



Revista Brasileira de
CIÊNCIAS DO ESPORTE

www.rbceonline.org.br



ARTIGO ORIGINAL

Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais



Lúcia Midori Damaceno Tonosaki^{a,*}, Cassiano Ricardo Rech^a,
Giovana Zapellon Mazo^b, Gabriel de Aguiar Antunes^b
e Tânia Rosane Bertoldo Benedetti^a

^a Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, SC, Brasil

^b Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciência da Saúde e do Esporte, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Recebido em 27 de novembro de 2016; aceito em 2 de janeiro de 2018

Disponível na Internet em 9 de fevereiro de 2018

PALAVRAS-CHAVE

Percepção;
Atividade motora;
Programa;
Promoção da saúde

KEYWORDS

Perception;
Motor activity;
Program;
Health promotion

Resumo Este estudo tem como objetivo analisar a percepção de barreiras e facilitadores para a participação em programa de mudança de comportamento na Atenção Básica à Saúde. Foi usada análise de conteúdo para avaliar quatro grupos focais dos quais participaram 35 pessoas (≥ 18 anos), de ambos os sexos, de diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis. Falta de aula prática, variações climáticas, limitações corporais, tipo de papel do material didático, falta de segurança/estrutura e timidez foram citados como barreiras. Por outro lado, boa qualidade do material didático, qualidade do multiplicador, distribuição do pedômetro, melhoria na consciência corporal, estabelecimento de metas e apoio social foram relatados como facilitadores. Verificou-se que importantes barreiras e facilitadores necessitam ser considerados para aplicação de programas de mudança de comportamento.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barriers and facilitators to participate in behavior change program: analysis of focus groups

Abstract This study was aimed to examine barriers and facilitators to participate in a behavior change program participants in Primare Care Health. Content analysis was used to evaluate four focus groups attended by 35 people (≥ 18 years), of both sexes, different Health Centers in Florianopolis. Lack of classroom practice, climatic variations, physical limitations, sheet of materials, lack of security/structure and shyness were cited as barriers. On the other hand,

* Autor para correspondência.

E-mail: midoritonosaki@hotmail.com (L.M. Tonosaki).

PALABRAS CLAVE

Percepción;
 Actividad motora;
 Programa;
 Promoción de la salud

good quality of materials, quality multiplier, pedometer distribution, improved body awareness, goal setting and social support were reported as facilitators. It has been found that there are barriers and facilitators should be considered in the new program versions.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barreras y facilitadores para favorecer la participación en un programa de cambio de comportamiento: análisis de grupos focales

Resumen Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de barreras y facilitadores para favorecer la participación en un programa de cambio de comportamiento en Atención Primaria de Salud. Se utilizó el análisis de contenido para evaluar cuatro grupos de enfoque en que participaron 35 personas (≥ 18 años), de ambos sexos y diferentes centros de salud de Florianópolis. La falta de práctica en el aula, las variaciones climáticas, las limitaciones físicas, el tipo de papel de los materiales didácticos, la falta de seguridad/estructura y la timidez fueron citados como barreras. En cambio, los materiales didácticos de buena calidad, el multiplicador de calidad, la distribución del podómetro, un mejor conocimiento del cuerpo, la fijación de objetivos y el apoyo social se citaron como facilitadores. Se ha encontrado que existen barreras y facilitadores importantes que deben tenerse en cuenta para la aplicación de los programas de cambio del comportamiento.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Mudanças negativas nos hábitos em relação à atividade física e à alimentação afetam a saúde da população. Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), feito nas capitais brasileiras, indicam um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade de 51,0% e 17,4%, respectivamente, em 2012, para 53,8% e 18,9% em 2016. Por outro lado, houve um pequeno aumento no nível de atividade física (AF), de 33,5% em 2012 para 37,6% em 2016 (Brasil, 2013, Brasil, 2017). Além disso, o relatório apresentou dados importantes sobre o consumo alimentar, a queda do consumo de feijão e um pequeno aumento no consumo de frutas e hortaliças (Brasil, 2013, Brasil, 2017).

