obesidade infantil.
	Preferência do participante	ALTA- os profissionais reconheciam os benefícios da prática à saúde dos participantes e suas preferências para adaptação das atividades. No entanto, era limitado o apoio para dar suporte na desistência dos participantes e adequar a prática ou outra oferta.
Avaliação da evidência		EA (Evidência alta)
CONTEXTO	Liderança	ALTA- a liderança, o papel do facilitador e o apoio da equipe de profissionais eram bem definidos, sendo percebida uma forte organização no processo de trabalho de todos os envolvidos. O convênio com outras instituições para suporte à implementação e apoio da gestão foi percebido como um facilitador para a sustentabilidade do projeto, apesar do relato sobre as dificuldades burocráticas nas renovações anuais desse convênio.
	Cultura	ALTA- os profissionais reconheciam as crenças locais sobre a falta de informação dos participantes para a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, porém investiam em informações no ambiente familiar para a construir mudanças culturais/familiares. Além disso, tinham agregavam habilidades profissionais distintas para o atendimento integral aos participantes.
	Medida	ALTA-existia um processo de avaliação e de monitoramento das informações coletadas, com entrega de relatórios aos pais e aos participantes. No entanto, outros comportamentos como a alimentação adequada e saudável ainda não apresentavam uma sistemática de avaliação e de registro, pois não estão em prontuários eletrônicos.
Avaliação do contexto		CA (Contexto alto)
FACILITAÇÃO	Características do facilitador	ALTA- a equipe de profissionais envolvidos reconhecia o papel e a credibilidade do profissional facilitador com elogios ao trabalho desempenhado.
	Papel do facilitador	ALTA- o profissional facilitador compreendia as necessidades de adaptação no planejamento para manter os participantes motivados e assíduos na prática e tinha seu papel definido no apoio e suporte à implementação.
	Estilo do facilitador	ALTA- o profissional facilitador tinha clareza sobre seu papel e no planejamento para buscar o apoio dos demais envolvidos na implementação da prática. Além disso, tinha carga horária adequada para desempenhar as tarefas.
Avaliação da facilitação		FA (Facilitação alta)
Avaliação geral		EA; CA; FA

#### 4.3.4 Região sudeste

Na região sudeste, as três práticas D, DD e DDD, tiveram classificação alta para evidência, contexto e facilitação (Quadro 26).

As práticas eram embasadas em diretrizes e pesquisas epidemiológicas dos territórios. As atividades eram ofertadas e planejadas para atender aos diferentes perfis, interesses e necessidades de saúde dos participantes. De modo geral, nos relatos, os profissionais reconheciam as mudanças conquistadas no estilo de vida dos participantes e os valores agregados da prática para o território e para os profissionais envolvidos.

No contexto, foi percebido apoio multiprofissional no processo de implementação, como também apoio da gestão para a sustentabilidade e disponibilidade de estagiárias para atuarem nas atividades. Nas três práticas houve apoio da gestão para a sustentabilidade dos programas, na qual estavam vinculadas, além do apoio na aquisição de materiais e recursos humanos como estagiários para apoio à implementação. Os processos de avaliações eram previstos com frequência definida, com registro dos dados de avaliação em sistema de saúde próprio ou nacional e a entrega dos resultados aos participantes eram sistematizados. Ainda, a prática D tinha apoio de instituições de ensino superior para avaliação dos participantes.

Sobre a facilitação, nas três práticas houve um reconhecimento, por parte de todos os profissionais, das características favoráveis do profissional facilitador para o apoio à implementação. O papel do profissional facilitador mostrou-se bem definido e com carga horária de atuação suficiente para as demandas. Dois dos facilitadores foram reconhecidos como um perfil de gestor, de capacidade técnica e de liderança na implementação e sustentabilidade no local pela busca de apoio da gestão local (prática DD e DDD).

Quadro 26. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sudeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática D	Prática exitosa de atividade física Prática DD	Prática exitosa de atividade física Prática DDD
EVIDÊNCIA	Pesquisa	ALTA- foi relatado sobre a existência de diretrizes e projetos políticos sobre a implementação do programa no município.	ALTA- houve informações descritivas sobre o perfil dos usuários do território e a experiência de ofertas de práticas de atividade física. A implementação da prática foi por razões de experiências pregressas do profissional facilitador.	ALTA- os programas inseridos no polo do Programa Academia da Saúde foram embasados em uma realidade de investigação local sobre o diagnóstico das condições de saúde da população do território.
	Experiência	ALTA- os relatos de experiência ressaltam o apoio por parte da equipe de profissionais, para a implementação das atividades, além do apoio e competência da gestão local em manter o programa.	ALTA- os profissionais da equipe reconheciam as necessidades e o impacto da prática de atividade física para melhorar a qualidade de vida dos participantes. O polo do Programa Academia da Saúde era referência em promoção da saúde para os municípios vizinhos.	ALTA- os profissionais da equipe reconheciam os esforços para contribuir com a qualidade de vida da população, com a adoção de protocolos efetivos e adaptáveis à realidade local. Havia programas de atividade física instituídos no município. Além disso, foi percebido a necessidade de aumento de recursos financeiros e participações intersetoriais de gestão e melhoria da resolubilidade do atendimento integral.
	Preferência do participante	ALTA- os profissionais da equipe e o profissional facilitador relataram os esforços em adequar as atividades, conforme as preferências e perfil dos participantes.	ALTA- a oferta da prática foi ajustada para atender a uma necessidade dos participantes, de modo que tivessem autonomia e flexibilidade em praticar conforme horários e locais disponíveis próximos das suas residências.	ALTA- os benefícios à saúde dos participantes eram percebidos e atendiam também as necessidades dos familiares, como rede de apoio aos pacientes com doenças degenerativas.
Avaliação da evidência		EA (Evidência alta)	EA (Evidência alta)	EA (Evidência alta)
CONTEXTO	Liderança	ALTA- a implementação da prática exitosa exigia o planejamento coletivo dos profissionais envolvidos, apoio da gestão para a manutenção do espaço e apoio de estagiários na oferta. No entanto, a falta de segurança de alguns locais e as condições climáticas, devido os espaços serem abertos, foram relatos de barreiras.	ALTA- os profissionais eram capacitados e flexíveis para apoio à prática. No entanto, o registro das ações no e-SUS e o apoio financeiro para as ações de promoção de saúde foram percebidas pelos profissionais da equipe como barreiras.	ALTA- as reuniões de planejamento da prática e papéis profissionais eram definidas. As atividades do Programa [nome do município] Ativa e Programa Academia da Saúde eram divulgadas para todos os profissionais de saúde da rede.



Quadro 26. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sudeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática D	Prática exitosa de atividade física Prática DD	Prática exitosa de atividade física Prática DDD
<b>Cultura</b>		ALTA- as atividades foram percebidas como algo instituído no território e na gestão, com importante trabalho de sensibilização da importância da atividade física. Algumas barreiras foram identificadas como falta de segurança, em alguns espaços da prática, e dificuldade de adesão das mulheres pela segurança.	ALTA- os profissionais relataram ter agregado valor à prática, pelo apoio do comércio na realização de eventos, os profissionais de saúde eram também participantes (ex. médico; fisioterapeuta e nutricionista), a prática tinha visibilidade pela ocupação dos espaços públicos. No entanto, os profissionais percebiam que os investimentos financeiros eram reduzidos, apesar do apoio.	ALTA- os profissionais reconheciam os esforços para contribuir com as mudanças de paradigmas da medicalização, agregar novos hábitos para mudanças de comportamentos ativos e o reconhecimento do Programa Academia da Saúde como referência de promoção da saúde no município. No entanto, ainda era percebido resistência, de outras categorias profissionais, no reconhecimento do profissional de educação física na atuação.
	<b>Medida</b>	ALTA- os procedimentos de avaliação eram bem definidos, com apoio de outras instituições de ensino superior para avaliar os participantes. Parte das avaliações eram registradas em sistema próprio do município e os resultados eram apresentados de forma individual ou coletiva aos participantes.	ALTA- os procedimentos de avaliações eram bem definidos. As informações eram registradas em sistema de informação nacional e armazenadas em arquivos para consultas no polo. Houve relatos de avaliações por outros profissionais de saúde, mas sem protocolos definidos.	ALTA- havia uma rotina instituída para procedimentos de avaliações, encaminhamentos, registro das informações e tipos de atividades físicas prescritas a depender das condições de saúde dos participantes. No local havia equipamentos como esteira, bioimpedância, ergoesperimetria e protocolos de condutas.
<b>Avaliação do contexto</b>		<b>CA (contexto alto)</b>	<b>CA (Contexto alto)</b>	<b>CA (Contexto alto)</b>
<b>FACILITAÇÃO</b>	<b>Características do facilitador</b>	ALTA- todos os profissionais da equipe reconheciam o papel do profissional facilitador e relataram elogios ao trabalho e características pessoais positivas.	ALTA- todos os profissionais da equipe ressaltaram elogios ao trabalho do profissional facilitador e reconheceram o apoio de outro profissional no apoio à facilitação da prática.	ALTA- os profissionais das equipes reconheciam o perfil do profissional facilitador de coordenar os programas e desempenhar a função de líder.
	<b>Papel do facilitador</b>	ALTA- o papel do profissional facilitador era bem definido e havia o apoio de outro profissional do local, que na ausência, apoiava na implementação da prática. A carga horária e tempo disponível à prática foi definido como adequado.	ALTA- papel do facilitador era bem definido e com atribuições que apoiavam a implementação. Todos os profissionais envolvidos apoiavam no planejamento e na implementação da prática. A comunicação com os participantes era com o uso de aplicativos de mensagens instantâneas. No entanto, a falta de recursos para participação em eventos de corridas era escassa, apesar do apoio da comunidade local.	ALTA- o profissional facilitador tinha papel bem definido com responsabilidades técnicas, de gestão, de gerir protocolos e diretrizes. Além do apoio técnico na instituição dos programas de atividade física, a fim de garantir a sustentabilidade de recursos financeiros no Plano Plurianual do Município, por meio de lei para fundo de atividade física.

Quadro 26. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sudeste do Brasil baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática D	Prática exitosa de atividade física Prática DD	Prática exitosa de atividade física Prática DDD
	<b>Estilo do facilitador</b>	ALTA- o profissional facilitador era dinâmico no planejamento, flexível para receber os participantes de outros locais e mantinha uma rotina de monitoramento para apoio as mudanças de rotinas dos participantes.	ALTA- o profissional facilitador tinha boa capacidade de comunicação para apoiar a adesão, o alcance dos participantes e motivá-los para manutenção da prática.	ALTA- o papel do profissional facilitador era reconhecido para o gerenciamento do espaço, da administração e da sustentabilidade dos programas.
<b>Avaliação da facilitação</b>		<b>FA (Facilitação alta)</b>	<b>FA (Facilitação alta)</b>	<b>FA (Facilitação alta)</b>
<b>Avaliação geral</b>		<b>EA; CA; FA</b>	<b>EA; CA; FA</b>	<b>EA; CA; FA</b>

#### 4.3.5 Região sul

Da região sul, as práticas E e EE, tiveram classificação média para contexto e facilitação média, mas se diferiram quanto ao elemento evidência. A prática E foi avaliada com evidência média e a prática EE como alta (Quadro 27).

Na prática E, sobre a evidência houve informações descritivas sobre as características da população e do território, mas no relato do profissional facilitador o local não tinha uma equipe multiprofissional atuando de forma direta ou indireta, o que responsabiliza apenas um profissional pela condução de toda a implementação, tendo subsídios apenas da gestão. Na prática EE, a implementação foi embasada em demandas do território devido as características de saúde da população local. As experiências profissionais com a implementação do projeto contribuíram para expandir as ações para outros contextos. Ademais, as preferências dos participantes eram atendidas e ajustadas conforme a necessidade, além de contribuir para a autonomia dos envolvidos na busca por outras ações de saúde.

Para o diagnóstico do contexto, na prática E foi identificado um apoio do ACS do território para a divulgação, além do apoio da gestão para implementação. No entanto, houve uma dificuldade em ampliar os horários de atendimentos, devido a limitação de horário comercial dos estabelecimentos de saúde. Na prática EE, foi identificado uma limitação do apoio da equipe multiprofissional nos dias de implementação, o que resultou no envolvimento apenas dos estagiários de educação física. Além, da limitação de horários disponíveis para reuniões de planejamento. De modo geral, nas duas práticas havia procedimentos de avaliação aos participantes bem definidos, com realização da frequência e registros das informações em sistema de saúde próprio do município ou nacional.

Na prática E, a facilitação foi classificada como média por não haver relatos do reconhecimento das características do facilitador por outros profissionais, uma vez que não se aplicava um processo de trabalho multiprofissional. Apesar do papel do profissional facilitador ser bem definido, considerando as tomadas de decisão desde a implantação do polo até às definições sobre a metodologia das práticas ofertadas. Na prática EE, foi possível identificar que a equipe de profissionais de saúde reconhecia as características do perfil do profissional facilitador para a gestão da implementação. No entanto, o papel do facilitador era limitado para o apoio à implementação devido a multiplicidade de tarefas no território.

Quadro 27. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sul do Brasil, baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática E	Prática exitosa de atividade física Prática EE
EVIDÊNCIA	Pesquisa	MÉDIA- houve um relato descritivo dos procedimentos adotados para conhecer o território e o perfil do contexto local para o planejamento das atividades a serem ofertadas.	ALTA- houve relatos de diagnóstico das condições de saúde do território e busca por alternativas para implantar medidas com resolubilidade aos problemas identificados.
	Experiência	BAIXA- não era previsto atuações multiprofissionais na prática, sendo responsabilidade apenas do profissional de educação física a implementação.	ALTA- as experiências de sucesso da equipe com a implementação do projeto contribuíram para a criação de novos projetos a serem replicados no contexto da escola. No entanto, a falta de qualificações para melhorar o processo de trabalho foi percebida como barreira pelo profissional facilitador.
	Preferência do participante	ALTA- eram frequentes relatos dos participantes quanto as melhoras percebidas na saúde.	ALTA- os profissionais relataram percepções dos participantes sobre as melhoras na saúde, as oportunidades de socialização que a prática oferecia, além da autonomia para buscar comportamentos saudáveis.
Avaliação da evidência		EM (Evidência média)	EA (Evidência alta)
CONTEXTO	Liderança	MÉDIA- houve relatos sobre o apoio da gestão para aquisição de materiais e equipamentos e das Agentes Comunitárias de Saúde para a divulgação das atividades no território.	MÉDIA- o projeto estava inserido na rotina de trabalho dos profissionais para apoio à implementação. A gestão fornecia suporte para locação do espaço físico para oferta da prática. As atividades eram planejadas com a equipe e discutidas de forma também intersetorial com outros profissionais. No entanto, a dificuldade de carga horária dos profissionais, de reuniões de equipe e número reduzido de profissionais foram barreiras.
	Cultura	ALTA- há um reconhecimento por parte da população e da gestão pelos valores atribuídos ao programa no território. No entanto, foi identificadas barreiras quanto aos horários de funcionamento do polo para alcançar novos participantes.	ALTA- projeto contribuiu para a autonomia dos participantes. O acolhimento possibilitou aumentar o público a partir dos valores agregados. As estratégias como sorteio de brindes, participação em eventos e festividades contribuíram para a adesão e manutenção dos participantes na prática.
	Medida	ALTA- havia procedimentos de avaliações bem definidos, com protocolos, frequência, registro em sistema de saúde próprio e entrega dos resultados aos participantes de forma impressa.	MÉDIA- os procedimentos de avaliação eram definidos, porém sem menção da frequência das avaliações. O controle de frequência dos participantes na prática era registrado no sistema de informações de saúde.
Avaliação do contexto		CM (Contexto médio)	CM (Contexto médio)
FACILITADORA	Características do facilitador	Não se aplica por não haver atuação multiprofissional no local de prática.	ALTA- os profissionais reconheciam o profissional facilitador como líder, apoiador de ideias e no suporte à implementação. Além de apresentar conhecimento de gestão para resolver os problemas no contexto da APS.

Quadro 27. Diagnóstico da implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física da região sul do Brasil, baseado no *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (PARIHS)*.

PARIHS domínios e subelementos		Prática exitosa de atividade física Prática E	Prática exitosa de atividade física Prática EE
<b>Papel do facilitador</b>		ALTA- o papel do profissional facilitador foi definido desde a proposta de implantação do programa. No entanto, a necessidade de apoio para ampliação do espaço e melhor comunicação para alcance aos usuários foram barreiras mencionadas.	MÉDIA- o profissional facilitador tinha papel e atribuições bem definidos, com estratégias para manter os participantes e os profissionais motivados. No entanto, a falta de tempo limitava o acompanhamento da implementação. A presença dos profissionais da equipe na prática era revezada e quem executava a prática eram estagiários de educação física.
<b>Estilo do facilitador</b>		ALTA- a comunicação com os usuários para mantê-los motivados e assíduos nas atividades era frequente. As atividades eram adaptadas, conforme as necessidades individuais.	ALTA- o profissional facilitador tinha flexibilidade para trabalhar em grupo. A distribuição de brindes aos participantes foi percebida para mantê-los engajados e motivados.
<b>Avaliação da facilitação</b>		<b>FM (Facilitação média)</b>	<b>FM (Facilitação média)</b>
<b>Avaliação geral</b>		<b>EM; CM; FM</b>	<b>EA; CM; FM</b>

Com base nas análises de diagnóstico situacional das práticas exitosas investigadas, as da região sudeste (D, DD e DDD) e da região centro-oeste (C) apresentaram indicações de condições ideais de implementação, tendo evidência alta e contexto alto (Figura 6). A combinação entre evidência alta e contexto baixo/médio foi percebido nas práticas EE (região sul) e AA (região norte). Na região nordeste (prática B e BB), região sul (prática E) e região norte (prática A) apresentaram contexto e evidência baixo/médio. Nenhuma prática obteve classificação contendo uma evidência média/baixa e contexto alto (Figura 6).



#### 4.4 BARREIRAS IDENTIFICADAS PELOS PROFISSIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA

Com base nos relatos dos profissionais, as informações sobre barreiras foram categorizadas a partir da definição prévia sobre as respectivas unidades, temas e subtemas (Quadro 28).

Quanto à inovação, as informações sobre barreiras foram agrupadas em pelo menos quatro categorias. Sobre a unidade de análise do contexto seis categorias do nível local e de sistema foram definidas e, cinco categorias foram criadas para nível organizacional. Na unidade de análise dos destinatários, oito categorias foram criadas para participantes/profissionais e nove para equipe de profissionais. Sobre a unidade de análise sobre facilitação, os relatos de barreiras foram categorizados para estilo, papel e características dos profissionais facilitadores.

Quadro 28. Definição das unidades de análise e temas para a categorização das informações coletadas sobre barreiras percebidas pelos profissionais entrevistados na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

Unidades de análise e temas sobre as barreiras percebidas		Definição das informações para categorização das barreiras
1. Inovação	1.1 <i>Compatibility</i>	A prática não contribuiu para mobilizar novos conhecimentos e habilidades dos profissionais envolvidos, com baixo ou quase nenhum apoio cultural para a mudança.
	1.2 <i>Complexity</i>	Indicação de falta de apoio para o desenvolvimento de conhecimentos e novas habilidades profissionais ou de treinamentos contínuos. A frequência da facilitação não era definida e variava por meses, encontros ou reuniões.
	1.3 <i>Observability</i>	Ausência ou dificuldade de registro das informações para subsidiar a prática de atividade física, falta de procedimentos de avaliações ou falta de motivação dos profissionais para apoio.
	1.4 <i>Relative advantage</i>	A implementação da prática não contribuiu para apoiar novas ideias de intervenções em saúde, nem para criar redes de apoio, fornece suporte e recursos para atingir metas ou criar apoio organizacional para novas práticas.
2. Contexto local (equipe)	2.1 Ambientes de aprendizagens limitados	Ausência ou dificuldade para a realização de grupos de estudos de casos, realização de trabalhos acadêmicos, participações em capacitações ou educação permanente etc.
	2.2 Ausência de reuniões de equipe	Ausências ou dificuldade de reuniões de equipes, de realização de planejamentos coletivos com frequência definida.
	2.3 Falta de avaliação de processos e <i>feedbacks</i>	Ausência ou dificuldade de avaliação de processos (ex.: planejamentos, avaliações, cronogramas etc.) ou apoio limitado dos profissionais envolvidos para o planejamento da prática, sem <i>feedback</i> das avaliações aos participantes e avaliação de resultados compartilhados com os profissionais e gestão.
	2.4 Falta de suporte de liderança	Ausência ou dificuldade de suporte de liderança formal ou informal, seja por parte de um segundo profissional facilitador, ou dos profissionais da equipe ou da gestão local.
	2.5 Incorporação de mudanças não definidos	Ausência ou dificuldade de apoio dos profissionais da equipe nas mudanças necessárias para qualificar a oferta da prática, o alcance e manutenção dos participantes, bem como a adoção de outros profissionais das equipes.
	2.6 Limitação no número de pessoas atendidas	Ausência ou dificuldade de profissionais das equipes e espaço físico para atender o número de usuários que buscavam vagas na prática ofertada.
3. Contexto Organizacional	3.1 Clima e cultura organizacional para apoio	Ausência ou dificuldade de apoio dos profissionais das equipes e o não reconhecimento da oferta da atividade física como parte do cuidado integral à saúde.
	3.2 Dificuldade de absorção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Ausência ou dificuldade de tempo dos profissionais das equipes para atender as demandas da RAS.
	3.3 Recursos físicos limitados	Ausência ou dificuldade de recursos físicos para a implementação da prática.
	3.4 Recursos humanos limitados	Ausência ou dificuldade de recursos humanos para a implementação da prática.
	3.5 Recursos materiais limitado	Ausência ou dificuldade de recursos materiais para a implementação da prática.
4. Contexto externo	4.1 Ausência de redes de interorganizacionais	Ausência ou dificuldade no apoio intersetorial, público-privada e interorganizacional na saúde para implementação da prática.



Quadro 28. Definição das unidades de análise e temas para a categorização das informações coletadas sobre barreiras percebidas pelos profissionais entrevistados na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

Unidades de análise e temas sobre as barreiras percebidas		Definição das informações para categorização das barreiras
	<b>4.2 Burocracias do sistema</b>	Dificuldade na oferta da prática de atividade física, devido as burocracias do sistema de saúde local para análises e autorizações nos processos de parceria público-privada.
	<b>4.3 Falta de incentivos financeiros de apoio às ações</b>	Ausência ou dificuldade de incentivos financeiros para eventos, compras de materiais e equipamentos, capacitações ou melhoria dos espaços destinados à prática.
	<b>4.4 Falta de marcos regulatórios para atividade física</b>	Ausência de marcos regulatórios no município (ex.: instituir lei municipal para as ações de atividade física; horário de abertura e fechamento dos estabelecimentos de saúde).
	<b>4.5 Falta de prioridades políticas</b>	Ausência de prioridades políticas para recursos à promoção da saúde no município.
	<b>4.6 Limitação na gestão de dados</b>	Ausência ou dificuldade no gerenciamento de informações de saúde (ex.: registros no e-SUS e relatórios de saúde).
<b>5. Destinatários individuais (participantes e profissionais)</b>	<b>5.1 Crenças negativas sobre consequências</b>	Crenças sobre as consequências da prática percebidas como negativas pelos profissionais para a participação dos usuários.
	<b>5.2 Dificuldades nos aspectos individuais econômicos</b>	Percepções negativas dos profissionais sobre a participação dos usuários (ex.: baixa renda e escolaridade).
	<b>5.3 Emoções percebidas como negativas</b>	Emoções negativas percebidas dos profissionais das equipes sobre sua atuação e expectativa da prática ofertada.
	<b>5.4 Falta de apoio da família</b>	Dificuldades percebidas pelos profissionais das equipes sobre o contexto da família do participante.
	<b>5.5 Falta de conhecimento para a autonomia</b>	Dificuldades percebidas pelos profissionais sobre a falta de conhecimento para autonomia dos participantes.
	<b>5.6 Falta de motivação interna</b>	Dificuldades percebidas pelos profissionais sobre a falta de motivação dos participantes para a manutenção.
	<b>5.7 Falta de regulação comportamental</b>	Dificuldades percebidas pelos profissionais sobre a falta de automonitoramento dos participantes.
	<b>5.8 Influência social e cultural negativa</b>	Dificuldades percebidas pelos profissionais sobre influências sociais e culturais sobre os serviços ofertados pela APS ou medicalização do processo de cuidado.
<b>6. Destinatários Equipe de profissionais</b>	<b>6.1 Crenças negativas sobre capacidades</b>	Crenças sobre as capacidades técnicas profissionais percebidas como negativas.
	<b>6.2 Crenças negativas sobre consequências</b>	Crenças sobre as consequências da prática percebidas como negativas pelos profissionais para implementação da prática.
	<b>6.3 Dificuldade de identificar os objetivos e planos de ação</b>	Dificuldades dos profissionais das equipes em identificar os objetivos prioritários da ação, a intenção da implementação e o plano de ação.
	<b>6.4 Dificuldades de agir nas mudanças de comportamento</b>	Dificuldades dos profissionais de saúde em agir nas intenções dos participantes para a mudança de comportamento
	<b>6.5 Falta de conhecimento</b>	Ausência de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o ambiente da tarefa e da condição científica da prática.

Quadro 28. Definição das unidades de análise e temas para a categorização das informações coletadas sobre barreiras percebidas pelos profissionais entrevistados na implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

<b>Unidades de análise e temas sobre as barreiras percebidas</b>		<b>Definição das informações para categorização das barreiras</b>
	<b>6.6 Falta de premiações ou recompensas</b>	Ausência de recompensas ou prêmios para reconhecimento do trabalho profissional.
	<b>6.7 Influência social negativa</b>	Influência social percebida como negativa sobre a atuação profissional.
	<b>6.8 Papel e identidade profissional social limitado</b>	Ausência ou dificuldade de compreensão dos profissionais sobre o papel e identidade profissional/social.
	<b>6.9 Sobrecarga de trabalho</b>	Ausência ou dificuldade do profissional das equipes em escolher entre duas ou mais alternativas devido a carga horária excedida ou limitada.
7. Facili tação	<b>7.1 Estilo do facilitador</b>	Dificuldade do profissional facilitador em adaptar a oferta da prática ao participante.
	<b>7.2 Papel do facilitador</b>	Ausência de um papel bem-definido do profissional facilitador pelos seus pares.
	<b>7.3 Característica do facilitador</b>	Ausência de capacitações do profissional facilitador para desempenhar seu papel.

No total, houve 181 relatos sobre barreiras para implementação da prática exitosa de atividade física (Tabela 2). De modo geral, a maior quantidade de relatos sobre barreiras foi percebida no contexto de nível organizacional (n=40; 22,1%), seguido de destinatários-participantes/profissionais (n=36; 19,9%) e destinatários- equipe de profissionais (n=27; 14,9%).

Tabela 2. Barreiras percebidas pelos profissionais facilitadores e profissionais de saúde para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

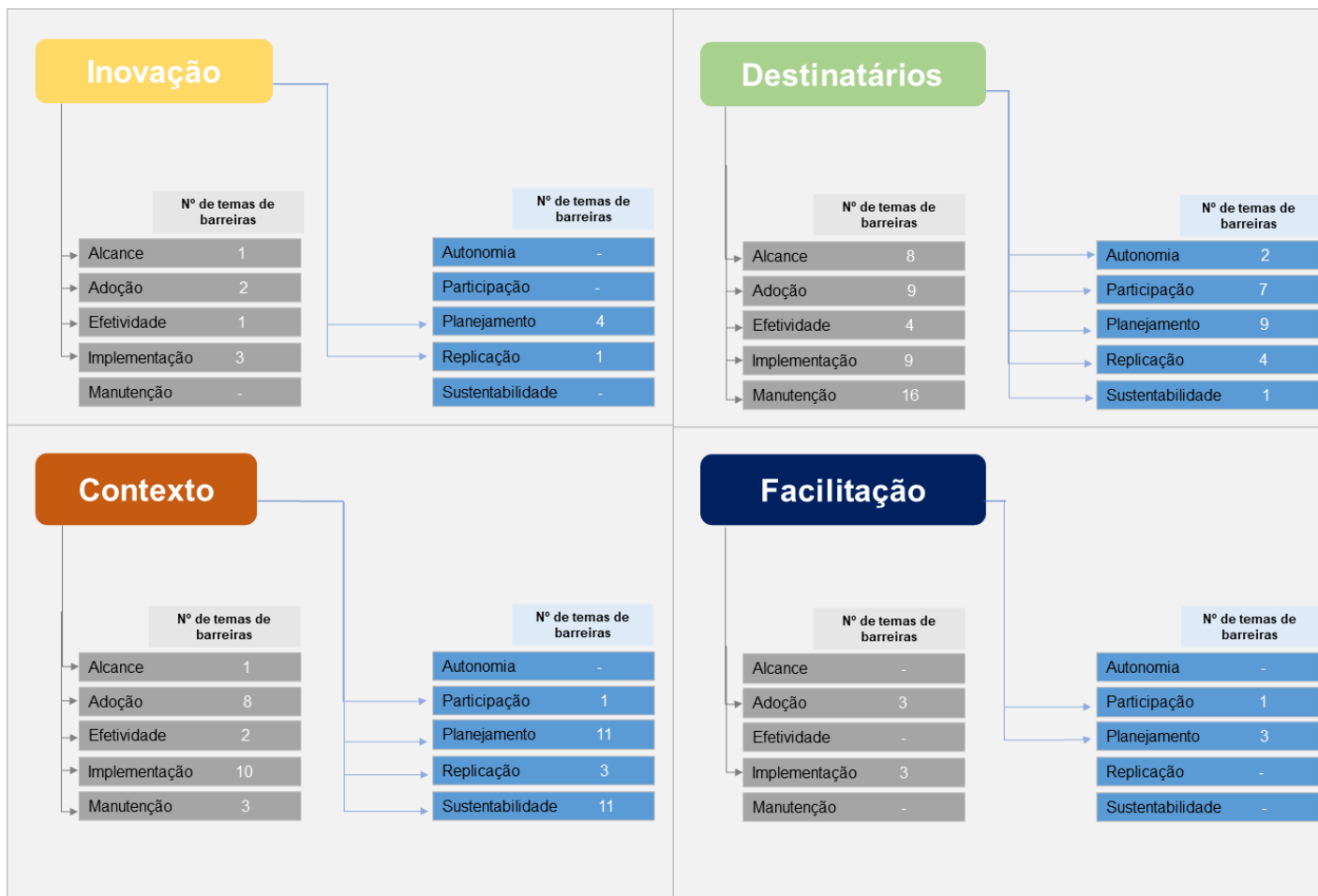
Unidades de análise e temas sobre as barreiras percebidas		Total de relatos	Dimensões RE-AIM	Atributos Prática Exitosa de Atividade Física
1. Inovação	1.1 <i>Compatibility</i>	10	Alcance, Adoção, Implementação	Planejamento
	1.2 <i>Complexity</i>	4	Adoção, Implementação	Planejamento
	1.3 <i>Observability</i>	5	Efetividade	Planejamento
	1.4 <i>Relative advantage</i>	2	Implementação	Planejamento, Replicação
	<b>Subtotal n (%)</b>	<b>21 (11,6)</b>		
2. Contexto Nível local (equipe)	2.1 Ambientes de aprendizagens limitados	2	Adoção	Planejamento
	2.2 Ausência de reuniões de equipe	2	Implementação	Planejamento
	2.3 Falta de avaliação de processos e <i>feedbacks</i>	7	Efetividade	Planejamento
	2.4 Falta de suporte de liderança	1	Adoção, Implementação	Planejamento, Sustentabilidade
	2.5 Incorporação de mudanças não definidas	3	Adoção, Implementação	Planejamento
	2.6 Limitação no número de pessoas atendidas	3	Alcance	Participação
	<b>Subtotal n (%)</b>	<b>18 (9,9)</b>		
3. Contexto Nível Organizacional	3.1 Clima e cultura organizacional para apoio	10	Adoção, Implementação	Planejamento, Replicação
	3.2 Dificuldade de absorção da Rede de Atenção à Saúde	2	Adoção, Implementação	Planejamento, Replicação, Sustentabilidade
	3.3 Recursos físicos limitados	17	Implementação	Planejamento, Sustentabilidade
	3.4 Recursos humanos limitados	4	Adoção, Implementação	Planejamento, Sustentabilidade
	3.5 Recursos materiais limitado	7	Implementação	Planejamento, Sustentabilidade
	<b>Subtotal n (%)</b>	<b>40 (22,1)</b>		
4. Contexto Nível de Sistema	4.1 Ausência de redes de interorganizacionais	1	Adoção, Implementação	Planejamento, Replicação, Sustentabilidade
	4.2 Burocracias do sistema	3	Adoção, Implementação	Sustentabilidade
	4.3 Falta de incentivos financeiros de apoio às ações	6	Manutenção	Sustentabilidade
	4.4 Falta de marcos regulatórios para atividade física	2	Manutenção	Sustentabilidade
	4.5 Falta de prioridades políticas	5	Manutenção	Sustentabilidade
	4.6 Limitação na gestão de dados	5	Efetividade	Sustentabilidade

Tabela 2. Barreiras percebidas pelos profissionais facilitadores e profissionais de saúde para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Unidades de análise e temas sobre as barreiras percebidas		Total de relatos	Dimensões RE-AIM	Atributos Prática Exitosa de Atividade Física
	<b>Subtotal n (%)</b>	<b>22 (12,2)</b>		
5. Destinatários Participantes	5.1 Crenças negativas sobre consequências	4	Alcance, Manutenção	Participação; Autonomia
	5.2 Dificuldades nos aspectos individuais econômicos	5	Alcance, Manutenção	Participação
	5.3 Emoções percebidas como negativas	2	Alcance, Manutenção	Participação
	5.4 Falta de apoio da família	3	Alcance, Efetividade, Manutenção	Participação
	5.5 Falta de conhecimento para a autonomia	5	Alcance, Efetividade, Manutenção	Autonomia
	5.6 Falta de motivação interna	6	Alcance, Efetividade, Manutenção	Participação
	5.7 Falta de regulação comportamental	3	Alcance, Efetividade, Manutenção	Participação
	5.8 Influência social e cultural negativa	8	Alcance, Manutenção	Participação
	<b>Subtotal n (%)</b>	<b>36 (19,9)</b>		
6. Destinatários Profissionais de saúde	6.1 Crenças negativas sobre capacidades	4	Adoção, Implementação	Planejamento
	6.2 Crenças negativas sobre consequências	10	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento
	6.3 Dificuldade de identificar os objetivos e planos de ação	1	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento
	6.4 Dificuldades de agir nas mudanças de comportamento	1	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento
	6.5 Falta de conhecimento	1	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento
	6.6 Falta de premiações ou recompensas	2	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento, Replicação, Sustentabilidade
	6.7 Influência social negativa	4	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento, Replicação
	6.8 Papel e identidade profissional social limitado	1	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento, Replicação
	6.9 Sobrecarga de trabalho	3	Adoção, Implementação, Manutenção	Planejamento, Replicação
		<b>Subtotal n (%)</b>	<b>27 (14,9)</b>	
7. Facilitação	7.1 Estilo do facilitador	3	Adoção, Implementação	Planejamento, Participação
	7.2 Papel do facilitador	9	Adoção, Implementação	Planejamento
	7.3 Característica do facilitador	5	Adoção, Implementação	Planejamento
		<b>Subtotal n (%)</b>	<b>17 (9,4)</b>	
<b>Total</b>		<b>181 (100)</b>		

Dentre os temas das barreiras percebidas, apenas no elemento dos destinatários todas as dimensões do REAIM e dos atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física tiveram algum tema de barreira identificado (Figura 7). No elemento inovação não foram identificados relatos que demonstrassem aspectos sobre a manutenção, a autonomia, a participação ou a sustentabilidade. De modo geral, nos três níveis de contexto, apenas o atributo autonomia de uma prática exitosa não apresentou temas sobre barreiras que revelasse alguma dificuldade nos relatos dos profissionais entrevistados. Sobre a facilitação, as barreiras foram essencialmente classificadas para as dimensões da adoção e implementação, bem como para a participação e o planejamento (Figura 7). A classificação pelas dimensões do RE-AIM ou sobre os atributos da prática exitosa, se deu pela característica mais eminente da informação, o que não significa que possa haver convergência com as demais dimensões ou atributos.

Figura 7. Temas sobre as barreiras para implementação, conforme a classificação dos relatos dos profissionais entrevistados sobre as dimensões do RE-AIM e os atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física, para cada unidade de análise do i-PARIHS.



De modo a exemplificar a classificação das barreiras, apresentadas na Tabela 2, serão descritos alguns dos relatos que embasaram as categorizações das informações mencionadas.

Na unidade de análise sobre evidência, o subtema sobre *compatibility* obteve um maior número de informações codificadas. Em grande parte, as informações revelavam sobre a falta de compatibilidade da prática com alguns grupos específicos de participantes e a falta de locais apropriados para as intervenções dos profissionais. Sobre a *compatibility* foram identificados nos relatos:

*"(...) está com o projeto de ampliar a nossa unidade para fazer o auditório para as nossas ações. A gente, geralmente, faz aqui no corredor, porque não tem um espaço adequado, a conversa, as palestras"* (relato dos profissionais da equipe prática AA);  
*"(...) falta mais a inserção daquele público um pouco mais jovem que também precisa realizar a atividade participar (...), na grande maioria são pessoas idosas e a gente sente falta do outro público, eu acredito que seja isso que aconteça nos outros grupos* (relato dos profissionais da equipe prática B);  
*"(...) embora o universo que nós oferecemos pelo número de alunos que hoje o município tem que é 14.900 alunos, que nós oferecemos até 140 vagas, nós estamos tentando atingir pelo menos um trabalho de formiguinha"* (relato do profissional facilitador da prática C);  
*"(...) nós temos um grande problema aqui que são os horários, a gente atende bastante gente, a gente tenta desenvolver as atividades dentro dos nossos horários de atendimento, mas nós temos um grande problema porque por ser uma cidade industrial a maioria das pessoas trabalha em horário comercial e a nossa academia fecha em horário comercial"* (relato do profissional facilitador da prática E);  
*(...) a comunidade está participando e aí para aumentar a participação seria bom se tivesse ar-condicionado, novo bebedouro, grades nas janelas nas portas"* (relato do profissional facilitador da prática BB);

No contexto local, dentre as barreiras mencionadas, a falta de avaliação de processos e feedback (n=7) foi mais frequente, com base nos seguintes relatos:

*"(...) avaliação mesmo, nós estamos organizando, esperando a nossa sala para poder organizar, porque aquela avaliação com adipômetro tal, (...) temos guardado ali, mas (...) ela não tá sendo feita, mas tem uma avaliação superficial, (...) afere a pressão do paciente"* (relato do profissional facilitador da prática AA);  
*"(...) todas as vezes que vem me procurar eu oriento muito a parte postural, (...) hoje em dia a gente sabe que mudou muito as técnicas de alongamento pra gente trabalhar liberação miofascial, dentro das práticas corporais (...) se a gente for fazer um levantamento aqui, fazer uma pesquisa, só que é tempo, (...) e a gente quer abraçar muito e tirar pouco tempo pro papel"* (relato dos profissionais da equipe prática DD);  
*"(...) ele fala assim (em relação aos usuários): mas eu carpo, fico carpindo dia inteiro na roça, mas ele vem para cá com dor no ombro, na coluna, ele não sabe o que é alongamento e hidroginástica. Então o conceito disso tem que mudar, tanto na parte do paciente quanto na parte da equipe médica. E que ninguém seja empurrando um para o outro, mas que se conversem entre si, seja resolutivo pro paciente pra ele não voltar, caso contrário ele volta em 30/60 vai começar a voltar"* (relato dos profissionais da equipe prática DDD).