A discussão sobre a promoção da saúde é de suma importância na tentativa de mudar o quadro existente. Os programas de promoção da saúde voltados para o incentivo à prática de atividade física e alimentação saudável foram impulsionados pelo governo federal na última década (Amorim et al., 2013). Com esse incentivo houve um aumento nos programas oferecidos no formato tradicional – com a presença de um professor durante as aulas, frequência de duas a três vezes por semana, um grupo em torno de 20 a 30 pessoas, necessita de material e espaço adequados e específicos (Benedetti et al., 2012). Os incentivos refletiram no aumento no nível de atividade física da população brasileira (Brasil, 2017).

Por outro lado, novas estratégias têm sido propostas. Programas de motivação à mudança de comportamento como o programa *Vida Ativa* Melhorando a Saúde (Vamos). É um

programa voltado para a promoção de saúde com enfoque na mudança do comportamento, que tem como objetivo motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável (<http://vamos.ufsc.br>). O programa é baseado na teoria sociocognitiva, que considera a tríade comportamento, fatores pessoais e ambiente (Bandura, 1986, Mcalister et al., 2008). Foi inicialmente baseado no *Active Living Every Day* (Aled) e aplicado em 2012, em dois centros de saúde (CS) de Florianópolis (Benedetti et al., 2012); e, em 2014, com uma nova versão, em mais dois CS de Florianópolis.

A mudança de comportamento é um processo complexo. Para que ocorra uma mudança concreta e significativa, o participante deve ser motivado para o enfrentamento das barreiras e aprimoramento dos facilitadores para uma mudança de comportamento sólida. Segundo Bandura (1977), a autoeficácia é a crença de se atingir determinada situação. Assim, a percepção de barreiras e facilitadores é o primeiro passo para a mudança de comportamento.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a percepção de barreiras e facilitadores para a participação em programa de mudança de comportamento na Atenção Básica à Saúde, como é o caso do programa *Vamos*, por intermédio da técnica de grupo focal. Essa técnica é uma forma de entrevista coletiva a qual se constitui numa rede de interações baseada na comunicação, na qual se busca colher informações acerca da compreensão de um determinado tema (Gatti, 2012). Por meio dessa técnica, as informações levantadas poderão contribuir para a melhoria de programas de promoção da saúde com base na mudança de comportamento.

Material e métodos

Contexto de investigação

O presente estudo foi feito em Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,847m considerado elevado se comparado com a média nacional (IDH Brasil = 0,727) (Pnud, 2016). Em Florianópolis, na atenção básica à saúde, existem 48 unidades básicas de saúde (UBS), distribuídos em cinco distritos sanitários (Brasil, 2016). Entre 2012 e 2014, quatro UBS de Florianópolis foram selecionados e aceitaram participar do estudo, em 2012 foram randomizadas pelas UBS e em 2014 selecionadas por conveniência. A aplicação do programa de mudança de comportamento Vida Ativa Melhorando a Saúde (Vamos) foi feito por um profissional de educação física previamente treinado de cada UBS. O programa Vamos tem como objetivo motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável em relação à prática de atividade física e à alimentação saudável e adequada (<http://vamos.ufsc.br>).

Em 2012 os conteúdos do programa eram específicos para a prática de atividade física e em pessoas idosas, tinham como objetivo final *ser mais ativo*. A primeira versão foi baseada no *Active Living Every Day*, traduzido e adaptado para o Brasil, e os direitos de uso foram adquiridos em 2011, via contrato com Human Kinetics®. Em 2014, foi criado o programa Vamos, os conteúdos foram alterados a partir dos resultados da primeira versão (Benedetti et al., 2012). Foram incluídos conteúdos sobre alimentação adequada e saudável e modificados (retirados e acrescidos) conteúdos sobre atividade física, inclusive a faixa etária adulta, além de outras sugestões dos profissionais que atuam nas UBS e dos participantes do programa.

Caracterização da pesquisa

Fez-se um estudo de natureza qualitativa descritiva e usou-se a técnica de grupo focal (Minayo, 2013) para desvelar os processos sociais, as representações e as percepções dos participantes, para identificar as barreiras e os facilitadores para a participação no programa de mudança de comportamento (Vamos).

Participantes do estudo

Participaram do estudo pessoas com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, usuários cadastrados nas UBS de Florianópolis (SC) que concluíram a intervenção e participaram do grupo focal (GF) em uma das versões do programa Vamos (2012 e 2014).