No contexto organizacional, a limitação de espaço ou estruturas adequadas para a prática (n=17) foram mais frequentes nos relatos dos profissionais entrevistados. Essas barreiras foram identificadas em situações que os profissionais relataram sobre:

*"(...) hoje a dificuldade que eu tenho hoje é a falta da sala de atendimento, sala de avaliação física, isso tinha, já tinha sala de avaliação física, (...) foi uma mudança de gestão, (...) já está organizando a sala de avaliação física" (relato do profissional facilitador da prática AA);*

*"uma grande dificuldade é o espaço físico (...) algumas unidades elas têm um espaço físico bacana (...) que propicie uma atividade acolhedora. Por conta da nossa temperatura (...) elevada então alguns horários que são os horários de trabalho da equipe são inoportunos para realizar as atividades e acabam interferindo em outras" (relato dos profissionais da equipe prática B).*

*"(...) a questão de banheiro por que é necessário ter um local, que é um relato frequente dos usuários (...) tem pessoas são diabéticas, que faz uso de medicação e precisam estar utilizando esse recurso, e aqui a gente não tem (...) a maior dificuldade da estrutura é o espaço que precisaria ser maior" (relato dos profissionais da equipe prática BB).*

*"(...) a gente não tem local para fazer aquela coisa, porque não tem sala para atendimento de grupo dentro da unidade básica de saúde, (...) as unidades de saúde não foram pensadas assim, elas foram pensadas como clínicas, então esses acabam sendo as ações essas nossas dificuldades (relato dos profissionais da equipe prática C).*

*"(...) se chove é complicado trabalhar na academia, porque ela não tem uma estrutura pra chuva, (...) não tem cobertura (...) então isso dificulta um pouco o trabalho de lá (refere-se ao trabalho da profissional de educação física), mesmo assim ela não abre mão, ela dá aqui dentro, ela dá o jeito de fazer uma coisinha pra mulherada ter aula." (relato dos profissionais da equipe prática D).*

No contexto de sistema, maior quantidade de relatos foi sobre a falta de incentivos financeiros (n=6) (Tabela 2), considerando as seguintes informações dos profissionais:

*"(...)o repasse do ministério para as academias da saúde pra qualquer prefeito, pra qualquer gestor é muito baixo, é muito pouco. Então você não consegue colocar uma equipe multiprofissional 8h no equipamento, (...) espero que isso mude (...) 36 mil reais por ano, não vai a lugar nenhum" (relato do profissional facilitador da prática DDD).*

*"(...) o nosso município é muito difícil ter recurso financeiro, porque não existe nada para gerar impulso. A cidade é pequenininha, mas o município é enorme em extensão territorial e a gente não tem nada aqui, (...) o repasse de verba é por convênios de programas" (relato dos profissionais da equipe prática DD).*

*"(...)recursos financeiros para fazer alguns eventos que fossem mais chamativos. É, essa corrida que teve lá de final de ano, foi só uma vez, depois não teve. É por falta de recurso" (relato dos profissionais da equipe prática DD).*

As barreiras percebidas em relação aos destinatários-participantes trataram, em maior parte, sobre às influências negativas sociais e culturais (n=8). Nesse sentido, as barreiras tiveram relação com as seguintes situações:

*"(...) social muito comprometido, eles não têm essa ânsia de buscar conhecimento(...), é um público diferenciado que a maioria são idosos, então tem um bom andamento,*

*agora o restante das ações infelizmente é um trabalho árduo" (relato dos profissionais da equipe prática A).*

*"(...) os pacientes daqui eles gostam muito de medicação, tudo é tratado com medicamento, vou ali com uma dorzinha e já quer um medicamento, se ele vem aqui e o médico não passar nada na consulta não foi boa, porque não teve uma medicação. Então, a gente tenta trabalhar isso, não é toda vez que precisa de um medicamento" (relato dos profissionais da equipe prática A).*

*"(...) Infelizmente a cultura da população (...), eles querem dor, dor busca um médico, o médico dá um analgésico e melhora. Agora! Procurar atividade física como um remédio no bom sentido ainda é um paradigma (...), um paciente que trabalha na zona rural ele tem que fazer atividade física. Ele fala assim: mas eu carpo, fico carpindo o dia inteiro na roça, mas ele vem com dor no ombro, na coluna, ele não sabe o que é alongamento e hidroginástica. Então o conceito disso tem que mudar, tanto na parte do paciente quanto na parte da equipe médica" (relato do profissional facilitador da prática DDD).*

*"(...) se consegue um tempo não tem com quem deixar os filhos, trazer para a pracinha tem medo, porque a nossa pracinha mais à noite ela já fica um pouquinho mais perigosa (...) tem usuários de drogas na nossa praça. Infelizmente, de manhã cedo, a gente chega para trabalhar e já tem gente usando maconha aqui na praça, à noite fica pior ainda (relato dos profissionais da equipe prática D).*

No que diz respeito às barreiras sobre os destinatários- profissionais foram mencionadas com maior frequência as crenças negativas sobre consequências (n=10). Nos relatos, essas barreiras dificultaram a implementação das intervenções, quando nas falas dos profissionais foram mencionados os aspectos sobre:

*"(...) outra coisa que tem que mudar no Brasil, paciente não pode voltar depois de 6 meses, 6 meses é um tempo muito grande. 6 meses o quanto evolui um câncer, quanto evolui uma dor em 6 meses, esse paciente conosco aqui ele passa praticamente todo mundo passa por um profissional" (relato do profissional facilitador da prática DDD).*

*"(...) a gente faz por amor (...) eles (refere-se à gestão) cobram quantidade e muitas vezes não priorizam qualidade e quando a gente fala de atenção básica é amor. (...) o atendimento emergencial, o curativo, é muito mais valorizado" ainda (relato dos profissionais da equipe prática DD).*

*"(...) a gente fala, a gente explica, nas férias eu até comentei assim, nas férias eu quero que vocês me mandem fotos praticando alguma atividade, mostrando que vocês não estão parados, um aluno olhou para mim e falou: prof vou ficar as férias inteira sentado no videogame. Aí vai perder todo o peso porque você fica lá sentado, jogando e comendo. Então, todo o resultado que a gente tem durante um tempo, eles ganham tudo que eles perderam no período de férias" ainda (relato dos profissionais da equipe prática C).*

*"(...) nós temos um grande problema aqui que são os horários, a gente atende bastante gente, a gente tenta desenvolver as atividades dentro dos nossos horários de atendimento, mas nós temos um grande problema porque por ser uma cidade industrial a maioria das pessoas trabalha em horário comercial e a nossa academia fecha fora do horário comercial" (relato do profissional facilitador da prática E).*

Por fim, dentre as barreiras sobre a unidade de análise de facilitação, as maiores dificuldades percebidas pelos profissionais facilitadores foram às características profissionais (n=9). Por exemplo, nos relatos foram identificadas informações como:

“(…) hoje a dificuldade que eu tenho hoje é a falta da sala de atendimento, sala de avaliação física, (…) porque é o momento que você tem só você e o cliente, (…) questão de atender, de conversar, de fazer anamnese do cliente” (relato do profissional facilitador da prática C);

“(…) tem uma equipe que é mais próximo, só que a tarde a gente tem duas, de uma equipe é ótimo, a outra eu sinto um pouco mais de distanciamento, na questão de vir até a academia mesmo sendo ao lado, parece que tem um pouco de resistência de fazer a atividade aqui, mas demandam que eu vá pra escola e aí eu vou” (relato do profissional facilitador da prática BB);

“(…) é logo no início da academia era uma outra médica que atendia aqui no posto de saúde aqui próximo e havia alguns encaminhamentos dela até porque nós tínhamos na época turmas de reabilitação e que foram encerradas depois que não houve mais demanda” (relato do profissional facilitador da prática E);

“(…)a gente trabalha 20hrs em outro município, a gente tem outras atribuições, né? Aí você tem o tempo que tem que digitar no eSUS, então assim, falta tempo, a gente teria que estar mais presente, mas é impossível! (relato do profissional facilitador da prática EE);

Considerando a análise de diagnóstico situacional de facilitação atribuída a cada Prática Exitosa de Atividade Física, aquelas que apresentaram evidência alta e contexto alto (facilitação=F4), evidência média e contexto médio (facilitação=F2) e evidência alta e contexto médio (facilitação=F1) relataram 48,1% (n=87), 35,9% (n=65) e 16,0% (n=29) das barreiras, respectivamente (Tabela 3). Com base em todas as entrevistas analisadas, em grande parte, o contexto organizacional e os destinatários em relação aos participantes influenciaram as práticas sob os três diagnósticos de facilitação. Ainda, no diagnóstico F4, o contexto nível de sistema e destinatários foram quase 20% do número de relatos (Tabela 3).

Tabela 3. Barreiras identificadas conforme a análise de diagnóstico de facilitação para implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

Barreiras identificadas para a implementação	Diagnóstico situacional de implementação		
	F1	F2	F4
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Evidência</b>	<b>5 (17,2)</b>	<b>9 (13,8)</b>	<b>7 (8,0)</b>
<b>Contexto</b>			
Local	3 (10,3)	4 (6,2)	11 (12,6)
Organizacional	6 (20,7)	21 (32,3)	13 (14,9)
Sistema	-	4 (6,2)	18 (20,7)
<b>Destinatários</b>			
Participantes e profissionais	7 (24,1)	14 (21,5)	15 (17,2)
Equipe de profissionais	3 (10,3)	6 (9,2)	18 (20,7)
<b>Facilitação</b>	<b>5 (17,2)</b>	<b>7 (10,8)</b>	<b>5 (5,7)</b>
<b>Total n(%)</b>	<b>29 (16,0)</b>	<b>65 (35,9)</b>	<b>87 (48,1)</b>

Abreviações F1: Evidência alta/forte e Contexto médio/fraco; F2: Evidência média/fraca e Contexto médio/fraco; e F4: Evidência alta/forte e Contexto alto/forte.

Em relação as barreiras e as entrevistas realizadas, 55,2% dos relatos foram mencionados pelos profissionais das equipes, sendo que 14,9% relacionavam-se aos destinatários- individuais 13,3% ao contexto organizacional (Tabela 4). Os profissionais facilitadores perceberam com maior frequência as barreiras na facilitação (9,4%), seguido também do contexto organizacional (8,8%).

Tabela 4. Barreiras relatadas pelos profissionais participantes das entrevistas, conforme unidades de análises (n=181).

Unidades de análise sobre barreiras	Total		Profissionais das equipes		Profissionais facilitadores	
	n	%	n	%	n	%
Evidência	21	11,6	13	7,2	8	4,4
<b>Contexto</b>						
Local	18	9,9	12	6,6	6	3,3
Organizacional	40	22,1	24	13,3	16	8,8
Sistema	22	12,2	11	6,1	11	6,1
<b>Destinatários</b>						
Participantes e profissionais	36	19,9	27	14,9	9	5,0
Equipe de profissionais	27	14,9	13	7,2	14	7,7
<b>Facilitação</b>	17	9,4	-	-	17	9,4
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>55,2</b>	<b>81</b>	<b>44,8</b>

#### 4.5 AS AÇÕES DE FACILITAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA

No total, 661 relatos sobre ações de facilitações foram identificados nas práticas exitosas mencionados pelos profissionais entrevistados (Tabela 5). Os relatos foram classificados com maior frequência na categoria sobre ações direcionadas à inovação (n=146; 22,1%) e em menor frequência para o contexto- nível de sistema (n=19; 2,9%). De modo geral, os profissionais da prática DD (região sudeste) relataram maior número de ações de facilitações implementadas (n=99; 15%), enquanto pela prática E (região sul) houve menor número de relatos (n=25; 3,8%).

Tabela 5. Número de relatos de ações de facilitações por unidade de análise e Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (n=10).

Unidades de análise para facilitação	Prática A	Prática AA	Prática B	Prática BB	Prática C	Prática D	Prática DD	Prática DDD	Prática E	Prática EE	Total n (%)
<b>Inovação</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>146 (22,1)</b>
<i>Compatibility</i>	1	5	3	3	3	0	7	1	1	1	25
<i>Complexibility</i>	5	4	4	1	6	4	8	6	0	7	45
<i>Observability</i>	1	3	2	5	5	2	3	2	0	2	25
<i>Relative advantage</i>	3	4	4	5	6	1	4	6	1	9	43
<i>Trialability</i>	0	1	0	0	1	0	0	2	2	2	8
<b>Destinatários- equipe de profissionais</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>103 (15,6)</b>
Capacidade da equipe no trabalho multiprofissional	14	8	6	5	4	1	13	2	0	2	55
Planejar o tempo destinado	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	5
Crenças e valores	2	1	0	1	1	2	5	1	0	1	14
Habilidades e conhecimentos	2	2	0	0	4	1	0	0	0	1	10
Motivação	1	0	2	2	2	1	4	3	0	4	19
<b>Destinatários- participantes e profissionais</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>33 (5,0)</b>
Crenças e valores	3	2	2	2	1	0	0	2	1	0	13
Habilidades e conhecimentos	1	0	0	0	1	0	0	2	0	2	6
Motivação	3	2	0	0	1	2	3	1	0	2	14
<b>Contexto local</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>118 (17,9)</b>
Alcance e manutenção dos participantes	1	1	3	1	0	1	8	3	4	6	28
Controle de assiduidade dos participantes	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	4
Percepção sobre um papel de liderança	0	0	1	0	2	2	2	1	0	4	12
Processos de trabalho	12	6	6	6	5	3	7	3	1	3	52
Recursos disponíveis	2	0	0	1	3	0	2	2	2	2	14
Sensibilização para adoção da equipe	1	2	1	1	0	0	1	1	0	1	8
<b>Contexto organizacional</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>67 (10,1)</b>
Apoio intrassetorial	0	3	1	1	0	3	1	1	1	1	12

Tabela 5. Número de relatos de ações de facilitações por unidade de análise e Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (n=10).

Unidades de análise para facilitação	Prática A	Prática AA	Prática B	Prática BB	Prática C	Prática D	Prática DD	Prática DDD	Prática E	Prática EE	Total n (%)
Gestão de dados	1	1	2	1	5	1	3	2	0	1	17
Oportunidades de desenvolvimento profissional	0	0	2	0	2	2	0	3	0	2	11
Procedimentos de avaliações	1	2	3	4	0	3	4	6	3	1	27
<b>Contexto de sistema</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>19 (2,9)</b>
Apoio intersetorial	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4
Prioridade políticas	0	0	0	0	4	1	1	2	1	1	10
Programas de atividade física instituídos	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	5
<b>Facilitação</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>137 (20,7)</b>
Características	1	4	3	0	2	10	5	3	0	3	31
Estilo	1	5	5	3	1	13	8	1	1	4	42
Papel	11	0	3	7	8	4	5	13	5	8	64
<b>Processo de facilitação para barreiras</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>38 (5,7)</b>
<b>Total n(%)</b>	<b>72(10,9)</b>	<b>66 (10,0)</b>	<b>59 (8,9)</b>	<b>57 (8,6)</b>	<b>72 (10,9)</b>	<b>63 (9,5)</b>	<b>99 (15,0)</b>	<b>76 (11,5)</b>	<b>25 (3,8)</b>	<b>72 (10,9)</b>	<b>661 (100)</b>

No quadro 29, foram apresentadas as ações de facilitações identificadas, conforme os subelementos para evidência (*compatibility, complexibility, relative advantage, observability e trialability*) A seguir, para cada subelemento também será explorado alguns dos relatos para exemplificar a descrição das ações de facilitações.

Quanto ao subelemento da inovação- *compatibility* foram identificados quatro tipos de facilitação, sendo: fortalecer a promoção da atividade física no território; criar uma cultura da atividade física no território; viabilizar a prática em espaços públicos e comunitários; e flexibilizar a oferta da prática (Quadro 29).

O tipo de facilitação identificada como sendo o fortalecimento da promoção da atividade física no território esteve presente nos relatos, em ações como:

*“(..) que nem esses da academia eles já são participantes usuários do CRAS, então eles já são pessoas ativas, não são aquelas pessoas totalmente sedentárias” (relato da equipe de profissionais prática AA);*

*“(..) quando se refere a academia da saúde tem pessoas que moram lá na ponta da rua, no final da rua e o outro mora no outro final da rua, e tem muito tempo que não se veem, isso também serve como ponto de encontro deles, isso é interessante” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(..) [citou o nome do programa] ativa acontecendo em todos os bairros da cidade, levando educação permanente, atividade física” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(..) além do grupo que já existe, existem outros grupos também (...) com as famílias da comunidade para fazer exercício (...) o hiperdia” (relato do facilitador da prática A);*

*“(..) então acredito eu que outros municípios possam ter academia da saúde, mas ela, ela por si só, o equipamento não sobrevive! Tem que ter um equipamento e tem que ter um programa dentro!” (relato do facilitador da prática DDD).*

A criação de uma cultura da atividade física no território foi identificada com base nos seguintes exemplos, para ações como:

*“(..) o pessoal era mais da caminhada, não tinha estímulo (...) para a corrida, (...) e quando veio principalmente a academia da saúde” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(..) as conversas começaram seis meses antes do programa academia (...) eu e o outro profissional alinhamos como seria os conceitos das academias, (...) ao lado de um posto de saúde, quais atividades ofertar” (relato do facilitador da prática E);*

*“(..) a gente criou o [citou o nome do grupo] e começamos no ginásio municipal, isso em maio de 2018 (...) a gente contratou a estagiário de educação física e começamos as atividades no ginásio, mas nós não tínhamos nada de infraestrutura” (relato do facilitador da prática EE).*

A viabilidade da prática em espaços públicos e comunitários foi prevista segundo os relatos daqueles que faziam uso, principalmente dos espaços públicos, para a oferta das práticas de atividade física. Nesse sentido, os relatos reforçaram ações como:

*“(.) a ausência do espaço disponível que a gente já apontou como dificuldade e ela contornou esse problema, ela conseguiu ali na praça próximo a unidade conseguir reunir o grupo e foi algo que ela soube contornar” (relato da equipe de profissionais prática B);*

*“(.) bom, o que facilita hoje é o espaço público, é uma prática que você não paga nada” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(...) nós conseguimos a associação de moradores o espaço para poder desenvolver a prática e possibilitar que toda a equipe esteja junto atendendo (...) como está próximo dos participantes facilitou a frequência deles” (relato do facilitador da prática A).*

O último tipo de facilitação identificado para o subelemento *compatibility*, do constructo inovação foi sobre a flexibilizar a oferta da prática, em ações como:

*“(.) nos reunimos um dia específico, (...), mas durante os outros dias têm a flexibilidade, (...) então eles não sentem aquela pressão de horário, como se fosse um clube” (relato da equipe de profissionais prática DD);*

*“(.) tem gente que participa de todos, então assim, quem tem carro às vezes faz o seguinte, na segunda-feira vai no [citou o nome do grupo], na terça-feira vai na [citou o nome do grupo], na quarta e na quinta vai na hidro de novo, então temos usuários que fazem isso, eles vão revezando (relato da equipe de profissionais prática C).*

No subelemento *complexibility* da inovação foi identificado cinco tipos de facilitação, sendo: estilo do facilitador; característica do facilitador; planejar a prática com frequência definida; apoiar o desenvolvimento multiprofissional na prática; e buscar alternativas para o dinamismo na oferta da prática (Quadro 29).

O estilo do profissional facilitador, identificado como um tipo de facilitação da inovação, foi relatado em ações como:

*“(.) proatividade, comprometimento, isso é fundamental (...) no gerenciamento disso, (...) nós temos que ser bastante empreendedor, saber da parte administrativa” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(.) afetividade, de ser uma pessoa afetiva com os participantes” (relato do facilitador da prática AA).*

As características do profissional facilitador, enquanto inovação da implementação da prática exitosa de atividade física nos locais foram identificadas com base nos seguintes relatos das seguintes ações:



*“(..) esses profissionais eles atuam diretamente, claro que quem está mais envolvido é o profissional de educação física no caso que é eu que desenvolvo a prática e organizo toda sistemática” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(..) eu já saí da graduação com essa visão de um profissional de educação física que tem essa metodologia de levar uma prática organizada, de monitoramento” (relato do facilitador da prática B);*

*“(..) quando você tem um líder que lidera com paixão, com amor, com convicção, com embasamento eles, você passa essa paixão pra eles também eles começam a entender (...) isso ajuda também alguém que seja convicto, que estude, que tenha conhecimento, mas que lidera, que articula, que vai, isso faz com que os profissionais eles aderem, fiquem e gostem e lutem pela essa bandeira que é a prevenção e a promoção da saúde” (relato facilitado da prática DDD);*

*“(..) me vejo como um mediador de todo o processo, então sempre estar buscando, trazendo mais pessoas, sempre estar verificando o que a gente pode melhorar, o que a gente pode acrescentar pra melhorar o espaço que a gente trabalha, buscar materiais mesmo assim com dificuldade” (relato facilitador da prática AA);*

*“(..) acho que nesse quesito assim a [citou o nome do facilitador] porque se não tivesse o apoio dela.... difícil de acontecer na verdade! Ela trabalha na atenção primária, então ela tem o conhecimento muito grande de onde pode buscar os recursos toda essa burocracia, então ela sabe muito!” (relato da equipe de profissionais prática EE).*

Sobre planejar a prática com frequência definida, como uma inovação, foi prevista nos relatos que trataram sobre reuniões de planejamento e grupos de estudos para discussão de casos clínicos que apoiassem a implementação. As ações de facilitações identificadas nos relatos foram, por exemplo:

*“(..) quando essa intervenção não é decidida em uma reunião mensal, ela é decidida em encontro semanais que a equipe sempre tá em contato, todas as profissionais juntas pelo menos uma ou duas vezes na semana” (relato da equipe de profissionais prática B);*

*“(..) a gente tem reunião uma vez no mês com toda equipe e é onde a gente pontua o que observou de melhora, de aderência nas etapas das atividades e como organizar as orientações” (relato da equipe de profissionais prática A);*

*“(..) que a gente tem visto nas reuniões, nas discussões de casos clínicos tem também nas quartas feiras a gente se reúne sempre aqui pelo menos 1 hora pra gente discutir alguns casos clínicos” (relato da equipe de profissionais prática DD);*

*“(..) a gente se reúne a cada 15 dias, só entre os membros do NASF pra gente discutir como é que serão as ações que estão sendo desenvolvidas” (relato da equipe de profissionais prática BB).*

Outro tipo de facilitação do subelemento *complexibility* tratou sobre apoiar o desenvolvimento multiprofissional na prática, quando incentivada pelo profissional facilitador, sendo identificado nos relatos conforme as ações descritas abaixo:

*“(.) essa questão das reuniões não temos nenhum problema, a equipe ela é até porque isso partiu da equipe né, não foi um projeto isolado, então nenhum profissional da equipe mede esforços para desenvolver o projeto, e isso é isso é uma realidade, qualquer momento que é solicitado eu preciso que vocês vão fazer uma fala para os pais relacionado a alimentação, relacionada a ansiedade, todos estão prontos para auxiliar” (relato do facilitador da prática C);*

*“(.) se você tem alguma dificuldade, você achou que a sua alimentação não tá legal, vai procurar um profissional para poder melhorar sua alimentação, você tem suporte, então vou aproveitar o que a gente tem, então a gente tem estimulado esse lado” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(.) as vezes o profissional não participa, então de alguma forma a gente tenta trazer ele para a equipe. Tem o psicólogo, olha vamos fazer uma palestra de tal assunto na próxima quinta-feira (...) A gente vai ter agora o setembro amarelo, prevenção do suicídio, quando for outubro rosa nós vamos falar sobre a o câncer de colo do útero e a saúde do sistema geral da mulher” (relato do facilitador da prática A).*

Sobre buscar alternativas para o dinamismo na oferta da prática, os relatos trouxeram informações sobre as adaptações, as alternativas e a busca por recursos incentivados pelos profissionais facilitadores para apoio à implementação. Os relatos apresentam alguns exemplos de ações, conforme o tipo de facilitação, a saber:

*“(.) é eu me vejo assim, como um mediador de todo o processo, então sempre estar buscando, trazendo mais pessoas, sempre estar verificando o que a gente pode melhorar, o que a gente pode acrescentar pra melhorar o espaço que a gente trabalha, buscar materiais” (relato do facilitador da prática A);*

*“(.) teve que sofrer algumas alterações, por exemplo com relação, inicialmente não tinha aeróbico porque eu sou totalmente descoordenada e aí eu tive que incluir, pela demanda dos usuários” (relato do facilitador da prática BB);*

*“(.) a gente é criativa junta, quando precisa de planejar, gosta de coisa diferente, quando vem uma aluna a gente faz capoeira (...), gosto de buscar as pessoas que tem o conhecimento assim, diferente, uma vivência diferente, a gente tenta trazer pra aula, ela tem dois alunos que faz dança flamenco, e quando tem evento a gente convida os dois pra fazerem uma abertura também, então assim, esse é meu perfil” (relato do facilitador da prática D);*

*“(.) um projeto que começou no ginásio, sem material, sem nada se tornou o que é hoje com apoio (...) o prefeito nunca disse não (...) sempre teve a dedicação de todos” (relato da equipe de profissionais da prática EE).*

Ainda, sobre o constructo da inovação, no subelemento *relative advantage* foi identificado sete tipos de facilitação, como: criar programas ou projetos com a identidade da prática; contribuir para a autonomia dos participantes; implementar processos de trabalho; criar redes de comunicação; orientar a divulgação boca-a-boca; coletar dados para apoio à implementação; criar convênios público-privados, criar convênios com as universidades locais; e observar e analisar os resultados alcançados com a prática.

O tipo de facilitação em criar programas ou projetos com a identidade da prática foi percebida como uma estratégia de simbolizar uma identidade, o que fortaleceu a identificação pelos participantes e melhor adoção dos profissionais, por ser uma proposta planejada e estruturada. Quanto a isso, os profissionais entrevistados destacaram ações como:

*“(...) é um projeto que tem todo esse cuidado de contemplar todas as categorias, então todo mundo aqui tem a sua parcela de contribuição dentro do projeto do MOVIMENTO” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) o NASF trabalha com outro chamado LEVEMENTE que é voltado para o emagrecimento, acontece duas vezes na semana, foi criada a partir de uma avaliação física que fizemos aqui (...) desenvolvido através de profissionais de educação física como eu, com ajuda da fisioterapeuta do NASF que acontece também aqui no polo aqui nas segundas e quartas-feiras” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) então acredito eu que outros municípios possam ter academia da saúde, mas ela, ela por si só, o equipamento não sobrevive! Tem que ter um equipamento e tem que ter um programa dentro! (...) eles ganham uma camiseta com o nome do programa, então eles têm uma identidade com o programa” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(...) nós temos um grupo no whatsapp, no grupo no facebook, então hoje é mais whatsapp mas nós temos o Facebook [citou o nome do município] ativo também, onde a gente divulgava tudo” (relato do facilitador da prática DD).*

Contribuir para a autonomia dos participantes foi identificado como um tipo de facilitação presente tanto nos relatos dos profissionais facilitadores quanto dos profissionais da equipe. Nos relatos foram identificadas as seguintes ações de facilitações implementadas:

*“(...) tem alguns que até sem profissional eles continuam frequentando, eles já sabem o que tem que fazer” (relato da equipe de profissionais da prática AA)*

*“(...) essa conversa sempre aberta para a pessoa expor a opinião, qual a maior dificuldade. Esse vínculo ajuda bastante, não só da equipe entre si, mas com a população também. Então isso ajuda bastante a questão do êxito dessa atividade” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) paciente chegou bastante debilitado, precisando de acompanhamento e hoje ele consegue ir sozinho para as atividades, ele procura por conta” (relato da equipe de profissionais da prática A);*

*“(...) antes do grupo [citou o nome do projeto] elas não realizavam nenhum tipo de atividade física. No início, os gurus realizavam as caminhadas duas vezes na semana. Uma sexta, se eu não me engano, elas acabaram se reunindo e caminhando sem eles” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) pessoas que nem acreditavam que pudessem correr, faziam a caminhada, (...) alguns participaram de corridas, ganharam medalhas e tudo então você ver a diferença (...) trabalho de dar poder para pessoa, melhorar” (relato do facilitador da prática DD).*

Outro tipo de facilitação, quanto ao *relative advantage*, foi implementar a adoção de um processo de trabalho entre profissional facilitador e equipe de profissionais. Quanto a isso, foi identificado nos relatos:

*“(...) o programa da parte de atividade física o [citou o nome do programa] ativa, o programa de Parkinson, (...) fizemos um ambulatório de osteoporose, com o protocolo de osteoporose, tudo para cidade. Então a gente foi fazendo as coisas ali caminhando, um tinha uma ideia o outro tinha outra” (relato da equipe de profissionais da prática DDD);*

*“(...) mas os outros contribui porque eu tento fazer da melhor forma possível, encaixar todos que estejam presentes, todos de alguma forma contribui (...) a gente identifica quando eles precisam de um psicólogo, precisa conversar com a terapeuta ocupacional, ou se tem algum outro distúrbio. Se precisar de encaminhamento a gente encaminha já com a referência, se precisar de uma consulta médica (...) não tão só ali para fazer exercícios” (relato do facilitador da prática A);*

*“(...) vamos levar em consideração as campanhas que são trabalhadas nos meses, por exemplo, eu tento envolver o máximo possível todos os grupos em ações que são desenvolvidas pela equipe em geral sempre levando um profissional diferente da equipe” (relato do facilitador da prática B).*

Criar redes de comunicação com uso de recursos de mensagens instantâneas ou redes sociais foi uma inovação identificada no processo de implementação, comparada a demais ofertas anteriores. Sobre isso, nos relatos foram mencionados:

*“(...) hoje em dia a gente tem as mídias sociais que nos ajudam na boa comunicação, por aplicativo de conversa” (relato da equipe de profissionais da prática A);*

*“(...) a gente tem uma atenção bem diferenciada aos alunos, nós criamos um grupo de whatsapp da academia, então nesse grupo eu divulgo sobre a agenda da academia, sobre eventos, os alunos têm abertura ali pra dizer “a não vou poder ir à aula”, dar dicas de saúde praticamente 2 a 3 vezes na semana, eu posto vídeos e dicas sobre saúde, atividade física e alimentação” (relato do facilitador da prática E);*

*“(...)sim nós temos um grupo no whatsapp, no grupo no facebook, (...), onde a gente divulgava tudo, hoje é mais grupo fechado então a gente usa mais whatsapp” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(...) a gente tem o whatsapp que facilita muito (...) Os dois grupos, da equipe e dos participantes, então a gente está sempre dialogando para passar a informação” (relato da equipe de profissionais da prática EE).*

Outra facilitação, quanto ao *relative advantage*, foi orientar a divulgação boca-a-boca, para aumentar o alcance dos participantes. Sobre isso foi relatado:

*“(...) a comunicação entre a equipe, (...) a comunicação entre a comunidade também (...) acabam sendo, são multiplicadores das ações (...) cada vez levando mais amigos mais colegas (...) é um fator que facilita muito o trabalho, seja no âmbito coletivo como individual” (relato da equipe de profissionais da prática B);*

*“(...) inclusive os pacientes foram grandes parceiros (...) para que eles pudessem estar divulgando na casa das pessoas o projeto” (relato da equipe de profissionais da prática BB).*

Coletar dados para apoio à implementação foi uma facilitação nesse processo que auxiliou no apoio da gestão à prática, além da identificação dos resultados alcançados. Nos relatos estiveram presentes as seguintes ações de facilitações implementadas:

*“(...) com o objetivo de promover saúde para a população tem clientes que no começo tomava 7 tipos de medicamentos, 7 comprimidos exemplo, e com exercício físico eles foram diminuindo esse quantitativo” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(...) olha positivo na atenção primária foi fazer um banco de dados muito importante rastreando pacientes diabéticos e hipertensos no município para gerar um programa que tivesse a promoção da saúde na forma de educação permanente” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(...) em termos de levantamento é quais são os maiores as escolas que têm maior participação, um exemplo, maior número de obesos, mas assim tudo está disponível, se qualquer médico precisar de algum dado ele está disponível para a gente ter acesso” (relato do facilitador da prática C).*

O tipo de facilitação criar convênios público-privados, foi identificado como parte da *relative advantage*, da inovação, pois fez parte das negociações e articulações entre os profissionais facilitadores e a gestão local. Nos relatos dos profissionais foram identificadas ações, por exemplo:

*“(...) sem dúvida nós temos que fortalecer o convênio público privado, a gente sabe que o público não vai dar conta (...), a gente consegue ter ações positivas com a comunidade, a gente sabe que a prefeitura não ia ter esse espaço, ela ia depender do Estado (...) a prefeitura paga o piscineiro que é uma despesa de R\$ 1.500, então já é uma despesa a menos para aquela instituição” (relato do facilitador da prática C);*

*“(...) aí a gente viu que o grupo, ele só crescia e nós não tínhamos mais como dar conta, aí a gente trouxe pra administração pública e eles concordaram de a gente pagar uma academia. E até hoje a gente está pagando. São duas vezes na semana na academia, três atividades e uma a gente fazia na rua. Agora começou o inverno a gente faz tudo na academia. A administração aceitou em pagar um pouquinho mais para fazermos a prática todas as vezes na academia até que passe o inverno! Isso é bem bom! (relato do facilitador da prática EE).*

Nesse sentido, outro tipo de facilitação abordada, foi criar convênios com as universidades locais. Na implementação da prática, essa ação contribui para a qualidade na avaliação dos participantes e na disponibilidade de acadêmicos, conforme os relatos exemplificados abaixo:

*“(...) trazer as faculdades e universidades quando se tem próximo, (...) ocupar esses espaços, ocupar associações, fazer com que o gestor do município entenda da importância” (relato do facilitador da prática C);*

*“(...) temos um projeto da professora da [citou o nome da Universidade] da educação física que é o com os acadêmicos né, vem participam das aulas, a gente faz avaliação, professor também vem no local do estágio conversamos, e tem um estagiário remunerado e o apoio da gestão” (relato do facilitador da prática D).*

Outro subelemento do constructo da inovação foi a *observability*, na qual foram identificados três as ações de facilitações na implementação, sendo: observar e analisar os resultados alcançados; a prática como oportunidade ao lazer aos participantes e vínculo com a comunidade; e motivar a equipe de profissionais para atuação (Quadro 29).

Sobre o tipo de facilitação de observar e analisar os resultados alcançados com a prática foi mencionada como interligada à coleta de dados para apoio a implementação, mencionado anteriormente. Nesse sentido, nos relatos foram identificadas ações como:

*“(...) as ações de promoção é a que está dando mais certo, (...) eu sempre pergunto e vou vendo a pressão, os resultados de exame, realmente os que estão na academia da saúde eles têm mais controlado os níveis de pressão, de glicose” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) depois que eles entram no grupo eles são bem assíduos, porque realmente acontece a melhora. Eles chegam até nós, e: aí doutora eu estou muito bem eu não estou sentindo mais dores” (relato da equipe de profissionais da prática A);*

*“(...) a dona [citou o nome da participante], que foi uma pessoa do grupo de tabagismo, quando ela entrou no grupo ela começou a atividade física e parou de fumar. Estou aqui há dois anos e até hoje ela está na atividade física” (relato da equipe de profissionais da prática DD).*

Outro tipo de facilitação, no subelemento *observability*, foi identificado a prática como oportunidade de lazer para os participantes e o vínculo com a comunidade. As ações de facilitação implementadas foram identificadas, segundo os relatos abaixo:

*“(...) as vezes é só o parceiro, é o único lazer que eles têm disponíveis, então assim como eu disse a parte psicológica, física, emocional tudo ela tá abrangendo” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) é tão grande, o envolvimento a satisfação deles, aqui é o lazer deles. Uns fazem cinema, chá da vó, carnaval, festa junina, festa, tudo, tudo” (relato da equipe de profissionais da prática DDD);*

*“(...) essa implantação da academia da saúde foi bem favorável porque eram pessoas ociosas, não tinha uma atividade física e hoje eles relatam que depois de começar a participar da academia são outra pessoa, renovadas” (relato da equipe de profissionais da prática BB);*

*“(...) muito importante que acontece nos grupos, todos os grupos não importam do que eles sejam, é a questão da interação social, então os usuários*

*de modo geral têm uma melhora de qualidade mental” (relato da equipe de profissionais da prática B);*

*“(…) uma adolescente, e ela estava com muitas dúvidas do que ela realmente ia fazer. Todo ano eu faço trabalho na escola de organização educacional e ela quando começou o grupo de corrida foi o que auxiliou ela a escolher educação física” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(…) já cansei de ver festinha até de aniversário na academia, elas comemoram o aniversário deles, assim acabou que se formou uma família, né?” (relato da equipe de profissionais da prática D).*

O tipo de facilitação sobre motivar a equipe de profissionais para atuação na prática também revelou aspectos da adoção e da manutenção organizacional. Quanto a isso foram identificados nos relatos:

*“(…) nós optamos ainda para fortalecer a equipe pelo fato da quantidade de material que é exposto, pela estrutura que a instituição tem, tem as balanças, tem as pranchas, tem tudo” (relato do facilitador da prática C);*

*“(…) acho que a primeira motivação é minha, se eu estou motivado, eu acho que a relevância do projeto, a relevância do projeto faz com que eles se motivem, um exemplo disso é a visita de vocês” (relato do facilitador da prática C);*

*“(…) os usuários, fato deles entrarem na linha de frente com a gente, brigando por estrutura, quem lutou para que as grades fossem instaladas aqui na academia foram eles, eles chamaram a tv foram pra frente da academia e falaram, temos a profissional, mas ela não pode usar a academia porque não tem segurança” (relato do facilitador da prática BB);*

*“(…) a equipe na verdade o resultado de tudo que vem acontecendo, tanto no meu trabalho quanto no delas é justamente por ter essa união, essa equipe bem articulada” (relato do facilitador da prática B);*

*“(…) a academia da saúde se tornou uma referência pra todos os colegas, desde a pediatria até geriatria, endócrino, neuro, ortopedia, a fisioterapia” (relato do facilitador da prática DDD).*

Por último, o constructo da evidência, trouxe no subelemento da *trialability* duas ações de facilitações, sendo: estudo para implantação de espaço físico para programas do governo federal; e estudo epidemiológico para apoio à implementação das práticas. Nessas duas ações mencionadas, mostraram o envolvimento do profissional facilitador desde o início da tomada de decisão quanto a infraestrutura e as alternativas de atividades a serem ofertadas (Quadro 29).

O estudo para a implantação do espaço físico com programas do governo federal se deu entre profissional facilitador e gestão local. Nos relatos foram presentes as seguintes ações:

*“(…) aqui era um pitdog, então fizeram uma troca com a proprietária, porque até então queriam que o espaço da academia fosse na beira do rio, mas a gente*

*tinha esse cuidado que se fosse lá poderia ter vandalismo dos aparelhos. Então, levamos para o conselho municipal de Saúde que tem um poder” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(…) eu atendia num local que tinha outra matrícula e nessa matrícula nós conseguimos fazer a academia da saúde (….) eu tinha autonomia e mudei o layout dos desenhos e dos equipamentos para que fosse atendida a população não naquela forma do acolhimento” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(…) no início não tínhamos conhecimento do grupo que íamos atender aqui né?! (….) então eu vim dar umas voltas no bairro para conhecer onde é que a gente podia fazer caminhada, qual o público mais ou menos que a gente ia atender, (...). Por isso, tenho tanto as turmas de circuito funcional, pois é a atividade mais adequada para a maioria” (relato do facilitador da prática E).*

Quanto ao estudo epidemiológico para a implementação das práticas ofertadas, esse tipo de facilitação envolveu os profissionais facilitadores e os profissionais das equipes. Nos relatos foram mencionados:

*“(…) hoje temos aproximadamente 13% das crianças do município, de 6 a 12 anos, 6780 estudantes que apresentam sobrepeso e obesidade, então pensando nisso, em 2013 (….) foi justamente oferecer uma atividade física” (relato do facilitador da prática C);*

*“(…) faz 12 anos que atuo na parte da fisioterapia e a lista de espera sempre foi alta, absurda! Ficava uns ¾ meses esperando na lista para poder ser atendido. Agora o que está acontecendo, o pessoal faz as sessões de fisio, vai para o grupo fortalecer e não voltam mais! Havia 100 pessoas na lista de espera, agora tem sete!” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(…) primeiro que muitos desconheciam ao termo diabetes e os sintomas da doença, é porque buscava sempre o medicamento! (….) E muitas vezes levava a hipoglicemia, quedas, confusões mentais, por desconhecer os sintomas da diabetes no município. (….) foi o ponto positivo que me levou a idealizar o programa [citou o nome do município] ativa e depois conseqüentemente é idealizar os programas [citou o nome do programa] para parkinsiano” (relato do facilitador da prática DDD).*



Quadro 29. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo inovação da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (i-PARIHS).

Subelementos i-PARIHS Inovação	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
<b>Compatibility</b>	Fortalecer a promoção da atividade física no território	As práticas exitosas de atividade física ocorriam em territórios que culturalmente já tinham a participação e adesão de usuários em outras ações ou programas e estratégias na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o fomento de atividade física. A divulgação para esses grupos e a criação de grupos de práticas de atividade física na APS possibilitou alcançar outros públicos etários que, por vezes, pouco participavam das ações.
	Criar uma cultura da atividade física no território	Em territórios, que comumente, não se tinham uma cultura de oferta de práticas de atividade física na APS, houve a implantação de algum programa com estrutura física ou de projetos de atividade física com participação de todos os profissionais da equipe. Nesse sentido, as experiências dos profissionais facilitadores e o apoio dos profissionais da equipe facilitaram o processo.
	Viabilizar a prática em espaços públicos e comunitários	A inexistência de estruturas e espaços para a oferta de práticas de atividade física, o uso dos espaços públicos, como praças, espaços comunitários e associações foram uma alternativa de facilitação encontrada. Além de próximo aos usuários, com o uso, foi percebido melhorias da infraestrutura e equipamentos, uma vez que os usuários passaram a exigir manutenção destes espaços.
	Flexibilizar a oferta da prática de atividade física	As alternativas de oferta de práticas de atividade física no território possibilitam as escolhas pelo participante, conforme a sua disponibilidade de tempo, distância do local ou preferências. Além disso, quando o local teve dificuldade na frequência semanal, por decorrência de outras demandas ou pela baixa da assiduidade dos participantes, a facilitação foi flexibilizar de modo que as pessoas tivessem suas práticas monitoradas à distância pelo profissional (ex.: uso de aplicativos ou planilha de treino semanal), além dos encontros presenciais.
<b>Complexibility</b>	Dinamizar o estilo do facilitador	O estilo do facilitador, sendo dinâmico, afetivo e comprometido para gerenciar a prática e a oferta das atividades físicas mostrou maior fortalecimento entre os profissionais envolvidos e maior assiduidade dos participantes.
	Aprimorar habilidades para o facilitador	A característica do profissional facilitador foi identificada na sua capacidade de realizar o planejamento, a organização e a sistematização da prática de atividade física, o que possibilitou melhor comunicação com os profissionais da equipe. Os profissionais facilitadores com o perfil de mediador interno à equipe são como apoiadores do processo, para articularem as melhorias com a gestão ou melhorar o atendimento aos participantes.
	Planejar a frequência da prática de atividade física	As reuniões regulares de planejamento, discussão de casos e estudos foram uma facilitação para o processo de implementação da prática. Essas reuniões nem sempre eram conduzidas, única e exclusivamente pelo facilitador, mas com toda a equipe de profissionais. Nesses momentos eram definidos calendários de eventos, intervenções multiprofissionais na prática e ações conjuntas que facilitavam a não sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos.
	Apoiar a atuação multiprofissional	O apoio das equipes multiprofissionais incentivada pelo profissional facilitador foi importante para a implementação e melhorias na prática. O apoio solicitado foi observado em ações interdisciplinares, de aconselhamento sobre comportamentos saudáveis, prevenção de doenças ou riscos à saúde, apoio psicológico e social.

Quadro 29. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo inovação da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (i-PARIHS).

Subelementos i-PARIHS Inovação	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
	Planejar alternativas para o dinamismo na oferta da prática	A identificação de alternativas para adaptar ou buscar dinamismo para a oferta da prática foi uma facilitação constante no processo de implementação. Dentre as alternativas foram observadas, a realização de busca ativa para novos participantes, realização de palestras, melhoria nos espaços e aquisição de equipamentos, a variação nas atividades e metodologias para a ofertada da prática, apoio de outros profissionais para intervir com atividades novas.
<i>Relative Advantage</i>	Criar programas ou projetos com a identidade visual da prática	A facilitação em criar programas ou projetos que simbolizem uma identidade para a prática de atividade física fortaleceu a identificação pelos participantes e melhor adoção dos profissionais, por ser uma proposta planejada e estruturada. Com isso, muitos dos projetos ou programas ganharam uma identidade com o nome do próprio município ou similar, como [nome do município] ativo; LEVEMENTE, MOVIMENTE, GRUPO SOB MEDIDA, dentre outros. Em grande parte, o idealizador das propostas teve a articulação do profissional facilitador com apoio da equipe de profissionais.
	Contribuir para a autonomia dos participantes	A busca por autonomia dos participantes foi uma facilitação presente. A orientação e o aconselhamento nas consultas de rotinas, as mensagens compartilhadas sobre hábitos saudáveis aos participantes e o acolhimento foram estratégias que contribuíram para que os participantes buscassem além da prática de atividade física outros comportamentos saudáveis, bem como a manutenção da prática na ausência do profissional.
	Implementar processos de trabalho	A implementação perpassa por uma facilitação no planejamento da prática no que diz respeito a adoção de um processo de trabalho, desde o acolhimento do usuário, encaminhamentos aos especialistas, avaliações dos participantes e participação na prática. Todos os profissionais têm bem definidos os seus papéis e liberdade para a oferta de como a ação será articulada com suas áreas de conhecimentos. Isso também era sistematizado com o apoio e orientação do facilitador para reunir os planejamentos e ideias discutidas para o atendimento aos usuários.
	Criar redes de comunicação	O uso de recursos para grupos em mensagens instantâneas, como o aplicativo whatsapp tem sido utilizado como uma facilitação tanto para a comunicação com os participantes, quanto com a equipe de profissionais para tomadas de decisões no planejamento. Com os participantes foram observados o engajamento e a troca de experiências, bem como no compartilhamento de conteúdo sobre saúde e atividade física. Com a equipe de profissionais, em grande parte, os grupos de mensagens eram utilizados para discutir ou articular as decisões de reuniões ou planejamentos.
	Orientar a divulgação boca-a-boca	A estratégia de divulgação da prática entre os participantes, boca-a-boca, tem aumentado o alcance e maior assiduidade dos grupos. Além disso, contribui como valor agregado à prática diante à comunidade local.
	Coletar dados para apoio à implementação	Para apoio a implementação o levantamento de informações, indicadores, situações de diagnóstico dos participantes da prática facilitam a manutenção na gestão e sustentabilidade. Os dados podem ser utilizados para as orientar nas consultas médicas, na tomada de decisão dos gestores para apoio a prática, na redução dos custos ao setor saúde com medicamentos e redução de demandas secundárias e terciárias.

Quadro 29. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo inovação da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (i-PARIHS).

Subelementos i-PARIHS Inovação	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
	Criar convênios público-privados	Os convênios público-privados com a alocação de espaços físicos foi identificado como uma facilitação, por parte dos facilitadores, na negociação com a gestão da saúde local. Esses convênios são contrapartidas com aluguéis de espaço, pagamentos de custeio para manutenção dos espaços e equipamentos.
	Criar convênios com as universidades locais	A facilitação pela parceria com as Universidades locais para a qualificação das coletas de dados ou oferta das práticas, com apoio de acadêmicos para a orientação das atividades, foi implementada, tendo apoio da gestão, pelos próprios facilitadores internos ou externos à prática.
<i>Observability</i>	Observar e analisar os resultados alcançados da prática	A partir do levantamento das informações é possível identificar os resultados alcançados com a prática, o que se tornou uma facilitação que contribui em termos de motivação para a equipe de profissionais e participantes. Os resultados foram identificados desde a percepção dos participantes sobre as suas melhorias na saúde e na percepção dos profissionais quanto as consequências positivas sobre a prática.
	Oportunizar o lazer para os participantes e vínculo com a comunidade	A oferta da prática de atividade física foi percebida como uma oportunidade ao lazer e vínculo com a comunidade. Diante das diferentes condições de vida, sociais e econômicas a participação na prática foi percebida como uma oportunidade aos participantes serem ativos no tempo livre, além de um momento de socialização. A facilitação para promover esses encontros, locais adequados e próximo aos participantes contribuiu para a assiduidade na prática e na criação de novas atividades sociais como festividades e comemorações pelos próprios participantes.
	Motivar a equipe de profissionais para atuação na prática	A adoção positiva dos profissionais envolvidos com a prática e as facilitações implementadas para o trabalho compartilhado mostrou ser motivo de referência no território. Consequentemente, isso refletiu em comportamentos dos próprios participantes para buscarem melhorias na estrutura dos locais.
<i>Trialability</i>	Estudar a implantação de espaço físico para programas do governo federal	De modo geral, a implantação de infraestrutura para a oferta de prática de atividade física foi acompanhada pelo facilitador desde o início das tratativas. O facilitador participou das tomadas de decisão da escolha pelo local, o estudo sobre o território e os tipos de prática a serem ofertadas para o público-alvo do local.
	Estudar dados epidemiológico para a implementação das práticas ofertadas	Os estudos epidemiológicos para identificar os tipos de práticas a serem ofertadas foram conduzidos pelo facilitador, com a participação e idealização de parte da equipe de profissionais.

No quadro 30, foram apresentadas as ações de facilitações identificadas, conforme os subelementos para o elemento contexto. A seguir, para cada subelemento também será explorado alguns dos relatos para exemplificar a descrição das ações de facilitação implementadas.

No contexto local, seis ações de facilitações foram identificadas, sendo: controlar a assiduidade dos participantes; sensibilizar a equipe de profissionais de saúde para adoção multiprofissional às práticas; implementar um processo de trabalho compartilhado, multiprofissional e interdisciplinar; alcance e manutenção na prática pelos participantes; percepção sobre um papel de liderança frente à implementação da prática; e identificar recursos disponíveis para apoio à implementação.

O tipo de facilitação, controlar a assiduidade dos participantes, foi percebida como uma ação do profissional facilitador tendo o apoio dos ACS e equipe de profissionais. Segundo os relatos, essa facilitação se deu conforme os seguintes aspectos:

*“(...) não vem na aula prática, a gente já tem esse cuidado de ir lá ver por que ele não veio, porque muitas vezes ele tá precisando de um medicamento, tá precisando de uma consulta, e a gente tem essa rede aqui de procurar o médico” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(...) dentro do nosso controle de frequência a possibilidade de ligar por que que não está vindo? Está doente? (...) Nós temos algumas regras também, quanto a faltas a gente solicita para que não tenha três faltas não justificadas por semestre a gente abre vaga para outro aluno. Assim, a gente tem um contato bem próximo e especial com os alunos” (relato do facilitador da prática E);*

*“(...) o aluno não pode ser esquecido, ele não compareceu durante seis aulas tem que ligar, então é isso que faz ele voltar, ou seja, esse cuidado de estar atento a essas informações, porque ele não veio, qual é o motivo, ele parou de fazer, qual foi o motivo? (relato do facilitador da prática C).*

Sensibilizar a equipe de profissionais de saúde para adoção multiprofissional na prática exitosa de atividade física revelou estratégias como apresentar o planejamento em reuniões de equipe, disponibilizar materiais que orientam aos profissionais, organizar eventos etc. Nos relatos foram mencionadas ações como:

*“(...) por essa questão de ser temporário sempre está mudando profissionais, então (...) a gente faz uma reunião e explica para o profissional como acontecem as atividades” (relato dos profissionais da equipe prática A);*

*“(...) a gente tem que comprar primeiramente a ideia e a equipe em si têm que trabalhar como algo programático que esteja dentro do calendário das nossas ações e rotinas” (relato dos profissionais da equipe prática A);*

*“(...) as ações, as ações mensais e quinzenais, semanais, que ocorrem na secretaria de saúde, exemplo, esses eventos que têm o Dia Mundial da Saúde, outubro rosa, hoje tem sempre esses eventos né, é de essencial importância de todos participarem, e é*

*isso que dá uma ênfase maior nesse trabalho aí de equipe onde tem esses eventos e essas ações” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(…) cada vez que muda, às vezes um gestor, sempre entra um colega novo a gente entrega para esse profissional um informativo que fala do programa, os benefícios, locais que tem para esse profissional referenciar para cá, quando ele assim achar necessário uma conduta um pouco melhor” (relato do facilitador da prática DDD).*

Implementar um processo de trabalho compartilhado, multiprofissional e interdisciplinar, no contexto local, esteve vinculada ao processo de trabalho. Esse tipo de facilitação foi mediado pelo profissional facilitador, seja interno ou externo à equipe, e com adesão de todos os demais profissionais envolvidos. Segundo os relatos foi possível identificar:

*“(…) a gente tem uma reunião uma vez no mês com toda equipe, (...) a gente pontua o que observou de melhora, de aderência nas etapas das atividades, como a gente organiza as orientações, dos psicólogos, da fono e de todos os profissionais. Assim, é um momento que além de planejar a gente comenta quais foram os nossos sucessos.” (relato dos profissionais da equipe prática A);*

*“(…) algumas vezes a gente mesmo faz essa busca ativa, de ir à casa do usuário falar do projeto que está acontecendo e solicitar que ele compareça para conhecer e, depois disso, realmente ele passar a frequentar” (relato dos profissionais da equipe prática A);*

*“(…) nós temos uma equipe multiprofissional bem integrada, uma vez por mês a gente faz o calendário do próximo mês e todos trabalham juntos. Quando um não pode fazer parte troca o dia, mas está sempre ali as conversas, educação permanente dos agentes de saúde também todo mês” (relato dos profissionais da equipe prática DD);*

*“(…) a gente tem um trabalho em conjunto com os agentes de saúde que eles mobilizam a população” (relato dos profissionais da equipe prática B);*

*“(…) essas reuniões sempre reúnem todos os profissionais da unidade básica de saúde, (...) para gente abordar os eventos, as ações, e as visitas, por isso é uma rede” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(…) discutir o estudo de caso pra rever condutas, esse é muito importante porque se quando você revê conduta você tá gerando resolutividade” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(…) é uma união da equipe, buscar que todo mundo tenha esse mesmo objetivo para que seja sempre falada uma mesma língua, para que o usuário chegue e seja acolhido por todos, não encontre barreira em lugar nenhum” (relato do facilitador da prática A).*

O tipo de facilitação no contexto local, alcançar os participantes e manter na prática, foi percebido nas ações de disseminação e de divulgação para alcance aos participantes, além dos aspectos motivacionais. Para exemplificar esse tipo de facilitação foram presentes nos relatos ações como:

*“(…) sempre está inscrevendo numa competição externa (...), isso é um incentivo muito grande (...) isso é algo que consegue manter as pessoas (...), o ambiente, o grupo do whatsapp, (...), as pessoas se encontrarem, elas compartilharem, elas conversar” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(…) reforçando sempre a prática de atividades, como a gente só tem atividade nesses grupos uma vez na semana então sempre reforçando que eles devem fazer uma*

*caminhada nos dias que eles não estão nos grupos” (relato dos profissionais da equipe prática B);*

*“(…) uma ferramenta que a gente encontrou é a divulgação mesmo sempre tem eventos externos em horários extras que a gente está levando a equipe completa e levando o serviço da equipe” (relato dos profissionais da equipe prática B);*

*“(…) como somos um município pequeno eu acho uma das coisas que incentivam elas são a distribuição das cestas, elas adoram assim, receber esses agrados” (relato do facilitador da prática EE);*

*“(…) estratégia que a gente cria para isso nós temos várias, nós temos eventos temáticos, fora a atividade física que a gente tem, todos os processos eles passam consulta periodicamente, se sentem importantes, vê resultados” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(…) nós temos que encorajar isso para que a população tenha acesso a educação permanente, ela se sinta parte do processo, que ela se empodere disso, vestir uma camiseta, ter uma identificação com isso e elas vêm. Nós temos aqui a maior de assiduidade, a média é vir de quatro dias” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(…) mas a gente sempre tá monitorando, e dentro do nosso grupo isso aí eles sempre postam onde eles estão treinando” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(…) hoje é boca a boca, hoje são os nossos alunos que convidam os outros alunos que trabalham nas empresas maiores que tem aqui no entorno” (relato do facilitador da prática E).*

A percepção sobre um papel de liderança na implementação da prática foi identificada como um tipo de facilitação, sendo percebido pelos profissionais das equipes. Esse perfil contribuiu para motivação da equipe no apoio à implementação, conforme os relatos:

*“(…) alguns são muito difíceis de serem substituídos, né? E o [citou o nome do profissional facilitador] seria uma pessoa dessas! Pelo empenho, pelo conhecimento de causa e pela própria credibilidade de fazer o programa (…) Toda essa característica, essa capacidade, essa facilidade de percorrer os caminhos, o caminho político” (relato da equipe de profissionais prática DDD);*

*“(…) na verdade quando fala atividade física eu só lembro do [citou o nome do profissional facilitador] e [citou o nome de outro profissional da equipe]. Eles estão na frente, porque (…) fazem a diferença com certeza. Eu acho que esse mérito é deles” (relato da equipe de profissionais prática DD);*

*“(…) acho que a comunicação [citou o nome do profissional facilitador], a postura dela de aproximação, ela tem um diálogo muito próximo da realidade dos usuários, ela nesse sentido já é um grupo que pelo menos o grupo dela já é um grupo que tem esse vínculo formado é um grupo que formou mesmo um laço para além da atividade física” (relato da equipe de profissionais prática B);*

*“(…) o [citou o nome do profissional facilitador] ele é um dos educadores físicos que passou pelo NASF hoje de todos os que passaram, foi o que melhor se adequou a equipe, as nossas necessidades, ele é o mais proativo que nós tivemos” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(…) a [citou o nome do profissional facilitador], porque se não tivesse o apoio dela seria difícil de acontecer na verdade! Ela (…) trabalha na atenção primária então ela tem o conhecimento muito grande de onde a gente pode buscar os recursos toda essa burocracia, então ela sabe muito!” (relato da equipe de profissionais prática EE);*

*“(…) profissional trabalho com professora maravilhosa, a do [citou o nome de outro profissional da equipe] é uma professora comprometida parceira, quantos anos a gente trabalha juntas” (relato do profissional facilitador da prática D).*

Por fim, no contexto local, o outro tipo de facilitação foi identificar os recursos disponíveis para o apoio à implementação. Essa facilitação foi percebida como um papel do

profissional facilitador, porém com apoio da equipe na execução. Os recursos foram desde os espaços físicos, os equipamentos, os materiais ou humanos, sendo identificados nos relatos abaixo:

*“(...) temos uma esteira que suporta 150Kg de peso em 12 protocolos embutido, 36 graus de inclinação, para fazer avaliações cardiorrespiratória dos pacientes, (...) bioimpedância (...), também suporta 136 Kg fica pronto na hora. (...) com recurso próprio” (relato profissional facilitador da prática DDD);*

*“(...) apoio da gestora (...) aumentou mais em 2017 porque a gente viu que o grupo cresceu e precisava formatar uma outra maneira de trabalhar, foi aí que nós colocamos treinamentos da equipe (...) hoje nós temos espaço público, hoje você pode fazer isso na praça, pode fazer isso no parque, pode fazer isso em qualquer local que tenha espaço que vocês podem estar com a equipe ali” (relato profissional facilitador da prática DDD);*

*“(...) nós temos todos os equipamentos necessários para as atividades serem desenvolvidas né? Nós temos peso, temos caneleira, temos bola de futebol, medicine boal, elásticos, cordas, corda naval, pneu, tudo que você imagina para ser usado nas aulas tanto de funcional como de crossfit” (relato profissional facilitador da prática E);*

*“(...) na escola que existe piscina, nós optamos ainda para fortalecer a equipe pelo fato da quantidade de material que é exposto, pela estrutura que a instituição tem como as balanças, as pranchas, tem tudo, que daí a prefeitura tem que adquirir tudo isso, facilita muito (...)a prefeitura paga o piscineiro que é uma despesa de R\$ 1.500,00 então já é uma despesa a menos para a instituição. (...) O estagiário atua quatro horas por R\$ 1.000,00 ou seis horas por R\$ 1.600,00” (relato profissional facilitador da prática C);*

*“(...) aí a gente viu que o grupo, ele só crescia e nós não tínhamos mais como dar conta, então trouxemos para a administração pública e eles concordaram em alugar o espaço de uma academia (...) R\$ 500,00 reais por mês (...). Eles sedem os materiais, os jumps, steps, os colchonetes, (...) então a gente usa o espaço e os materiais” (relato profissional facilitador da prática EE).*

No contexto organizacional quatro ações de facilitações foram identificadas: adotar procedimentos de avaliação dos participantes e da prática; oportunizar desenvolvimento profissional; buscar apoio intrassetorial; e fomentar a gestão de dados (Quadro 30).

Para o tipo de facilitação adotar procedimentos de avaliação dos participantes e da prática, em grande parte, as facilitações foram mediadas pelos profissionais facilitadores. O apoio dos profissionais da equipe na adoção de processos e fluxos de avaliação contribuíram para o êxito da prática e motivação dos participantes. Segundo os relatos foi possível perceber ações como:

*“(...) acompanhamento que é feito, peso, altura, a gente faz acompanhamento também laboratorialmente olha o colesterol, o diabetes (...). O Dr. [citou o nome do médico] da atenção básica, ele faz avaliação aí a medida com que a gente tem a inscrição e o atestado dele a gente começa com o treinamento já de acordo com a capacidade de cada um, a gente faz aquela avaliação antropométrica de IMC, de cálculo de circunferência abdominal” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(...) avaliação que a gente faz, tem um questionário onde a gente vê qual tipo de medicamento, o peso, altura, a questão se o cliente já fez alguma cirurgia, tenho*

*questionário, (...) avaliação com adipômetro. (...) Quando a gente faz o cadastro do cliente e a cada três meses a gente faz novamente essas perguntas” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(...) fazendo isso a recepcionista é agendada a primeira consulta, passa comigo, eu avalio todo o processo documental, do que foi feito o encaminhamento, porque foi feito, eu passo em consulta a gente afere tudo os sinais vitais, é marcado todos os procedimentos pra inclusão desde os textos de risco de queda que é o *timed up and go*, teste de caminhada de 6 min, depois vai fazer um teste de esteira de 8/10 min com ergoespirometria pra ver a taxa metabólica pra avaliar o consciente respiratório, (...) VO2 máximo, pressão arterial utilizando a escala de Borg subjetiva para o paciente sair daqui melhor. E depois que ele passa desse processo ele vai encaminhado para o geriatra ou médico para avaliar condutas, rever remédios que são necessários, é volta novamente para fisiologista para avaliar todos os testes e exames e possível liberação, desde que não tenha alguma contraindicação. A partir disso, ele é direcionado para atividade física” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(...) todas as pessoas que entram na academia elas passam por uma avaliação física (...), anamnese, avaliação antropométrica e percentual de gordura” (relato do facilitador da prática E).*

Ainda, no contexto organizacional, o tipo de facilitação oportunizar o desenvolvimento profissional se referiu as oportunidades fornecidas pela gestão local às equipes de profissionais, bem como aquelas ocasiões em que possibilitam trocas de experiências entre os profissionais favorecidos pela existência da prática exitosa. Quanto a isso, nos relatos dos entrevistados foram mencionados:

*“(...) com uma certa frequência são oferecidos uns cursos pela secretaria de saúde do estado ou do próprio ministério da saúde” (relato dos profissionais da equipe prática DDD);*

*“(...) daí eles dão esse acesso pra gente se capacitar, eles incentivam isso” (relato dos profissionais da equipe prática EE);*

*“(...) a gente faz também ciência, a gente faz trabalho acadêmico, a gente publica, a gente da referência, a gente vai pra congresso, a gente vai pra simpósios, a gente cria simpósios” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(...) lembrando que o município ele tem dado apoio para nós né, em relação ao suporte material, até a questão da qualificação também, então isso faz a diferença, então se nós temos um apoio a gente consegue desenvolver de forma positiva as nossas ações” (relato do facilitador da prática C).*

Para o tipo de facilitação buscar apoio intrasetorial, no contexto organizacional, nos relatos foi presente a relação com os Conselhos Municipais de Saúde e com a RAS para divulgação, disseminação e encaminhamentos de usuários às práticas exitosas. Nos relatos, foi exemplificado as seguintes ações:

*“(...) hoje eu atuo exclusivamente no polo academia da saúde, do bairro Monte Castelo eu sou integrante da equipe de ESF e a gente realiza atividades físicas aqui do polo e realiza atividades integradas com a equipe como por exemplo no programa Saúde na Escola com o NASF e com a residência” (relato do facilitador da prática BB);*



*“(...) a gente tem os encaminhamentos da atenção primária, secundária pra cá a gente chama referência contrarreferência, nós temos porta aberta, a população ela vem até aqui” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“(...) por meio do Conselho Municipal de Saúde organizou o local, convidou a comunidade, as reuniões do conselho nosso aqui são abertas à comunidade. A secretaria de saúde foi fomentada para comunidade qual era o objetivo da academia” (relato do facilitador da prática AA);*

*“(...) a gerência, seja aquele que vive, que conhece, que está com a gente então, eu acho que é um ponto assim que uniu muito grupo, então nossa equipe é dez que está lá na Secretaria hoje lutando, que esse trabalho continue” (relato do facilitador da prática D).*

Por fim, o tipo de facilitação do contexto organizacional sobre fomentar a gestão de dados se referiu ao apoio e perfil dos profissionais facilitadores em realizarem o registro das avaliações coletadas dos participantes e monitoramento dos resultados alcançados. Segundo os relatos foi possível identificar as seguintes ações:

*“(...) eu avalio através de prontuários que é uma forma de me assegurar quanto a uma anamnese por exemplo, então já que não tem uma anamnese ali nos prontuários tem toda a intervenção (...) é lançado no sistema do SUS como também esse material é registrado em fichas” (relato do facilitador da prática B);*

*“(...) sistema que é baseado na universidade federal de Minas Gerais que ele faz os cálculos da avaliação física, mas ele também dá alguns resultados estatísticos, com relação aos resultados de grupo né, desvio padrão, enfim, então isso abre as portas” (relato do facilitador da prática C);*

*“(...) a avaliação a gente considera atendimento individual então a gente lança no eSUS (...) cadastra peso, estatura” (relato do facilitador da prática C);*

*“(...) eu fiz uma avaliação física aqui hoje, o que eu vou fazer quando eu chego na unidade, a primeira coisa que eu vou fazer é abrir o prontuário dele, porque aí eu vou conhecer esse aluno” (relato do facilitador da prática D).*

No constructo contexto de sistema três ações de facilitações foram identificadas, como: buscar apoio intersetorial; instituir programas de promoção da atividade física no município; e orientar as prioridades políticas (Quadro 30).

O tipo de facilitação buscar apoio intersetorial remeteu a mediação do profissional facilitador na busca por apoio da gestão no nível de sistemas, no caso de uma secretaria de saúde local. Quanto a isso, nos relatos foram identificadas informações como:

*“(...) eles vêm aqui e a gente faz as atividades educativas relacionadas a saúde (...) seria sobre a lei Maria da Penha, mas é mais por uma questão contextual mesmo do Piauí que a gente solicitou a OAB que viesse (...) é a primeira que a gente sai um pouco dessa área da saúde pública” (relato do facilitador da prática BB);*

*“(...) esse projeto que vocês estão vieram visualizar é um projeto né, que ele tem o de melhora e combate da obesidade infantil, esse é um projeto pontual que nós trabalhamos junto a secretaria de educação e saúde” (relato do facilitador da prática C);*

*“(...) a gente ganhou material em EVA, porque a gente tem um outro projeto que é em parceria com o ministério público, (...) a gente fez parceria com o promotor, então*

*a gente tem vantagem que o ministério público tem mais verbas né, atividade lúdica as crianças” (relato da equipe de profissionais da prática C).*

No contexto de sistema, sobre a facilitação instituir programas de promoção da atividade física no município, foi percebido um engajamento dos profissionais facilitadores, principalmente daqueles com perfil de gestor especialista na equipe. Sobre esses relatos foi identificado:

*“(...) o projeto do Parkinson ele tem uma verba criada por lei municipal, ele tem uma parte do orçamento da saúde (...) pode ser gasto em muita coisa gasto dentro desse programa. (...) O [citou o nome do município] ativa já recebe direto e tudo bancado pela própria secretaria de saúde” (relato da equipe de profissionais da prática DDD);*

*“(...) a academia da saúde, (...) tinha que ter dados de quantas pessoas passariam, isso é um dado muito importante em questão de falar, município por regra do ministério da saúde ele é feito uma audiência pública semestral, então você tem que prestar contas com qualquer secretaria, de 4 em 4 meses, a gente chama no município de audiência pública da saúde” (relato do facilitador da prática DDD);*

*“O próprio, a academia popular tem um projeto político pedagógico (...) os argumentos nele já sustentam (...) levam para a prefeitura todos os pontos positivos de porque é bom existir esse projeto” (relato da equipe de profissionais da prática D);*

*“(...) o Academia da Saúde foi o projeto do governo federal, e a gente, a secretária de saúde, ela viu que tinha como ter acesso a academia, aí montaram projeto, preencheram o formulário e a gente conseguiu o repasse da academia, isso em 2011, aí em 2011 iniciamos aqui o trabalho” (relato do facilitador da prática AA).*

Por último, no contexto de sistema, o tipo de facilitação orientar as prioridades políticas também foi subsidiado pelos profissionais facilitadores aos gestores locais para apoiar a elaboração de leis, normas e diretrizes. Sobre isso foram identificados nos relatos:

*“(...) porque eu acho que precisa é de vontade, vontade política no geral, porque a gente sabe que nós somos funcionários públicos e a gente precisa dessa vontade política (...)no sentido dessa organização, eu acho que se tem isso qualquer unidade, de qualquer cidade do município, do Brasil, consegue planejamento, lógico que nada começa a grande, tudo começa pequeno, tudo começa aos poucos, mas eu vejo que qualquer tem condição de fazer” (relato da equipe de profissionais da prática C);*

*“(...) apoio do município, se não, senão nós não tínhamos! Se tu não tens local, não tem equipamento, não tem profissional” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) porque a gente passa o planejamento, a gente passa o que a gente quer fazer que é tudo programado, em relação ao suporte do grupo (...) nós aqui nós temos todo suporte da gestão, tanto da secretaria da Saúde quanto do próprio Prefeito, que ele vê uma importância muito grande nesse trabalho nosso, então isso realmente facilita” (relato do facilitador da prática DD);*

*“(...) a secretaria tem como projeto o NASF e as academias da saúde né? Então eles tão dando uma atenção bem especial, pela redução da demanda dos postos de saúde perto dessas unidades que tem academia” (relato do facilitador da prática E).*

Quadro 30. Ações de facilitação para a implementação de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo contexto da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (i-PARIHS).

Subelemento i-PARIHS Contexto	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
<b>Contexto local</b>	Controlar a assiduidade dos participantes	O controle de assiduidade dos participantes foi relatado como uma tarefa dos facilitadores com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou dos profissionais de saúde que atuavam direto ou indiretamente com a prática. Esse controle se deu por meio de ligações telefônicas, nos grupos de mensagens instantâneas como o whatsapp ou pelas visitas domiciliares dos ACS.
	Sensibilizar a equipe de profissionais de saúde para adoção multiprofissional às práticas	A sensibilização para adoção no apoio multiprofissional e interdisciplinar foi percebido como facilitação tanto dos profissionais facilitadores como das equipes. A sensibilização vai desde a apresentação da proposta (ex.: nas reuniões, disponibilização de materiais impressos e de divulgação; inserção do profissional nas agendas compartilhadas para atuação pontual na prática, realização de eventos etc.) para os profissionais que se integram à equipe, devido as contratações temporárias, ou para aqueles que ainda não realizaram nenhuma participação de forma colaborativa.
	Implementar um processo de trabalho compartilhado, multiprofissional e interdisciplinar	O processo de trabalho foi presente como uma facilitação mediada pelo profissional facilitador, seja interno ou externo à equipe, e com adesão de todos os demais profissionais envolvidos. O processo é composto por: reuniões com frequência regular para planejamento compartilhado; apoio dos ACS para busca ativa e visitas domiciliares com foco no alcance dos participantes, controle de assiduidade e aconselhamentos; realização de eventos, feiras e campanhas com a equipe para disseminação da oferta da prática; regularidade e monitoramento da prática pelos usuários por meio de grupos de mensagens instantâneas; adoção de atitudes para acolhimento aos usuários; procedimentos e fluxos para avaliação dos usuários e entrega dos resultados.
	Alcançar os participantes e manter na prática	O alcance aos participantes e a manutenção da prática foram facilitações identificadas nos relatos pelos profissionais facilitadores e percebidos como positivos pelos profissionais das equipes. Dentre as facilitações para alcance estão o apoio dos ACS no contato com os usuários, os eventos realizados pelas equipes, o contato boca a boca entre os usuários, divulgação de informações em sites, podcasts, distribuição de panfletos nos territórios, realizar atividades em espaços públicos. Para a manutenção estão as facilitações quanto ao uso dos aplicativos de mensagens instantâneas como o whatsapp para compartilhar informações com os participantes; distribuição de brindes (ex.: camisetas, prêmios etc.), aconselhamentos sobre comportamentos saudáveis com a equipe de profissionais, incentivar outras práticas que não somente as realizadas nos locais e incentivar a participação nos eventos realizados pelas equipes.
	Perceber o papel de liderança frente à implementação da prática	No contexto local há um papel de liderança percebido como motivador e que reforça o processo de mudança e apoio à implementação. A equipe de profissionais identifica no profissional facilitador esse perfil que traz para o contexto facilitações que qualificam o processo da implementação e os motivam ao apoio. Nesse papel de liderança traz o destaque pela capacidade de conduzir um planejamento; buscar inovações e reconhecimento para a equipe; na facilidade de comunicação com os profissionais e os participantes, no comprometimento e na dedicação com as melhorias na prática, bem como no apoio de outros profissionais da equipe que lideravam de maneira compartilhada os processos de implementação junto ao profissional facilitador.

Quadro 30. Ações de facilitação para a implementação de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo contexto da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (i-PARIHS)*.

Subelemento i-PARIHS Contexto	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
	Identificar os recursos disponíveis para apoio à implementação da prática	Os profissionais facilitadores tiveram o perfil de identificar os recursos disponíveis como: identificar no território espaços físicos adequados para a prática; equipamentos de qualidade para avaliação dos participantes e entrega de resultados; apoio da gestão para qualificação e aumento da equipe de profissionais para apoio à execução da prática.
<b>Contexto organizacional</b>	Adotar os procedimentos de avaliação dos participantes e da prática	Em grande parte, os procedimentos de avaliação dos participantes, foram conduzidos e realizados pelos profissionais facilitadores. Os demais profissionais da equipe apoiam ao longo dos fluxos dos encaminhamentos, quando há o acolhimento do usuário, identificação das suas necessidades para encaminhamentos aos profissionais, liberação médica e encaminhamento ao grupo. Há a previsão de avaliações iniciais (ex.: avaliação antropométrica, exames sanguíneos, testes de capacidades funcionais, capacidade cardiorrespiratória etc.). A frequência das avaliações físicas tinha período definido e variava de três a seis meses. O registro das informações, em sua maioria, é realizado nos sistemas de informação de saúde da APS, por meio do e-SUS/AB outros por recursos próprios do município ou em programas de treinamentos utilizados pelos profissionais facilitadores.
	Oportunizar o desenvolvimento profissional	As oportunidades para o desenvolvimento profissional foram destacadas as participações em eventos, realização de trabalhos acadêmicos, cursos de formação ou educação permanente. Essas oportunidades são fornecidas pelas gestões locais ou federal. Em grande parte, essas oportunidades são buscadas na negociação do profissional facilitador e a gestão local.
	Buscar apoio intrassetorial	A busca pelo apoio intrassetorial foi desde a participação ativa dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios, apoio da gestão local, apoio da RAS nos encaminhamentos e referência contrarreferência para divulgação da prática nesses espaços e apoio na implementação. Da mesma forma, foi observado o apoio de outros programas locais como Programa Saúde na Escola (PSE), residências multiprofissionais e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB). Os profissionais facilitadores relataram uma busca ativa para essas articulações e apoio intrassetorial.
	Fomentar a gestão de dados	A gestão de dados foi uma facilitação mediada e orientada pelos profissionais facilitadores para o registro das avaliações coletadas dos participantes e monitoramento dos resultados alcançados. Esses registros eram realizados mediante o preenchimento das fichas de atendimentos e prontuários eletrônicos no e-SUS/AB, do governo federal, ou nos sistemas próprios de gestão da saúde dos municípios. Essa facilitação também promoveu o uso da gestão de dados para produções científicas e acadêmicas para a disseminação dos resultados alcançado com as práticas, pelos próprios facilitadores e profissionais envolvidos.
<b>Contexto de sistema</b>	Buscar apoio intersetorial	A busca pelo apoio intersetorial foi desde a parceria de setores como educação, segurança pública, ministério público ou outros órgãos como Ordem dos Advogados do Brasil. Os profissionais facilitadores relataram apoio da gestão local para buscar as articulações intersetoriais para temas afins à prática.
	Instituir programas de promoção da atividade física no município	Ao instituir programas de promoção de atividade física nos municípios (ex.: como Leis, Portarias ou Decretos), a facilitação se deu pelo direcionamento de incentivo financeiro para a sustentabilidade da prática como recursos humanos, materiais e físicos. Os profissionais facilitadores, principalmente aqueles com perfil de gestor facilitador, mostraram-se empenhados na participação e articulação de instituir uma proposta no apoio à gestão.

Quadro 30. Ações de facilitação para a implementação de práticas exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo contexto da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (i-PARIHS).

<b>Subelemento i-PARIHS Contexto</b>	<b>Tipo de facilitação</b>	<b>Descrição das ações de facilitação</b>
	Orientar as prioridades políticas	Orientar as prioridades políticas são facilitações subsidiadas pelos profissionais facilitadores aos gestores locais para priorizar leis, incentivos e recursos para apoio a implementação de ações de atividade física no setor saúde. Diante disso, as informações compartilhadas devem fornecer dados sobre as necessidades para apoio à implementação e os resultados alcançados.

No quadro 31, foram apresentadas as ações de facilitações identificadas, conforme os subelementos do constructo destinatários. A seguir, para cada subcategoria também foi explorado alguns dos relatos para exemplificar a descrição da facilitação.

Na categoria destinatários- individual do profissional ou participante, as três subcategorias foram denominadas: motivar de forma individual (participantes e profissionais); criar vínculo com os usuários para possibilitar crenças e valores positivos; e identificar habilidades e conhecimentos profissionais individuais para apoiar a implementação da prática. No total, foram 33 relatos considerando todas as subcategorias.

Sobre motivar de forma individual (participantes e profissionais) foi identificado como tipo de facilitação, tendo em vista o papel do profissional facilitador na motivação aos profissionais da equipe. A equipe de profissionais também destacou motivações advindos dos resultados frente aos participantes. De acordo com os relatos foi importante exemplificar ações como:

*“(...) o paciente ele mesmo procura por conta de ver o outro tendo aquela melhora tendo aquela evolução positiva e isso se torna gratificante para divulgar o trabalho em equipe” (relato da equipe de profissionais da prática A);*

*“(...) eu tinha o incentivo do grupo da corrida, eu e minha mãe naquele sedentarismo, aí quando eu tive um problema de saúde, comecei a ir mais ou menos, aí a [citou o nome de outra profissional da equipe] motivava. Um dia o [citou o nome do profissional facilitador] também me mandou uma mensagem escrita assim “se você não tiver o tempo para cuidar de você, quem vai cuidar de você?”. Aí eu falei, opa! É verdade. Então, essa motivação mesmo” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) a gente acaba tendo contato mais íntimo com as pessoas, que quando você faz clínica você não tem tanto” (relato da equipe de profissionais da Prática C);*

*“(...) eles acabam tendo uma adesão maior, quando a gente faz uma dinâmica, traz um brinde, faz um sorteio, então a gente vê que eles gostam bastante” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) quando a gente começou o grupo falamos que teria sorteios de brindes. A gente faz de três em três meses, em um ano e meio fizemos duas vezes camisetas, então isso também atrai” (relato do profissional facilitador da prática EE).*

Quanto ao criar vínculo com os usuários para possibilitar crenças e valores positivos foi relacionado a um tipo de facilitação tendo contribuído para a participação, autonomia e manutenção dos participantes na prática. Esse tipo de facilitação foi mediado tanto pelos profissionais facilitadores quanto pela equipe de profissionais, conforme os relatos:

*“(...) a gente já os conhecia, então fica tudo muito mais fácil. (...) eles nos procuram por coisas às vezes fora daquela patologia, eles vêm conversar, tirar*

*uma dúvida (...) Acho que esse vínculo ele fica muito mais, ficou muito mais forte nessa questão do Parkinson” (relato da equipe de profissionais da prática DDD);*

*“(...) a gente faz lá uma orientação no consultório com o usuário, com o paciente e vai para casa, porque não tem aquele vínculo de amizade, de laço mais próximo, mas com a atividade física não. A gente busca esse fortalecimento também, nas questões dos laços para ficar fortalecido, esse respeito, essa valorização que a gente dá para gente também como profissional” (relato do profissional facilitador da prática A);*

*“(...) um ponto positivo, acredito que sejam as ações realizadas no próprio polo, pela residência do NASF e pela profissional de educação física no campo, porque pelos feedbacks dos usuários a gente percebe o quanto isso faz diferença na vida deles, para além das Práticas corporais a gente faz ações como educação em saúde e Práticas educativas” (relato da equipe de profissionais da prática BB);*

*“(...) eles recorrerem a mim enquanto profissional naquele grupo por eles verem que eu tenho esse cuidado, eles sentem uma certa confiança, a partir do momento que estou controlando no mínimo os valores pressóricos deles” (relato do profissional facilitador da prática B).*

No que se refere ao identificar habilidades e conhecimentos profissionais individuais para apoiar a implementação da prática, quanto aos destinatários em nível individual, os relatos apontaram para aspectos relacionados a conduta dos profissionais no cuidado à saúde dos usuários. Nos relatos foram identificadas as seguintes ações:

*“(...) a gente tem um dom assim de estar cativando as pessoas de uma certa forma, os grupos começavam com ¾ pessoas, mas eu via aquilo ali indo cada vez mais. Então eu vi que eu tinha o dom de sensibilizar as pessoas para estarem participando. Elas sentiam segurança no que eu falava” (relato profissional facilitador da prática A);*

*“(...) começa a se envolver um pouquinho, escutar histórias, a queixa da vida, não é a queixa da dor é a queixa da vida essa coisa toda. Então quando você começa a dar um pouquinho mais de ouvido para isso aí eu acho que você muda o seu perfil profissional” (relato da equipe de profissionais prática DDD);*

*“(...) por causa dos guris, né?! Porque são eles que tão sempre lá, são eles que incentivam a mulherada, até no grupo assim é eles que chamam, que incentivam, que correm atrás.” (relato da equipe de profissionais prática EE);*

*“(...) a estagiária tem uma característica muito forte para crianças menores, ela conversa, ela abraça, isso é fundamental e eu já sou mais fechado, então essas diferenças de profissionais que faz a diferença na motivação. Então, em alguns momentos, ela fica com um grupo e eu fico com outro, um desafio! A aderência ao projeto, isso não é só no nosso projeto, é em todos os grupos de atividade física né, isso é uma estratégia que nós temos cada vez mais” (relato profissional facilitador da prática C).*

Na categoria destinatários- equipe de profissionais, as três subcategorias foram denominadas: motivar a equipe de profissionais para atuação multiprofissional; criar vínculo com a equipe para possibilitar crenças e valores positivos; identificar habilidades e conhecimentos profissionais da equipe para apoiar a implementação da prática; planejar

o tempo destinado (carga de trabalho) para apoio na implementação; e identificar a capacidade da equipe em desenvolver um trabalho multiprofissional (Quadro 31).