A primeira versão foi aplicada em dois CS (distritos sanitários Norte e Leste). Participaram 39 idosos no grupo de Mudança de Comportamento (MC). Desses, 32 eram mulheres com média de 70 anos ($\pm 7,9$). Concluíram a intervenção 18 participantes e 16 participaram no GF, nove participantes da UBS de Santo Antônio de Lisboa e sete participantes da Barra da Lagoa. É importante salientar que todos foram convidados a participar do GF.

Na segunda versão, em 2014, o programa foi aplicado em duas UBS do Distrito Sanitário Continente, com 40 participantes no grupo de MC, 36 mulheres com média de 51 anos ($\pm 9,4$). Terminaram a intervenção 21 participantes e 19 compareceram ao GF, 11 do CS do Estreito e oito do CS Balneário.

Grupos focais (GF)

Foram feitos quatro GF, dois em 2012 nas UBS da Barra da Lagoa e da Costa da Lagoa e dois em 2014 nas UBS do Estreito e do Balneário, todos os participantes que finalizaram o programa foram convidados a participar. Portanto, participaram 35 pessoas, 16 em 2012 e 19 em 2014. O estudo seguiu as recomendações de Mattar (2012). O autor preconiza que o GF deve ter de oito a 12 participantes, com esse número as chances são pequenas de comprometer a qualidade dos dados coletados.

Os GF foram conduzidos com o auxílio de um roteiro. Esse foi composto por 11 questões norteadoras, elaboradas para avaliar o programa Vamos quanto à divulgação desse, à atuação da multiplicadora, à participação do usuário (participante), aos motivos para a participação e às percepções sobre esse. O mesmo roteiro foi usado para nortear o grupo focal nas duas versões do programa (2012 e 2014). As informações foram colhidas por estudantes de graduação e de pós-graduação previamente treinados. O treinamento da equipe decorreu por intermédio do estudo do roteiro, leitura sobre a técnica do grupo focal, registro da observação escrita e o uso dos instrumentos de captação áudio. Os grupos focais contaram com uma equipe composta por uma mediadora, dois observadores e um operador de áudio e imagem.

Variáveis

Barreiras e facilitadores

Para verificar a percepção das barreiras e dos facilitadores para a promoção da saúde do programa de mudança de comportamento, foram analisados os dados dos grupos focais e as informações sociodemográficas sobre sexo (masculino/feminino) e idade (anos), coletados por meio de questionário. Consideraram-se como barreiras os motivos que dificultavam ou desmotivavam o participante a continuar no programa Vamos e facilitadores os motivos que tornavam atrativa a continuidade nele.

Coleta de dados

Este estudo usou as avaliações do *baseline* e do grupo focal após três meses da intervenção. As coletas de dados do *baseline* na primeira versão do Vamos foi feita entre março e maio de 2012 e a intervenção entre maio a agosto do mesmo ano. Na segunda versão, a coleta de dados do *baseline* foi feita entre julho e agosto de 2014 e a intervenção de agosto a novembro do mesmo ano.

Aspectos éticos

Todos os procedimentos adotados no estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 3 de fevereiro de 2012 sob processo n° 2.387 e FR n° 480560. Foi garantido aos participantes seu anonimato, respeitou-se a Resolução n° 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes foram codificados com nomes de flores.

Análise dos dados

Para as variáveis qualitativas usou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) com o auxílio do programa Nvivo 10® for Windows. A organização e a análise dos dados ocorreram em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e a interpretação). A unidade de registro usada foi o *tema*, essa unidade de registro permite investigar atitudes, motivação de opiniões que emergem nas falas dos participantes da pesquisa.

Resultados e discussão

Participaram do grupo focal do programa de mudança de comportamento em 2012 e em 2014 35 idosos e adultos, 16 em 2012 e 19 em 2014. Os participantes dos grupos focais em ambos os anos foram em sua maioria do sexo feminino (80%).

Ao analisar a percepção dos participantes nas duas versões do programa (quatro grupos focais), identificamos 69 ocorrências para as *barreiras* e 116 para os *facilitadores*. A [tabela 1](#) apresenta as principais barreiras de cada categoria identificada nas falas dos participantes no processo de análise dos dados.

Dentre as *barreiras* mais citadas as variações climáticas, a falta da aula prática e as limitações corporais foram identificadas como consenso nos quatro grupos focais nas duas versões do programa (2012 e 2014). Outras barreiras identificadas foram sobre o material didático, o acolhimento da equipe de saúde (a forma como os profissionais que atuam na UBS recebem os participantes usuários dessa), reuniões do grupo, a segurança e estrutura para a prática da atividade física. A falta de infraestrutura para a prática da atividade física e a aplicação do programa foram citados em

Tabela 1 Barreiras emergentes nos grupos focais para participação no programa de mudança de comportamento Vamos, em 2012 e 2014

Barreiras para participação		
Categoria	Descrição	Exemplo
Aula prática	A ausência da aula prática no programa foi levantada como barreira.	“Ah, pois é, eu leio alguma coisa, mas para mim é mais na aula prática, para mim é mais interessante” (Camélia).
Variações climáticas	A cidade de Florianópolis tem um clima muito instável.	“A chuva para mim é difícil porque eu atravesso o rio e não tem como eu vir com uma sombrinha remando, quando eu chego cá do outro lado eu estou toda molhada, então eu não vou para pegar um resfriado. Para mim é difícil” (Begônia).
Limitações corporais	Relacionados à composição corporal e a doenças osteoarticulares.	“Não, mas mesmo que eu caminhe, eu não consigo” (Bromélia).
Material didático	O formato e composição do material na aplicação do programa no primeiro momento.	“É, e à noite, quando você está lendo, sei lá, eu estou falando por mim, que eu uso óculos, eu vejo assim, que ele bate o reflexo e você não tem uma leitura muito boa, mas isso no meu caso, talvez outros não tenham tido” (Petúnia).
Acolhimento - equipe (saúde)	Usuário mal acolhido pela equipe de saúde o Centro de Saúde.	“As pessoas estão ganhando no serviço e acham assim, que estão fazendo um favor para a gente (Crisântemo).
Segurança e estrutura	Referentes à segurança local e a falta de infraestrutura.	“Ou falta de condução, falta de alguém que leve, tem gente que não tem segurança, à noite não dá para sair porque tem ladrão e é bastante” (Petúnia).
Timidez	A timidez ao executar metas estabelecidas para a mudança do comportamento.	“Ficava com vergonha de comer uma fruta [grupo concorda] daí eu assumi um compromisso de fazer um trote, eu tenho vergonha de ficar na beira-mar, mas eu caminho normalmente” (Hortênsia).

duas UBSs, cujo programa foi oferecido fora dessas, devido à falta de local adequado para as atividades. A ausência da aula prática foi relatada com uma barreira comum nos quatro grupos focais. As variações climáticas (calor, chuva e frio) também foram identificadas como um fator limitante para a prática e frequência no programa.

Em relação às barreiras, a mais citada pelos participantes foi a falta da aula prática no programa. Os participantes apontaram o interesse de um tempo destinado para atividades de caminhada e/ou alongamento. Nos relatos emergiram sugestões de inserção do momento prático no programa: “para incluir um pouquinho de exercício na prática do encontro, tinha dito para (Rosa) que no livro é bastante teórico” (Gérbera).

A falta de aula prática no programa foi uma barreira, mesmo que o Vamos tenha sido elaborado para ser de cunho teórico. No estudo de [Eiras et al. \(2010\)](#), a aula prática foi indicada como um fator motivador para a adesão à AF. A aula estava envolta em significados, os participantes sentiam-se “mais vivos” e “energizados”. [Krug et al. \(2015\)](#) estudaram 30 idosas acima de 80 anos e verificaram que o prazer pela prática foi um facilitador para a prática regular de AF. A aula prática parece ser um importante fator para aumentar a AF e deverá ser um aspecto a ser considerado em programas de mudança do comportamento. Esse achado deverá ser levado em consideração para repensar as estratégias do Vamos e futuras mudanças nesse. Como exemplo, a inclusão de um momento prático no encontro, com atividades funcionais e que essas possam ser feitas em casa.

A variação climática foi identificada como uma barreira pelos participantes. Foi citado que há muita alteração no clima, o frio, a chuva e o calor foram barreiras apontadas. Como diz o relato, “esta semana eu caminhei às 8, saí de casa 20 para 8 e já estava assim, um calor horrível, sol quente, né. Já falei com ele, são 6 horas da manhã, se você não acordar eu vou só” (Hortênsia). As variações climáticas, como o calor, a chuva e o frio provocados pelos processos sazonais, limitam a prática da AF e o deslocamento para frequentar o programa ([Eiras et al., 2010](#)). O clima foi um fator limitante para a prática de AF ao ar livre. [Cassau et al. \(2011\)](#) e [Korkiakangas et al. \(2011\)](#), em seus estudos com idosos e diabéticos tipo 2, também apontam o clima como fator limitante. Florianópolis apresenta variações climáticas expressivas ([Epagri, 2014](#)). O tempo instável tornou-se uma barreira para a prática e a participação, influencia negativamente na mudança do comportamento.