Quanto ao tipo de facilitação motivar a equipe de profissionais para atuação multiprofissional foi identificado que os profissionais facilitadores buscavam alternativas para motivar a equipe e ela se retroalimentava da relação positiva interdisciplinar e do vínculo com os participantes. À exemplo disso, foram presentes nos relatos:

*“(...) é essa também integração que a gente tem com a unidade também fortalece porque você ver o médico cuidando, o enfermeiro cuidando, o profissional de educação física cuidando, e o mais importante que alegra, anima nosso trabalho” (relato do profissional facilitador da prática D);*

*“(...) acho que a estratégia é fazer com que eles se sintam reconhecidos como importantes pra academia da saúde, sempre ficar citando eles [em relação aos profissionais da equipe do NASF/AB] (...) a gente chama, nutricionista toda semana, com o fisioterapeuta, ele conseguiu criar um vínculo muito próximo com os usuários” (relato do profissional facilitador da prática BB);*

*“(...) nós fizemos uma São Silvestrinha aqui, no começo, 2017, no final do ano de 2017 nós fizemos e foi muito gostoso aquele momento, a integração” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) eu vejo nas redes sociais, igual no globo repórter, sabe qual minha maior felicidade? É quando aquela pessoa que você sabe que é leiga chega em você e fala “nossa! Tudo o que vocês falaram aqui falaram lá”. Então, isso é gratificante, aí você vê que a mudança de hábito daquele usuário, daquela pessoa vai sendo reforçada” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) isso que está acontecendo hoje, eu acho que é buscar o novo sempre! E isso foi a [citou o nome do profissional facilitador] é fantástico. A gente foi premiado pelo projeto de vocês porque foi ela que encontrou onde se inscrevia” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) essa divulgação o reconhecimento do trabalho, eu acho que todo esse momento agora é uma coisa muito importante tenho certeza de que eles vão se sentir mais empenhados em estar fazendo uma coisa melhor” (relato do profissional facilitador da prática A).*

Criar o vínculo com a equipe para possibilitar crenças e valores positivos foi um tipo de facilitação que favoreceu o planejamento, adoção e manutenção dos profissionais envolvidos com a prática. Em grande parte, os relatos foram identificados pelos profissionais facilitadores, em ações como por exemplo:

*“(...) fazer eventos na academia a tarde, mesmo quando a gente faz, mesmo que seja só, gente, vamos fazer um lanche tal dia, qual motivo a gente quer, a gente faz isso, o próprio envolvimento do restante da equipe faz com que os usuários se sintam mais seguros” (relato do profissional facilitador da prática BB);*

*“(...) então nós temos muito assim um, uma articulação muito legal, um convívio muito legal no ambiente de trabalho, (...) Então eles vejam isso também e eu acho que também motiva eles” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*



*“(...) e o que a gente vai observando que com a integralidade da equipe os usuários se sentem amparados (...). Vínculo é essencial na atenção básica, cria o vínculo maior” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) acho que hoje tanto na nossa parte quanto da parte da gestão a gente tem vontade, existe essa vontade para que esses projetos aconteçam. Ninguém acha que o que a gente faz é bobagem (...)” (relato da equipe de profissionais da prática C);*

*“(...) está vinculado em rede, né?! Então a administração, a saúde, todos os profissionais estão engajados nisso, então se a nossa equipe interna aqui mudar a rede em si e as secretarias fazem com que tudo continue” (relato do profissional facilitador da prática EE).*

O outro tipo de facilitação, para destinatários em relação a equipe de profissionais foi identificar habilidades e conhecimentos profissionais da equipe para apoiar a implementação da prática. Nesse sentido, esta facilitação foi percebida nos relatos das equipes de profissionais e esteve relacionada ao apoio no planejamento, na adoção, nas adaptações da prática e na sustentabilidade. Nos relatos foram identificadas ações como:

*“(...) nós estamos parando um pouco de ficar só repassando informações, a gente está tentando passar informações por meio de dinâmicas, (...) é um elo muito bom entre os profissionais. Ninguém aqui fala; não eu dei uma sugestão e não aceita, não!” (relato da equipe de profissionais prática AA);*

*“(...) o que nós fazemos ano a ano é ir mudando, nós vamos pegando tudo aquilo que não funcionou e não deu certo e em reuniões de equipe a gente vai alterando” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(...) essa mudança de intervenção, não dá para você chegar numa criança hoje como estratégia e depois repetir a mesma estratégia, principalmente com criança, porque ela não gosta de ver as mesmas coisas todas as vezes, então a mudança das estratégias, hoje a gente vai fazer uma brincadeira, amanhã vai ser outra brincadeira, então essa mudança né, principalmente com crianças, que elas preferem novidades” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(...) cada caso que aparece pra gente é um aprendizado maior, cada usuário que chega com uma formação diferente ele trabalha e consegue fazer uma reabilitação, uma modificação na vida deles, isso já fortalece muito o nosso conhecimento porque vai nos diferenciando” (relato profissional facilitador da prática A).*

Sobre planejar o tempo destinado (carga de trabalho) para apoio na implementação da prática, esse tipo de facilitação foi mediado pelo profissional facilitador, mas com apoio da equipe de profissionais. As facilitações foram destacadas a realização de reuniões, revezamento de profissionais na prática, dentre outros (Quadro 31). Nos relatos foram presentes ações como:

*“(...) assim aqui nós temos muito programas, você sabe quem tem muitos programas e a gente como fizemos sistema de revezamento, então não sobrecarrega a questão dos profissionais (...)se numa semana tem um fisioterapeuta, na outra semana já é o nutricionista” (relato profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) hoje nós temos várias outras atribuições, pela quantidade de atendimento que a gente faz, que seria dois horários pela manhã, ou seja, quatro horários semanais pela manhã e quatro à tarde, somando isso dá 8 horas semanais, eu tenho alguns horários de janela de trabalho administrativo dentro do NASF de suporte das estagiárias para esse grupo, para essa quantidade de alunos é possível fazer uma boa administração disso” (relato profissional facilitador da prática C);*

*“(...) aqui como a gente oferece mais atividades nós temos dois professores e um estagiário, a noite também aqui também tem dois professores e um estagiário, então alguns módulos de acordo com a demanda. Mas assim, creio que a maioria é um professor e um estagiário” (relato profissional facilitador da prática D);*

*“(...) nós trabalhamos aqui, o fluxo é grande desde a chegada até 8h30, 9h00 aí depois eu e a outra professora sentamos fazemos a ata do dia registramos o ponto manual que é quando a gente chega ne, m e o restante a gente registra lá na unidade que é na rede bem-estar (...) está muito bem organizado a gente tem um tempo pros horários das aulas coletivas, o momento que a gente faz atendimento individualizado, marca a avaliação física, marca a reavaliação física, faz a reavaliação física assim de 4 em 4 meses, 6 meses quando o aluno tem fator de risco três” (relato profissional facilitador da prática D).*

Por fim, o tipo de facilitação sobre identificar a capacidade da equipe em desenvolver um trabalho multiprofissional teve relação com as informações quanto às capacidades profissionais e a prontidão da equipe em apoiar a implementação. A equipe de profissionais reconhece o seu papel e de como a prática pode ser fortalecida pelos encaminhamentos e trabalho multiprofissional. A colaboração multiprofissional foi fundamental para apoiar a ação de facilitação, à exemplo:

*“(...) a gente sempre procura inserir os outros profissionais nas atividades porque aqui é um ambiente de atenção a pessoa. E quando eu trago o educador físico, nutricionista e agrega mais conhecimento para aquele paciente” (relato da equipe de profissionais prática AA);*

*“(...) então a gente vai trazer as nossas ações lá na academia, juntamente com eles. Então o que que nós preconizamos, uma palestra nutricionista, uma com a psicóloga, um com a farmacêutica, um com a enfermeira, assim é uma palestra, uma roda de conversa” (relato da equipe de profissionais prática AA);*

*“(...) o paciente vem e passa por eles pela triagem tudo mas quem acolhe pra desenvolver a atividade ali específica relacionada a dificuldade de mobilidade e lesão então é o educador físico é a fisio então geralmente eu preciso dela nos meus atendimentos e ela precisa de mim pros atendimentos dela pra algo específico da área então esse contato com a equipe como a gente está falando agora não dando ênfase no paciente mas dando ênfase no nosso trabalho em específico eu consigo me desenvolver muito bem tendo essa boa comunicação multiprofissional” (relato da equipe de profissionais prática A);*

*“(...) na minha área, perca de peso sem uma atividade física, sem estar legal com a cabeça ne, e entra, tipo a [citou o nome de uma profissional], também com as Práticas corporais (...), o médico também que é super parceiro. Assim, eu acho que é a união mesmo dos profissionais” (relato da equipe de profissionais prática DD);*

*“(...) como eu sou profissional da saúde mental o meu trabalho não acontece sem o trabalho da educação física, então é um aliado muito importante na prevenção e promoção da saúde. Toda a situação que eu atendo*

*imediatamente já encaminhado para o grupo” (relato da equipe de profissionais prática B);*

*“(…) a gente realiza a parte aulas de ginástica, exercícios respiratórios, aeróbicos, treino funcional, uma vez por mês em parceria com o fisioterapeuta do NASF. Esse grupo é exclusivo com sintomas de dor crônica. (…) a gente faz atividade juntos para essas pessoas” (relato do profissional facilitador da prática B);*

*“(…) as demandas elas acabam vindo do posto, então posto de saúde diz para nós “olha, eu estou cheio de hipertenso e diabético, pacientes obesos”. Então, nós formamos esses grupos baseados naquilo que o posto de saúde precisa” (relato da equipe de profissionais prática C);*

*“(…) eu mesma tomo a liberdade de encaminhar para o médico, a queixa maior das pessoas é de dores crônicas, dores nas pernas eu digo, isso é falta de atividade física, falta de exercício, procure fulano e procure o grupo tem um grupo lá no polo de academia, tem grupo de atividade física você vai lá faz a triagem e as meninas fazem a avaliação” (relato da equipe de profissionais prática BB);*

*“(…) a gente resolveu o quê priorizar e dar mais qualidade, com a equipe toda a equipe da atenção básica e aí veio a questão do médico que também tem o perfil muito bom para essa área de atenção básica, que deu um suporte enorme para nós, o médico, nutricionista, a equipe do NASF, a psicóloga, veio a fisioterapeuta, que já trabalha a um tempo com a saúde preventiva também” (relato do profissional facilitador da prática DD).*

Quadro 31. Ação de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo destinatários da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (i-PARIHS)*.

Subelementos i-PARIHS Destinatários	Tipo de facilitação	Descrição das ações de facilitação
<b>Destinatários-individual do profissional ou participante</b>	Motivar de forma individual tanto os participantes quanto os profissionais	A motivação bem como os fatores como papel e identidade, objetivos, regulação comportamental, crenças e capacidades e consequências, foi positivamente percebida diante os comportamentos dos participantes como nas atitudes dos profissionais em compartilhar ou atuar diretamente na prática. A realização de eventos, a distribuição e sorteios de brindes aos participantes foram facilitações que contribuíram para motivar os envolvidos, tendo no profissional facilitador o articulador com apoio dos profissionais da equipe e da gestão local.
	Criar vínculo com os usuários para possibilitar crenças e valores positivos	O vínculo com os usuários foi um tipo de facilitação mediada tanto pelos profissionais facilitadores quanto pelos profissionais da equipe. O vínculo foi percebido como sendo importante para a participação, autonomia e manutenção dos participantes na prática. A partir da confiança que os profissionais repassam no monitoramento dos resultados alcançados, no cuidado e atenção integral à saúde e na qualidade da oferta da prática, o que fortalece os valores e crenças positivos pelos participantes.
	Identificar habilidades e conhecimentos profissionais individuais para apoiar a implementação da prática	Os profissionais facilitadores e a equipe de profissionais identificavam as habilidades e conhecimentos individuais para apoiar da melhor forma a implementação. Essa facilitação requer identificar as habilidades profissionais para alcance dos participantes, aqueles que terão maiores habilidades para fortalecer o vínculo do participante com a equipe, definir as atribuições aos profissionais com conhecimentos necessários para apoiar na avaliação, no planejamento e na entrega dos resultados aos participantes. Essa facilitação é conduzida pelo profissional facilitador na atribuição de tarefas no processo de implementação, como também identificada pela equipe de profissionais para adoção das condutas no cuidado ao usuário.
<b>Destinatários- equipe de profissionais</b>	Motivar a equipe de profissionais para atuação multiprofissional	Os profissionais facilitadores buscam alternativas para motivar a equipe e ela se retroalimentava da relação positiva interdisciplinar e do vínculo com os participantes. As facilitações foram a busca por premiações em concursos, editais de boas práticas, cursos de capacitações. Essas facilitações contribuíram para fortalecer as atitudes, crenças, capacidades profissionais e consequências percebidas como positivas para a atuação profissional.
	Criar vínculo entre a equipe para possibilitar crenças e valores positivos	As facilitações como realizar lanches coletivos entre usuários e profissionais, as tarefas multiprofissionais para a integralidade à saúde e o planejamento em conjunto contribuíram para as crenças e valores positivos. Além disso, o apoio da gestão fortaleceu o vínculo entre os profissionais da equipe.
	Identificar habilidades e conhecimentos profissionais da	De forma orientada pelo profissional facilitador, a elaboração em conjunto do planejamento e das inserções pontuais na prática pelos profissionais das equipes eram acordadas em conjunto. Assim, as tarefas, os encaminhamentos e o apoio nas avaliações eram acordados com todos os profissionais envolvidos. Dessa

Quadro 31. Ação de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo destinatários da estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (i-PARIHS)*.

<b>Subelementos i-PARIHS Destinatários</b>	<b>Tipo de facilitação</b>	<b>Descrição das ações de facilitação</b>
	equipe para apoiar a implementação da prática	forma, todos estavam cientes das adaptações, sempre que necessário e sensíveis às mudanças. As habilidades e os conhecimentos adquiridos eram partilhados em reuniões e nos planejamentos para que as condutas profissionais fossem alinhadas.
	Planejar o tempo destinado (carga de trabalho) para apoio na implementação da prática	O tempo dos profissionais envolvidos destinado (carga de trabalho) ao apoio à implementação da prática dependia do planejamento. Esse planejamento era atribuição do profissional facilitador, mas com apoio da equipe. A apresentação de um cronograma das atividades aos profissionais envolvidos, revezamento de profissionais no apoio durante a prática semanal, organização da carga horária distribuída para as tarefas pontuais (ex.: reuniões, desenvolvimento da prática, avaliação com os participantes, palestras etc.) e o apoio de estagiários e residentes foram essenciais para apoio da implementação.
	Identificar a capacidade da equipe em desenvolver um trabalho multiprofissional	A definição de papéis para apoio à implementação foi essencial. Com o apoio do profissional facilitador e dos profissionais da equipe. Os profissionais eram conscientes da importância de um atendimento integral à saúde do usuário com encaminhamento à prática de atividade física, na prontidão para a realização de palestras, no apoio em outras ações da Rede de Atenção à Saúde eram inseridas na rotina de trabalho. A prontidão da equipe em apoiar a implementação facilitou o trabalho colaborativo e a percepção de que todos apresentavam capacidades para desenvolver suas tarefas, o que refletiu na relação interprofissional satisfatória.

No quadro 32, foram apresentadas as ações identificadas para o constructo facilitação, de acordo com os subelementos: estilo, característica e papel do profissional facilitador. A seguir, para cada subelemento também foi explorado alguns dos relatos para exemplificar a descrição da facilitação.

No subelemento estilo do facilitador foi identificado três ações de facilitações, sendo: ser motivador e proativo para a adaptação das atividades e apoio à implementação; ser flexível, criativo e dinâmico na oferta da prática para os participantes conforme suas características e necessidades; e ser acolhedor e afetivo com os participantes de modo a criar um vínculo e confiança. Para essas três ações foram identificados 42 relatos em 14 referências.

Sobre o tipo de facilitação em ser motivador e proativo para a adaptação das atividades e apoio à implementação o destaque foi na capacidade do profissional facilitador. Nos relatos foi possível identificar ações como:

*“(...) então ele é muito incentivador, ele é muito dinâmico, e está ali presente então acho que isso motiva muito a pessoa” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) o [citou o nome do profissional facilitador], ele é um dos educadores físicos que passou pelo NASF (...) foi o que melhor se adequou a equipe, as nossas necessidades, ele é o mais proativo que nós tivemos” (relato da equipe de profissionais da prática C);*

*“(...) a [citou o nome do profissional facilitador], ela trabalha dentro da atenção primária então ela tem o conhecimento muito grande de onde a gente pode buscar os recursos toda essa burocracia, então ela sabe muito!” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) então é um ponto dos educadores que eu levo muito em consideração é isso. Alegria, a gente não os vê desmotivados (...) sempre estão sorrindo, brincando, é uma coisa muito bonita” (relato da equipe de profissionais da prática AA).*

O tipo de facilitação em ser criativo e dinâmico na oferta da prática para os participantes conforme suas características e necessidades esteve direcionado ao estilo do facilitador quanto a sua variedade, flexibilidade, consistência e presença na prática. Nos relatos foram presentes ações como:

*“(...) teve que sofrer algumas alterações, por exemplo com relação, inicialmente não tinha aeróbico porque eu sou totalmente descoordenada e aí eu tive que incluir, pela demanda dos usuários” (relato do profissional facilitador da prática BB);*

*“(...) sempre tem um plano b, sempre a gente planeja, (...) exemplo, hoje foi o primeiro dia do Seu [citou o nome do participante] ele é cadeirante” (relato do profissional facilitador da prática AA);*

*“(...) vocês perceberam hoje ali que eles não colocam todos para realizar a mesma atividade? Eles individualizam de acordo com o objetivo e a capacidade física. Então é um ponto dos educadores que eu levo muito em consideração” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) ela também tem um olhar de tentar planejar a Prática de acordo com as diferenças de idade, físicas, as diferenças de gênero, é uma coisa até interessante que*

*ela está começando a trazer os homens também para o grupo” (relato da equipe de profissionais da prática B);*

*“(...) eu abri aquela turma a tarde, (...), que é das 16:30 às 17:30, de pessoas que nunca fizeram exercício físico, tem doenças crônicas ne, [“nossa! meus joelhos estão doendo, eu não posso fazer nada”; “pode sim, vem cá que nós vamos fazer”]. Então, eu apago as luzes e trabalho respiração [“nossa! como eu consegui dormir melhor”] (relato do profissional facilitador da Prática D);*

*“(...) tanto o [citou o nome do profissional facilitador] quanto a [citou o nome de outra profissional da equipe], eu vejo os dois como excelentes profissionais pra pescar, trazer para dentro da academia de saúde, eu acho que se não tivesse o vínculo com a população não dá conta de fazer isso” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) [citou o nome do profissional facilitador] está presente lá na academia (...), ele está lá, tem lá a balança e ele: a o peso, então ele cata um, cata outro” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) a gente sabe que tem que ter uma flexibilidade muito grande em relação aos horários, por que muitos trabalham, tem alguns que estudam fora, dependem de um ônibus, então fica o dia todo fora, e aí nós temos que conseguir junto com eles a organizar o horário para ele poderem treinar” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) aí vem um aluno que ele é da [citou outra localidade] quero chegar e fazer exercício e ir para o meu trabalho” então nós vamos acompanhar esse aluno com a ficha manual que tem aqui, a reavaliação a gente faz, de acordo com a estratificação de risco e com a demanda” (relato do profissional facilitador da prática D);*

*“(...) ela tem uma coisa a parte, porque ela só está aqui na parte da tarde, ela é externa à unidade de saúde, ela só vem a unidade normalmente para medir, aferir a pressão, mas ela não faz só isso. Ela vem no todo, (...) ela dá orientações básicas para as mulheres e muitas das vezes ela acaba captando novos alunos nessas ações. Têm mulheres que não tem o costume de vir na unidade durante a semana, porque trabalham e quando vem nessas ações (...) acabam conhecendo e gostando” (relato da equipe de profissionais da prática D).*

Por fim, quanto ao ser acolhedor e afetivo com os participantes para criar um vínculo e confiança. Esse tipo de facilitação, também demonstrou aspectos positivos do profissional facilitador no apoio à implementação. Nesse sentido, foram evidentes nos relatos:

*“(...) eles depositam confiança, eles não fazem só a prática de atividade física, eles conversam porque eles também uns momentos de visita que eles vão visitar essas clientes em suas residências” (relato da equipe de profissionais da prática A);*

*“(...) ele é muito determinado, ele é persistente, ele é uma pessoa humilde, fala com todo mundo de igual para igual, dedicado, paciente. (...) Quando ele vai abordar a pessoa ele usa toda aquela sua humildade do jeito de falar” (relato da equipe de profissionais da prática DD);*

*“(...) acho que a comunicação dela, a postura dela de aproximação, ela tem um diálogo muito próximo da realidade dos usuários, ela nesse sentido já é um grupo que pelo menos o grupo dela já é um grupo que tem esse vínculo formado” (relato da equipe de profissionais da prática B).*

No que se refere ao subelemento característica do facilitador foi identificado duas ações de facilitações, sendo: buscar o alcance dos usuários com ações pontuais e articulações com a equipe de profissionais; e ser comunicativo e flexível nas ações e nas participações pontuais com as equipes de profissionais.

Buscar o alcance dos usuários com ações pontuais e articulações com a equipe de profissionais foi determinante na capacidade do profissional facilitador fornecer credibilidade e autenticidade em sua atuação. À exemplo disso se identificou nos relatos ações como:

*“(...) de alguma forma a gente sensibiliza as pessoas para que elas possam ir ao encontro do NASF para fazer as atividades (...) então eu reunia quem estava sensibilizado da melhor forma possível (...) os grupos sempre que eu comecei assim, começavam com ¾ pessoas, mas eu via aquilo ali indo cada vez mais (relato do profissional facilitador da prática A);*

*“(...) eu acho que a [citou o nome do profissional facilitador], ela abraça muita causa, ela gosta do trabalho que ela faz, ela atende muito bem as meninas, sabe? Ela está sempre de prontidão (...) ela está sempre junto com a gente, conversa, fala quando a gente faz alguns tipos de ação” (relato da equipe de profissionais da prática D).*

Como uma característica do profissional facilitador, nas ações e nas participações pontuais com os profissionais das equipes, ser comunicativo e flexível, cooperar e participar ativamente em apoio aos profissionais da equipe em outras ações contribui para o bom relacionamento entre os profissionais. Quanto a isso foi identificado nos relatos:

*“(...) eu acho que uma das qualidades principais assim dela enquanto coordenadora é acessibilidade! Que ela está sempre muito acessível para tudo, desde para falar de capacitações, de novas ideias, fazer reclamações, ela está sempre muito acessível para nos receber” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) a [citou o nome do profissional facilitador] é muito comunicativa, ela é uma pessoa muito aberta a opiniões, entendeu? Ela sempre está assim, perguntando a gente o que a gente acha, pedindo opinião o que seria legal” (relato da equipe de profissionais da prática D);*

*“(...) e quando se fala assim mesmo sendo profissional, mostrando essa possibilidade do [citou o nome do facilitador] a gente se acostumou dentro aqui da nossa equipe sempre quanto um não pode o outro está auxiliando” (relato da equipe de profissionais da prática DD).*

No que se refere ao subelemento papel do profissional facilitador foi identificado quatro ações de facilitações, sendo: idealizador da prática e articulador para a buscar recursos para apoio; buscar alternativas para manutenção da prática; responsável especialista para prescrever, apoiar os aconselhamentos e apoiar as decisões quanto aos procedimentos na área de atividade física do local; e apoiar iniciativas de inovação para qualificar a oferta e a atuação profissional na prática.

Sobre o tipo de facilitação em ser o idealizador da prática e articulador para a buscar recursos para apoio. O papel do profissional facilitador esteve vinculado a sua autoridade frente ao processo de implementação. Essa autoridade e papel foi também reconhecido pela equipe de profissionais, conforme os relatos:



*“(...) o [citou o nome do profissional facilitador], ele idealizou, teve já seus pontos altos, mas nunca desistiu. Agora, está seguindo desde 2017 incentivando, às vezes falta o recurso, mas ele sempre dá os pulos dele” (relato da equipe de profissionais da prática AA);*

*“(...) pelo empenho, pelo conhecimento de causa, pela vamos dizer assim pela própria credibilidade de fazer o programa e tocar o programa” (relato da equipe de profissionais da prática DDD);*

*“(...) enxergar a saúde de uma forma geral e não procurar em dificuldade uma resposta para que a gente não faça alguma coisa, qualquer é material que mínimo que seja a gente pode fazer uma mudança uma modificação, a gente pode fazer dar certo, eu acho que nesse sentido eu não espero as coisas acontecer pra mim” (relato do profissional facilitador da prática A);*

*“(...) desde 2013, a nossa academia foi inaugurada em 2013, estou até hoje desenvolvendo projetos na área da academia, e participo de todos os programas, (...) a academia da saúde ela dá suporte para todos os programas em geral do município” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) um município pequeno, sem recurso a gente depende de repasse de programa de governo, nem sempre a gente tem tudo que a gente precisa, às vezes uma fase de corrida a gente precisa ter uma alimentação balanceada, a gente tem que ter locomoção, a gente tem que ter o apoio, tem que ter local onde ficar, então assim sempre a gente busca parceria com o comércio ou a gente mesmo tem que dar o suporte” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) se o profissional não tiver comprometimento a questão no gerenciamento disso, então hoje nós profissionais responsáveis (...) temos que ser bastante empreendedor, nós temos que saber a parte administrativa, nós temos que cuidar, nós temos que ter esse olhar do controle” (relato do profissional facilitador da prática C);*

*“(...) quando eu cheguei em fevereiro, a gente solicitou que fossem instaladas as grades por segurança, instalaram e a gente começou a utilizar, e no início o polo não era climatizado, só tinha essas janelas e era bem quente e a gente ficou durante um ano fazendo as solicitações para climatizar até que em março desse ano climatizaram” (relato do profissional facilitador da prática BB);*

*“(...) desde seis meses antes de abrir a academia eu já comecei a fazer a requisição dos equipamentos, a fazer o planejamento o que a gente ia fazer de aulas e tal. Eu tenho total autonomia para mudar o que eu quiser, para trocar aula, para trocar equipamento quando precisar” (relato do profissional facilitador da prática E).*

Sobre buscar alternativas para manutenção da prática esse tipo de facilitação foi vinculado a busca ativa do profissional facilitador em percorrer estratégias metodológicas para facilitar a oferta. Nesse aspecto, os relatos exemplificaram as seguintes ações implementadas:

*“(...) ela conseguiu ali na praça próximo a unidade conseguir reunir o grupo e foi algo que ela soube contornar então ela é uma pessoa que dentro desse contexto ela contorna a dificuldade e ainda consegue encontrar um caminho pra que o grupo se mantenha” (relato da equipe de profissionais da prática B);*

*“(...) aqui nós temos muito programas, você sabe quem tem muitos programas e a gente como fizemos sistema de revezamento, então não sobrecarrega a questão dos profissionais” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) ela sempre está buscando também, a gente se reúne ela sempre, ela sempre está funcionando alguma coisa, sempre criar” (relato da equipe de profissionais da prática EE);*

*“(...) eu me vejo assim, como um mediador de todo o processo, então sempre estar buscando, trazendo mais pessoas, sempre estar verificando o que a gente pode melhorar, o que a gente pode acrescentar pra melhorar o espaço que a gente*

*trabalha, buscar materiais mesmo assim com dificuldade” (relato do profissional facilitador da prática A);*

*“(…) eles já trouxeram um mapeamento das atividades que eram realizadas e as principais demandas da população do território. Então a gente marcou uma reunião das pessoas que já faziam parte do grupo que era atendido pela turma anterior da residência e, em conjunto, a gente fez um cronograma de atividade a serem executadas durante a semana. Durante os primeiros meses e até hoje a gente sempre vai dependendo da demanda modificando ele, mas são poucas as alterações” (relato do profissional facilitador da prática BB).*

Outro tipo de facilitação no papel do facilitador foi em ser reconhecido como o responsável especialista para prescrever, apoiar os aconselhamentos e apoiar as decisões quanto aos procedimentos na área de atividade física do local. Quanto a isso, os relatos em sua maioria foram informados pelos profissionais facilitadores, por exemplo:

*“(…) além de é ser responsável técnico na parte técnica de elaborar os protocolos, de seguir diretrizes, de treinar a equipe, eu sou responsável pela parte gestão do projeto” (relato do profissional facilitador da prática DDD);*

*“(…) tanto no atendimento da minha formação de fisiologista de entender quando o paciente vem com a dor dele, mas sabendo por tal causa, utilizando a atividade física multiprofissional que todos os colegas que trabalham comigo, ao qual eu os direciono e lidero pra que esse paciente tenha melhor, melhore aquele sintoma e entenda o processo saúde doença e como que que é viver nisso” (relato do profissional facilitador da prática DDD);*

*“(…) todos os meus alunos que se inscrevem na academia popular eles precisam passar por uma triagem. A [citou o nome do profissional facilitador] é responsável por fazer essa triagem, por ela ser a professora, a técnica esportiva da secretaria em saúde, ela é a responsável por fazer a triagem de todos só alunos” (relato do profissional facilitador da prática D);*

*“(…) claro que quem está mais envolvido é o profissional de educação física no caso que é eu que desenvolvo a prática e organizo toda sistemática (...) é a questão no controle, a questão do monitoramento, quantos saíram, quantos entraram, quantos ganharam ou perderam, é esse controle que nós temos, qual é a medida de alunos que estão participando, isso é preciso ter gerenciamento. Então, (...) gostar de estudar, senão não teremos sucesso” (relato do profissional facilitador da prática C);*

*“(…) eu vou para a unidade, eu fico uma hora e meia até mais as vezes. Às vezes, quando a gente tem muita avaliação aqui, a gente tenta se organizar em pouquinho mais cedo (...) temos vários computadores né, então é o momento que eu tenho para fazer o registro, então hoje eu atendi um aluno, fiz avaliação física” (relato do profissional facilitador da prática D);*

*“(…) a outra turma dos ACS, eu vejo com menos frequência, então eu solicito a eles, eu entrego a eles a demanda de alguma atividade de atenção em saúde, eu explico para eles qual seria a justificativa, e eles em conjunto fazem uma reunião entre eles para definir se eles têm essa possibilidade de realizar e qual seria a data, a data também eu deixo pra eles definirem, a gente entrega a demanda e eles decidem o restante” (relato do profissional facilitador da prática BB).*

No papel do facilitador, outro tipo de facilitação em destaque foi apoiar iniciativas de inovação para qualificar a oferta e a atuação profissional na e para a prática. Nessa situação, ficou evidente nos relatos a clareza do facilitador em reconhecer o seu papel junto à prática e sua disseminação. De acordo com os relatos foi identificado:

*“(...) as campanhas que são trabalhadas nos meses, por exemplo, eu tento envolver o máximo possível todos os grupos em ações que são desenvolvidas pela equipe em geral sempre levando um profissional diferente da equipe” (relato do profissional facilitador da prática C);*

*“(...) a gente tem o tempo pra planejar, ontem eu e a outra professora já nos sentamos pra planejar a parte de confraternização que é os aniversários do mês, que a gente faz no final do mês agora, aí eventos, caminhadas, então a gente planeja no local e os registra na unidade Saúde” (relato do profissional facilitador da prática D);*

*“(...) nós promovemos a caminhada ecológica, ecobike, passeio ciclístico no aniversário da cidade, sempre tem um profissional, (...) damos suporte em eventos esportivos (...) o maior evento da região na área de esportes que chega na fase de quase 50 times em três dias” (relato do profissional facilitador da prática DD);*

*“(...) quando for outubro rosa nós vamos falar sobre o câncer de colo do útero e a saúde do sistema geral da mulher (...). Nesse momento eu já vou ao encontro dos palestrantes, na universidade, (...) na residência, ou os que ainda estão cursando” (relato do profissional facilitador da prática A);*

*“(...) a gente faz também ciência, a gente faz trabalho acadêmico, a gente publica, a gente da referência, a gente vai para congressos, simpósios. A gente cria simpósios, a gente traz pessoas, mostra como é feito em todos os aspectos” (relato do profissional facilitador da prática DDD);*

*“(...) a estratégia que a gente cria para isso nós temos várias, nós temos eventos temáticos, (...) é dias de diabetes, hipertensão, cartilhas de informação, bailes, passeios, evento cívico, (...) eles ganham uma camiseta com o nome do programa, então eles têm uma identidade com o programa. As palestras são feitas uma vez por mês de cada tema, em vários ambientes” (relato do profissional facilitador da prática DDD);*

*“(...) isso que está acontecendo hoje, eu acho que é buscar o novo sempre! E isso a [citou o nome do profissional facilitador] é fantástico. A gente foi premiada pelo projeto de vocês porque foi ela que encontrou onde se inscrevia” (relato da equipe de profissionais da prática EE).*

Quadro 32. Ações de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o constructo facilitação na estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Service (i-PARIHS)*.

Subelementos i-PARIHS Facilitação	Tipo de facilitação	Descrição da ação de facilitação
<b>Estilo do profissional facilitador</b>	Ser motivador e proativo para a adaptação das atividades e apoio à implementação	Capacidade do profissional facilitador em motivar os participantes na manutenção e estar atento as necessidades de adaptações na oferta da prática diante a necessidade dos participantes.
	Ser flexível, criativo e dinâmico na oferta da prática para os participantes conforme suas características e necessidades	Capacidade do profissional facilitador em ser flexível e dinâmico na oferta da prática, de modo a adaptar as atividades conforme as necessidades e perfil dos participantes.
	Ser acolhedor e afetivo com os participantes para criar um vínculo e confiança	A facilitação em ser acolhedor com os participantes teve reflexos para interagir e criar o vínculo, na forma de cativar, ser afetivo e receptivo com os participantes, para conhecer seus interesses e expectativas.
<b>Característica do profissional facilitador</b>	Buscar o alcance dos usuários com ações pontuais e articulações com a equipe de profissionais	Esse tipo de facilitação exigia conhecimento, habilidades e estratégias factíveis para alcançar novos participantes e sensibilizar aqueles que são pouco ativos fisicamente ou pouco assíduos nos atendimentos dos estabelecimentos de saúde. Os profissionais facilitadores mostraram-se em prontidão para visitas domiciliares, palestras e apoio nas salas de espera.
	Ser comunicativo e flexível nas ações e nas participações pontuais com as equipes de profissionais	O tipo de facilitação quanto a comunicação em ser flexível e estar em prontidão para apoiar as demais ações dos profissionais das equipes nos locais, demonstrou cooperação e participação ativa do profissional facilitador.
<b>Papel do profissional facilitador</b>	Idealizador e articulador para a buscar recursos para apoio à prática	O profissional facilitador se mostrou na liderança ao idealizar a metodologia e buscar adaptações para a oferta da prática. Além disso, ele e o articulador na busca por recursos e apoio da gestão. O perfil que mais se destacou com essa característica foi o de gestor especialista na equipe e de mediador interdisciplinar na equipe.
	Buscar alternativas para manutenção da prática	A facilitação de buscar alternativas para a manutenção da prática exigiu conhecimentos sobre o perfil dos participantes e do território e no gerenciamento e no apoio dos profissionais da equipe. Dentre as facilitações, variar os locais de oferta, buscar o apoio dos profissionais da equipe em ações pontuais, e buscar recursos de equipamentos e materiais para qualificar a oferta e o trabalho dos profissionais envolvidos.
	Ser o especialista responsável para prescrever e apoiar os aconselhamentos e apoiar as decisões quanto aos procedimentos na área de atividade física do local	O profissional facilitador, principalmente aquele identificado com o perfil de especialista (facilitador ou gestor) se mostrou como o responsável pelo gerenciamento da prescrição, adoção de protocolos, orientação no apoio aos aconselhamentos pelos demais profissionais, além do apoio na avaliação dos participantes.
	Apoiar as iniciativas de inovação para qualificar a oferta e a atuação profissional na prática	A facilitação para iniciativas de inovação se deu desde no apoio dos profissionais facilitadores pela busca por realização de eventos, palestras, campanhas e apoio em trabalhos científicos para disseminação da prática, com apoio da equipe de profissionais na organização das ações.

Além disso, com base nos dados, também foram identificadas ações de facilitações implementadas com base nas barreiras relatadas pelos profissionais entrevistados (Quadro 33). Para cada unidade de análise sobre barreira, de acordo aos constructos do i-PARIHS, foi identificada pelo menos uma estratégia de facilitação.

Maior número de ações de facilitação foram relatadas para as barreiras quanto à oferta da prática de atividade física aos destinatários participantes. As ações de facilitação foram: visitas domiciliares com a equipe multiprofissional para alcançar novos participantes; apoio dos ACS para busca ativa dos usuários; oferta da prática em locais próximos dos usuários e com participação multiprofissional para atendimento integral; oferta de lanches ao final dos atendimentos para aumentar a adesão de participantes em territórios de maior vulnerabilidade; realização de eventos com os grupos de atividade física para divulgar a prática e alcançar novos participantes; abordagens das equipes multiprofissionais (ex.: NASF-AB) e dos médicos para aconselhamentos sobre atividade física e encaminhamentos à prática (Quadro 33).

No contexto local houve ações de facilitação para buscar minimizar a ausência de reuniões de equipe e limitação no número de pessoas atendidas. Enquanto, no contexto organizacional, as ações foram implementadas para melhorar o clima organizacional, os recursos físicos e materiais. No nível de sistema, do contexto, as ações foram para contornar as burocracias e as prioridades políticas de gestão local para fomento e qualificar a oferta de atividade física. Por fim, para minimizar as barreiras para destinatários em relação aos profissionais de saúde, a busca foi por implementar ações para melhorar as crenças negativas sobre as capacidades de atuação das equipes, diante da sobrecarga de trabalho, além da influência social negativa diante do reconhecimento da atuação do profissional de educação física na saúde.

Quadro 33. Ações de facilitação implementadas pelos profissionais entrevistados para reduzir as barreiras percebidas para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Barreiras identificadas		Descrição das ações de facilitação implementadas
1. Inovação	1.3 <i>Observability</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade dos profissionais facilitadores em terem apoio das universidades ou instituições de ensino superior para qualificar a coleta das avaliações dos participantes e a entrega dos resultados.</li> </ul>
2. Contexto local (equipe)	2.2 Ausência de reuniões de equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso do recurso de grupos de mensagens instantâneas para resolver problemas pontuais da intervenção com os profissionais e participantes.</li> </ul>
	2.6 Limitação no número de pessoas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto arquitetônico em elaboração para construir novos espaços como uma piscina na modalidade ampliada do Programa Academia da Saúde (PAS) para aumentar o número de pessoas atendidas.</li> </ul>
3. Contexto Organizacional	3.1 Clima e cultura organizacional para apoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento de uma ação conjunta e colaborativa com os profissionais das equipes, como por exemplo o Dia D na Unidade Básica de Saúde (UBS), o que promoveu maior interação entre os profissionais;</li> <li>• Apoio das empresas locais dos municípios para realizar os encaminhamentos médicos e participação nas atividades físicas do polo do PAS.</li> </ul>
	3.3 Recursos físicos limitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de um espaço público, como as praças próximo à UBS, para a realização das práticas. Isso também contribui para melhorar a percepção de segurança do local, devido a ocupação do espaço pelos usuários;</li> <li>• Mobilização dos participantes para solicitar a melhoria dos espaços físicos como instalação de banheiros, bebedouros e ar-condicionado a fim de qualificar a oferta das atividades práticas.</li> </ul>
	3.5 Recursos materiais limitado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação dos recursos materiais, por exemplo: garrafas plásticas com areia e cabos de vassoura;</li> <li>• Recursos materiais de uso do próprio profissional, por exemplo: cones, som etc.</li> <li>• Apoio da gestão local para a compra de materiais.</li> </ul>
3. Contexto de Sistema	4.2 Burocracias do sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando da ausência de local para a prática, por decorrência do vencimento anual de aluguel do espaço, a estratégia foi adaptar a prática e uso de salão de igreja para desenvolver atividades nos períodos de final de ano e férias escolares.</li> </ul>
	4.5 Falta de prioridades políticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Além de espaços físicos destinados à prática de atividade física a implementação de um programa institucionalizado, por lei no município, possibilitou recurso financeiro como prioridade orçamentária da saúde para a manutenção da oferta de ações e qualificação dos espaços, equipamentos e recursos humanos;</li> <li>• A elaboração de pesquisas, trabalhos acadêmicos e eventos fortaleceu o reconhecimento da prática realizada para a manutenção das prioridades políticas devido a visibilidade municipal e nacional.</li> </ul>
5. Destinatários Participantes	5.1 Crenças negativas sobre consequências	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização de visitas domiciliares com a equipe possibilitou maior sensibilização daqueles usuários com maior dificuldade de adesão a programas e as ações de atividade física no território das UBS e do polo do PAS.</li> </ul>
	5.2 Dificuldades nos aspectos individuais econômicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territórios com predominância de população de baixa renda ou municípios pequenos requer abordagens distintas para sensibilizar os usuários à participação nas práticas de atividade física. Para tanto, o acolhimento, o apoio nos encaminhamentos às equipes multiprofissionais, informações sobre comportamentos saudáveis oportunizam maior adesão desse público e menor demanda por medicamentos.</li> </ul>
	5.5 Falta de conhecimento para a autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização de grupos de conversa, palestras, abordagem na sala de espera ou de medicamentos contribui para sensibilizar os usuários, de baixa renda ou pouco ativos, a buscar aderência e orientações para a prática de atividade física. Diferentes profissionais e especialidades orientando e</li> </ul>

Quadro 33. Ações de facilitação implementadas pelos profissionais entrevistados para reduzir as barreiras percebidas para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Barreiras identificadas	Descrição das ações de facilitação implementadas	
5.6 Falta de motivação interna	<p>aconselhando a atividade física foi uma forma de direcionar os usuários a conhecerem a prática;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os agentes comunitários de saúde (ACS), em suas visitas domiciliares e alcance à população, foi uma estratégia importante para aproximar os usuários para participação nas práticas de atividade física e nas demais ações de promoção da saúde do território.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A prática sendo realizada em um mesmo local onde é possível estar presente a maioria dos profissionais da equipe de saúde, reduziram as chances de demandas dos usuários na unidade e os problemas de atendimentos, em grande parte, são resolvidos no próprio local. Principalmente, quando se tratava de população mais vulnerável e com difícil acesso à saúde, sendo a prática de atividade física o elo para a promoção da saúde;</li> <li>O ACS, nessas situações, também se mostrou ser uma estratégia importante para divulgação destas ações conjuntas de equipe, além de fortalecer a prática de atividade física e aumentar o número de participantes;</li> <li>O apoio do médico no aconselhamento de atividade física e encaminhamento para as práticas foi importante para o alcance dos usuários pouco ativos fisicamente e sedentários;</li> <li>Realizar as campanhas nacionais, como outubro rosa, novembro azul, dentre outros, com o apoio dos participantes dos grupos de atividade física para buscar alcançar outros usuários como forma de divulgar a prática no território;</li> <li>Fortalecer o grupo de atividade física por meio do encaminhamento de participantes de outros grupos da UBS, como os grupos de tabagismo a fim de contribuir para o atendimento integral à saúde desses usuários por meio da promoção da atividade física como tratamento.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Territórios com predominância de população de baixa renda a estratégia de ofertar lanches ao final das práticas ou nas abordagens das equipes multiprofissionais aumentou a adesão dos usuários e de novos participantes;</li> <li>Em territórios com alta procura de medicamentos pelos usuários o processo de sensibilização para participar da atividade física era realizado de maneira multiprofissional. Todos os profissionais da equipe aconselhavam sobre atividade física e recomendavam a participação nos grupos de atividades. As abordagens eram breves e realizadas nas salas de espera, nas consultas gerais ou na sala de medicamentos.</li> </ul>	
6. Destinatários profissionais de saúde (equipe)	6.1 Crenças negativas sobre capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nos locais em que a carga de trabalho dos profissionais foi identificada como uma barreira foi concomitante com o tempo de finalização dos estágios dos profissionais residentes no território da APS. Nessa situação, foi relatado a busca por parceria com as universidades para ampliar os estágios de formação, devido ao número reduzido de servidores concursados.</li> </ul>
	6.7 Influência social negativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>A falta de conhecimento sobre a atuação do profissional de educação física na saúde frente às demais categorias profissionais foi percebida, em alguns relatos, como influência social negativa. Isso reduzia a participação do profissional de educação física nos grupos ou até mesmo na pouca adesão dos demais na prática. Para tanto, para aumentar a adesão no trabalho multiprofissional na prática de atividade física, dois dos profissionais facilitadores realizaram conversas acadêmicas com as equipes de multiprofissionais para sensibilizá-los sobre a importância da atividade física como prevenção, promoção e tratamento à saúde. Além de proporem planejamentos colaborativos para ações multiprofissionais pontuais ou nos procedimentos de avaliação para qualificar a oferta.</li> </ul>

Quadro 33. Ações de facilitação implementadas pelos profissionais entrevistados para reduzir as barreiras percebidas para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Barreiras identificadas		Descrição das ações de facilitação implementadas
7. Facilitações	7.1 Estilo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar os participantes com aconselhamentos, avaliações físicas de que as práticas de atividade física nas tarefas domésticas não são suficientes para se manterem ativos e contribuírem para benefícios à saúde.</li> </ul>
	7.2 Papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divisão de tarefas entre os profissionais, em situações de que os profissionais facilitadores apresentam acúmulo de papéis no local ou vinculação de carga horária em outros setores. O apoio de outro profissional para a implementação e orientação das atividades foi satisfatório;</li> <li>Diante da dificuldade no apoio dos ACS para a busca ativa de novos participantes ou aconselhamentos sobre atividade física, o profissional facilitador apoiou a capacitação das informações para qualificar a entrega das informações aos usuários;</li> <li>Diante da falta de encaminhamentos dos médicos para a prática de atividades físicas, novas estratégias foram inseridas como sensibilização das indústrias locais para encaminhamentos à prática pelos médicos do trabalho.</li> </ul>
	7.3 Característica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir a busca por medicamentos nas UBS pela população, por meio da sensibilização nas salas de espera, consultas médicas para convite para a participação na prática de atividade física;</li> <li>Apoio de estagiários de educação física para apoiarem na execução da prática, planejamento, avaliação e monitoramento dos participantes e, de profissionais da residência multiprofissional, para apoio em ações pontuais de promoção da saúde na prática.</li> </ul>

#### 4.6 O PERFIL DOS PROFISSIONAIS FACILITADORES DAS PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA

Com base nos relatos das entrevistas foi possível identificar quatro perfis que diferenciam os profissionais facilitadores das práticas exitosas de atividade física na APS do SUS. Estes perfis foram denominados como: 1) gestor especialista na equipe; 2) mediador interdisciplinar na equipe; 3) profissional especialista na equipe e, 4) mediador externo à equipe. Os três primeiros perfis estavam interligados aos profissionais vinculados às equipes do local, enquanto o quarto perfil tem caráter externo à equipe com atuação na gestão de saúde ou no apoio institucional de ensino superior. No quadro 34 estão descritas as quatro definições dos perfis, as características, o estilo e o papel atribuído ao profissional facilitador.