Outra barreira relatada foi a limitação corporal e do movimento dos participantes. Relatos sobre as dificuldades no caminhar por causa da composição corporal elevada, por doenças osteoarticulares como o “bico de papagaio” (osteofitose), que provocam incômodo e dor, dificultaram a prática da atividade física. “eu estou com seis bicos de papagaio, então não dá para andar muito, meus papagaios estão só me incomodando” (Magnólia). As limitações corporais são as restrições advindas com a idade citadas como fatores limitantes para a prática da AF. No estudo de [Krug et al. \(2015\)](#), as idosas relataram as limitações corporais ora como barreiras e ora como facilitadores para a prática de AF, depende de como elas estavam fisicamente. [Cassau et al. \(2011\)](#) verificaram que as barreiras para a prática de AF estiveram presentes nos participantes de diferentes níveis

socioeconômicos. Além disso, a limitação corporal também foi apontada pelos participantes.

Além das barreiras citadas anteriormente, emergiram outras barreiras. Dentre elas, o material didático na primeira versão do programa (em 2012), pelo formato de um livro A4, com folhas soltas e papel couchê com brilho. Esse material foi modificado na segunda versão do programa (em 2014) com o outro tipo de papel, em formato A3, dobrado, formaram-se 14 livretos. Cada livreto com um conteúdo específico para cada encontro e numa sequência, desde o primeiro encontro ao apêndice. Na segunda versão do Vamos o material didático não foi considerado como barreira, demonstrou-se com isso que esse aspecto foi resolvido nessa versão. A falta de acolhimento da equipe de saúde também foi apontada como barreira. O participante não se sentia bem acolhido, ocorriam reclamações acerca do mau atendimento ao procurar informações sobre o programa, “Melhorar a maneira com que elas falam com as pessoas (...) aquela mulher não era para estar ali, não sabe lidar com as pessoas, muito imprópria, comigo ela foi” (Lírio). Na revisão feita por [Canesqui e Barsaglini \(2012\)](#), o apoio social é importante no tratamento de doenças crônicas e o envolvimento do profissional emerge como influência positiva no tratamento. Em outra revisão, receber apoio social da equipe de saúde possibilitou a promoção e os efeitos positivos sobre a saúde ([Wethington e Kessler, 1986](#)). A percepção do apoio social está associada ao sentimento de pertencer ao grupo, do sentir-se querido/amado. Logo, a ausência do apoio e acolhimento da equipe pode influenciar negativamente na adoção de hábitos de vida saudável.

Um estudo com adultos e idosos hipertensos identificou que o atendimento da equipe da UBS foi limitado, um dos fatores que dificultaram o alcance dos usuários foi que eles não se percebiam enquanto hipertensos, comprometeram-se, assim, o enfrentamento e o controle da doença ([Faquinello et al., 2010](#)).

Outros aspectos levantados como barreira da participação no Vamos foram: falta de segurança nas redondezas do local em que foi oferecido o programa e de estrutura para os encontros, timidez e excesso de atividade desenvolvida pelos idosos fora do programa. O estudo também aponta a falta de segurança e de estrutura para a prática de atividade física como barreiras ([Eiras et al., 2010](#)). A timidez para a prática da AF apareceu com quatro ocorrências e parece estar associada ao constructo da autoeficácia da teoria social cognitiva. Logo, vencer a timidez é um sinal para a edificação do constructo, atua na tomada de decisão do participante em diferentes níveis. Ela é inversamente proporcional à autoeficácia. A timidez presente nos relatos representa a tomada de decisão para a adoção dos hábitos alimentares saudáveis e a prática de AF. As atividades desenvolvidas no programa promovem a socialização de todos os participantes, incentivam-nos a interagir no grupo trabalhando para desenvolver a autoconfiança.