Quadro 34. Perfil dos profissionais facilitadores das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção à Primária do Sistema Único de Saúde.

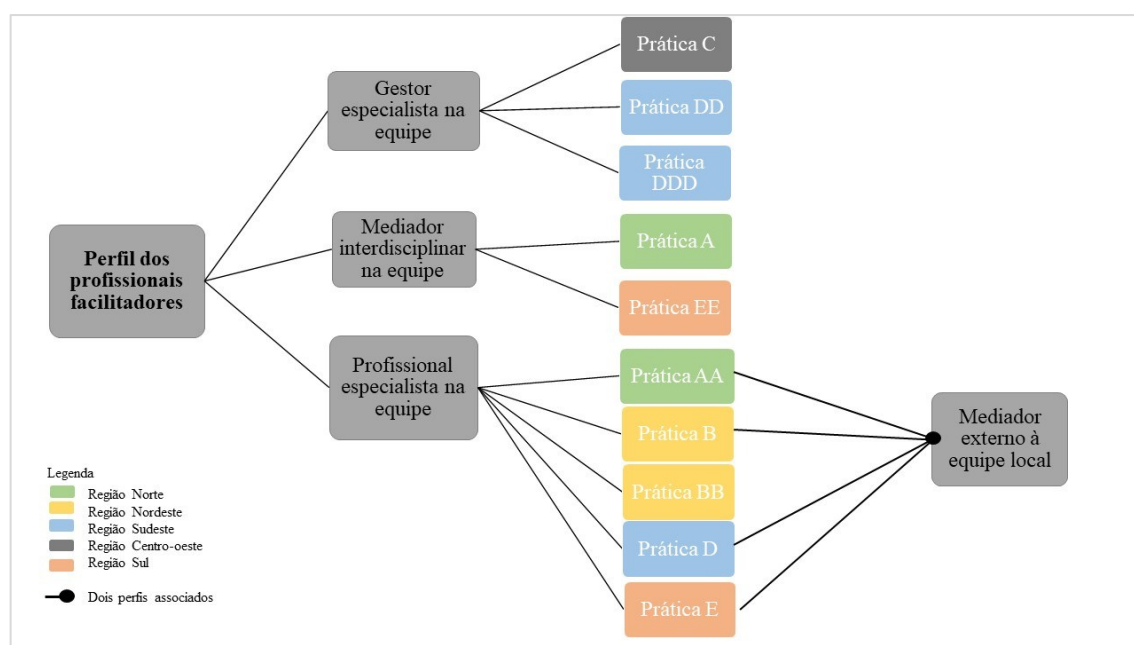
Perfil do profissional facilitador	Interno à equipe local			Externo à equipe local
	Gestor especialista na equipe	Mediador interdisciplinar na equipe	Profissional especialista na equipe	Mediador externo à equipe local
<b>Definição do perfil</b>	É o profissional especialista na área de atuação (profissional de educação física) com um perfil de ser o responsável pelo desenvolvimento, organização, planejamento e tomada de decisão com a gestão municipal para apoio à prática e diante os demais profissionais da equipe.	É o profissional interdisciplinar à prática (ex.: enfermeiro, assistente social etc.) na equipe. Assume o papel profissional na sua atuação prática por mediar e apresentar habilidades para alcançar mais participantes e buscar apoio para a implementação da prática.	É o profissional especialista na área de atuação (profissional de educação física) responsável pelo desenvolvimento da prática no local, porém tem supervisão de um mediador externo à prática para o planejamento e apoio nas demais ações da APS.	É o profissional que está externo à equipe, podendo estar vinculado à gestão municipal ou alguma instituição de ensino superior. Esse perfil assume o papel de orientar no desenvolvimento e na organização da prática e apoio nas avaliações e no monitoramento juntamente ao profissional especialista na equipe.
<b>Característica do profissional</b>	É o idealizador das ações, das atividades desenvolvidas para atendimento e sustentabilidade da prática; de atividade física busca os incentivos e recursos para manter os participantes motivados; busca o vínculo com os participantes para conquistar a confiança e credibilidade do trabalho; tem a capacidade de alcançar os usuários para a participação e fortalecer o apoio da família para adesão conjunta; tem flexibilidade para apoiar o desenvolvimento das outras práticas geridas por outros profissionais da equipe; incentiva a autonomia do participante e a participação para que reconheçam a prática como algo necessário para garantir a sustentabilidade diante das mudanças políticas e de gestão; busca facilidades para comunicação com os participantes como a criação de grupos em aplicativos de mensagens instantâneas para auxiliar na troca de experiências e motivação; busca outros potenciais espaços públicos no município para a realização da prática.	O profissional, em sua prática demonstra flexibilidade para apoiar as ideias dos profissionais da equipe e busca apoio para sua execução; se identifica com a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde; está atento às mudanças ou modificações necessárias à prática para os atendimentos; busca inovações, premiações e capacitações para motivar a equipe de profissionais; busca incentivos para manter a motivação dos usuários como premiações e brindes; apoia o trabalho nas visitas domiciliares com a equipe.	Tem o apoio de outros profissionais do território e da gestão; é referência no local pelos participantes no que diz respeito à prática de atividade física e transmite credibilidade e confiança; tem conhecimento técnico para atendimento aos grupos especiais e capacidades acadêmicas para qualificar a oferta da prática; agrega outras atribuições no território para atender as demandas com cargas horárias concorrentes à prática que é desenvolvida; busca alternativas de espaços no território para atender aos grupos e desenvolver a prática.	Tem como característica ser aquele profissional que solicita e gerencia o apoio dos profissionais da saúde para adesão às ações desenvolvidas pela gestão municipal; apresenta os cenários epidemiológicos nacionais para as equipes de profissionais como modo de mitigar riscos aos participantes; realiza o planejamento conjunto com as equipes de saúde para as ações anuais nos territórios. Ademais, soma-se a estas características aquele profissional vinculado às instituições de ensino superior que apoiam a prática, por meio de pesquisas acadêmicas, avaliações físicas e antropométricas dos participantes e entrega de resultados em colaboração com os acadêmicos da área de educação física e afins.
<b>Estilo do profissional</b>	Reflete tempo de experiência e conhecimento em gestão de projetos; conhecimentos específicos e científicos sobre o que envolve a prática; apresenta trabalhos acadêmicos em eventos científicos para disseminar os resultados alcançados, dedicação, proatividade e persistência para manter a inovação; tem um estilo de abordagem sensível para alcançar os participantes e ouvir suas dificuldades; tem foco no acolhimento do usuário para fortalecer a adesão; lidera a prática e a equipe com paixão e entusiasmo para fortalecer a adoção dos profissionais; busca a flexibilidade para a implementação e monitoramento da prática para que seja adaptável à rotina de vida dos	Reflete a experiência com formação de grupos; está aberto as conversas e perguntas dos participantes; realiza palestras de prevenção e conscientização; percebe a atuação profissional no local visando à saúde como algo integral; proativo para o apoio interdisciplinar; tempo de experiência na Atenção Primária à Saúde na qual facilita a resolução dos problemas gerenciais; profissional determinado e incentivador; apoia na alimentação do Sistema de Informações da Atenção Básica para registro das ações pela equipe.	Reflete a flexibilidade no atendimento dos participantes com foco nas necessidades e características individuais; é criativo e adapta as atividades conforme os interesses dos participantes; motiva os participantes para a adesão à prática e consegue manter a assiduidade do grupo; é afetivo com os participantes e disponível para apoiar outras demandas necessárias nos atendimentos; adapta as atividades conforme as condições climáticas para manter os atendimentos; demonstra empenho e dedicação para o	Tem experiência na gestão em saúde, em orientar às ações de atividade física para qualificar a oferta da prática, sua atuação na gestão é voltada no acompanhamento contínuo do que ocorre na prática local e em seu planejamento. Com relação às instituições de ensino superior, são participativos e lideram o monitoramento e avaliação dos participantes com a supervisão e apoio do profissional especialista na equipe e da gestão local para a entrega dos resultados.

Quadro 34. Perfil dos profissionais facilitadores das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção à Primária do Sistema Único de Saúde.

Perfil do profissional facilitador	Interno à equipe local			Externo à equipe local
	Gestor especialista na equipe	Mediador interdisciplinar na equipe	Profissional especialista na equipe	Mediador externo à equipe local
	participantes; busca adequar o tipo de prática e atividade conforme o perfil dos participantes; busca locais diferentes para realizar a prática e manter o grupo motivado.		planejamento e atendimento aos participantes.	
<b>Papel do profissional</b>	<p>O papel profissional é buscar recursos financeiros na gestão municipal para aplicação necessárias ao desenvolvimento da prática; buscar apoio da comunidade local; buscar apoio técnico e na gerência para instituir programas de atividade física e promoção da saúde que forneçam a sustentabilidade orçamentária; responsável pelo planejamento e sustentabilidade da prática ao longo dos anos; apoiar o atendimento integral e contínuo, sendo o profissional especialista de referência no local do atendimento; buscar apoio multiprofissional para atendimentos interdisciplinares aos participantes; buscar apoio aos eventos temáticos para alcance de novos participantes, manutenção e motivação dos envolvidos; responsável pelas avaliações, elaboração de protocolos e <i>feedbacks</i> aos participantes; o conhecimento e gerência sobre os caminhos para manter a sustentabilidade da atividade na gestão municipal; buscar apoio intersetorial para fortalecer e ampliar o alcance da prática; responsável pelo treinamento das equipes multiprofissionais para o planejamento do trabalho; fornece apoio para o desenvolvimento e orienta a prática com os participantes, quando necessário; gerencia os estagiários e apoiadores no desenvolvimento da prática e nas atividades individuais.</p>	<p>O seu papel profissional é implementar estratégias para alcance dos usuários para participação nas práticas, como a formação de grupos de prevenção; buscar o apoio multiprofissional para o atendimento interdisciplinar aos participantes; buscar alternativas para aquisição de recursos (ex.: materiais, espaços físicos etc.) para melhoria e acolhimento ao usuário; ponto focal para comunicação com a gerência de saúde para as melhorias dos espaços; busca apoio de outro profissional na equipe para alternar na presença nos dias de prática; fornece assistência à equipe para buscar qualificar os atendimentos com intervenções específicas, como participação de universidades e palestras de outros profissionais; manter a equipe de profissionais em comunicação seja por meio de mensagens instantâneas ou por reuniões.</p>	<p>O seu papel profissional é buscar apoio dos demais profissionais da equipe para ações multiprofissionais na prática; realizam o planejamento conjunto com a equipe multiprofissional para as demandas do território e gestão; participam nas reuniões de equipe para organizar os atendimentos e a oferta das práticas; informam a gestão das necessidades de melhorias dos espaços para os atendimentos; orientam os demais profissionais da equipe (ex.: Agente Comunitário de Saúde) para o alcance de novos usuários; é responsável pela avaliação dos participantes; apoiam a gestão com informações da oferta da prática aos usuários.</p>	<p>O seu papel profissional é organizar as agendas e o planejamento das atividades, conforme calendário de campanhas nacionais (ex.: os dias D ou eventos de conscientização; prevenção e promoção); buscar o apoio das equipes multiprofissionais para desenvolverem ações intersetoriais e intrasetoriais no território (ex.: atividades nas ruas, praças, auditórios, empresas, CAPS etc.).</p>

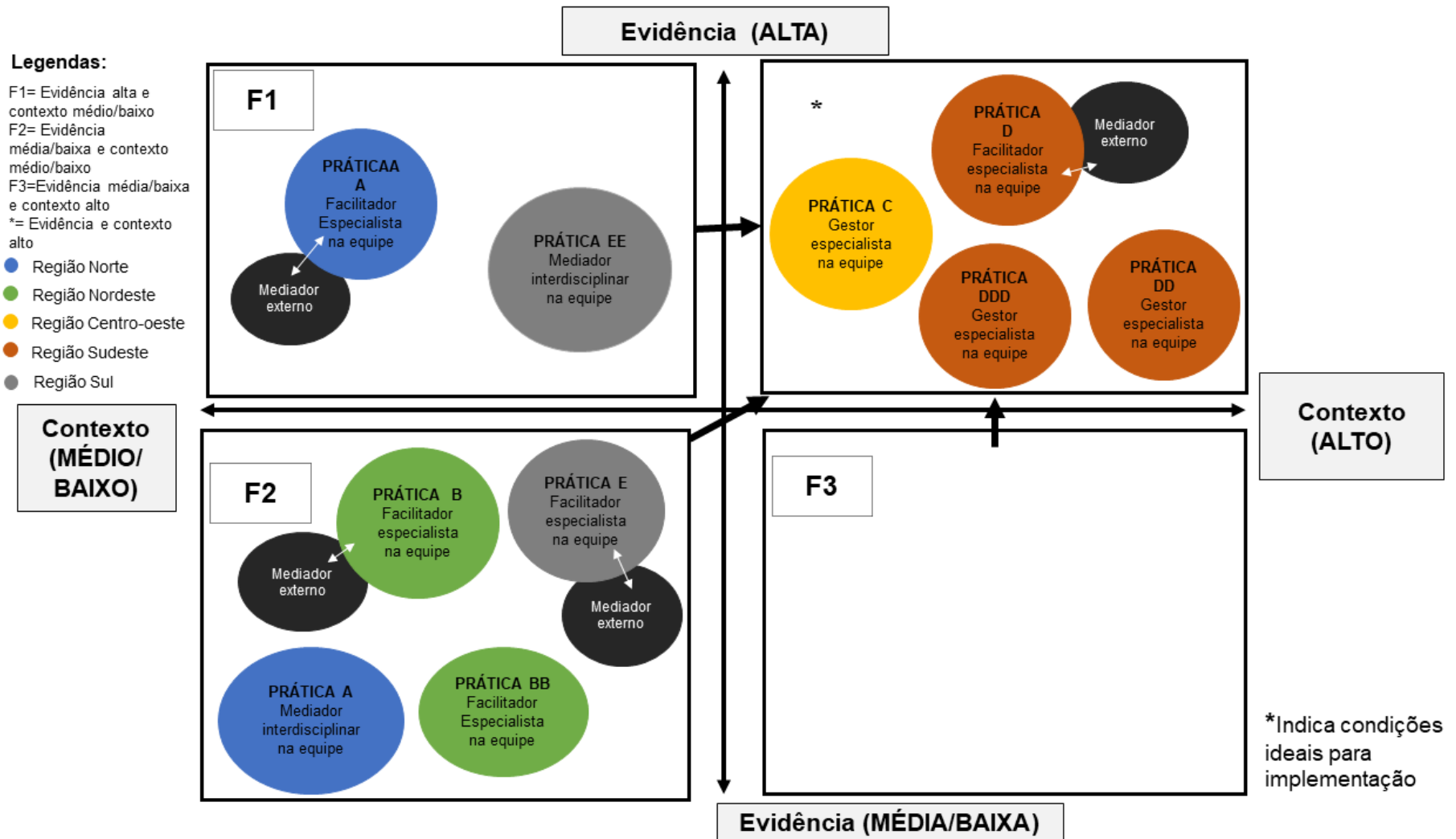
Na Figura 8 está presente o perfil dos profissionais facilitadores das práticas exitosas de atividade física, por região. Nas regiões centro-oeste (prática C) e sudeste (prática D e DDD), o perfil dos profissionais facilitadores foi definido como gestor especialista na equipe. O perfil mediador interdisciplinar na equipe foi identificado em duas regiões (norte e sul) e em duas práticas (prática A e prática EE). O perfil profissional especialista na equipe foi identificado em cinco práticas (práticas AA, B e BB, D e E), de quatro regiões distintas (norte, nordeste, sudeste e sul). O perfil de mediador externo à equipe local foi identificado como sendo aquele que presta apoio ao perfil do profissional especialista na equipe, tendo atuação conjunta em quatro práticas (práticas AA, BB, D e E), de quatro regiões distintas (norte, nordeste, sudeste e sul) (Figura 8).

Figura 8. Perfil dos profissionais facilitadores, por região, das práticas exitosas de atividade física.



Ao relacionar os resultados do diagnóstico de implementação das práticas exitosas de atividade física e os perfis dos profissionais facilitadores foi possível identificar que quando foi presente uma evidência alta e um contexto alto, o perfil de gestor especialista na equipe foi predominante (quatro distintas práticas), tendo apenas uma prática com perfil facilitador especialista na área, porém com o apoio de um mediador externo à equipe local (prática D) (Figura 9).

Figura 9. Diagnóstico situacional de facilitação para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, conforme o perfil dos profissionais facilitadores. Traduzido de Hill et al., 2017.



Dentre as barreiras percebidas pelos profissionais facilitadores com maior frequência foram relatadas pelo perfil profissional facilitador especialistas na equipe (n=46; 56,8%) (Tabela 6). Para todas as unidades de análises sobre barreiras, os profissionais com perfil mediador interdisciplinar na equipe relataram menor quantidade de barreiras.

Tabela 6. Número de barreiras relatadas, conforme os perfis dos profissionais facilitadores das Práticas Exitosas de Atividade Física (n=81).

Barreiras identificadas	Perfil dos profissionais facilitadores		
	Mediador interdisciplinar na equipe	Facilitador especialista na equipe	Gestor especialista na equipe
	n	n	n
<b>Inovação</b>	1	4	3
<b>Contexto</b>			
Local	-	4	2
Organizacional	2	14	-
Sistema	-	2	9
<b>Destinatários</b>			
Participantes e profissionais	4	3	2
Equipe de profissionais	-	7	7
<b>Facilitação</b>	1	12	4
<b>Total n (%)</b>	<b>8 (9,9)</b>	<b>46 (56,8)</b>	<b>27 (33,3)</b>

Enquanto, os tipos de facilitação mencionadas somente pelos profissionais facilitadores representaram 56,1% (n=371) (Tabela 7). A própria facilitação e a inovação foram os elementos relatados com maior frequência (n=91 e n=79, respectivamente). O perfil do gestor especialista na equipe relatou maior número de facilitações (n=150; 40,4%), seguido do facilitador especialista na equipe (n=144; 38,8%) e do mediador interdisciplinar à equipe (n=77; 20,8%). Os três perfis relataram com menos frequência facilitações direcionadas para minimizar as barreiras quanto aos destinatários-individuais, contexto nível de sistema e facilitações.

Tabela 7. Número de relatos de facilitaões para a implementação de Prática Exitosa de Atividade Física, por unidade de análise, conforme perfis dos profissionais facilitadores.

Unidades de análise para facilitação	Perfil do profissional facilitador			n (%)
	Mediador interdisciplinar na equipe	Facilitador especialista na equipe	Gestor especialista na equipe	
	n	n	n	
<b>Inovação</b>	14	24	41	79 (21,3)
<b>Contexto</b>				
Local	19	28	27	74 (19,9)
Organizacional	4	32	22	58 (15,6)
Sistema	0	5	9	14 (3,8)
<b>Destinatários</b>				
Participantes e profissionais	5	5	4	14 (3,8)
Equipe de profissionais	14	11	16	41 (11,1)
<b>Facilitação</b>	21	39	31	91 (24,5)
<b>Facilitação para barreiras</b>	3	10	7	20 (5,4)
<b>Total n (%)</b>	<b>77(20,8)</b>	<b>144 (38,8)</b>	<b>150 (40,4)</b>	<b>371(100)</b>

#### 4.7 PROCESSO DE FACILITAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

O processo de facilitação para a implementação de práticas exitosas de atividade física na APS do SUS será descrito com base nas unidades de análise e seus respectivos temas, baseadas no i-PARIHS (evidência, destinatários, contexto e facilitação) e conforme as seguintes perguntas:

- ➔ Tipo de facilitação? Qual a estratégia adotada, com base na unidade de análise, para implementar com êxito a prática de atividade física;
- ➔ Quando faz? Em relação as dimensões do RE-AIM (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção) e os atributos de uma prática exitosa de atividade física (autonomia, participação, planejamento, replicação e sustentabilidade);

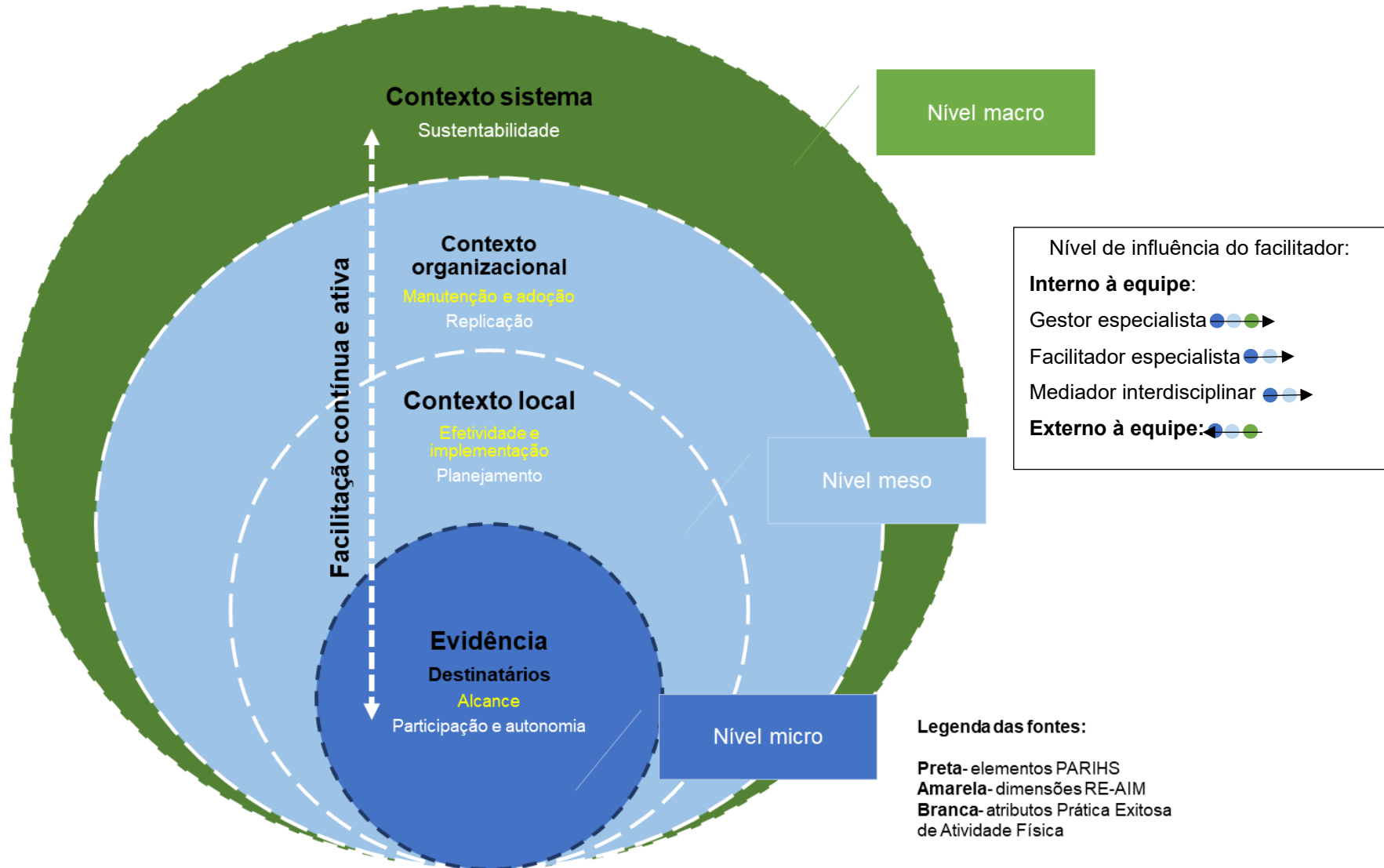
- Quem faz? Se a facilitação é mediada pelos profissionais facilitadores, ou pelos profissionais das equipes, ou pela gestão local (mediador externo à equipe) ou de forma combinada;
- Como faz? Se direcionada diretamente na implementação com os participantes, se direcionadas nas reuniões de planejamento, capacitações ou estudos de caso com os profissionais envolvidos, busca ativa, visitas domiciliares, ou no apoio à implementação com os gestores de saúde ou em ações intersetoriais;
- Possíveis barreiras e suas respectivas facilitações: A ação de facilitação que deve ser realizada para facilitar o processo de implementação da prática exitosa. Com base nisso, quais as barreiras que foram identificadas e se havia estratégias para minimizá-las.

O desenho conceitual do processo de facilitação para a implementação de uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS do SUS foi delineado considerando níveis de interações (Figura 10). A linha tracejada (dos círculos) representa a interrelação entre os níveis tendo a facilitação como o elemento mais ativo do processo. Os elementos do i-PARIHS foram as unidades que demarcam os níveis do processo, tendo nas dimensões do RE-AIM e nos atributos de uma Prática Exitosa de Atividade Física os mecanismos de facilitação para uma prática bem-sucedida (Figura 10). Além disso, conforme o tipo de facilitação avança do nível micro para o nível macro mais específico é o perfil do profissional facilitador, ou seja, aquele perfil com característica e papel de gestor (interno ou externo à equipe) tem maiores chances de tomada de decisão e apoio à implementação em níveis de contexto de sistema, se comparado aos demais perfis (Figura 10).

No nível **micro** foram posicionadas as características da evidência e dos destinatários (participantes e profissionais), da autonomia, da participação e do alcance. No nível **meso**, as características do contexto de nível local e organizacional. No nível **macro**, o nível do contexto de sistema, onde está localizada a sustentabilidade como aspecto a ser potencializado para a implementação da prática exitosa, onde requer o apoio da gestão e das políticas locais instituídas (Figura 10).



Figura 10. Processo de facilitação para a implementação de Prática Exitosa de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.



Conforme o processo de facilitação para a implementação de uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS do SUS foi previsto 52 ações de facilitações. Para cada unidade de análise foi destacado, o tipo de facilitação, quando essas facilitações devem ser implementadas (Quando faz?); quem serão os envolvidos (Quem faz?); e, como que as facilitações serão implementadas, por meio de ações previstas (Como fazer?). Além disso, foram apresentadas as principais barreiras, com a respectiva ação de facilitação a ser implementada (Quadro 35 ao 38).

O Quadro 35 apresenta como a evidência foi priorizada para compor o processo de facilitação. Nesse aspecto, 22 ações de facilitações foram categorizadas, com enfoque na implementação e no planejamento. Para uma evidência, pelo menos seis das ações deverão ser apoiados pelos gestores locais (quantidade visualizada pelo sombreado na coluna).

Quadro 35. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da evidência.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos Prática Exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ações de facilitação
1. Evidência - Na evidência deve ser considerada o levantamento de informações sobre as condições de saúde, o contexto social, cultural e econômico do território; as experiências dos profissionais e dos participantes para a adoção e participação na prática de atividade física.	1.1 Fortalecer a promoção da AF														Fortalecer os encaminhamentos pela RAS e divulgação da prática no território.
	1.2 Criar uma cultura da AF														Buscar implementar programas ou projetos com foco na AF
	1.3 Viabilizar a prática em espaços comunitários														Buscar o uso das praças, ou apoio das associações e espaços comunitários para oferta da prática.
	1.4 Flexibilizar a oferta da prática da AF														Flexibilizar a oferta da prática para encontros presenciais e remotos.
	1.5 Dinamizar o estilo do facilitador														Ser dinâmico, afetivo e apoiar os participantes nas mudanças e orientações.
	1.6 Aprimorar habilidades do facilitador														Sistematizar a prática de modo que fique acessível a participação dos profissionais da equipe.
	1.7 Planejar a frequência da prática da AF														Organizar e manter a frequência de reuniões com a equipe e profissionais envolvidos para facilitar o processo e rotinas de trabalho.
	1.8 Apoiar a atuação multiprofissional														Organizar o apoio dos profissionais da equipe com planejamentos construídos de forma colaborativa,
	1.9 Planejar alternativas para o dinamismo da prática														Realizar a busca ativa de novos participantes, apoio de palestrantes externos à equipe; aquisição de equipamentos.
	1.10 Criar uma identidade visual para a prática														Nomear a prática de modo a construir uma identidade visual para os participantes e profissionais envolvidos.

Quadro 35. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da evidência.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?									Quem faz?			Como fazer?  Exemplos de ações de facilitação	
		RE-AIM					Atributos Prática Exitosa de AF				Profissionais envolvidos				
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor		Equipe
	1.11 Contribuir para autonomia dos participantes														Enviar mensagens aos participantes sobre comportamentos saudáveis, aconselhamentos pelos profissionais das equipes nas consultas de rotinas.
	1.12 Implementar processos de trabalho														Adotar, juntamente com os profissionais da equipe, um fluxo de encaminhamento para a prática de AF.
	1.13 Criar redes de comunicação														Adotar estratégias de comunicação com os participantes nos grupos de mensagens instantâneas ou pelas redes sociais.
	1.14 Coletar dados para apoio à implementação														Manter uma rotina na análise das avaliações e registro das práticas realizadas para apoiar a manutenção e adoção dos profissionais da equipe.
	1.15 Orientar a divulgação boca-a-boca														Solicitar apoio dos participantes para disseminação boca-a-boca da prática entre os conhecidos.
	1.16 Criar convênios público-privados														Identificar no território locais que possam servir para oferta da prática como universidades, escolas privadas, clubes.
	1.17 Criar convênios com universidades locais														Identificar no território espaços de ensino que possam apoiar a prática na qualificação da oferta e avaliação, como institutos ou instituições de ensino técnico ou superior.
	1.18 Analisar os resultados alcançados														Buscar identificar a percepção dos participantes e profissionais envolvidos sobre a participação na prática.
	1.19 Oportunizar a prática de AF como lazer														Incentivar a oportunidade da prática também como contato social, na realização de festividades e comemorações.
	1.20 Motivar os profissionais da equipe														Realizar um planejamento compartilhado com os profissionais da equipe para fortalecer o sentimento de pertencimento.

Quadro 35. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da evidência.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos Prática Exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ações de facilitação
	1.21 Estudar a implantação de espaço físico para programas governamentais														Levantar informações sobre os espaços públicos do território que podem sediar a implantação de programas ou obras apoiadas pelos governos.
	1.22 Realizar estudo epidemiológico da população para implementação da prática de AF														Apoiar a gestão no levantamento de informações sobre os participantes e a prática realizada com os resultados positivos.
<b>Possíveis barreiras</b>						<b>Ação de facilitação para minimizar as barreiras</b>									
Ausência ou dificuldades de resultados alcançados, de registro das informações, de procedimentos de avaliações ou de motivação dos profissionais em apoiar as evidências.						Buscar ou formalizar apoio com as universidades ou instituições de ensino superior, de modo a qualificar a coleta das avaliações dos participantes e a entrega dos resultados.									

Abreviações: AF=atividade física; AL=alcance; EF= efetividade; IM=implementação; AD= adoção; MA=manutenção; AU=autonomia; PA=participação; RE=replicação; SU= sustentabilidade; CRAS= Centro de Referência de Assistência Social; CAPS= Centro de Atenção Psicossocial; e RAS= Rede de Atenção à Saúde. Nas colunas com as dimensões do RE-AIM, as células sombreadas na cor verde revelam a presença de informações relacionada a referida dimensão, conforme o tipo de facilitação; da mesma forma, nas colunas que constam os atributos da Prática Exitosa as células sombreadas no cinza escuro significa a presença de informações relacionada ao referido atributo, conforme o tipo de facilitação; e nas colunas dos profissionais envolvidos (facilitador= facilitador interno; gestor= facilitador externo; e equipe= profissionais das equipes) as células estão sombreadas no azul, quando na presença do apoio de terminado profissional para o tipo de facilitação.

No quadro 36 mostra as facilitações que devem ser direcionadas para apoio do processo de implementação aos destinatários (participantes e profissionais). Foram oito ações de facilitações categorizadas para os destinatários. Em sua maioria, retrataram sobre facilitações direcionadas à manutenção e ao planejamento. Para os destinatários, pelo menos duas ações devem ser apoiadas pelos gestores locais (quantidade visualizada pelo sombreado na coluna).

Quadro 36. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos destinatários.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como faz?  Exemplos de ação de facilitação		
		RE-AIM					Atributos Prática Exitosa de AF					Profissionais envolvidos					
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe			
2. Destinatários- Individual (participantes e profissionais)	2.1 Motivar de forma individual (participantes e profissionais)																Realizar eventos e distribuição de brindes e sorteios aos participantes.
	2.2 Criar vínculo com os usuários para possibilitar crenças e valores positivos																Monitorar os resultados alcançados pelos participantes; atendimento integral à saúde do participante com apoio da equipe e do acolhimento.
	2.3 Identificar habilidades e conhecimentos profissionais individuais																Padronizar as condutas e encaminhamentos dos participantes pelos profissionais da equipe à prática; definir atribuições aos profissionais com habilidades de avaliação e alcance aos novos participantes.
2. Destinatários- Profissionais da equipe	2.4 Motivar a equipe de profissionais para atuação multiprofissional																Buscar editais de premiações, concursos ou editais de boas práticas; cursos de capacitações para os profissionais envolvidos para motivação da equipe.
	2.5 Criar vínculo com a equipe para possibilitar crenças e valores positivos																Realizar lanches coletivos e tarefas multiprofissionais para apoiar o atendimento integral à saúde dos participantes.
	2.6 Identificar habilidades e conhecimentos profissionais da equipe																Planejar e elaborar em conjunto as tarefas dos profissionais envolvidos e as inserções pontuais na prática contribuíram para sensibilização dos profissionais às mudanças, quando necessárias.
	2.7 Planejar o tempo destinado (carga de trabalho) para apoio na implementação da prática																Realizar o revezamento dos profissionais das equipes no apoio durante a prática semanal; organizar a carga horária nas tarefas pontuais (ex.: reuniões, desenvolvimento da prática, avaliação com os participantes, palestras etc.); e buscar o apoio de estagiários e de residentes para auxiliar na implementação e organização do planejamento.

Quadro 36. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos destinatários.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como faz?	
		RE-AIM					Atributos Prática Exitosa de AF					Profissionais envolvidos				
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ação de facilitação	
	2.8 Identificar a capacidade da equipe em desenvolver um trabalho multiprofissional															Identificar as habilidades e capacidades dos profissionais das equipes para atendimento integral à saúde com encaminhamento à prática de atividade física; para apoio na realização de palestras; e em outras ações da RAS (ex.: visitas domiciliares; apoio matricial; campanhas e eventos de prevenção etc.).
<b>Possíveis barreiras</b>		<b>Ação de facilitação para minimizar as barreiras</b>														
Crenças negativas sobre consequências		Realizar visitas domiciliares aos participantes com apoio dos profissionais das equipes.														
Dificuldades nos aspectos individuais econômicos		Organizar o acolhimento dos usuários e o encaminhamento aos demais profissionais das equipes.														
Falta de conhecimento para a autonomia		Planejar grupos de conversa, palestras, abordagens de aconselhamento e apoio dos ACS na busca ativa aos usuários.														
Falta de motivação interna		Flexibilizar o acesso à prática; orientar outros profissionais da equipe para apoio à prática; realizar campanhas para incentivar os comportamentos saudáveis dos participantes.														
Influência social e cultural negativa		Planejar o aconselhamento sobre atividade física por todos os profissionais das equipes; realizar lanches coletivos para alcance de novos participantes.														
Crenças negativas sobre capacidades		Flexibilizar a carga horária dos profissionais da equipe para apoio à implementação, com apoio de estagiários e residentes na APS.														
Influência social negativa		Fortalecer a vinculação do profissional de educação física na saúde, por meio da sensibilização às demais categorias profissionais com a realização de palestras, importância da atividade física no atendimento integral e a possibilidade de atuações interprofissionais para apoio nas ações da APS.														

Abreviações: AF=atividade física; AL=alcance; EF= efetividade; IM=implementação; AD= adoção; MA=manutenção; AU=autonomia; PA=participação; RE=replicação; SU= sustentabilidade; ACS= Agente Comunitário de Saúde; APS= Atenção Primária à Saúde; e RAS= Rede de Atenção à Saúde. Nas colunas com as dimensões do RE-AIM, as células sombreadas na cor verde revelam a presença de informações relacionada a referida dimensão, conforme o tipo de facilitação; da mesma forma, nas colunas que constam os atributos da Prática Exitosa as células sombreadas no cinza escuro significa a presença de informações relacionada ao referido atributo, conforme o tipo de facilitação; e nas colunas dos profissionais envolvidos (facilitador= facilitador interno; gestor= facilitador externo; e equipe= profissionais das equipes) as células estão sombreadas no azul, quando na presença do apoio de terminado profissional para o tipo de facilitação.



No quadro 37, mostra as facilitações a serem direcionados considerando os diferentes contextos (local, organizacional e sistema). No contexto local, 13 ações de facilitações foram categorizadas, sendo com mais frequência direcionadas à manutenção e ao planejamento. No contexto, de modo geral, pelo menos cinco das ações devem ser apoiados pelos gestores locais (quantidade visualizada pelo sombreado na coluna).

Quadro 37. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos níveis de contexto.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos prática exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ação de facilitação
3. Contexto local [CL]	3.1 Controlar a assiduidade dos participantes														Realizar ligações telefônicas; visitas domiciliares; enviar mensagens nos grupos de mensagens instantâneas aos participantes.
	3.2 Sensibilizar a equipe de profissionais de saúde para adoção multiprofissional														Planejar materiais impressos para divulgação; agendas compartilhadas de planejamento; realizar eventos.
	3.3 Implementar um processo de trabalho compartilhado														Realizar reuniões regulares de planejamento; busca ativa dos participantes; aconselhamentos; controlar a frequência; avaliar e entregar os resultados aos participantes; realizar campanhas.
	3.4 Criar estratégias de alcance aos participantes e manutenção na prática														Fomentar convite boca-a-boca entre os participantes; divulgar em sites, podcasts, panfletos; realizar atividades em espaços públicos; distribuir kits e participar em eventos.
	3.5 Liderar, enquanto papel de profissional facilitador, frente à implementação da prática de AF														Adotar um planejamento compartilhado com os profissionais da equipe; ter o apoio de outro profissional para liderar quando necessário; buscar inovações; facilidade de comunicação.
	3.6 Identificar recursos disponíveis para apoio à implementação da prática														Identificar espaços para realizar a prática; equipamentos e instrumentos para avaliação dos participantes; buscar apoio da gestão para recursos humanos em apoio à execução da prática.
3. Contexto organizacional [CO]	3.7 Adotar procedimentos de avaliação para os participantes													Adotar fluxos de encaminhamentos nas consultas para a prática de AF; realizar avaliação inicial e de manutenção dos participantes, com frequência definida; registrar avaliações em sistema de informações da APS nacional e local.	