Quanto aos fatores *facilitadores*, foram identificados como consenso nos quatro grupos focais o material didático e o pedômetro. Nos demais registros, a figura do multiplicador, a consciência corporal, o estabelecimento de metas, o apoio social, o acolhimento da equipe e o momento do café foram apontados positivamente. A estratégia da

Tabela 2 Facilitadores emergentes nos grupos focais para participação no programa de mudança de comportamento Vamos, em 2012 e 2014

Facilitadores para participação		
Categoria	Descrição	Exemplo
Material didático	Material didático reformulado com as adequações sugeridas na primeira versão do programa.	“Eu achei bem elaborado, eu achei que está perfeito” (Hortência).
Professor (a) – multiplicador	Atuação do profissional durante o programa.	“Explicava bem as coisas para a gente, às vezes a gente podia não entender bem, mas ela voltava, explicava de novo, isso aqui é assim, isso aqui é assado, tudo que ela falava” (Amarilis).
Pedômetro	Contador de passos distribuídos aos participantes durante o programa.	“Ah, eu aprendi muito com isso, principalmente as caminhadas, é bom a gente saber os passos que a gente dá, esse aparelhinho é ótimo” (Mandacaru).
Consciência corporal	Ciência sobre a melhoria corporal.	“Está tudo mais solto, era tudo encolhido, agora está tudo mais solto, graças a Deus” (Margarida).
Estabelecimentos de metas	Estabelecimento de pequenas metas que podem e devem ser cumpridas.	“Se você não traça sua meta, você passa o dia, como ela disse, passa o dia e você não caminha, ela faz com o propósito já de manhã de ter uma meta, para de manhã” (Guapuruvu).
Apoio social	Apoio do grupo na superação de problemas pessoais.	“Para mim aqui foi muito bom, porque aqui eu me divertia, a gente vivia muito fechado né, eu também tive meus problemas, como tenho” (Orquídea).
Acolhimento da equipe (saúde)	O bom acolhimento da equipe de (saúde).	“Ah, para mim, sempre cem por cento, o acolhimento aqui sempre foi o melhor, né, muito bem educados, né, a gente não tem absolutamente nada, né, pelo contrário, só elogiar mesmo, mas elas são muito simpáticas, um acolhimento muito bom!” (Dália).

distribuição do pedômetro surgiu como um fator motivador. Os participantes apontaram que com o uso do pedômetro eles tinham autonomia para se automonitorar e estabelecer metas, fato também citado com relação ao material didático usado. A [tabela 2](#) apresenta os principais facilitadores para a participação do programa Vamos (2012 e 2014) e exemplos de depoimentos dos participantes do estudo.

O material didático usado no programa foi considerado um aspecto facilitador da participação no programa. “Eu achei bem elaborado, eu achei que está perfeito” (Hortência). Também possibilitou lembrar os assuntos abordados durante a intervenção, como, por exemplo, as experiências positivas sobre a administração do tempo e a criação de estratégias de como se manter ativo. Alguns participantes citaram módulos específicos como preferidos e relataram a aprendizagem adquirida. O material didático usado possibilitou a elaboração de estratégias para a prática de atividade física diante das diversidades. Segundo [Knowles et al. \(2011\)](#), o aprendizado se dá pela repetição e pela prática. O material permite lembrar a execução de movimentos e estratégias, possibilita a mudança de comportamento.

No caso do uso do material didático – módulo de apêndice – se encaixa o processo de reprodução motora, o

participante internalizou informações simbólicas e as pôs em prática ([Bandura et al., 2008](#)). Assim, os participantes, por meio do material didático oferecido pelo programa, podem criar as próprias estratégias ou seguir os exemplos do material didático.

Na teoria social cognitiva ([Bandura, 1986](#)), a mudança de comportamento se dá pelo aprendizado, esse processo cognitivo pode acontecer também pela sua experiência vivida. Ela pode ser direta, em que o participante aprende ao experimentar e pela reprodução de um modelo, chamada de aprendizagem por modelação. Ela tem quatro etapas: atenção, retenção, reprodução motora e motivacional ou de incentivo. Outro aspecto que interfere na aprendizagem é o professor multiplicador, no caso quem ministrou os encontros. Os participantes do estudo apontaram aspectos positivos sobre os multiplicadores, como atitudes de motivação, postura profissional, carisma, atenção, paciência e socialização das informações com os participantes. O papel do multiplicador foi importante para a mudança de comportamento e a participação, no que se refere à motivação dos participantes. [Meurer e Palma \(2010\)](#), em estudo com participantes adultos e deficientes, verificaram que o profissional era o incentivador para a superação de

barreiras e motivava a prática de AF. Isso ocorria pelo domínio de conhecimentos importantes para a especificidade do público atendido. Nessa ótica o programa vem ao encontro quando o profissional (multiplicador) trabalha no Centro de Saúde da comunidade em que é oferecido o programa. Portanto, o multiplicador deverá estar ciente do seu papel de motivador, é fundamental um treinamento adequado desse para o bom andamento do programa.

Além do papel do multiplicador, outra estratégia motivadora para a prática de atividade física foram a distribuição e o uso do pedômetro aos participantes. O pedômetro possibilitou ao participante o automonitoramento da prática de atividade física e, com isso, possibilitou o hábito dessa prática. Ainda com relação ao automonitoramento, observou-se que um participante relatou que o pedômetro possibilitou uma caminhada consciente, a superação, chegou a caminhar 25 a 26 mil passos por dia (recorde no programa até o momento). É importante salientar que ele é cardiopata e faz reabilitação cardíaca três vezes por semana e o monitor certamente contribuiu para o tratamento da cardiopatia que já fazia.

O programa Vamos permitiu monitorar a caminhada, por meio da distribuição de pedômetros, juntamente com informações sobre os benefícios para a saúde e a prática de atividade física. O uso de equipamentos no monitoramento da atividade física é reconhecido em algumas investigações como fator motivador e de controle da saúde, como exemplos os estudos de [Borges et al. \(2014\)](#) e [Preciado e Bonilla \(2011\)](#), os quais demonstraram que a estratégia de distribuição dos pedômetros foi motivadora para o aumento e a manutenção dos minutos de AF praticada e que essas ações são importantes para o trabalho motivacional dos participantes, melhoria a autoeficácia e, conseqüentemente, a saúde.

Também estudo de [Fukuoka et al. \(2010\)](#), feito com mulheres adultas sedentárias de São Francisco, Califórnia, que usaram monitores de passos, possibilitou autonomia para o automonitoramento das atividades feitas, melhoria da percepção de saúde e aumento da prática de caminhada em até 20%. Além do uso de aparelhos que auxiliam no automonitoramento do exercício, outros aspectos motivadores da participação no Vamos foram a consciência corporal, o estabelecimento de metas, o apoio social, o acolhimento da equipe, o momento café e a localização do curso nos CS. A consciência corporal do participante, conhecedor dos seus limites e das suas conquistas durante o programa, se compreende como produto do meio e ser transformado ([Daolio, 1995](#)). A mudança física resultante de sua participação no programa parece acontecer. “Bom para mim! É, mudou muito a minha flexibilidade, eu tinha muita dificuldade de levantar o pé para botar na cadeira, eu já tinha dificuldade de levantar os pés para andar” (Dália). Segundo Bandura et al. (2008), as crenças de autoeficácia influenciam de modo positivo a consciência física e a superação do participante. Sabendo que cada corpo tem um histórico que deve ser considerado, os participantes buscam estratégias para melhorar as suas limitações corporais.

O estabelecimento de metas está ligado à autorregulação do participante na mudança do comportamento ([Bandura et al., 2008](#)), sobre o apoio social e sobre o acolhimento da equipe, que são importantes para a melhoria da saúde e do sentir-se querido pelo grupo, sentimento de pertença

([Wethington e Kessler, 1986](#)). O café organizado pelo próprio grupo, após os encontros, e o local em que foi feito o programa ([Eiras et al., 2010](#)) foram fatores motivadores para a permanência e, conseqüentemente, para a mudança de comportamento.

Entre os facilitadores e barreiras para participação no programa de mudança de comportamento Vamos apontadas acima é necessário usá-los da melhor forma para a melhoria do programa nas próximas versões, auxiliar na mudança de comportamento significativa dos futuros participantes, potencializar os facilitadores em detrimento das barreiras.