Quadro 37. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos níveis de contexto.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos prática exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ação de facilitação
	3.8 Oportunizar desenvolvimento profissional														Participar de eventos científicos; fomentar a elaboração de trabalhos acadêmicos; participação em cursos de formação ou educação permanente.
	3.9 Buscar apoio intrasetorial														Divulgar a prática de AF no Conselho Municipal de Saúde, na RAS, nos demais programas como PSE, residências multiprofissionais, equipes da ESF e NASF-AB.
	3.10 Fomentar a gestão de dados														Realizar o registro das avaliações e realização das práticas em sistemas de informações nacionais e local; usar dados para produções científicas; disseminar dos resultados alcançados para a gestão.
3. Contexto de sistema [CS]	3.11 Buscar apoio intersetorial														Buscar parcerias com a educação, segurança pública, ministério público, Ordem dos Advogados do Brasil para temas afins à prática e apoio nos recursos necessários à implementação.
	3.12 Instituir programas e ações de promoção da atividade física no município														Apoiar a instituição dos programas e ações para o fornecimento de dados sobre as necessidades epidemiológicas e contextuais, a partir dos resultados de melhorias à saúde dos participantes a partir da prática.
	3.13 Orientar as prioridades políticas														Instituir os programas e ações por meio de leis municipais, portarias ou decretos, ou inserção nos instrumentos de gestão do SUS com destinação de recursos financeiros para sustentabilidade da prática.
<b>Possíveis barreiras</b>		<b>Ação de facilitação para minimizar as barreiras</b>													
Ausência de reuniões de equipe [CL]		Utilizar grupos de mensagens instantâneas para comunicação com os profissionais e participantes.													
Limitação no número de pessoas atendidas [CL]		Propor à gestão aumentar as estruturas físicas como piscinas, cobertura dos espaços, pistas de caminhada ou outros espaços.													
Clima e cultura organizacional para apoio [CO]		Planejar o Dia D na UBS para maior interação entre os profissionais e apoio das empresas locais para divulgação da prática.													
Recursos físicos limitados [CO]		Utilizar os espaços públicos disponíveis e fomentar o apoio dos participantes para requererem à gestão melhorias dos espaços.													
Recursos materiais limitado [CO]		Adaptar materiais como garrafas plásticas, cabos de vassoura ou apoio da gestão para compra de novos materiais.													

Quadro 37. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo dos níveis de contexto.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos prática exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ação de facilitação
Burocracias do sistema [CS]															Buscar apoio de associações, igrejas ou outros locais para a oferta da prática.
Falta de prioridades políticas [CS]															Instituir um programa de atividade física para a sustentabilidade orçamentária e para apoio científico nas tomadas de decisão.

Abreviações: AF=atividade física; AL=alcance; EF= efetividade; IM=implementação; AD= adoção; MA=manutenção; AU=autonomia; PA=participação; RE=replicação; SU= sustentabilidade; APS= Atenção Primária à Saúde; PSE= Programa Saúde na Escola; ESF= Estratégia Saúde da Família; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Nas colunas com as dimensões do RE-AIM, as células sombreadas na cor verde revelam a presença de informações relacionada a referida dimensão, conforme o tipo de facilitação; da mesma forma, nas colunas que constam os atributos da Prática Exitosa as células sombreadas no cinza escuro significa a presença de informações relacionada ao referido atributo, conforme o tipo de facilitação; e nas colunas dos profissionais envolvidos (facilitador= facilitador interno; gestor= facilitador externo; e equipe= profissionais das equipes) as células estão sombreadas no azul, quando na presença do apoio de terminado profissional para o tipo de facilitação.

No quadro 38, foi apresentado nove ações de facilitações voltadas ao perfil dos profissionais facilitadores. Com maior frequência as facilitações mostraram enfoque na manutenção e no planejamento. Nesse caso, todas as facilitações devem ser aprimoradas pelos profissionais facilitadores (quantidade visualizada pelo sombreado na coluna).

Quadro 38. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da facilitação.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?  Exemplos de ação de facilitação	
		RE-AIM					Atributos prática exitosa de AF					Profissionais envolvidos				
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe		
4. Facilitação- Estilo do facilitador [EF]	4.1 Ser motivador e proativo para a adaptação das atividades e apoio à implementação															Motivar os participantes na manutenção e assiduidade da prática; estar atento as necessidades de adaptações da oferta da prática.
	4.2 Ser flexível, criativo e dinâmico															Flexibilizar a dinâmica na prática, adaptando as atividades conforme o perfil e necessidades dos participantes.
	4.3 Ser acolhedor e afetivo com os participantes															Ser afetivo e acolhedor com os participantes, de modo a conhecer suas expectativas e interesses.
4. Facilitação- Característica do facilitador [CF]	4.4 Buscar o alcance dos usuários com ações pontuais e articulações com a equipe de profissionais															Adotar estratégias para alcançar novos participantes como visitas domiciliares, palestras e apoio nas salas de espera.
	4.5 Ser comunicativo e flexível nas ações e nas participações pontuais com os profissionais das equipes															Flexibilizar a comunicação e a prontidão para apoio às demais ações dos profissionais das equipes nos locais.
4. Facilitação- Papel do facilitador [PF]	4.6 Idealizador e articulador para a buscar recursos para apoio à prática															Buscar adaptar a oferta da prática aos participantes e articular a busca por recursos e apoio da gestão.
	4.7 Buscar alternativas para manutenção da prática															Conhecer sobre o perfil dos participantes e do território, gerenciar o apoio dos profissionais da equipe e buscar alternativas para variar os locais de oferta da prática.
	4.8 Responsável especialista para prescrever e apoiar os aconselhamentos															Planejar a prescrição das atividades, adotar protocolos, orientar e apoiar os aconselhamentos e a avaliação dos participantes.
	4.9 Apoiar iniciativas de inovação para qualificar a oferta e a atuação profissional na prática															Realizar eventos, palestras, campanhas e apoiar trabalhos científicos para disseminação da prática, com participação dos profissionais da equipe.
<b>Possíveis barreiras identificadas para evidência</b>							<b>Ação de facilitação para minimizar as barreiras</b>									

Quadro 38. Processo de facilitação para implementação da Prática Exitosa de Atividade Física, conforme o constructo da facilitação.

Tipo de elemento	Ação de facilitação	Quando faz?										Quem faz?			Como fazer?
		RE-AIM					Atributos prática exitosa de AF					Profissionais envolvidos			
		AL	EF	IM	AD	MA	AU	PA	PL	RE	SU	Facilitador	Gestor	Equipe	Exemplos de ação de facilitação
	Abordagem para alcance aos usuários [EF]														Sensibilizar os participantes com aconselhamentos sobre atividade física e avaliações físicas para se manterem ativos fisicamente.
	Acúmulo de atribuições do profissional facilitador [CF]														Buscar o apoio de outro profissional para apoio à implementação da prática.
	Dificuldade de apoio dos ACS para alcance aos novos [CF] participantes														Capacitar os ACS aconselhar sobre atividade física e buscar novos usuários.
	Dificuldade de apoio dos médicos para alcance aos novos participantes [CF]														Buscar apoio dos profissionais médicos do local e dos médicos do trabalho das indústrias locais para encaminhamentos à prática.
	Atender as demandas do território [PF]														Reduzir a busca por medicamentos nas UBS, por meio de aconselhamentos e convites à prática de atividade física;
	Execução da prática de atividade física [PF]														Apoiar os estagiários de educação física para a execução, planejamento, avaliação e monitoramento dos participantes e, de profissionais da residência multiprofissional, para apoio em ações pontuais de promoção da saúde na prática.

Abreviações: AF=atividade física; AL=alcance; EF= efetividade; IM=implementação; AD= adoção; MA=manutenção; AU=autonomia; PA=participação; RE=replicação; SU= sustentabilidade; ACS= Agente Comunitário de Saúde. Nas colunas com as dimensões do RE-AIM, as células sombreadas na cor verde revelam a presença de informações relacionada a referida dimensão, conforme o tipo de facilitação; da mesma forma, nas colunas que constam os atributos da Prática Exitosa as células sombreadas no cinza escuro significa a presença de informações relacionada ao referido atributo, conforme o tipo de facilitação; e nas colunas dos profissionais envolvidos (facilitador= facilitador interno; gestor= facilitador externo; e equipe= profissionais das equipes) as células estão sombreadas no azul, quando na presença do apoio de terminado profissional para o tipo de facilitação.

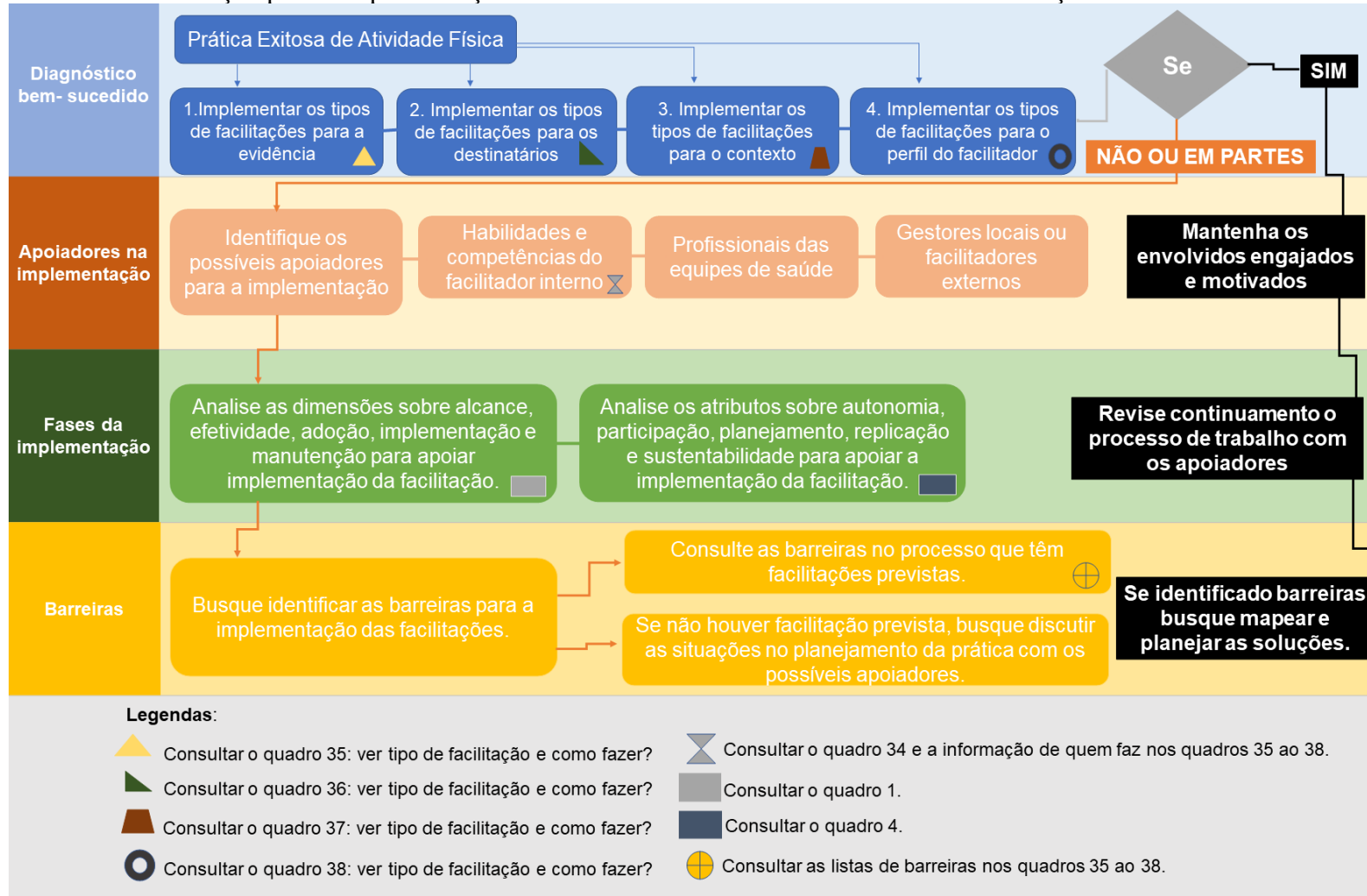
Por fim, o processo de facilitação apresentado tem como foco apoiar o profissional facilitador na tomada de decisão para a implementação de práticas exitosas que sejam embasadas e mantidas por evidências fortes; com um contexto local e organizacional favorável para o apoio às mudanças e clima favorável para adoção dos profissionais envolvidos; com um contexto de sistema capaz de sustentar a prática; e facilitação direcionada por um perfil de profissional facilitador adequado para apoio à implementação.

Nesse sentido, o processo de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS necessita do diagnóstico sobre a evidência, contexto, destinatários e o perfil do profissional facilitador em direção ao gerenciamento das facilitações (Figura 11). O processo foi desenhado de modo que o profissional facilitador identifique o tipo de facilitação e a ação que deve ser conduzida para facilitar o processo de implementação; além de identificar em quais fases podem ser implementadas (conforme os conceitos das dimensões do RE-AIM e dos atributos de uma prática exitosa apresentados na presente tese); e quem podem ser os apoiadores nessas ações, se os gestores e os facilitadores externos à equipe, ou os profissionais das equipes e os facilitadores internos à equipe. Ao identificar que todos os tipos e ações de facilitação foram implementadas (evidência, contexto, destinatários e facilitação) é orientado ao profissional facilitador que mantenha a comunicação com os envolvidos e a contínua análise do processo para a sua manutenção ou revisão, sempre que possível.

Do contrário, se as facilitações não foram atendidas ou implementadas em partes, a orientação é identificar em qual fase estava prevista o tipo de facilitação, quem são os apoiadores a serem sensibilizados e os recursos necessários para apoio. Em caso de barreiras previstas a serem identificadas as ações de facilitação podem ser implementadas para minimizar as dificuldades. No entanto, se houver outras barreiras não previstas, as ações podem ser planejadas de forma multiprofissional e com o apoio da gestão, sempre que possível (Figura 11).



Figura 11. Processo de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único.



#### 4. DISCUSSÃO

A presente tese teve como objetivo propor um processo de facilitação para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física por profissionais de saúde na APS do SUS. Quatro das práticas exitosas avaliadas foram diagnosticadas com alto grau de implementação para evidência, contexto e facilitação (práticas C, D, DD e DDD), respectivas às regiões centro-oeste e sudeste do país. No total, houve 181 relatos de barreiras para a implementação das práticas exitosas.

Em torno de 20% dos relatos mencionaram barreiras nos aspectos sobre o contexto organizacional e sobre os destinatários- participantes, sendo percebidas com maior frequência pelas práticas classificadas com alto grau de implementação. Possivelmente, esses contextos apresentavam maior prontidão para identificar as barreiras devido a maior adoção dos profissionais do local. Metade das barreiras foram percebidas pelos profissionais das equipes. De modo geral, 661 relatos de ações de facilitação foram identificados na implementação das práticas exitosas. Pelo menos 20% dos relatos foram sobre o elemento da evidência, do contexto local e das características da facilitação. Houve facilitações identificadas para minimizar as barreiras, apesar de corresponder a 5% dos relatos.

Três perfis de profissionais facilitadores foram identificados como internos à equipe local, sendo denominados como gestor especialista, facilitador especialista e mediador interdisciplinar. Outro perfil externo à equipe local foi identificado como mediador externo, na qual prestava apoio ao profissional facilitador especialista em três das práticas exitosas. O processo de facilitação foi proposto com a sistematização de 52 ações. Além disso, propõe quais facilitações devem ser implementadas para melhorar o grau de implementação sobre evidência, contexto, destinatários e facilitação do profissional, qual o apoio necessário para conduzir as facilitações e em quais fases devem ser previstas em relação às dimensões do RE-AIM e dos atributos de prática exitosa. Ademais, o processo também prevê barreiras que podem ser minimizadas com facilitações específicas.

Apesar das Práticas Exitosas de Atividade Física terem sido previamente avaliadas por outras estruturas da ciência da implementação, como o RE-AIM, ainda assim, não se desconsidera a necessidade de uma avaliação sobre o grau de implementação, por meio de um processo qualitativo. Apesar de nova estrutura alinhada ao RE-AIM, permitir a investigação do contexto para análise da sustentabilidade e da equidade das intervenções,

como o *Robust Implementation and Sustainability Model* (PRISM), esse não considera o elemento facilitação como ativo no processo (SHELTON; CHAMBERS; GLASGOW, 2020). Por isso, sobre a análise do diagnóstico, além da análise de contexto, foi observado aspectos sobre a evidência e de que forma a facilitação era conduzida (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998; RYCROFT-MALONE, 2004; HILL et al., 2017; YUE et al., 2022). Assim, posteriormente a esse diagnóstico, a facilitação passa a ser entendida como o elemento mais ativo para a implementação da prática exitosa e em constante interação entre os demais elementos.

Para responder à análise do diagnóstico situacional de implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física, foi observado, no geral, quatro práticas avaliadas com evidência média e seis classificadas como alta. A evidência alta somente não foi observada nas práticas da região nordeste. A classificação média/baixa para o elemento evidência, em outros estudos, tem demonstrado relação com a dificuldade da adoção de protocolos, de recomendações ou de diretrizes para apoiar os profissionais na prática, ou ainda, não ter sido elaborada com base nos interesses e perfis dos destinatários (RYCROFT-MALONE, 2004; HILL et al., 2017; YUE et al., 2022). Nossos achados vão na mesma direção, uma vez que a evidência média teve relação com a ausência de informações das características dos territórios sobre os dados epidemiológicos, situacionais ou do mapeamento de problemas de saúde direcionados às demandas da APS. A capacidade técnica e o conhecimento de gestores e de profissionais de saúde para o levantamento ou manipulação desses dados pode ter sido um limitador para a ausência dessas informações, como observado em outros estudos (CROOHI et al., 2022). As práticas exitosas classificadas com evidência alta, tiveram associadas a contextos com grau de implementação alto e médio. Possivelmente, a facilitação tenha sido o diferencial para interrelação entre contexto e evidência. Nessa direção, um processo de facilitação definido auxilia no planejamento de práticas com maiores chances de serem apoiadas pelo contexto local, organizacional e de sistema (CONNOLLY et al., 2020).

No diagnóstico situacional, também foi observado que a maioria das práticas ofertadas tinha enfoque na promoção da saúde e, em duas práticas, tinham objetivo voltado à prevenção de doenças ou agravos à saúde. É plausível que escopos mais abrangentes e interdisciplinares da oferta de atividade física possam ampliar as possibilidades de alcance da população ou estarem inseridas como parte do tratamento e do diagnóstico (MORAES et al., 2019) e no matriciamento das equipes de saúde (OLIVEIRA; WACHS, 2018). Na análise dos territórios, nos relatos dos profissionais

foram identificadas as preocupações sobre a medicalização da população, sobre os problemas osteomusculares por decorrência laboral e sobre o enfrentamento da obesidade infantil, o que pode justificar o enfoque da oferta da atividade física como prevenção dos agravos. A territorialização, como parte da análise da evidência, é fundamental para a organização da RAS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019). Nesse sentido, a atividade física pode ser um meio de atuação multiprofissional para o atendimento integral à saúde dos usuários (OLIVEIRA; WACHS, 2018; LOCH; DIAS; RECH, 2019), assim como, o objetivo pautado em uma evidência alta sobre o território, pode também favorecer planejamentos e atribuições bem-definidas no papel dos profissionais envolvidos.

Ainda, na análise do diagnóstico situacional sobre o contexto teve um papel importante para a compreensão sobre a cultura local, as situações de apoio entre os profissionais na prática e os mecanismos de avaliação das práticas (RYCROFT-MALONE, 2004; HILL et al., 2017; YUE et al., 2022). Metade das práticas exitosas foram classificadas com um contexto médio. Na avaliação foi observado sobre a dificuldades de prontidão da equipe de profissionais de apoiarem a prática, as crenças negativas dos profissionais facilitadores em relação à cultura local e a ausência de feedbacks dos processos de trabalho. Nessa direção, os estudos mostram que a análise de contexto se faz necessária para também compreender as chances de sustentabilidade dessas práticas nos locais (SHELTON; COOPER; STIRMAN, 2018; LI et al., 2018). Os contextos mais receptivos às mudanças têm maiores chances de adoção e sensibilização dos profissionais das equipes (CONNOLLY et al., 2020; ROOHI et al., 2022). Nesse sentido, há maior aceitação dos profissionais para a adoção da implementação quando suas habilidades, capacidades e conhecimentos são valorizados e reconhecidos como parte da tomada de decisão, como evidenciado em outros estudos (LI et al., 2018; CONNOLLY et al., 2020). Por essa razão, a facilitação sendo um elemento ativo do processo é um diferencial para a mudança de um contexto baixo/médio para alto e, assim, oportunizar um contexto mais receptivo (GRANDES et al., 2017). Por isso também o papel do facilitador como essencial com habilidades capazes de gerenciar o processo, ou contar com o apoio explícito de líderes externos ou com a orientação de facilitadores mais experientes (HARVEY et al., 2018). Além disso, os esforços para a qualificação do contexto devem ser contínuos diante da alta rotatividade dos profissionais de saúde na APS e a alta demanda dos serviços ofertados (GONTIJO et al., 2020).

As características do contexto local, no que diz respeito onde as práticas eram ofertadas refletem, em partes, as dificuldades e as potencialidades que eleva a

classificação para um grau mais alto. Pelo menos quatro práticas exitosas eram desenvolvidas nos polos do PAS. Nesses espaços se tem uma infraestrutura própria, com materiais disponíveis e profissionais de saúde direcionados para a atuação. No país, mais de 1.300 municípios tem essa estrutura na APS, onde a maioria das ações implementadas são de práticas corporais e atividade física, seguido de alimentação adequada (MANTA et al., 2019). Isso favorece um espaço adequado e com equipe de profissionais disponíveis para o atendimento de usuários encaminhados pela RAS ou por demanda espontânea (BRASIL, 2019). Por outro lado, mais da metade das práticas exitosas realizavam as atividades em espaços públicos próximo às UBS, em que os profissionais eram vinculados, ou nos espaços privados cedidos ou alugados no município. Na mesma direção, outros estudos revelam sobre o frequente uso dos espaços públicos como praças, parques ou academias ao ar livre para as intervenções de atividade física na APS (AMORIM et al., 2013; GOMES et al., 2014; QUEIROGA et al., 2016). No entanto, o que alguns estudos mostram é que a baixa participação em programas comunitários é devido as barreiras percebidas quanto à segurança e a qualidade das infraestruturas disponíveis nesses espaços públicos ou próximo às UBS (TONOSAKI et al., 2018; SILVA., 2020). Portanto, o apoio da gestão e a qualidade dos espaços para a oferta da prática exitosa favoreceu os contextos locais classificados com melhor grau de implementação. As estratégias de facilitação para mapear a presença de espaços adequados no território para as ações de promoção da saúde também estão nas diretrizes e os princípios da RAS, de modo a assegurar a equidade e a integralidade por meio do conhecimento sobre o território (BRASIL, 2017a).

Como parte do contexto local, na análise do diagnóstico situacional, a disponibilidade de recursos materiais também pareceu ser um diferencial para contextos mais bem avaliados. Em grande parte, foi observado a disponibilidade para uso de colchonetes, caneleiras, bolas de pilates, camas elásticas, halteres, steps, materiais de natação, dentre outros. No entanto, isso foi presente apenas nos polos do PAS ou nos locais privados. Nas UBS, a maioria dos materiais eram adaptados ou reciclados pelos participantes, o que reforça os achados de estudo de revisão sobre intervenções no âmbito da APS no país (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Possivelmente, esse cenário seja alterado a partir da instituição do IAF, que direcionou investimentos de custeio federal para a qualificação da oferta de atividade física em estabelecimentos como UBS, Unidades Móveis Fluviais e Postos de Saúde (BRASIL, 2022d). Nesse caso, o recurso de custeio pode ser utilizado para a aquisição de materiais de consumo para a realização das

atividades práticas, o que poderá apoiar as Práticas Exitosas de Atividade Física nos territórios, assim como replicar em outros locais.

Além disso, na análise do diagnóstico situacional, o alto grau de implementação foi percebido nas práticas exitosas que estavam vinculadas aos profissionais facilitadores com perfis de gestores especialistas na equipe ou facilitadores especialistas na equipe-destes alguns combinados a um facilitador mediador externo. Outros estudos também observaram que nas facilitações bem-sucedidas, os profissionais facilitadores apresentavam fortes habilidades de gerenciamento de projetos, equipe/processo e influência/negociação (CRANLEY et al., 2017; CRANLEY et al., 2019; CONNOLLY et al., 2020). Acredita-se que os facilitadores com mais tempo de experiência, nos nossos achados a média foi de 17,5 anos, pode ter refletido em maior prontidão para implementar as facilitações em direção à resolução de problemas ou melhoria dos processos de trabalho. Os profissionais facilitadores, com mais experiência, conhecem sobre os arranjos organizacionais necessários que podem a vir facilitar algumas tomadas de decisões (CRANLEY et al., 2017). Além disso, em se tratando do perfil de facilitador gestor especialista na equipe também tinha o conhecimento técnico para o planejamento, avaliação e condução de protocolos de prescrição de atividades físicas e exercícios físicos, o que pode facilitar o processo de feedback no contexto local.

De modo geral, nas avaliações de diagnóstico situacional, nenhuma prática obteve classificação para uma combinação de evidência média/baixa tendo contexto alto. Isso, possivelmente ocorreu, porque em situações das práticas avaliadas com evidência média/baixa a facilitação também teve sua implementação avaliada no mesmo grau, exceto na prática B. O que pode significar que mesmo diante de uma facilitação apropriada, ainda contextos pouco favoráveis ou não sensibilizados às mudanças impactam em evidências limitadas. No entanto, a estrutura do i-PARIHS reforça que mesmo em condições menos ideais de evidência e de contextos, uma facilitação bem-sucedida pode aumentar o grau de implementação (HARVEY; KITSON, 2015b). Porém, a literatura também é limitada em analisar os processos de implementação de intervenções de atividade física na APS e de que forma as evidências foram inseridas e utilizadas pelos profissionais nos contextos locais e organizacionais (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; KONRAD et al., 2017; MANTA et al., 2022). A literatura tem mostrado que intervenções de aconselhamento sobre atividade física na APS, em torno de 50% a 80% dos profissionais realizavam com os usuários nos atendimentos individuais (SANTOS et al., 2015; MORAES et al., 2019; MORAES et al., 2022). Os profissionais qualificados

têm duas vezes mais chances de realizarem aconselhamentos sobre atividade física em seus processos de trabalho (FLORINDO et al., 2013). Portanto, na maioria dos casos, para que os protocolos com base nas melhores evidências sejam adotados pelos profissionais das equipes, os contextos organizacionais precisam ser encorajados à adoção e à manutenção dessas ações inovadoras (SHELTON; COOPER; STIRMAN, 2018).

Em relação ao levantamento de informações sobre as barreiras na implementação das práticas exitosas, pelo menos 20% das 181 identificadas, estavam relacionadas ao contexto organizacional ou aos destinatários (participantes e profissionais). Outras evidências também mencionaram sobre os reflexos do clima organizacional enquanto barreiras na implementação de intervenções de atividade física como, falta de apoio da equipe, falta de feedbacks e avaliações e ausência de gestão de dados (COOPER et al., 2021; MANTA et al., 2022; RUEST et al., 2022). Do contrário, a literatura mostra que um clima organizacional favorável requer habilidades, capacidades e prontidão da equipe de profissionais para apoiar às mudanças necessárias (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012; DOPP; NASCIMENTO; NAKAMURA, 2020). No nível dos destinatários-profissionais, outras evidências também destacaram como barreiras as crenças sobre as capacidades, habilidades e consequências da prática aos participantes como sendo negativas para apoio à implementação (FRENCH et al., 2012; MANTA et al., 2022). Com mais frequência, os profissionais relataram insegurança no seu agir profissional, com a ausência de protocolos ou processos bem-definidos para o atendimento ao público (FLORINDO et al., 2013; NETO et al., 2019). No entanto, o que se observa é que as dificuldades estavam, quase sempre, na aceitação de algumas categorias profissionais em reconhecer a atividade física inserida no atendimento integral à saúde da população (MANTA et al., 2022). Nessa direção, aquele profissional que oferta a prática de atividade física na APS, em grande parte o profissional de educação física, sente-se sozinho ou isolado em seu processo de trabalho (FERREIRA et al., 2016; LOCH; DIAS; RECH, 2019). Consequentemente, isso reforça o quão necessário é fomentar um processo de facilitação para que a equipe de profissionais seja sensibilizada à atuação multiprofissional e interdisciplinar na APS (OLIVEIRA; WACHS, 2018). Frente a isso, não somente é necessário fomentar a educação permanente para os processos de trabalho (LEE et al., 2017; BENEDETTI et al., 2020b), como também qualificar a atuação profissional nos cursos de formação para o trabalho multiprofissional, em especial na APS (TASCA et al., 2020). Isso refletirá em um processo de trabalho baseado nas

diretrizes e princípios da RAS para que intervenções sejam efetivamente qualificadas e sustentadas nos serviços (TASCA et al., 2020), principalmente no que tange a capacitação profissional para a oferta de ações de atividade física (BRASIL, 2021b). Em relação às barreiras dos destinatários-participantes outros estudos também reforçaram sobre as dificuldades de adesão dos participantes devido à falta de motivação, de tempo, de interesse ou de percepção de saúde (GOMES et al., 2019; SILVA., 2020). A maioria das Práticas Exitosas de Atividade Física era oferecida ao público idoso que tendem a reforçar barreiras intrínsecas (ex.: cansaço, falta de energia, falta de motivação) para a adesão e manutenção na atividade física, como evidenciado em estudos (KRUG; LOPES; MAZO, 2015; SOCOLOSKI et al., 2021).

Além disso, ao relacionar as barreiras com a análise do diagnóstico situacional realizado, foi percebido que aquelas práticas classificadas com alto grau de implementação, na classificação geral, relataram maior número de barreiras. Acredita-se que por serem avaliadas com contextos mais favoráveis ao trabalho multiprofissional, os profissionais tendem a atuarem conjuntamente nas tomadas de decisão e no planejamento. Outros estudos mostraram que quanto maior a adoção dos profissionais, maiores eram as chances de compartilharem decisões sobre o planejamento (LIDDY et al., 2013; LONG et al., 2018). Isso também potencializava os espaços de formação e apoio profissional para que as facilitações fossem delineadas para a solução dos problemas ou em direção à melhoria da oferta de atividade física. A resolução dos problemas frente a implementação, em grande parte, também contribui para a replicação e *comparability* de outras ações das equipes para planejarem melhores intervenções (HARVEY; KITSON, 2015b).

Sobre o levantamento das informações sobre as facilitações identificadas no processo de implementação, mais de 600 tipos de relatos foram identificados. Em menor quantidade, as facilitações foram percebidas para o contexto de sistema. Possivelmente, a menor ingerência dos profissionais facilitadores e dos profissionais da equipe em relação à tomada de decisão no nível da gestão pode ter influenciado a menor quantidade de relatos. Em estudo prévio, os respectivos gestores de saúde dessas práticas exitosas demonstraram maior conhecimento sobre as ações de implementação, mas menores argumentos sobre os aspectos relacionados a elaboração do problema, a avaliação e a tomada de decisão (SANDRESCHI, 2022). Ou seja, ainda no nível do contexto de sistema, as facilitações para a implementação de intervenções de atividade física não eram bem documentadas pela gestão municipal. Na mesma direção, outro estudo verificou a ausência de evidências para subsidiar a tomada de decisão da gestão para o planejamento



de intervenções de atividade física, em município no sul do país (BECKER et al., 2018). No entanto, no contexto de sistema sobre as Práticas Exitosas de Atividade Física foi evidente a necessidade de institucionalizar a oferta da prática de atividade física para a garantia da sustentabilidade, em relação a disponibilidade de recursos financeiros advindos do próprio município. No âmbito da saúde pública, programas se tornam sustentáveis no território se inseridos nos instrumentos de gestão do município como nos Planos Municipais de Saúde ou no Planejamento Plurianual, como o caso do PAS (BRASIL, 2019).

Sobre as ações de facilitações identificadas na implementação das práticas foi percebido o potencial das Práticas Exitosas de Atividade Física em contribuir para o fortalecimento da cultura de atividade física no território, o que está muito relacionado à evidência e ao contexto local. Nesse sentido, a participação e a autonomia adquirida pelos participantes ao reconhecerem aqueles espaços como oportunidades de lazer e de apoio social, pode fortalecer o vínculo com os profissionais e melhorar a qualidade de vida (BENEDETTI et al., 2020b). Dessa forma, a cultura reconhecida pelo território, amplia a atuação multiprofissional, uma vez que o grupo passa a ser visto como assíduo e mais receptivo às intervenções de saúde da APS (LI et al., 2018; OLIVEIRA; WACHS, 2018; GETACHEW et al., 2021).

Diante dessa realidade, foi percebida a prontidão dos profissionais envolvidos ao reorganizar seus processos de trabalho para as visitas domiciliares e os atendimentos coletivos. Isso foi observado nos locais mais vulneráveis socioeconomicamente e de maiores inequidades em saúde, como observado nas práticas A e AA (região norte) e na prática B (região nordeste). Nesses contextos, as ações multiprofissionais eram mais fortalecidas para que os profissionais conseguissem alcançar a população para os cuidados em saúde. Em direção aos achados do presente estudo, o apoio dos ACS para o aconselhamento de comportamentos saudáveis, o alcance e a manutenção dos usuários nos atendimentos e tratamentos direcionados foram essenciais para a implementação (SANTOS et al., 2015; DOPP; NASCIMENTO; NAKAMURA, 2020). Na APS, as visitas domiciliares, são importantes para o monitoramento e para o acompanhamento dos usuários em suas demandas reprimidas, além do apoio multiprofissional e das equipes de saúde para a solução dos problemas do território, principalmente para aqueles que não chegam por demanda espontânea (FERREIRA et al., 2016). Nesse caso, a prática de atividade física como parte do processo de acolhimento, tratamento, diagnóstico,

prevenção de doenças e promoção da saúde cumpre o seu papel diante da evidência, na perspectiva da *observability* (HARVEY; KITSON, 2015b).

Quanto ao perfil dos profissionais facilitadores foram identificados três internos à equipe e outro externo à equipe. Os profissionais facilitadores internos à equipe são aqueles que compõem as equipes de saúde e os externos, tendo um perfil vinculado como gestor local ou pesquisador de instituições apoiadoras à prática. Quanto maior a influência do profissional facilitador na tomada de decisão em nível de sistema, mais próximo seu papel está de acordo com o perfil gestor especialista na equipe. Ao que parece, esse perfil está mais relacionado as práticas classificadas com alto grau de implementação e, possivelmente, as capacidades técnicas e gerenciais desses facilitadores, fato que foi um diferencial na condução dos processos de implementação. Os diferentes perfis dos facilitadores retrataram um cenário importante no diagnóstico das práticas exitosas. Conforme definido pela estrutura do i-PARIHS, na facilitação o profissional facilitador tem o papel de gerenciar os processos e identificar as necessidades dos destinatários, da evidência e do contexto para alcançar resultados bem-sucedidos (HARVEY; KITSON, 2015b). Outro estudo, identificou pelo menos nove diferentes perfis de um profissional facilitador para intervenções em saúde (CRANLEY et al., 2017). A maioria desses eram treinados para a função, mas no contexto do Brasil isso ainda não é uma realidade na APS do SUS.

Além disso, a atuação na saúde pública pouco é fomentada nos cursos de graduação em saúde, seja nos estágios curriculares, ou nas disciplinas obrigatórias para a atuação dos futuros profissionais nesse âmbito (TASCA et al., 2020). Na prática, isso fragiliza o processo de trabalho dos profissionais em identificar os problemas do território, bem como de atuarem em um planejamento interdisciplinar e multiprofissional (GALAVIZ et al., 2017). O que se observa é que as práticas profissionais têm se consolidado a partir das experiências ao longo dos anos de atuação na APS (CONNOLLY et al., 2020; SQUIRES et al., 2021). O perfil do profissional gestor especialista na equipe teve a característica de maior tempo de experiência, com características fortes de gerenciamento, liderança e apoio técnico. O profissional facilitador especialista na equipe foi menos presente a habilidade para o gerenciamento da prática no contexto organizacional e de sistema. No entanto, nesses casos, o apoio do facilitador mediador externo à equipe esteve vinculado aos profissionais especialistas na equipe. Em grande parte, o mediador externo era da gestão de saúde dos municípios ou das universidades de ensino superior do local ou da região. O apoio de um facilitador externo pode mudar o

engajamento dos profissionais no contexto interno e a entrega aos usuários, como observado em países de alta renda (HARVEY et al., 2018; CONNOLLY et al., 2020). Outro estudo também traz que os facilitadores externos têm o papel de conduzir as intervenções durante os períodos desafiadores de incerteza sobre a direção do projeto ou da prática e em relação a viabilidade dos locais (PENNEY et al., 2021). Ademais, facilitadores externos, em colaboração com a equipe de apoio à implementação, usam estratégias adaptadas a diversos contextos locais, incluindo *networking*, fornecimento de dados e soluções de *brainstorming* (PENNEY et al., 2021). Isso também foi observado, no presente estudo, uma vez que o alto grau de implementação das práticas exitosas esteve relacionado a presença de um facilitador gestor na equipe e, em um caso, o profissional facilitador especialista combinado à atuação de um mediador externo à equipe. Possivelmente, esse apoio externo tenha contribuído no processo de implementação bem-sucedido.

Ainda, em relação ao perfil dos profissionais facilitadores, pelo menos metade tinha formação na área de educação física, por isso tiveram seu perfil denominado como especialistas na equipe. No entanto, o perfil de um profissional facilitador não requer uma formação específica nesse campo de conhecimento (CRANLEY et al., 2017). O que determina um perfil desejável para a atuação como facilitador é a sua capacidade, sua habilidade e suas competências profissionais para que o processo de implementação seja organizado em busca dos resultados bem-sucedidos (HARVEY; KITSON, 2015b; CRANLEY et al., 2017). Os demais profissionais que tinham a formação em enfermagem ou assistência social foram identificados como facilitadores mediadores internos à equipe. Pois, em seus perfis, foram identificadas as habilidades capazes de organizarem o processo de trabalho e a gestão da implementação da prática com seus pares, em direção às necessidades de organização do local. No Brasil, são ausentes estudos que tenham identificado o perfil de profissionais de saúde para gerenciar a implementação de práticas de saúde na APS. Apesar disso, são conhecidos estudos que investigaram a validação de ferramentas e programas para a capacitação de multiplicadores com objetivo de orientar intervenções com foco em mudança de comportamentos no âmbito do SUS (JOSÉ et al., 2019; KONRAD et al., 2020; TOMICKI et al., 2021). Ademais, poucos estudos trataram sobre a adoção desses programas pelos profissionais de saúde na APS (KONRAD et al., 2017), bem como a tradução do conhecimento para a implementação na rotina de trabalho (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Por isso, aspectos sobre a evidência, os destinatários e os diferentes níveis de contexto nos locais devem ser considerados para a

tradução do conhecimento e para adequação dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos.

Na relação observada entre o perfil dos profissionais facilitadores e a identificação de barreiras no processo de implementação, pelo menos 40% das informações analisadas foram mencionadas por esses profissionais. O perfil de facilitadores especialistas na equipe percebeu com mais frequência barreiras no contexto organizacional. Possivelmente, devido à falta de habilidades no gerenciamento de equipes isso pode ter refletido em percepções pouco favoráveis nesse nível de contexto, como observado em outros estudos (CONNOLLY et al., 2020; SQUIRES et al., 2021). Nos referidos estudos, o papel do facilitador externo serviu para apoiar a implementação, de modo a qualificar as tomadas de decisão e a organização das atividades (CONNOLLY et al., 2020; SQUIRES et al., 2021). Por isso, um processo de facilitação que oriente os profissionais de saúde na sua atuação ou como planejar é um meio de potencializar as entregas e os serviços prestados aos usuários. Além de apoiar na implementação das ações para que tenham potencial de serem sustentáveis, monitoráveis e com objetivos tangíveis (BENEDETTI et al., 2020a).

Nessa direção, o processo de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS foi elaborado com base no diagnóstico situacional da implementação das práticas exitosas, na identificação das barreiras e facilitações, além do perfil dos profissionais facilitadores vinculados. A partir disso, o processo proposto foi elaborado com base nos tipos e nas ações de facilitações que foram identificadas como elementos essenciais para o sucesso da implementação e que respondem questões como: qual o tipo de facilitação, quando faz, quem faz, como faz e possíveis barreiras, considerando os elementos e subelementos do i-PARIHS (HARVEY; KITSON, 2015b). Outros estudos reforçam que um processo de trabalho com papéis bem-definidos é capaz de fomentar novas replicações e adoção de novas evidências para o cuidado integral da saúde dos usuários, com redução de custos e maior efetividade no planejamento (GLASGOW, 2013; CRANLEY et al., 2019; GLASGOW et al., 2019). Esse processo é um meio de apoiar a atuação do profissional facilitador na prática, mas também propor o apoio de outros profissionais e gestores envolvidos nas tomadas de decisão, sempre que possível (HUNTER et al., 2020).

O processo de facilitação foi elaborado de modo que as tomadas de decisões na implementação estejam interrelacionadas em diferentes níveis, desde o micro, meso e macro. Isso significa dizer que as tomadas de decisão em um processo de facilitação

permeiam complexidades de comportamento que requerem negociações e relações interpessoais com o nível mais próximo ao facilitador, como seu contexto local, planejamento diante da evidência, da cultura e das experiências; bem como no nível meso, onde as negociações reforçam a complexidade na tomada de decisão juntamente às equipes de profissionais e da gestão local; por fim, no nível macro, onde a institucionalização da prática se faz presente com as discussões embasadas nos resultados bem-sucedidos para apoio dos mais diversos recursos. Ademais, outros estudos sobre avaliação de implementação, destacam no nível macro do processo a relação com a priorização das políticas, dos recursos e das recomendações nacionais (RYCROFT-MALONE et al., 2018). Nessa perspectiva, o i-PARIHS traz esse foco para as habilidades dos facilitadores, reconhecendo que os níveis e os elementos se interrelacionam. Por isso, as facilitações devem ser analisadas continuamente por decorrência da dinâmica com que as mudanças ocorrem nos contextos, o que refletem nos comportamentos individuais e coletivos. (HARVEY; KITSON, 2015b).

O processo de facilitação foi apoiado por outras estruturas da ciência da implementação, com base nas dimensões do RE-AIM e no conceito e atributos de uma prática exitosa. Isso porque, as Práticas Exitosas de Atividade Física foram avaliadas previamente, conforme essas estruturas e conceitos mencionados. Nessa perspectiva, a orientação do processo é analisar em quais dimensões e atributos estão relacionados os tipos de facilitações, para que a tomada de decisão do profissional facilitador e dos profissionais envolvidos identifiquem sob qual direção os resultados serão alcançados.

No processo proposto, os tipos e as ações de facilitações tiverem suas características mais eminentes sob as dimensões da adoção e da manutenção, no que diz respeito ao RE-AIM. A adoção de profissionais e a manutenção organizacional são vistas como dependentes da fidelidade da entrega e do quanto a intervenção é reconhecida como necessária naquela organização (CAZARIN et al., 2019; PINEDA et al., 2021). Os estudos reforçam que a baixa adoção dos profissionais às intervenções era devido à falta de tempo, ou a falta de conhecimento, ausência de materiais adequados ou estruturas para oferecerem as atividades físicas (RUBIO-VALERA et al., 2014; COOPER et al., 2021; MANTA et al., 2022). Portanto, propor um processo que visa minimizar essas barreiras poderá auxiliar os profissionais a identificarem os caminhos que facilitam a adoção e a motivação dos envolvidos para apoio à implementação (FRENCH et al., 2012). Tendo como base a ciência da implementação, estruturas de avaliação de intervenções têm demonstrado que as percepções sobre o comportamento dos profissionais, suas

expectativas, crenças e valores influenciam na adoção e manutenção da intervenção (CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012; COWDELL; DYSON, 2019). Outras ferramentas também têm sido utilizadas para avaliação de processos de intervenções na saúde, como *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (KIRK, 2016; BIRKEN, 2017; KING et al., 2020a).

Nesse sentido, o apoio de ferramentas que subsidiam a análise de comportamentos humanos sobre às expectativas e atitudes para a adoção contribuem para delinear os aspectos motivacionais que devem ser melhorados para a manutenção do apoio (BIRKEN, 2017; MANTA et al., 2022). Além disso, os profissionais envolvidos tendem a ser mais receptivos com a implementação quando reconhecem que a prática traz benefícios à saúde dos participantes e contribuem para resultados positivos no processo de trabalho (BABA et al., 2017). Em contrapartida, a descontinuidade na manutenção organizacional da intervenção reforça a falta de apoio da gestão, a falta de rotina no trabalho para atender as demandas e a falta de motivação dos profissionais em buscar novos conhecimentos (BABA et al., 2017; KONRAD et al., 2017; CAZARIN et al., 2019).

No que se refere aos atributos da prática exitosa, no processo proposto, os tipos de facilitação tiveram suas características mais eminentes sob o planejamento e a participação. O planejamento em saúde requer a identificação das demandas do território, no entanto, em contextos similares de implementação ainda são observadas a falta de habilidades profissionais em realizar essa análise (MANTA et al., 2020). Mesmo diante da capacitação dos profissionais de saúde para o planejamento de ações de práticas corporais e atividade física, na APS, estudo demonstrou a falta de informações sobre facilitações no alcance dos usuários, sobre as avaliações pretendidas e o grupo alvo a ser atendido (MANTA et al., 2020). Consequentemente, isso reforça os motivos por que, grande parte dos usuários da APS, não se identificam com a oferta de práticas de atividade física e tem dificuldades em se manterem engajados nos grupos, como observado em outros estudos (FLORINDO et al., 2013; FERREIRA et al., 2019). As Práticas Exitosas de Atividade Física demonstraram necessidades de direcionar ações de facilitações no planejamento da intervenção para a manutenção na prática, mesmo diante algumas barreiras interpessoais percebidas para a participação e autonomia.

O conceito de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS foi recentemente publicado, ainda há a necessidade de estudos com o propósito de investigar como as estratégias das práticas exitosas são capazes de apoiar outros contextos de intervenções

(BENEDETTI et al., 2020a). No entanto, no ano de 2022, está em andamento uma pesquisa de doutorado que tem como objetivo avaliar o processo de implementação das Recomendações de Práticas Exitosas de Atividades Físicas, a partir da análise de cinco ações de atividade física, desenvolvidas na APS, de sete municípios distintos, respectivos a cinco estados diferentes. Nessa pesquisa, consta no planejamento a atuação de facilitadores externos ao contexto local e da gestão do município para orientar os profissionais de saúde, facilitadores internos à equipe, para a replicação das estratégias previstas para que as práticas sejam potencialmente exitosas. Esses resultados também analisarão a efetividade na replicação das recomendações em diferentes contextos da APS.

Apesar do processo de facilitação de uma Prática Exitosa de Atividade Física, apoiar o papel do profissional facilitador como o elemento mais ativo nas ações direcionadas, a implementação também requer o apoio de outros atores-chave. Em direção as ações de facilitações propostas no processo, pelos menos 21 dessas requer sensibilização dos profissionais da equipe e 13 dos gestores locais para apoio à implementação. Os ACS tiveram destaque nos relatos e fazem parte das sugestões de ações sobre como implementar. O governo federal tem adotado iniciativas para melhorar a qualificação profissional dos ACS como condições salariais adequadas e oferta de capacitações, por se tratar de um profissional chave na ampliação e alcance dos serviços da APS no território. Em parceria com Universidades Federais, o Programa Saúde com Agente teve como objetivo qualificar a atuação nos territórios e a qualificação no levantamento das demandas, pelos ACS, para que sejam priorizadas pelo setor saúde (disponível em: <https://mais.conasems.app/programas/saude-com-agente>). Os ACS, em relação as Práticas Exitosas de Atividade Física, podem facilitar o alcance do público-alvo e o aconselhamento sobre atividade física e demais comportamentos saudáveis, a fim de ampliar os grupos de atividade física no território (SANTOS et al., 2015; OLIVEIRA; WACHS, 2018). Ademais, a prática do aconselhamento sobre atividade física pelo ACS tem sido observada outro estudo que pode aumentar, inclusive, os níveis de atividade física dos próprios profissionais (SANTOS et al., 2015).

Algumas limitações devem ser consideradas diante dos resultados apresentados. Os resultados são provenientes de um estudo com múltiplos casos, considerando pelo menos 10% da amostra de práticas de atividade física identificadas como exitosas, em estudo prévio (SANDRESCHI, 2022). No entanto, para a seleção desses locais foi considerada as diferentes realidades regionais, sociais e econômicas dos municípios para

que fossem reconhecidos os distintos contextos da APS do SUS. Da mesma forma, compreende-se que um maior número de relatos poderia contribuir com novos elementos ao processo de facilitação. Porém a saturação das informações relatadas também foi considerada na amostra de 51 entrevistas realizadas para o presente estudo. Além disso, apesar de ter sido adotada a análise de frequência absoluta e relativa dos relatos, as facilitações foram indicadas com base no conjunto das informações fornecidas pelos profissionais entrevistados, independentemente da quantidade de vezes que foram relatadas. Tendo em vista que o estudo teve como base a análise dos dados qualitativos, a percepção dos entrevistados foi considerada respeitando sua especificidade, experiências profissionais, contextuais e regionais, em detrimento da quantidade de vezes que as informações foram mencionadas.

Os pontos fortes do estudo reforçam que uma Prática Exitosa de Atividade Física na APS requer um processo de facilitação definido e planejado para o alcance de resultados favoráveis em direção a melhor evidência, aos destinatários envolvidos, a prontidão do contexto para a adoção, a manutenção, a replicação e a sustentabilidade dessa prática. Além, da importância da presença de um profissional facilitador para gerenciar as facilitações necessárias e apoio à implementação. Todas essas características foram provenientes de evidências baseadas nas práticas no âmbito da APS do SUS, o que fortalece os achados para aspectos da realidade dos processos de trabalho dos profissionais da saúde pública brasileira.

Como implicações práticas desses achados, é possível que esse processo de facilitação para a implementação de práticas exitosas seja replicado em âmbito nacional da APS do SUS e, até mesmo, podendo embasar ações conjuntas de promoção da saúde a partir da interlocução com as práticas de atividade física desenvolvidas. Ademais, como meio de educação permanente nos territórios esse processo de facilitação também poderá auxiliar no trabalho conjunto das equipes de profissionais, da gestão e com os diferentes parceiros intra e intersetoriais no âmbito da saúde. Ainda, pretende-se com as informações desse estudo disponibilizar à gestão dos órgãos públicos federais, estaduais e municipais uma ferramenta que possibilite melhorar a qualidade no processo de trabalho dos profissionais, gestores e equipes de saúde nos territórios para a incorporação da atividade física como parte do atendimento integral à saúde dos usuários. Assim como, auxiliar para que Práticas Exitosas de Atividade Física sejam sustentáveis na APS, com objetivos e resultados tangíveis à realidade local. Com base no processo de facilitação pretende-se propor um protocolo para implementar esse processo, de modo a apoiar os profissionais



facilitadores das práticas de atividade física a conduzirem as tomadas de decisão em direção ao alto grau de implementação.

Com base nos achados estão previstas a elaboração de artigos em revistas científicas, tendo como temas:

1) Diagnóstico situacional sobre a implementação de intervenções de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Brasil: um estudo de caso de práticas exitosas;

2) Barreiras para a implementação de intervenções de atividade física na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo brasileiro;

3) Estratégias de facilitação para a implementação de intervenções de atividade física na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso de práticas exitosas;

4) Processo de facilitação para a implementação de intervenções de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Brasil: evidência baseada em práticas exitosas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de facilitação para a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS foi embasado em estruturas reconhecidas da ciência da implementação e no conceito de práticas exitosas. Os resultados foram provenientes das evidências baseadas nas práticas, respectiva a uma amostra de mais de 10% das práticas de atividade física identificadas como exitosas no país, a partir de um estudo de casos múltiplos nas cinco regiões do Brasil.

Os locais visitados foram referentes a 10 municípios distintos, que continham as Práticas Exitosas de Atividade Física, em nove unidades federativas. As entrevistas para as coletas de informações foram realizadas com 10 profissionais facilitadores e 41 profissionais vinculados às equipes de saúde do local. A maior parte das atividades eram realizadas nos polos do PAS, três em locais cedidos/alugados em parceria público-privado nos municípios e três em praças e áreas abertas.

O diagnóstico para identificar o grau de implementação das práticas analisadas se deu com base nos elementos para evidência, contexto e facilitação, sendo classificadas como baixa, média ou alta. Dentre as 10 práticas visitadas, quatro foram diagnosticadas com grau de implementação alto para todos os elementos (práticas C, D, DD e DDD), sendo respectivas às regiões centro-oeste e sudeste. Nenhuma prática foi classificada com grau baixo/médio para todos os elementos avaliados.

Os profissionais relataram 181 tipos de barreiras para a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física. Aproximadamente, 20% das barreiras relatadas foram classificadas para os aspectos do contexto organizacional, como também para os destinatários- participantes. As práticas classificadas com alto grau de diagnóstico de implementação tiveram maior número de barreiras relatadas pelos profissionais, com maior frequência entre os profissionais das equipes.

Foram 661 relatos de facilitação identificadas para a implementação das práticas exitosas, sendo em torno de 20% direcionadas para a evidência e para o contexto local. As características, papel e estilo do profissional facilitador também foram facilitações frequentemente relatadas nas entrevistas. Além disso, pelo menos 5% das ações de facilitações foram direcionadas para minimizar algumas barreiras da implementação.

Quatro perfis dos profissionais facilitadores das práticas exitosas foram identificados, sendo três internos à equipe local e um externo. Os profissionais internos foram denominados como gestor especialista, facilitador especialista e mediador

interdisciplinar. Os profissionais facilitadores externos à equipe local foram definidos como o mediador externo, na qual prestavam apoio ao profissional facilitador especialista em três das práticas exitosas. Pelo menos quatro práticas exitosas tinham o profissional facilitador como gestor especialista.

O processo de facilitação foi proposto com a sistematização de 52 ações de facilitações, respondendo às questões sobre o tipo de facilitação, quando devem ser implementadas, quem deve implementar, como implementar, as possíveis e como minimizá-las. Desta forma, o processo de facilitação foi previsto considerando a busca por resultados bem-sucedidos para evidência, destinatários, contexto e facilitação, que podem ser direcionadas pelos profissionais facilitadores, com apoio dos profissionais das equipes e dos gestores locais para favorecer o alto grau de implementação.

As perspectivas desse estudo é apoiar a implementação das Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS como forma de orientar os processos de trabalho dos profissionais envolvidos, no apoio à gestão e a garantia de maior participação e autonomia dos usuários. Com isso, espera-se instituir um planejamento para a implementação de intervenções de atividade física que tenha potencial de ser sustentáveis e replicáveis, em diferentes contextos. Além de auxiliar que também sejam planejadas com base nas evidências do território e nas necessidades dos destinatários. O contexto local, organizacional foram níveis do processo de implementação com facilitações direcionadas também para minimizar barreiras. No contexto de sistema houve menor número de facilitações, mas entendido como necessário para a estruturação de políticas em nível local para apoio às práticas exitosas.

Sendo assim, futuras pesquisas podem ser formuladas, a fim de avaliar a replicação dessas facilitações em locais que apresentam baixo/ médio grau de implementação para apoiar a implementação de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS. Além de apoiar o desenvolvimento de habilidades, capacidades e atribuição de diferentes perfis de profissionais facilitadores identificados no setor saúde, para que os processos de implementação sejam bem-definidos e reconhecidos entre os pares.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, n. 1, 27 nov. 2013.
- AMMERMAN, A.; SMITH, T. W.; CALANCIE, L. Practice-based evidence in Public Health: improving reach, relevance, and results. **Annual Review of Public Health**, v. 35, n. 1, p. 47–63, 18 mar. 2014.
- AMORIM, T. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63–74, fev. 2013.
- ARIJA, V. et al. Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the “Pas-a-Pas” community intervention trial. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, dez. 2017.
- ATKINS, L. et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behavior change to investigate implementation problems. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, dez. 2017.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT., D. OF HEALTH. **More than half of all Australian adults are not active enough**. Canberra, 2013.
- BABA, C. T. et al. Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. **BMC Public Health**, v. 17, 15 set. 2017.
- BARROS, M. et al. Evaluation of programs and interventions for physical activity promotion in primary health care in Pernambuco: construction and validation of instruments and fieldwork methods of the SUS+Ativo Project. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 5, 1 set. 2016.
- BASKERVILLE, N. B.; LIDDY, C.; HOGG, W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 1, p. 63–74, 1 jan. 2012.
- BECKER, L. A. et al. Evidence-based decision making and promotion of physical activity among directors of local health departments. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 90, 14 nov. 2018.
- BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110, 1 mar. 2016.
- BEIGHTON, C. et al. “It’s not just about walking.....it’s the practice nurse that makes it work”: a qualitative exploration of the views of practice nurses delivering complex physical activity interventions in primary care. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1236, dez. 2015.
- BELIZAN, M. et al. Barriers and facilitators for the implementation and evaluation of community-based interventions to promote physical activity and healthy diet: a mixed methods study in Argentina. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, p. 213, 14 jan. 2019.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Best practices for physical activity in Primary Health Care settings: a concept elaboration study. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 503–513, 2020a.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Re-thinking physical activity programs for older Brazilians and the role of Public Health Centers: a randomized controlled trial using the RE-AIM model. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 5 mar. 2020b.

BERENDSEN, B. A. et al. The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: mixed method process evaluation. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 37, dez. 2015.

BERGSTRÖM, A. et al. Knowledge translation in Uganda: a qualitative study of Ugandan midwives' and managers' perceived relevance of the sub-elements of the context cornerstone in the PARIHS framework. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 117, 3 dez. 2012.

BERGSTRÖM, A. et al. The use of the PARIHS framework in implementation research and practice: a citation analysis of the literature. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, p. 68, dez. 2020.

BIRKEN, S. A. Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): a systematic review. p. 14, 2017.

BLONSTEIN, A. C. et al. Translating an evidence-based lifestyle intervention program into Primary Care: lessons learned. **Health Promotion Practice**, v. 14, n. 4, p. 491–497, jul. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

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

BRASIL. **Curso de aperfeiçoamento em implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde:** Programa Academia da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Ministério da Saúde. Brasília, 2017b.

BRASIL. **Programa Academia da Saúde:** caderno técnico de apoio a implantação e implementação. Ministério da Saúde. Brasília, 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 5 maio. 2020.

BRASIL. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira.** Departamento de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2021a.

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

BRASIL. **Recomendações para o desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2021c.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2021d.

BRASIL. **Caderno do gestor do PSE.** Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília, 2022a.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006-2020:** prática de atividade física. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2020. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2022b.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2021:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2022c.

BRASIL. **Portaria nº 1.105, de 17 de maio de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Ministério da Saúde. Brasília, 2022d.

BREDA, J. et al. Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation. **Health Policy**, v. 122, n. 5, p. 519–527, maio 2018.

BRITO, F. A. et al. Tradução e adaptação do check list RE-AIM para a realidade brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1–8, 21 nov. 2018.

BROWNSON, R. C. et al. Fostering more-effective public health by identifying administrative evidence-based practices. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 43, n. 3, p. 309–319, set. 2012.

BROWNSON, R. C.; FIELDING, J. E.; MAYLAHN, C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for Public Health practice. **Annual Review of Public Health**, v. 30, n. 1, p. 175–201, abr. 2009.

CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 37, dez. 2012.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. Em: **In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141–166.

CAZARIN, G. et al. Análise da sustentabilidade de uma intervenção de promoção da saúde no município de Recife, Pernambuco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e290309, 2019.

CHAN, K. S. et al. Harmonizing measures of cognitive performance across international surveys of aging using item response theory. **Journal of aging and health**, v. 27, n. 8, p. 1392–1414, dez. 2015.

COCKER, K. et al. From evidence-based research to practice-based evidence: disseminating a web-based computer-tailored workplace sitting intervention through a Health Promotion Organization. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 5, p. 1049, 22 maio 2018.

CONNOLLY, S. L. et al. External facilitators' perceptions of internal facilitation skills during implementation of collaborative care for mental health teams: a qualitative analysis informed by the i-PARIHS framework. **BMC Health Services Research**, v. 20, p. 165, 4 mar. 2020.

COOPER, J. et al. Barriers and facilitators to implementing community-based physical activity interventions: a qualitative systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 18, n. 1, p. 118, 7 set. 2021.

COSTA-PINEL, B. et al. Implementation of the DP-TRANSFERS project in Catalonia: A translational method to improve diabetes screening and prevention in primary care. v. 13, n. 3, p. 18, 2018.

COWDELL, F.; DYSON, J. How is the theoretical domains framework applied to developing health behaviour interventions? A systematic search and narrative synthesis. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, dez. 2019.

CRANLEY, L. A. et al. Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: a scoping review. **BMJ Open**, v. 7, n. 8, p. e014384, ago. 2017.

CRANLEY, L. A. et al. Understanding professional advice networks in long-term care: an outside-inside view of best practice pathways for diffusion. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 10, dez. 2019.

- CRIST, K. et al. Collaboration between physical activity researchers and transport planners: A qualitative study of attitudes to data driven approaches. **Journal of Transport & Health**, v. 8, p. 157–168, mar. 2018.
- DAVIS, S. M.; CRUZ, T. H.; KOZOLL, R. L. Research to practice: implementing physical activity recommendations. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 3, p. S300–S303, mar. 2017.
- DE JONG, M. A. J. G.; WAGEMAKERS, A.; KOELEN, M. A. Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 72, dez. 2019.
- DERUYTER, A. J. et al. Comparing knowledge, accessibility, and use of evidence-based chronic disease prevention processes across four countries. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 214, 2 ago. 2018.
- DIPIETRO, L. et al. New scientific basis for the 2018 U.S. Physical Activity Guidelines. **Journal of Sport and Health Science**, v. 8, n. 3, p. 197–200, 1 maio 2019.
- DOPP, E. V. DE O.; NASCIMENTO, W. G.; NAKAMURA, P. M. Promoção de atividade física na adolescência por meio de ações com agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–6, 21 nov. 2020.
- ELLIOT, C. A.; HAMLIN, M. J. Combined diet and physical activity is better than diet or physical activity alone at improving health outcomes for patients in New Zealand’s primary care intervention. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 230, dez. 2018.
- ELO, S. et al. Qualitative content analysis: a focus on Trustworthiness. **SAGE Open**, v. 4, n. 1, p. 215824401452263, 7 jan. 2014.
- ELO, S.; KYNGÄS, H. The qualitative content analysis process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 1, p. 107–115, abr. 2008.
- ERWIN, P. C. et al. Evidence-based public health practice among program managers in local Public Health Departments. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 5, p. 472–480, 2014.
- ESTABROOKS, P. A. et al. Using integrated research-practice partnerships to move evidence-based principles into practice. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 47, n. 3, p. 176–187, jul. 2019.
- FERNANDES, A. P. et al. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3903–3914, dez. 2017.
- FERREIRA, R. W. et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00008618, 2019.
- FERREIRA, T. et al. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 3, p. 228–236, 1 maio 2016.



FLANNERY, M.; ROTONDO, L. Changing practice: frameworks from implementation science. **Oncology Nursing Forum**, v. 43, n. 3, p. 385–388, 1 maio 2016.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 794, 31 ago. 2013.

FLORINDO, A. A. et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 4, p. 913–924, dez. 2016.

FRENCH, S. D. et al. Developing theory-informed behavior change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 38, dez. 2012.

FURTADO, K. S. et al. A cross-country study of mis-implementation in public health practice. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 270, dez. 2019.

GALAVIZ, K. I. et al. Evaluating the effectiveness of physician counseling to promote physical activity in Mexico: an effectiveness-implementation hybrid study. **Translational Behavioral Medicine**, v. 7, n. 4, p. 731–740, 1 dez. 2017.

GETACHEW, T. et al. Health extension workers' perceived health system context and health post preparedness to provide services: a cross-sectional study in four Ethiopian regions. **BMJ open**, v. 11, n. 6, p. e048517, 9 jun. 2021.

GILBERT, A. S. et al. A Qualitative study identifying barriers and facilitators of physical activity in rural communities. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2019, p. 1–7, 23 jun. 2019.

GLASGOW, R. E. What does it mean to be pragmatic? Pragmatic methods, measures, and models to facilitate research translation. **Health Education & Behavior**, v. 40, n. 3, p. 257–265, jun. 2013.

GLASGOW, R. E. Pragmatic applications of RE-AIM for health care initiatives in community and clinical settings. **Preventing Chronic Disease**, v. 15, 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**, v. 7, p. 64, 29 mar. 2019.

GOMES, G. A. DE O. et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2155–2168, out. 2014.

GONTIJO, M. D. et al. Professional safety constructs in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 6, p. e20190529, 2020.

GRADY, A. et al. Barriers and enablers to implementation of dietary guidelines in early childhood education centers in Australia: application of the Theoretical Domains Framework. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 50, n. 3, p. 229–237.e1, mar. 2018.

GRANDES, G. et al. Collaborative modeling of an implementation strategy: a case study to integrate health promotion in primary and community care. **BMC Research Notes**, v. 10, n. 1, p. 699, dez. 2017.

GUARDA, F. et al. A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 2, 31 mar. 2014.

GUSTAVSSON, C. et al. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? Interview study with primary healthcare staff and management. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 196, dez. 2018.

HANSON, S.; JONES, A. Missed opportunities in the evaluation of public health interventions: a case study of physical activity programmes. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 674, dez. 2017.

HARDEN, S. M. et al. RE-AIM in clinical, community, and corporate settings: perspectives, strategies, and recommendations to enhance Public Health impact. **Frontiers in Public Health**, v. 6, 2018.

HARDEN, S. M. et al. Walk this way: our perspective on challenges and opportunities for extension statewide walking promotion programs. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 51, n. 5, p. 636–643, 1 maio 2019.

HARVEY, G. et al. Designing and implementing two facilitation interventions within the ‘Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE)’ study: a qualitative analysis from an external facilitators’ perspective. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 141, dez. 2018.

HARVEY, G.; KITSON, A. **Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide**. New York: [s.n.].

HARVEY, G.; KITSON, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 33, dez. 2015b.

HELMINK, J. H. M. et al. The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. **Family Practice**, v. 29, n. suppl 1, p. i68–i74, 1 abr. 2012.

HENDRIKS, A.-M. et al. Obstacles and enablers on the way towards integrated physical activity policies for childhood obesity prevention: an exploration of local policy officials’ views. **BioMed Research International**, v. 2016, p. 1–10, 2016.

HILL, J. N. et al. Use of the PARIHS Framework for retrospective and prospective implementation evaluations. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 14, n. 2, p. 99–107, abr. 2017.

HINO, A. A. F. **Medidas objetivas e percebidas do ambiente do bairro e sua associação com a atividade física de lazer em adultos de Curitiba**. Tese. Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências. Curitiba, Paraná: 2014.

HOLTROP, J. S.; RABIN, B. A.; GLASGOW, R. E. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 177, dez. 2018.

ISPAH, I. S. FOR P. A. AND H. The Bangkok declaration on physical activity for global health and sustainable development. **British Journal of Sports Medicine**, v. 51, n. 19, p. 1389–1391, out. 2017.

JAMES, E. L. et al. Referral for expert physical activity counseling: a pragmatic RCT. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 4, p. 490–499, out. 2017.

JAYAPRAKASH, M. et al. Qualitative process evaluation of a community-based culturally tailored lifestyle intervention for Underserved South Asians. **Health Promotion Practice**, v. 17, n. 6, p. 802–813, nov. 2016.

JOSÉ, H. P. M. et al. Validação do treinamento on-line para multiplicadores do programa vida ativa melhorando a saúde (VAMOS). **Journal of Physical Education**, v. 30, n. 1, p. 3040, 23 maio 2019.

KING, D. K. et al. Planning for implementation success using RE-AIM and CFIR Frameworks: a qualitative study. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 3 mar. 2020.

KIRK, M. A. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. **Implementation Science**, v. 11, n. 72, p. 1–13, 17 mai. 2016.

KISLOV, R.; HUMPHREYS, J.; HARVEY, G. How do managerial techniques evolve over time? The distortion of “facilitation” in healthcare service improvement. **Public Management Review**, v. 19, n. 8, p. 1165–1183, 14 set. 2017.

KITSON, A.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. **Quality and Safety in Health Care**, v. 7, n. 3, p. 149–158, 1 set. 1998.

KONRAD, L. et al. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 5, p. 439–449. 2017.

KONRAD, L. M. et al. Validação de tecnologia educacional para implementar um programa comunitário na saúde pública. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–6, 10 dez. 2020.

KOORTS, H.; GILLISON, F. Mixed method evaluation of a community-based physical activity program using the RE-AIM framework: Practical application in a real-world setting. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1102, dez. 2015.

KOSOWAN, L. et al. Physical activity promotion in Manitoba: strengths, needs, and moving forward. **SAGE Open Medicine**, v. 7, p. 1–10, jan. 2019.

KRUG, R. DE R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, p. 57–64, fev. 2015.

LAWS, R. et al. Translating an early childhood obesity prevention program for local community implementation: a case study of the Melbourne InFANT Program. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 748, dez. 2016.

LEE, R. E. et al. The Physical Activity Resource Assessment (PARA) instrument: evaluating features, amenities, and incivilities of physical activity resources in urban neighborhoods. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 2, p. 13, 14 set. 2005.

LEE, R. E. et al. Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 21 set. 2017.

LEFLER, L. L.; JONES, S.; HARRIS, B. Key strategies for physical activity interventions among older women: process evaluation of a clinical trial. **American Journal of Health Promotion**, v. 32, n. 3, p. 561–570, mar. 2018.

LEHANE, E. et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 24, n. 3, p. 103–108, jun. 2019.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, n. 1, p. 213–233, mar. 2010.

LI, S.-A. et al. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. **Systematic Reviews**, v. 7, n. 1, p. 72, 5 maio 2018.

LIDDY, C. et al. An Overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions. **Healthcare Policy**, v. 8, n. 3, p. 58–68, 20 fev. 2013.

LIM, R. B. T. et al. Correlates, facilitators and barriers of physical activity among primary care patients with prediabetes in Singapore – a mixed methods approach. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1, dez. 2020.

LION, A. et al. Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? **Health Promotion International**, v. 34, n. 4, p. 877–886, 1 ago. 2019.

LOCH, M. R.; DIAS, D. F.; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–5, 12 ago. 2019.

LONG, B. et al. A multisite field teste of the acceptability of physical activity counseling in primary care: project PACE. **American Journal Preventive Medicine**, v. 12, n. 2, p. 73–81, 1996.

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 of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 11, p. 2378, 26 out. 2018.

LOUNASSALO, I. et al. Distinct trajectories of physical activity and related factors during the life course in the general population: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 271, dez. 2019.

MALTA, D. 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**, v. 19, n. 3, 31 maio 2014.

MALTA, D. C.; MIELKE, G. I.; COSTA, N. C. P. **Pesquisas de avaliação do Programa Academia da Saúde**. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2020.

MANTA, S. W. et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, 17 set. 2019.

MANTA, S. W. et al. Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–6, 22 dez. 2020.

MANTA, S. W. et al. Barriers and facilitators on the implementation of physical activity in Primary Health Care: A systematic review. **Preventive Medicine Reports**, v. 28, p. 101875, ago. 2022.

MEURER, S. T. et al. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. **Health Education & Behavior**, v. 46, n. 3, p. 406–416, jun. 2019.

MICHIE, S. Making psychological theory useful for implementing evidence-based practice: a consensus approach. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 1, p. 26–33, 1 fev. 2005.

MIDDLETON, G.; HENDERSON, H.; EVANS, D. Implementing a community-based obesity prevention programme: experiences of stakeholders in the northeast of England. **Health Promotion International**, v. 29, n. 2, p. 201–211, 1 jun. 2014.

MONTEIRO, G. R.; SILVA, R. J. DOS S. O tempo de permanência em programa comunitário de atividade física não ultrapassa dois anos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 16, n. 6, p. 608, 30 out. 2014.

MORAES, S. DE Q. et al. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–12, 11 set. 2019.

MORAES, S. DE Q. et al. Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3603–3614, set. 2022.

MORENO-PERAL, P. et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion: a meta-ethnographic synthesis. **PLOS ONE**, v. 10, n. 5, p. e0125004, 4 maio 2015.

NADERIFAR, M.; GOLI, H.; GHALJAIE, F. Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. **Strides in Development of Medical Education**, v. 14, n. 3, 30 set. 2017.

NATHAN, N. et al. Barriers and facilitators to the implementation of physical activity policies in schools: A systematic review. **Preventive Medicine**, v. 107, p. 45–53, fev. 2018.

NETO, J. M. DE S. et al. Isolated and simultaneous perceived barriers to physical activity counseling. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–8, 2019.

NEW ZEALAND, N. Z. M. OF H. **New Zealand Ministry of Health. Sit less, move more, sleep well: physical activity guidelines for children and young people**. Wellington: Ministry of Health, 2017.

NILSEN, P. Making sense of implementation theories, models, and frameworks. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 53, dez. 2015.

OLIVEIRA, B. N. DE; WACHS, F. Educação Física e Atenção Primária à Saúde: o apoio matricial no contexto das redes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1–8, 2018.

ONU. **Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável**. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Organização das Nações Unidas, 2015. Disponível em: <[https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)>. Acesso em: 6 ago. 2022

OPAS, O. P.-A. DA S. **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2018.

ORROW, G. et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **BMJ**, v. 344, n. mar26 1, p. e1389–e1389, 26 mar. 2012.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 99–110, dez. 2003.

PENNEY, L. S. et al. Multi-tiered external facilitation: the role of feedback loops and tailored interventions in supporting change in a stepped-wedge implementation trial. **Implementation Science Communications**, v. 2, n. 1, p. 82, 27 jul. 2021.

PEREZ, D. F. et al. Impact of participant incentives and direct and snowball sampling on survey response rate in an ethnically diverse community: results from a pilot study of physical activity and the built environment. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 15, n. 1, p. 207–214, fev. 2013.

PINEDA, R. et al. Applying the RE-AIM framework to evaluate the implementation of the Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences (SENSE) program. **BMC Pediatrics**, v. 21, n. 1, p. 137, dez. 2021.

PLAETE, J. et al. What do general practitioners think about an online self-regulation programme for health promotion? Focus group interviews. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 3, dez. 2015.

POWELL, B. J. et al. Methods to improve the selection and tailoring of implementation strategies. **The journal of behavioral health services & research**, v. 44, n. 2, p. 177–194, abr. 2017.

POWELL, B. J. et al. Enhancing the impact of implementation strategies in healthcare: a research agenda. **Frontiers in Public Health**, v. 7, p. 3, 22 jan. 2019.

QUEIROGA, M. R. et al. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 827–836, out. 2016.

RAMALHO, J. R. DE O. et al. Physical activity levels and factors associated with the sedentary lifestyle of users of a basic health unit in Belo Horizonte, Minas Gerais. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014.

REIS, J. G. DOS et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457–3462, set. 2019.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Assessment of the effectiveness of physical activity interventions in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.

ROBERTS, N. A. et al. The utility of the implementation science framework “Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services” (i-PARIHS) and the facilitator role for introducing patient-reported outcome measures (PROMs) in a medical oncology outpatient department. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 11, p. 3063–3071, nov. 2021.

ROOHI, G. et al. A knowledge implementation model in health system management based on the PARIHS model. **Health research policy and systems**, v. 20, n. 1, 16 jun. 2022.

ROSE, M. et al. The PROMIS physical function item bank was calibrated to a standardized metric and shown to improve measurement efficiency. **Journal of clinical epidemiology**, v. 67, n. 5, p. 516–526, maio 2014.

RUBIO-VALERA, M. et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2, p. e89554, 28 fev. 2014.

RUEST, M. et al. Algo’s integrated knowledge translation process in home care services: a cross-sectional correlational study for identifying its level of utilization and its associated characteristics. **Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D’Ergotherapie**, v. 89, n. 1, p. 13–25, mar. 2022.

RUSHFORTH, B. et al. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 66, n. 643, p. e114–e127, fev. 2016.

RYCROFT-MALONE, J. et al. A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomized controlled international trial: an exemplar. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 138, dez. 2018.

SANDRESCHI, P. F. **Ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde:** resultados da pesquisa SAFE. Tese. Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina: 2022.

SANTOS, T. et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 165–165, 4 set. 2015.

SATO, M. et al. Older adults' physical activity and health care costs, 2003–2014. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 5, fev. 2020.

SCHWINGEL, A. et al. Using a mixed-methods RE-AIM Framework to evaluate community health programs for older latinas. **Journal of Aging and Health**, v. 29, n. 4, p. 551–593, jun. 2017.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos.** 2. ed. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEWARD, K. et al. Factors that influence the implementation of dietary guidelines regarding food provision in centre based childcare services: A systematic review. **Preventive Medicine**, v. 105, p. 197–205, dez. 2017.

SHELTON, R. C.; CHAMBERS, D. A.; GLASGOW, R. E. An Extension of RE-AIM to enhance sustainability: addressing dynamic context and promoting health equity over time. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 2020.

SHELTON, R. C.; COOPER, B. R.; STIRMAN, S. W. The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. **Annual Review of Public Health**, v. 39, n. 1, p. 55–76, 2018.

SILVA, C. R. DE M. et al. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00081019, 2020.

SILVA, D. A. S. et al. Physical inactivity as risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 11, n. 1, p. 23, dez. 2019.

SILVA, K. L. et al. Health promotion: challenges revealed in successful practices. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76–85, fev. 2014.

SILVEIRA, P. M. DA et al. Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 26, n. 4, p. 519, 25 out. 2015.

SIMMAVONG, P. K.; HILLIER, L. M.; PETRELLA, R. J. Lessons learned in the implementation of HealthSteps: an evidence-based healthy lifestyle program. **Health Promotion Practice**, v. 20, n. 2, p. 300–310, mar. 2019.

SOCOLOSKI, T. DA S. et al. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1–8, 12 jul. 2021.



SQUIRES, J. E. et al. Stakeholder perspectives of attributes and features of context relevant to knowledge translation in health settings: a multi-country analysis. **International Journal of Health Policy and Management**, p. 1, 1 maio 2021.

STETLER, C. B. et al. A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. **Implementation Science**, v. 6, n. 1, dez. 2011.

STOUTENBERG, M. et al. A pragmatic application of the RE-AIM Framework for evaluating the implementation of physical activity as a standard of Care in Health Systems. **Preventing Chronic Disease**, v. 15, 10 maio 2018.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 6 jan. 2020.

TOMICKI, C. et al. Promoting healthy lifestyles in Brazil: design and method of “VAMOS Program” in public health system. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1–5, 27 mar. 2021.

TONOSAKI, L. M. D. et al. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, n. 2, p. 138–145, abr. 2018.

ULLRICH, P. M.; SAHAY, A.; STETLER, C. B. Use of implementation theory: a focus on PARIHS: use of implementation theory. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 11, n. 1, p. 26–34, fev. 2014.

**U.S. Physical Activity Guidelines for Americans**. Department of Health and Human Services. 2nd edition. Washington: 2018.

VERMUNT, P. W. et al. Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 1, p. 79, dez. 2012.

WAGGIE, F. Development of an evaluation matrix for a community-based interdisciplinary health-promotion course. **African Journal of Health Professions Education**, v. 7, n. 1, p. 58–63, 29 out. 2015.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed ed. Pearson, London: 2010.

WALTZ, T. J. et al. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. **Implementation Science**, v. 14, 29 abr. 2019.

WEATHERSON, K. A.; GAINFORTH, H. L.; JUNG, M. E. A theoretical analysis of the barriers and facilitators to the implementation of school-based physical activity policies in Canada: a mixed methods scoping review. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 41, dez. 2017.

WEINER, B. et al. Implementing the MOVE! weight-management program in the veterans' health administration, 2007-2010: a qualitative study. **Preventing Chronic Disease**, dez. 2011.

WHIPPLE, M. O. et al. A mixed methods study of perceived barriers to physical activity, geriatric syndromes, and physical activity levels among older adults with peripheral artery disease and diabetes. **Journal of Vascular Nursing**, v. 37, n. 2, p. 91–105, jun. 2019.

WHO. **Promoting physical activity in the health sector: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region.** WHO European Region, 2018a. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/382337/fs-health-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/382337/fs-health-eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 9 jan. 2020


WHO. **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world.** World Health Organization, 2018b.

WHO. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior.** World Health Organization. Geneva, 2022.

WOZNIAK, L. et al. Contextualizing the proven effectiveness of a lifestyle intervention for type 2 diabetes in primary care: a qualitative assessment based on the RE-AIM Framework. **Canadian Journal of Diabetes**, v. 39, p. S92–S99, out. 2015.


YUE, J. et al. Evaluating factors that influenced the successful implementation of an evidence-based neonatal care intervention in Chinese hospitals using the PARIHS framework. **BMC Health Services Research**, v. 22, p. 104, 25 jan. 2022.

## APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS (SAFE).



# QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE



PESQUISAR PARA RECOMENDAR

---

**Prezado (a),**

Você está sendo convidado (a) para responder ao questionário com perguntas direcionadas às ações realizadas de atividade física (aqui entende-se como práticas corporais, atividades físicas, exercícios físicos) que você coordena e/ou desenvolve em seu local de trabalho. As informações disponibilizadas por você são de uso exclusivo para fins desta pesquisa. É impreterível que você leia e aceite o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presente nessa página. **Para responder ao questionário é importante que você tenha em mãos o número do CNES da sua Unidade e o total de pessoas que participam de cada ação.**

Desde já agradecemos a sua participação.

---

**Atenção**

Responda somente se a ação de atividade física for vinculada ou desenvolvida por profissionais da rede do município. Ações desenvolvidas por profissionais de outras secretarias (esporte, cultura, assistência social) não são objetos desse questionário. Entenda como ação de atividade física toda e qualquer iniciativa que foque em promoção de atividade física e que tenha continuidade. Por favor, desconsidere eventos pontuais que são realizados em dias comemorativos (ex.: caminhada da paz, dia mundial da saúde, dia D da vacinação, etc.).

---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Aos profissionais da saúde da Atenção Básica

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE A PARTIR DAS PRÁTICAS EXITOSAS DESENVOLVIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que tem como objetivo elaborar

[Ler TCLE completo](#)

Informo que li e estou de acordo com o TCLE publicado nesta página.

---

Informe o número do CNES do seu estabelecimento para continuar

[Prosseguir](#)



# QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE

PESQUISAR PARA RECOMENDAR

[Voltar para o início](#)

## BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do local

Tipo de local

- Unidade Básica de Saúde  
 Programa Academia da Saúde  
 Outro

O local possui NASF vinculado?

- Não  
 Sim  
 Não sabe ou não quer informar

O local de serviço de saúde, sobre o qual você está respondendo possui aproximadamente quantos usuários cadastrados?