Considerações finais

Por meio da percepção dos participantes, observamos a existência de barreiras e facilitadores que devem ser considerados nas novas versões do programa Vamos. As barreiras encontradas estão relacionadas às questões externas ao participante, como variações climáticas, procedimentos didáticos, acolhimento na UBS e a falta de segurança e estrutura. Também foram identificadas questões internas, como as limitações corporais e a timidez para a prática de atividade física. Por outro lado, os facilitadores estão relacionados às questões metodológicas e de recursos humanos, como o material didático, profissional, registros das atividades e estabelecimento de metas. Também foram citados o apoio e acolhimento social e a consciência corporal. Portanto, a partir dessa identificação, os responsáveis pelo programa deverão pensar em estratégias que ajudem a sanar as barreiras e potencializar os facilitadores para um melhor andamento do programa Vamos.

Esses achados poderão contribuir para a construção de novas pesquisas que buscam a melhoria de programas de promoção da saúde e que usem mudanças de comportamento como um pilar principal. Os programas de mudança de comportamento para atividade física e alimentação saudável e adequada são promissores para a melhoria da saúde da população usuária da atenção básica à saúde no Brasil.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Amorim T, Knuth A, Cruz D, Malta D, Reis R, Hallal P. *Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde*. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2013;18:63-74.
- Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychol Rev 1977;84:191-215.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Upper Saddle River: Prentice-Hall; 1986.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*, 70. Lisboa: Edições; 2011.
- Benedetti TRB, Schwingel A, Gomez LSR, Chodzko-Zajko W. *Programa Vamos (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados*. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2012;14:723-37.

- Borges LJ, Guidarini FCS, Gerage AM, Scherer FC, Meurer ST, Borges RA, et al. *Pedometers: strategy to promote physical activity in elderly*. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17:211–3.
- Brasil. Ministério da Saúde. CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [citado em 6 de julho de 2016]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42&VMun=420540&VComp=00&VUni=02.
- Brasil. Vigitel Brasil. 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2013.
- Brasil. Vigitel Brasil, 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2017.
- Canesqui AM, Barsaglini RA. *Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas*. *Cien Saude Colet* 2012;17:1103–14.
- Cassou ACN, Fermino R, Rodriguez Añez CR, Santos MS, Domingues MR, Reis RS. *Barriers to physical activity among Brazilian elderly women from different socioeconomic status: a focus-group study*. *J Phys Act Health* 2011;8:126–32.
- Daolio J. *Os significados do corpo na cultura e as implicações para a educação física*. *Movimento* 1995;2(2.).
- Eiras SB, da Silva WHA, de Souza DL, Vendruscolo R. *Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos*. *Rev Bras Cienc Esporte* 2010;31(2.).
- Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina – Epagri. *Síntese Anual da Agricultura de Santa Catarina*. Florianópolis: Epagri/Cepa, 2014.
- Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. *A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso*. *Texto Contexto Enferm* 2010;19:736.
- Fukuoka Y, Vittinghoff E, Jong SS, Haskell W. *Innovation to motivation – Pilot study of a mobile phone intervention to increase physical activity among sedentary women*. *Prev Med* 2010;51:287–9.
- Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro; 2012.
- Knowles M, Holton Iii EF, Swanson RA. *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Amsterdã: Elsevier; 2011.
- Korkiakangas EE, Alahuhta MA, Husman PM, Keinänen-Kiukaanniemi S, Taanila AM, Laitinen JH. *Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – A qualitative study: Motivators and barriers to exercise among adults*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011;25(1):62–9.
- Krug R, Lopes MA, Mazo GZ. *Barriers and facilitators for the practice of physical activity in old and physically inactive women*. *Rev Bras Med Esporte* 2015;21:57–64.
- Mattar FN. *Pesquisa de marketing: edição compacta*. Amsterdã: Elsevier; 2012.
- Mcalister AL, Perry CL, Parcel GS. *How individuals, environments and health behaviors interact: social cognitive theory*. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- Meurer ST, Palma LE. *Motivação para a prática de atividades físicas de pessoas amputadas*. *Pensar a Prática* 2010;13(3.).
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Preciado C, Bonilla J. *Pasometría: estrategia de intervención y promoción de la actividad física*. *Rev Cienc Salud* 2011;9:191–201.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil* [Internet]. [citado em 10 de agosto de 2016]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/florianopolis.sc.
- Vida Ativa Melhorando a Saúde – Vamos. Disponível em: <http://vamos.ufsc.br>.
- Wethington E, Kessler RC. *Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events*. *J Health Soc Behav* 1986;27:78–89.