- Informe  
 Não sabe ou não quer informar

Endereço completo

Nome do logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

Estado

Município

Telefone para contato

De que forma você ficou sabendo da pesquisa?

- Telefonema da ouvidora

- E-mail de divulgação do Ministério da Saúde
- Redes sociais
- Secretaria Municipal de Saúde
- Outro

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

## BLOCO 2- INFORMAÇÕES DO RESPONDENTE

Neste bloco preencha suas informações pessoais (as informações de quem responde ao questionário).

Nome completo

E-mail institucional

E-mail pessoal

Sexo

- Masculino
- Feminino

Data de nascimento

No formato dd/mm/aaaa

Formação profissional

- Enfermeiro (a)
- Fisioterapeuta
- Médico (a)
- Nutricionista
- Profissional de Educação Física
- Formação técnica em saúde
- Agente comunitário de saúde
- Outro

Grau de formação completa

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Graduação
- Pós-Graduação

Atuação profissional no local

- Gestor
- Coordenador de Área (atenção básica, vigilância em saúde, promoção da saúde)
- Gerente de Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde
- Profissional de saúde que desenvolve serviços (atendimentos, consultas, grupos temáticos, etc.)
- Técnico em saúde
- Outro

Tempo de atuação profissional no local (em anos)

Tempo em anos

## BLOCO 3- INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Neste bloco, você irá responder sobre as ações de atividade física que são desenvolvidas para os usuários.

Atenção: a ação de atividade física pode ser considerada toda e qualquer iniciativa que foque em promoção de atividade física e que tenha curta, média ou longa duração. Por favor, desconsidere eventos pontuais que são realizados em dias comemorativos (ex.: caminhada da paz, dia mundial da saúde, dia D da vacinação, etc.).

No seu local de atuação há o desenvolvimento de alguma ação de atividade física?



# QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE

PESQUISAR PARA RECOMENDAR

[Voltar para o início](#)

## ETAPA 2

### Informações sobre as ações de atividade físicas

Na etapa anterior você informou que haviam **5 ações** desenvolvidas em seu local de trabalho.

Neste momento forneça informações detalhadas sobre cada uma delas, começando pela que você considera mais importante. Para isso, utilize o botão abaixo:

Você já informou **0** ações.

[Adicionar ação](#)

## BLOCO 4 – CARACTERÍSTICAS DA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre as características da ação de atividade física desenvolvida em seu local de trabalho (UBS ou Academia da Saúde), território ou município. Caso ocorra mais de uma ação de atividade física, escolha uma delas para iniciar a descrição. Inicie pela ação de atividade física que você considera a mais importante. Ao fim do relato será possível inserir mais opções de ações.

Escreva o nome da ação de atividade física você irá responder

Escreva qual o objetivo da ação de atividade física que você está relatando.

- O objetivo é  
 Não tem  
 Não sabe ou não quer informar

Há quanto tempo essa ação de atividade física é desenvolvida no seu local de trabalho?

- Menos de três meses  
 De três a seis meses  
 De seis meses a um ano  
 De um a quatro anos  
 Mais de quatro anos  
 Não sabe ou não quer informar

Atualmente, a ação de atividade física ainda está sendo realizada?

- Não  
 Sim  
 Não sabe ou não quer informar

Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física?

- Não houve  
 Panfletos  
 Cartazes  
 Ligações telefônicas  
 Contato pelo Agente Comunitário de Saúde  
 Boca-a-boca  
 Reuniões nas Unidades  
 Outros  
 Não sabe ou não quer informar

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

**Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de atividade física?**

- Unidade Básica de Saúde
- Polo do Programa Academia da Saúde
- Áreas cobertas comunitárias (ginásio, salão, espaços religiosos, associação, escola, etc.)
- Área abertas comunitárias (parque, praça, quadra esportiva, escola, etc.)
- Área privada cedida (ginásio, quadra esportiva, etc.)
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

**Como é desenvolvida a ação de atividade física?**

- Rodas de conversas ou palestras
- Palestras
- Grupo de atividades físicas
- Consultas individuais
- Vídeos
- Consultas em grupo
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

**Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?**

- 4 ou mais dias na semana
- 3 dias na semana
- 2 dias na semana
- 1 dia na semana
- Quinzenal
- Mensal
- É variável, não tem uma frequência definida
- Não sabe ou não quer informar

**Em cada encontro, qual a duração da ação de atividade física?**

- Não tem duração definida, varia de acordo com o encontro
- Até 30 minutos
- De 30 a 60 minutos
- Mais de 60 minutos
- Não sabe ou não quer informar

**É utilizado algum instrumento para avaliar a atividade física dos participantes da ação?**

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

**Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física?**

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

**Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física?**

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

## BLOCO 5 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre o perfil dos participantes da ação de atividade física, na qual você está informando. Caso você não tenha todas as informações, procure o responsável pela ação.

**A ação de atividade física que é desenvolvida atende qual faixa etária?**

**Crianças (0-9 anos)?**

- Não atende crianças.
- Sim. Quantas?

**Adolescentes (10-19 anos)?**

- Não atende adolescentes.
- Sim. Quantos?

**Adultos (20-59 anos)?**

- Não atende adultos.

Sim. Quantos?

**Idosos (60 anos ou mais)?**

- Não atende idosos.  
 Sim. Quantos?

**A proposta da ação de atividade física é desenvolvida para atender a algum grupo especial?**

- Não  
 Diabéticos  
 Obesos  
 Hipertensos  
 Gestantes  
 Outro  
 Não sabe ou não quer informar

Obs.: Você pode marcar mais que uma alternativa

## BLOCO 6 – PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre as características dos profissionais que atuam na ação de atividade física que você está relatando.

**Quantos profissionais de saúde do seu local de trabalho (contando com você) estão envolvidos no desenvolvimento desta ação de atividade física?**

**Qual o vínculo empregatício do principal profissional que desenvolve a ação de atividade física?**

- Profissional contratado efetivo (concursado)  
 Profissional contratado temporário  
 Residente  
 Estagiário  
 Voluntário  
 Outro  
 Não sabe ou não quer informar

## BLOCO 7 – PARTICIPAÇÃO NO MUNICÍPIO

Nesse bloco, você irá responder sobre a forma que o município participa da ação que você está relatando

**A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação?**

- Não  
 Sim  
 Não sabe ou não quer informar

**Houve mudança na gestão municipal (mudança de prefeito(a)) no decorrer do funcionamento da ação de atividade física que está sendo relatada?**

- Não  
 Sim  
 Não sabe ou não quer informar

Cancelar

Salvar ação



## APÊNDICE B- ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS FACILITADORES

## ROTEIRO DE ENTREVISTA VIA TELEFONE – AS PRÁTICAS MAIS EXITOSAS

**\*TEMPO ESTIMADO: 15 MINUTOS\***

Ligar para o telefone informado no preenchimento do questionário na etapa anterior e pedir para falar com a pessoa que o preencheu a SAFE.

Bom dia/boa tarde [nome da pessoa], me chamo [Paula/Sofia] e faço parte da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas que é desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde. Em [mês] nós recebemos, por meio de nosso questionário online, o relato da prática de [nome/modalidade da prática] realizada na [nome da UBS/PAS] do seu município.

O [a] senhor [a] recorda ter respondido esse questionário?

Se sim: A prática a qual o [a] senhor [a] relatou ficou entre as 50 mais exitosas do Brasil.

posso fazer uma entrevista com o(a) senhor(a) neste momento? A previsão de tempo é de 10 minutos.

**Sim:** Iniciar entrevista. Pular a introdução da entrevista.

**Não:** pedir para agendar um horário para entrevista de aproximadamente 10 minutos.

Se não: pedir indicação da pessoa responsável, entrar em contato e agendar a entrevista de aproximadamente 10 minutos ou, se disponível, fazer na hora.

Entrevista:

Bom dia/boa tarde, me chamo [Paula/Sofia] e faço parte da pesquisa SAFE - Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas, conforme agendado, gostaria de aproximadamente 10 minutos da sua atenção para conversarmos um pouco mais sobre a prática [nome/modalidade da prática] que acontece no [UBS/PAS] do seu município. Gostaria de destacar que as informações disponibilizadas por você são de uso exclusivo para fins desta pesquisa.

Questão	Perguntas norteadoras	Objetivo	Dimensões/Atributos		
			RE-AIM	SAFE	I-PARIHS
[Não ler ao entrevistado] informe ao entrevistado que o assunto a ser introduzido tratará sobre o planejamento e condução da prática em atividade física					
1.	A prática ocorre regularmente, ou seja, em dias e horários marcados, sem mudanças constantes?	Verificar se a prática ainda existe ( ) Sim ( ) Não	Manutenção	Sustentabilidade	Contexto a nível local

	Desde quando a prática <b>[nome/modalidade da prática]</b> foi iniciada?				
2.	De maneira geral, como a prática <b>[nome/modalidade da prática]</b> funciona? Onde? Qual modalidade, para qual público etc.?	Verificar se se trata de uma prática regular, atendendo aos nossos critérios de inclusão ( ) Sim ( ) Não	Implementação	Planejamento	Contexto/Evidência-Inovação (atributo Compatibility do Rogers)
3.	Outros profissionais de saúde participaram em alguma das etapas de planejamento ou execução da prática?	Verificar se a prática tem ou teve o apoio da equipe de profissionais ( ) Sim ( ) Não	Adoção	Planejamento	Destinatário
4.	Os participantes se mostram motivados para buscar outros comportamentos saudáveis, além da prática de atividade física? Se sim, o que você percebeu? Eles recebem	Verificar se a prática estimula o empoderamento dos participantes. ( ) Sim ( ) Não	Implementação	Empoderamento	Evidência- Inovação (atributo Observability do Rogers)
5.	No total, quantas pessoas participam da prática <b>[nome/modalidade da prática]</b> ?	Verificar se o número de participantes atingidos não é irrisório, ou seja, atende aproximadamente XX pessoas ou mais. Obs: verificar qual seria um número mínimo aceitável para a visitação. ( ) Sim ( ) Não	Alcance	Participação	Contexto a nível local
6.	Quais são os benefícios que os participantes adquirem após participação? Quais instrumentos são usados para verificar esses benefícios? [Se sim] Com que frequência são aplicados?	Verificar se há resultados positivos comprovados para os participantes ( ) Sim ( ) Não	Efetividade	Planejamento	Contexto a nível local

7.	São realizadas reuniões periódicas com a equipe de saúde?	Verificar se são realizadas reuniões com os outros profissionais de saúde ( ) Sim ( ) Não	Implementação	Planejamento	Contexto a nível local
8.	Observações gerais:				

**A entrevista será gravada e o entrevistador marcará “sim” ou “não” após seu término.**

**A PRÁTICA SÓ SERÁ VISITADA CASO TODAS AS ALTERNATIVAS SEJAM MARCADAS COMO “SIM”.**

## APÊNDICE C- ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS FACILITADORES

ROTEIRO DE ENTREVISTA					
**TEMPO ESTIMADO- 1hora**					
<p><b>[Não ler para o entrevistado]:</b> Orientações para a apresentação ao entrevistado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do entrevistador;</li> <li>- Sistematizar/organizar as respostas da etapa II e primeiro instrumento da etapa III, caso alguma informação tenha sido pouco esclarecida e/ou conflitante;</li> <li>- Apresentação do TCLE e consentimento para gravar;</li> <li>- Informar o início da entrevista</li> <li>- Ao iniciar a gravação o entrevistador deverá mencionar o nome completo do entrevistado, antes de iniciar as questões, assim como falar o horário, local e cidade em que a entrevista está sendo realizada.</li> </ul> <p><b>[Ler para o entrevistado]:</b> Você foi convidado para participar desta entrevista por ter sido identificado como o responsável pela implementação e gerenciamento da ação exitosa de atividade física <b>[falar o nome da ação que foi selecionada]</b> no seu ambiente de trabalho <b>[Apresentar o TCLE e consentimento para gravar]</b>. Na entrevista iremos falar a função que você desempenha no papel de ‘facilitador’ da ação, portanto as perguntas serão direcionadas para conhecer sobre a sua experiência nessa atuação, principais barreiras ou facilidades que você identifica para o sucesso da ação.</p>					
Questão	Entrevista/Questões	Dimensões/Atributos			
Bloco de questões sobre experiências profissionais na atenção básica		Objetivo	RE-AIM	SAFE	I-PARIHS
<p><b>[Não ler ao entrevistado]</b> informe ao entrevistado que o assunto a ser discutido será sobre as percepções quanto as experiências profissionais na atuação na atenção básica e seu perfil profissional para o papel de facilitador.</p>					
9.	Quais experiências profissionais você destacaria como POSITIVAS ao longo dos anos de atuação como profissional de saúde na atenção básica? Por quê?	Compreender as experiências profissionais no local de trabalho e analisar os aspectos positivo do contexto	Adoção	Planejamento	Destinatários
10.	Quais experiências profissionais você destacaria como NEGATIVAS ao longo dos anos de atuação como profissional de saúde na atenção básica? Por quê?	Compreender as experiências profissionais no local de trabalho e analisar os aspectos negativos do contexto	Adoção	Planejamento	Destinatários
11.	A partir dessas experiências mencionadas, quais características profissionais você destacaria como necessárias para desempenhar o papel de facilitador da ação exitosa de atividade física?	Compreender se o profissional apresenta uma autopercepção do seu papel profissional.	Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local
12.	Quais características profissionais você destacaria como prejudiciais para o bom andamento da ação exitosa de atividade física?		Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local

13.	Além de desempenhar o papel de facilitador da ação de atividade física, você é responsável por outras tarefas em seu ambiente de trabalho? Se sim, quais?	Compreender se o profissional apresenta uma organização para desempenhar seu papel profissional na ação e se a mesma é prevista como uma prioridade organizacional.	Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local
14.	Você acha que sua carga horária para desenvolver a ação é o suficiente para todas as demandas que exige? Se não, qual seria o cenário ideal?		Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local
<b>Bloco de questões sobre a implementação da ação exitosa em atividade física</b> <b>[Não ler ao entrevistado]</b> informe ao entrevistado que o assunto a ser discutido será sobre o processo adotado para o desenvolvimento da ação, desde o planejamento até a prática.		<b>Objetivo</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
15.	Conte-nos como surgiu a ideia da implementação da ação exitosa de atividade física?	Compreender se a ação foi desenvolvida a partir de uma evidência, para que ela possa ser adaptada e fazer sentido no contexto local.	Implementação	Planejamento	Inovação
16.	Outros profissionais do seu ambiente de trabalho auxiliaram na elaboração do planejamento para o desenvolvimento da ação? Se sim, quais os profissionais que ajudaram? Você obteve apoio da maioria ou da equipe?	Compreender como a equipe de profissionais do local se engajou na ação, de forma colaborativa, intencional ou por exigência do contexto.	Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local
17.	<b>[não perguntar caso a pergunta anterior for NEGATIVA]</b> Esses profissionais que auxiliaram na elaboração do planejamento, tiveram papéis específicos no desenvolvimento da ação? Se sim, quais? Como foram definidos esses papéis (ex.:cada profissional se disponibilizou a auxiliar com um papel específico ou essa determinação foi de ordens superiores?)?		Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível local
18.	Houve participação de algum membro da comunidade (paciente, usuário, participante de algum outro projeto) para auxiliar no planejamento e/ou no desenvolvimento da ação? <b>[se a pergunta anterior for NEGATIVA, não questionar as seguintes]</b> . Se sim, qual o tipo de engajamento ou função? Ele teve algum papel específico quando a ação foi colocada em prática?	Compreender se líderes comunitários ou os participantes com perfil de liderança com seus pares participaram do planejamento da ação e influenciaram no alcance da ação.	Alcance	Participante	Destinatários

19.	No instante do planejamento para o desenvolvimento da ação exitosa de atividade física, todos os procedimentos, critérios de avaliação, recursos materiais, equipamentos necessários e carga horária dos profissionais para a ação foram discutidos com todos os profissionais envolvidos? Se não, como esse processo foi conduzido? Se existiram, como os conflitos foram solucionados?	Compreender se o contexto em nível organizacional foi preparado para desempenhar os papéis e carga de trabalho de todos os profissionais (suporte profissional).	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
20.	Com que frequência são realizadas reuniões com os profissionais envolvidos para discutir assuntos referentes ao desenvolvimento da ação? Habitualmente, estas reuniões são conduzidas por quem? Há uma pauta fixa do que será tratado? Se sim, quais os principais assuntos?	Compreender se o contexto em nível local para identificar as avaliações de processos e feedback da implementação são compartilhados com a equipe de profissionais.	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível organizacional
21.	Com que frequência são realizadas as avaliações dos participantes da ação para acompanhamento dos resultados? Qual os profissionais são os responsáveis por realizar a avaliação? Como vocês repassam os resultados para os participantes? Como os dados são armazenados (ex.: planilhas em excel, documentos de word, formulários eletrônicos)? Outros profissionais que atuam na AB têm à disposição os resultados das avaliações? Eles utilizam para acompanhamentos da saúde desses participantes?	Compreender se o contexto em nível organizacional foi preparado para gerenciar, armazenar, compartilhar e analisar os resultados avaliados dos participantes.	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível organizacional
22.	Quais os principais benefícios da ação que você destacaria aos participantes?		Efetividade	Participação	Destinatários
23.	Quais os principais riscos da ação que você destacaria aos participantes?		Efetividade/ resultados inesperados	Participação	Destinatários
24.	Você acredita que a ação tem atendido àquilo que ela se propõe? Por quê?		Efetividade	Sustentabilidade	Destinatários
<b>Bloco sobre as barreiras</b> [Não ler ao entrevistado] informe ao entrevistado que o assunto a ser discutido será sobre as barreiras que ele percebeu desde o planejamento, ao desenvolvimento e a avaliação da ação.		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>

25.	Vamos pensar desde o instante do <b>planejamento da ação</b> (antes mesmo do seu desenvolvimento na prática). O que dificultou você a tomar as decisões com relação às questões estruturais, físicas, de relacionamento entre profissionais, conhecidos técnicos na área etc.?	Identificar se as tomadas de decisões para a implementação da ação foram ajustadas para as situações contextuais e culturais (inovação-alta compatibilidade).	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
26.	Quando a ação foi colocada em prática, você acredita que ela foi implementada tal e qual foi planejado?	Identificar se ação foi entregue conforme planejada ou se houve necessidade de adaptação que possa ter influenciado as possíveis barreiras.	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
27.	<b>[Se a resposta for não]</b> O que você destacaria que precisou ser adaptado na ação a partir do planejamento? Por quê? As adaptações realizadas foram discutidas e resolvidas com todos os profissionais da equipe que estavam envolvidos? Como você percebeu a aceitação dos profissionais para realizarem as adaptações sugeridas e/ou acordadas?		Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
28.	<b>Durante o desenvolvimento da prática</b> , você destacaria alguma barreira ou dificuldade para que a ação fosse desenvolvida com sucesso? Se sim, quais?	Compreender de que forma as barreiras foram identificadas, se houve planejamento de estratégias para minimizar os riscos e em que medida os profissionais participaram das decisões e implementação das estratégias.	Implementação	Planejamento	Destinatários
29.	<b>[Se a resposta for Sim]</b> Essas dificuldades foram discutidas com a equipe de profissionais envolvidos na ação? Foi identificadas possíveis soluções para minimizar essas dificuldades? <b>[Se a resposta for não]</b> se não foram resolvidas, por quê? Como você resolveria essas dificuldades? <b>[Se a resposta for Sim]</b> as soluções foram aplicadas, como? Houve algum procedimento de avaliação para analisar se elas contribuíram para minimizar as barreiras? Como essa avaliação foi realizada?		Implementação	Planejamento	Destinatários
<b>Bloco sobre os facilitadores</b> <b>[Não ler ao entrevistado]</b> informe ao entrevistado que o assunto a ser discutido será sobre os facilitadores, ou seja, as situações que contribuem para que o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da ação sejam realizados com sucesso.		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>

30.	Vamos pensar no <b>planejamento da ação</b> (antes do seu desenvolvimento na prática). O que você acredita que te facilitou a tomar as decisões com relação às questões estruturais, físicas, de relacionamento entre profissionais, conhecidos técnicos na área etc.?	Identificar se as tomadas de decisões para a implementação da ação foram ajustadas para as situações contextuais e culturais (inovação-alta complexibilidade).	Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
31.	Durante o desenvolvimento da ação, o que você destacaria que mais contribuiu para que ela fosse realizada conforme o planejado (equipe, participantes, contexto, equipamentos, recursos financeiros, suporte técnico)? Por quê?		Implementação	Planejamento	Contexto/ Nível local
32.	O que você identifica como melhor estratégia para manter os profissionais motivados para desempenhar seus papéis na ação? Essas estratégias foram aplicadas? De que forma?	Identificar os fatores motivacionais no contexto local que auxiliaram os profissionais a incorporarem as mudanças organizacionais previstas pela ação.	Adoção	Planejamento	Destinatários
33.	O que você identificaria como melhor estratégia para manter os participantes assíduos na ação? Essas estratégias foram aplicadas? De que forma?	Identificar os fatores motivacionais no contexto local que auxiliaram os participantes a manterem a participação.	Alcance	Participantes	Destinatários
34.	Houve a previsão de cursos de capacitação ou qualificação dos profissionais envolvidos na ação? Se sim, com qual frequência eles foram promovidos? Quem promoveu? O tema do curso foi uma solicitação dos profissionais? Foi direcionado por algum superior?	Compreender o contexto organizacional é promovido pelas redes de aprendizado, suporte administrativo para capacitar os profissionais envolvidos nos papéis desempenhados para uma ação exitosa.	Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível organizacional
<b>Bloco sobre os sustentabilidade e replicação da ação</b> [Não ler ao entrevistado] informe ao entrevistado que o assunto a ser discutido será sobre sob quais os aspectos da ação que são mantidos no local de trabalho e a potencial chance de ela ser replicada em outros contextos.		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
35.	Você acredita que a ação de atividade física é uma prioridade que faz parte da organização da equipe de profissionais? Se sim, sob qual aspecto a ação foi priorizada?	Compreender se em nível de contexto organizacional a ação é uma prioridade que está ajustada as demandas do local – Atenção Básica.	Adoção	Sustentabilidade	Contexto/ Nível organizacional



36.	Você acredita que a ação de atividade física contribuiu para a rede de aprendizados dos profissionais envolvidos? Se sim, de que forma? Se não, por quê?	Compreender se no contexto organizacional a ação contribuiu para fortalecer as redes de aprendizado, capacidade de absorção e treinamento da equipe de profissionais.	Adoção	Planejamento	Contexto/ Nível organizacional
37.	Você acredita que essa ação exitosa de atividade física pode ser aplicada em outros locais do Brasil que tenham realidades distintas? Por quê?	Compreender se ação tem baixa complexibilidade que possa facilmente ser replicada em outros contextos, sem necessariamente modificar seus elementos essenciais de implementação.	Implementação	Replicação	Inovação/Complexity
38.	Você acredita que essa ação exitosa de atividade física pode gerar futuras recomendações para a atenção básica à saúde ou políticas públicas no seu município e até no Brasil? Você e os profissionais envolvidos têm pretensão que isso ocorra? Alguma atitude tem sido tomada para este fim? Se sim, quais?	Compreender, no contexto de sistema de saúde externo, se a ação tem potencial para direcionar prioridades, incentivos e redes interorganizacionais com diretrizes em saúde do município.	Manutenção	Sustentabilidade	Contexto/ Nível sistema de saúde externo

**APÊNDICE D- ENTREVISTA COLETIVA COM A EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COLETIVA COM A EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**\*\*TEMPO ESTIMADO\*\*:** 1h30 min

**[Organização do encontro]** Orientações:

- Serão convidados os profissionais de saúde da equipe (que sejam voluntários na participação), exceto o facilitador, para identificar o conhecimento da equipe sobre a ação de atividade física exitosa e possíveis papéis que os outros profissionais da saúde assumiram na implementação;
- Agendamento do encontro, com hora, dia e local apropriado para acomodar aproximadamente 8 pessoas;
- Sistematizar/organizar as respostas da entrevista com o facilitador da etapa III para triangular as informações pertinentes.
- Apresentação do TCLE (preparar um material digital para que assinem digital) e consentimento para gravar em vídeo o encontro;
- Organizar o grupo em círculo para o início da entrevista;

**[Apresentação do entrevistador]**

Nós, **[nome dos entrevistadores]** estamos representando uma pesquisa sobre atividades físicas na atenção básica que tem o apoio do Ministério da Saúde e desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina. Num primeiro momento foi encaminhado a todos os municípios do país um questionário sobre práticas de atividades físicas nos estabelecimentos de saúde para identificar como as práticas eram desenvolvidas. Ao final, tivemos o retorno de mais de 800 estabelecimentos de saúde com o registro de quase 1.700 ações. Destas ações, a ação **[nomear a ação do local que foi exitosa]** desenvolvida nesse local de trabalho foi selecionada entre as 10 mais exitosas do país. Isso significa que ela está entre as mais organizadas quanto ao alcance do público-alvo atendido, engajamento da equipe de profissionais, planejamento de estruturas físicas, materiais e avaliação dos benefícios alcançados com os participantes. Portanto, vocês foram convidados para estarem nesse momento relatando como vocês percebem essa ação que ocorre no local do seu trabalho e quais dificuldades ou facilidades que vocês identificam para melhorar a qualidade da ação aos participantes, bem como na organização das atividades em equipe. A participação de vocês é extremamente importante, até pela posição que a prática e a equipe ocupam de ser mais exitosa, e irá contribuir para que tenhamos informações consistentes para propor as recomendações de atividades físicas exitosas na atenção básica do Brasil.

<b>Questão</b>		<b>Entrevista/Questões</b>	<b>Dimensões/Atributos</b>		
<b>Bloco de questões sobre experiências profissionais na atenção básica</b>		<b>Objetivo</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
[Não ler] Informe aos entrevistados que o assunto tratará suas percepções quanto as experiências profissionais na atenção básica					
1.	Inicialmente, gostaríamos de fazer uma apresentação, para saber nome de cada um, formação e atuação profissional e tempo de experiência na atenção básica.	Identificar o perfil profissional e experiências no local de trabalho.	Adoção	Planejamento	Destinatários
2.	Nesse período que vocês atuam na atenção básica, alguém gostaria de compartilhar a experiência de algum projeto ou ação que obteve resultados positivos? A ação foi estruturada com base em alguma necessidade local? Como essa ação foi sistematizada? Houve colaboração de outros profissionais para o	Compreender as experiências profissionais passadas e as redes de colaboração da ação vivenciada com eles sendo os facilitadores. Pode identificar equipes em potencial para trabalhos	Adoção	Planejamento	Inovação-Relative advantage; Contexto a nível local

	desenvolvimento? De que forma vocês avaliaram que os resultados foram positivos?	colaborativos e com base em evidências para novas ideias.			
3.	E sobre algum projeto ou ação que obteve resultados negativos? Como esse trabalho foi sistematizado? Houve colaboração de outros profissionais para o desenvolvimento? De que forma vocês avaliaram que dos resultados foram negativos?				
4.	Vocês tiveram algum suporte em cursos de capacitação ou formação que identificaram ser importantes para o desenvolvimento da ação e projetos na atenção básica? Se sim, quais?	Identificar a capacitação técnica da equipe para desenvolver projetos sobre ações na atenção básica com base em conhecimentos e habilidades adquiridas.	Adoção	Planejamento	Inovação-Relative advantage
5.	Quais os fatores que vocês elencariam como necessários (espaço, estrutura, equipamentos, qualidade técnica) na atenção básica para implementar novas ideias de ações? O vocês acreditam que deveria ser feito para atender essas necessidades?	Identificar a prontidão da equipe para mudanças no contexto da atenção básica.	Adoção	Planejamento	Inovação-Relative advantage
6.	Quais os fatores que vocês elencariam como barreiras na atenção básica para implementar novas ideias de ações? Quais estratégias vocês acreditam que é viável para minimizar cada uma das barreiras identificadas?		Adoção	Planejamento	Inovação-Relative advantage
<b>Bloco de questões sobre a implementação da ação exitosa em atividade física</b> [Não ler] informe aos entrevistados que o assunto a ser introduzido tratará suas percepções quanto ao conhecimento da ação identificada como exitosa no seu local de trabalho.		<b>Objetivo</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
7.	A ação de atividade física selecionada como exitosa foi a [nome da ação]. Nós gostaríamos de saber, o que vocês conhecem sobre o desenvolvimento esta ação?	Identificar qual o conhecimento sobre a ação desenvolvida para verificar o grau de engajamento dos profissionais da equipe.	Implementação	Planejamento	Inovação-Relative advantage
8.	Alguém presenciou, em algum encontro, reunião ou conversa informal, a divulgação da implementação da ação para a equipe de profissionais? Alguém participou do planejamento que poderia nos relatar? Obs: em caso disso não ter ocorrido com nenhum profissional, questionar como comumente é discutido	Compreender os mecanismos de incorporação de mudança pela equipe de profissionais na implementação da ação (apresentação das ideias, comunicação entre profissionais e apoio para atingir as metas).	Implementação	Planejamento	Contexto-nível local

	na equipe de profissionais a implementação de novas ações em saúde?				
9.	Como vocês percebem que a ação poderia ser integrada com as demandas profissionais das atuações de cada um de vocês?				
10.	O quão importante vocês consideram a ação para os participantes? Por quê?	Identificar qual a compatibilidade da ação com o contexto (participantes e profissionais envolvidos).	Implementação	Planejamento	Inovação-Compatibility
11.	O quão importante vocês consideram a ação para a equipe de profissionais? Por quê?				
12.	Vocês acreditam que a ação está adequada para o contexto local? (Considere desde o perfil dos usuários até o perfil da equipe). Por quê?				
<p align="center"><b>Bloco sobre as barreiras</b></p> <p>[Não ler] informe aos entrevistados que o assunto será sobre as barreiras que ele percebe desde o planejamento, ao desenvolvimento e a avaliação da ação.</p>		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
13.	Quais barreiras vocês enfrentaram no desenvolvimento da ação? Por que vocês acreditam que isso ocorreu? Como vocês solucionariam esses problemas? De modo geral, as barreiras são discutidas entre a equipe de profissionais?	Verificar se as barreiras identificadas no contexto organizacional, para implementação de novas ideias, são também percebidas no desenvolvimento da ação exitosa. Triangular com as barreiras que o facilitador identificou e solicitou como plausíveis para justificar essas barreiras.	Adoção	Planejamento	Inovação-Complexity/Contexto a nível organizacional
<p align="center"><b>Bloco sobre os facilitadores</b></p> <p>[Não ler] informe aos entrevistados que o assunto a ser introduzido tratará sobre os facilitadores, ou seja, as situações que contribuem para que o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da ação seja realizada com sucesso.</p>		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
14.	Dos fatores que vocês julgaram como necessários para implementar novas ideias na atenção básica, quais deles vocês destacariam que existem na ação exitosa?	Verificar se os fatores necessários identificados no contexto organizacional, para implementação de novas ideias são percebidos no desenvolvimento da ação exitosa.	Implementação	Planejamento	Inovação/Contexto

15.	O que vocês identificam como melhor estratégia para manter os profissionais envolvidos na ação e motivados para desempenhar seus papéis?	Identificar os fatores motivacionais e o nível de contexto local auxiliaram os profissionais a incorporarem as mudanças organizacionais previstas pela ação.	Adoção	Planejamento	Destinatários
16.	O que vocês identificariam como melhor estratégia para manter os participantes assíduos na ação?	Identificar os fatores motivacionais no contexto local auxiliaram os participantes (usuários) a manterem a participação.	Alcance	Participantes	Destinatários
<b>Bloco sobre os sustentabilidade e replicação da ação</b> [Não ler] Informe aos entrevistados que o próximo assunto tratará sobre quais aspectos a ação mantém-se no local de trabalho e a potencial chance da mesma ser replicada em outros contextos.		<b>Objetivos</b>	<b>RE-AIM</b>	<b>SAFE</b>	<b>I-PARIHS</b>
17.	Vocês acreditam que a ação tem potencial para se manter por longo tempo nesse local como uma ação multiprofissional? Por quê?	Compreender se em nível do contexto organizacional a ação é uma prioridade que está ajustada as demandas do local.	Adoção	Sustentabilidade	Contexto/ Nível organizacional
18.	Se por alguma razão, fosse necessário algum de vocês assumir a ação como profissional responsável e fazer o convite aos participantes, buscar profissionais parceiros para integrar a ação, identificar as dificuldades (barreiras) e as estratégias para melhorar a ação, motivando os profissionais e participantes a se manterem engajados e buscar recursos para a capacitação dos profissionais envolvidos, algum de vocês assumiria? Por quê?	Identificar diferentes perfis da equipe de profissionais que são motivados para a cumprir um papel de facilitador da ação. Isso contribui para a manter e sustentar a ação.	Adoção	Sustentabilidade	Contexto/ Nível organizacional
19.	Com relação ao perfil do profissional que assume o papel de facilitador da <b>prática X</b> , quais as características que vocês destacariam que faz ele desempenhar tão bem esse papel e que outras características que poderiam ser melhoradas?	Identificar se a equipe reconhece o facilitador com esse papel. Se há alguma empatia e credibilidade com a equipe e de que forma as tensões poderiam ser resolvidas a partir da percepção da equipe do que precisaria melhorar.	Adoção	Sustentabilidade	Contexto/ Nível organizacional

20.	Você acredita que essa ação exitosa de atividade física no seu local de trabalho pode ser aplicada em outros locais que tenham realidades distintas? Por quê?	Compreender se ação tem baixa complexibilidade que possa facilmente ser replicada em outros contextos, sem necessariamente modificar seus elementos essenciais de implementação.	Implementação	Replicação	Inovação/Complexity
21.	Vocês observam que os participantes da ação buscaram outros serviços para o controle e cuidado com a saúde dele? Se sim, quais os serviços e ou projetos que foram mais solicitados? De alguma forma, essa ação refletiu em mudanças de comportamento saudável na própria equipe de profissionais? Como?	Identificar se os profissionais observam que a ação promoveu a busca da prevenção e de outros indicadores de saúde, ou ainda, outros comportamentos para uma vida saudável tanto dos participantes quanto da própria equipe	Manutenção	Sustentabilidade	Inovação/Observability

APÊNDICE E- MODELO FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA  
PRÁTICAS EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA

**Município:** \_\_\_\_\_  
**Estabelecimento:** \_\_\_\_\_  
**Nome da prática:** \_\_\_\_\_  
**Nome do profissional responsável:** \_\_\_\_\_

\*Obrigatório

**1. Data** \* Exemplo: 15 de dezembro de 2012

**2. Horário início** \* Exemplo: 08h30

**3. Nome do avaliador:** \_\_\_\_\_

**4. A prática está ocorrendo em um local privado cedido?** \* [confirmação questão 22]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**5. O profissional está realizando roda de conversa ou grupo de atividade?** \* [confirmação da questão 23]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**6. A prática durou mais de 60 minutos?** \* [confirmação da questão 25]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**7. Foi realizado algum tipo de controle de frequência (assiduidade) no início ou no fim da prática?** \*

[confirmação da questão 30]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**8. A prática é frequentada por todos os públicos? (ou seja, não é exclusiva para diabéticos, obesos, hipertensos, etc.)** \* [confirmação da questão 34]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**9. A assistente social (responsável), profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Fonoaudiólogo ou Enfermeiro estava presente?** \* [confirmação da questão 35]

[ ] Sim [ ] Não [ ] Outro, qual? \_\_\_\_\_

**10. Quantos participantes no total são observados na prática?** \*

**11. Quantas crianças são observadas na prática?** \*

**12. Quantos adolescentes são observados na prática?** \*

**13. Quantos adultos são observados na prática?** \*

**14. Quantos idosos são observados na prática?** \*

**15. Qual o perfil dos participantes quanto as condições de mobilidade?** \*

Público presente	Sim	Não
Grávidas	[ ]	[ ]
Obesos	[ ]	[ ]
Pessoas com deficiência	[ ]	[ ]

**16. Descrição dos materiais utilizados** \*

**17. Estrutura para conforto do usuário** \*

(0) Inexistente: a estrutura não existe; (1) Ruim: a estrutura está presente, porém, não apresenta condições de ser utilizada; (2) Média: a estrutura pode ser utilizada, porém, não está em boas condições com alguns itens faltantes ou não está em bom estado; (3) Bom: a estrutura pode ser utilizada e apresenta todas as suas características em bom estado.

*Marcar uma alternativa por linha.*

Estrutura	0	1	2	3
Banheiros	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Bancos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Bebedouro	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Iluminação	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Mesas (para realização de lanches)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Mesas com cobertura (para realização de lanches)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Vestiário	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Lixeiras	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**18. Condições de limpeza, estética e segurança** \*

(1) Bom: o local está em boas condições, pouco sinais de sujeira ou vandalismo; (2) Média: as condições não são ideais e diversas melhorias são necessárias; (3) Ruim: Existem indícios que o local é perigoso, sujo e desagradável de ser frequentado.

*Marcar uma alternativa por linha*

Condição	1	2	3
Vidro quebrado	[ ]	[ ]	[ ]
Sujeira de animais	[ ]	[ ]	[ ]
Cachorro solto	[ ]	[ ]	[ ]
Evidências de uso de álcool	[ ]	[ ]	[ ]
Pichações	[ ]	[ ]	[ ]
Lixo espalhado	[ ]	[ ]	[ ]
Sinais de vandalismo	[ ]	[ ]	[ ]
Mato ou grama alta	[ ]	[ ]	[ ]

### 19. Acessibilidade\*

*Marcar uma alternativa por linha*

Acessibilidade	Sim	Não
Pontos de ônibus	[ ]	[ ]
Pontos de taxi	[ ]	[ ]
Estacionamento para carros	[ ]	[ ]
Ciclovia	[ ]	[ ]
Bicicletário	[ ]	[ ]
Faixa de pedestre	[ ]	[ ]
Passarela	[ ]	[ ]
Semáforo	[ ]	[ ]
Placa de redução de velocidade	[ ]	[ ]

### 20. Estrutura da aula\*

*Marcar uma alternativa por linha*

	Sim	Não
Aquecimento	[ ]	[ ]
Parte principal com objetivo	[ ]	[ ]
Finalização da aula	[ ]	[ ]

### 21. Descrição geral de como a prática foi conduzida

Por exemplo: sistematização da aula (se teve início, meio e fim), relação entre aluno e professor, condução da aula, etc.

### 22. Observações gerais

Informações referentes às outras questões que devem ser levadas em conta.

### 23. Registra fotos do ambiente \*

### 24. Horário término \*

Exemplo: 08h30



**APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE A PARTIR DAS PRÁTICAS EXITOSAS DESENVOLVIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que tem como objetivo elaborar recomendações de atividade física para serem realizadas com usuários da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Brasil. A sua participação consta do preenchimento de um questionário online, na qual será acessado por uma plataforma disponibilizada pelos pesquisadores durante um período previamente determinado. Este procedimento tem como objetivo coletar informações sobre os projetos e programas em atividades físicas desenvolvidos em seu local de trabalho quanto à efetividade das ações, seu alcance, adoção e implementação. Não é obrigatório responder a todas as perguntas. Os riscos destes procedimentos são mínimos por serem pouco invasivos por tratar-se do preenchimento de um questionário com informações que se referem as atividades desenvolvidas em seu setor profissional. Ademais, as questões pessoais abordadas tratam de informações profissionais e dados de identificação, com baixo risco de desconforto e/ou constrangimento. Os possíveis constrangimentos serão minimizados pelo próprio preenchimento do questionário ser realizado de modo individual e livre de qualquer intervenção do pesquisador, e ainda, em um ambiente confortável de sua escolha.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número. O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem será remunerado (a) pela participação na pesquisa. Se por via, houver algumas despesas serão ressarcidas. Em caso de dano, durante a pesquisa será garantida indenização.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão que os dados poderão ser utilizados no cotidiano da sua ação oferecida, pois ele reunirá evidências sobre as características de intervenções como barreiras, estrutura e processo. Além disso, os resultados advindos dessa pesquisa proporcionarão um diagnóstico e avaliação das ações em atividade física de todo o Brasil, que poderá contribuir para o desenvolvimento científico, econômico, social e das potencialidades. Também, com o foco principal do estudo, será possível verificar os pontos fortes e fracos das intervenções, informações que virão como retorno aos participantes do presente estudo.

As pessoas responsáveis diretas pelos procedimentos serão os pesquisadores estudante de doutorado Paula Fabricio Sandreschi, Sofia Wolker Manta e Professora Doutora Tânia R. Bertoldo Benedetti que declaram que cumprirão os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em todas as etapas da pesquisa.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o(a) Sr(a). Ressaltamos que nenhum participante receberá qualquer tipo de ajuda de custo.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Tânia R. Bertoldo Benedetti

NÚMERO DO TELEFONE: (48) 999242990

ENDEREÇO: Rua Deputado Edu Vieira, s/n. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Bloco Administrativo do Centro de Desportos – CDS. Campus Universitário – Trindade. CEP 88040-900 - Florianópolis – SC.

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UFSC.

Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC.

CEP 88.040-400 – Fone/Fax: (48) 3721-6094

e-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - SEPN 510, Norte, Bloco A, 3ºandar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF- CEP: 70750-521 - Fone: (61)3315-5878/ 5879 – e-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

## ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.

**Pesquisador:** Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67635917.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Santa Catarina

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.252.884

**Apresentação do Projeto:**

Estudo da Pós-graduação em Educação Física que pretende avaliar 600 gestores e profissionais que exerçam atividades e realizaram o curso ou que tem algum tipo de vínculo com o Sistema Único de Saúde no território nacional e que tenham participado de alguma versão do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. Além deles, participarão os organizadores da última versão do referido curso.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os autores:

Objetivo Primário:

Avaliar o Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde por meio da ferramenta RE-AIM.

Objetivo Secundário:

• Verificar o alcance do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. • Verificar a adoção do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. • Verificar a implementação as ações oferecidas pelos participantes do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa

**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