

Barreiras para adoção do PMC-VAMOS 3.0 na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo

Barriers to the adoption of the BCP-VAMOS 3.0 in Primary Health Care: a quality study

Barras para a adoção do PMC-VAMOS 3.0 em Atenção Primária de Saúde: un estudio cualitativo

*Elaine Maciel, *Lisandra Maria Konrad, **Cezar Ribeiro Grontowski, *Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

*Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil), **Instituto Federal do Paraná (Brasil),

Resumo. O objetivo do estudo foi avaliar as barreiras para a adoção do programa de mudança de comportamento Vida Ativa melhorando a Saúde (PMC-VAMOS), versão 3.0, na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado de Santa Catarina. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com 33 profissionais da saúde (PS) que não adotaram o PMC-VAMOS 3.0. Os PS responderam 25 questões por meio eletrônico (Google Forms). Para organizar e interpretar os resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descritiva com auxílio do software QSR Nvivo® 12.0. Os dados foram categorizados com base no modelo CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research = Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação) que descreve cinco domínios: características da intervenção, cenário externo, cenário interno, características individuais e processo de implementação. Os resultados apresentaram barreiras para não adoção do PMC-VAMOS em quatro domínios do CFIR: cenário externo (baixo interesse da população); cenário interno (tempo/horário compatível, estrutura física, rotatividade profissional, sobrecarga de trabalho e logística de trabalho); características individuais (insegurança, crença de não perfil para implementar o programa; crença de que o programa era inadequado ao setor saúde); e, processo (falta de apoio da gestão/equipe, ações semelhantes nas unidades de saúde e dificuldade na divulgação). Concluiu-se as barreiras percebidas pelos PS para não adotar o PMC-VAMOS 3.0 estavam relacionados a estrutura da organização, planejamento do trabalho, definição de funções e atuação da equipe.

Palavras-chave: Adoção. Atenção Primária à Saúde. Barreiras. Ciência da Implementação. Promoção da Saúde.

Abstract. The study aimed to evaluate the barriers to the adoption of the Active Life Improving Health Behavior Change Program (BCP-VAMOS), version 3.0, in Primary Health Care (PHC) in the state of Santa Catarina. A qualitative research was carried out with 33 health professionals (HP) who did not adopt the BCP-VAMOS 3.0. PS answered 25 questions electronically (Google Forms). To organize and interpret the results, the technique of descriptive content analysis was used in the QSR Nvivo® 12.0 software. Data were categorized based on the CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research) which describes five domains: intervention characteristics, outer setting, Inner setting, individual characteristics and implementation process. The results showed barriers for not adopting the BCP-VAMOS in four domains of the CFIR: outer setting (low interest of the population); inner setting (compatible time/time, physical structure, professional turnover, work overload and work logistics); individual characteristics (insecurity, belief of not having a profile to implement the program; belief that the program was inadequate for the health sector); and, process (lack of support from the management/team, similar actions at health centers and difficulty in publicizing). It was concluded that the barriers perceived by the PS not to adopt the BCP-VAMOS 3.0 were related to the organization's structure, work planning, definition of roles and performance of the team.

Keywords: Adoption. Primary Health Care. Barriers. Implementation Science. Health Promotion.

Resumen. El objetivo del estudio fue evaluar las barreras para la adopción del programa de cambio de comportamiento Vida Ativa mejorando la Salud (PMC-VAMOS), versión 3.0, en la Atención Primaria de Salud (APS) en el estado de Santa Catarina. Se realizó una investigación cualitativa con 33 profesionales de la salud (PS) que no adoptaron el PMC-VAMOS 3.0. El PS respondió 25 preguntas electrónicamente (Google Forms). Para organizar e interpretar los resultados se utilizó la técnica de análisis de contenido descriptivo con ayuda del software QSR Nvivo® 12.0. Los datos fueron categorizados con base en el modelo CFIR (Marco Consolidado para la Investigación de Implementación), que describe cinco dominios: características de la intervención, escenario externo, escenario interno, características individuales y proceso de implementación. Los resultados presentaron barreras para la no adopción del PMC-VAMOS en cuatro dominios CFIR: escenario externo (bajo interés de la población); escenario interno (tiempo/horario compatible, estructura física, rotación profesional, sobrecarga de trabajo y logística de trabajo); características individuales (inseguridad, creencia sin perfil para implementar el programa; creencia de que el programa no era apropiado para el sector salud); y proceso (falta de apoyo de la dirección/equipo, acciones similares en las unidades de salud y dificultad en la difusión). Se concluyó que las barreras percibidas por el PS para no adoptar el PMC-VAMOS 3.0 estaban relacionadas con la estructura de la organización, planificación del trabajo, definición de roles y desempeño del equipo.

Palabras clave: Adopción. Primeros auxilios. barreras Ciencia de la implementación. Promoción de la salud.

Fecha recepción: 16-03-23. Fecha de aceptación: 26-07-23

Elaine Maciel

elaine cristinamaciel@hotmail.com

Introdução

No contexto da saúde pública, a implementação de práticas baseadas em evidências (PBEs) tem recebido destaque para melhorar a qualidade da atenção à saúde da população (Escoffery et al., 2018). À medida que os formuladores de políticas públicas enfrentam desafios com a crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (WHO, 2020), há demanda por novas intervenções de mudança de comportamento em ambientes comunitários (O' Cathain et al., 2019). De maneira geral, a instituição destas ações têm sido incentivada por diretrizes mundiais (WHO, 2013, 2020b) voltadas à promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) (Escoffery et al., 2018; Bull et al., 2020).

O Brasil tem avançado em políticas que apoiam ações de educação em saúde na APS, em especial, as intervenções de promoção da atividade física (Brasil, 2021a) e alimentação saudável (Brasil 2014; Ramos et al., 2014; Manta et al., 2020). Um exemplo é o programa de mudança de comportamento Vida Ativa Melhorando a Saúde (PMC-VAMOS). Desenvolvido para ser utilizado nacionalmente, em especial na saúde pública, visa motivar adultos e idosos a adotarem um estilo de vida ativo e saudável com foco na atividade física e no comportamento alimentar (CA) (Benedetti et al., 2012; Benedetti et al., 2017).

O PMC-VAMOS, desde sua criação, foi implementado em diferentes regiões do Brasil (Benedetti et al., 2012; Gerage et al., 2017; Meurer et al., 2020; Tomicki et al.,

2021) e vem sendo constantemente aprimorado. Atualmente, está em sua terceira versão (3.0) (Benedetti et al., 2019; Ribeiro et al., 2021). Com o intuito de garantir a fidelidade do seu protocolo na prática dos serviços de saúde, o programa disponibiliza um treinamento on-line para implementação do PMC-VAMOS 3.0 (Konrad et al., 2020). O fornecimento de um suporte (treinamentos, *workshops*, palestras) aos profissionais da saúde (PS) para implementar uma intervenção, tem sido o método mais utilizado para aumentar a adoção das intervenções (Edmunds, Beidas, Kendall, 2013). No entanto, grande parte das ações na APS envolvem intervenções complexas com múltiplos componentes de interação e exigem mudanças em vários níveis do sistema (Lau et al., 2015). Além disso, a implementação das diretrizes é um processo complexo e influenciado por barreiras nos níveis individual e organizacional (Keyworth et al., 2019). A literatura ainda é incipiente em relação a temática barreiras percebidas por PS (Bazemore, et al., 2018) e os fatores que influenciam a adoção de programas (Galaviz et al., 2014; Konrad et al., 2017; Glasgow et al., 2019). O PMC-VAMOS reúne um corpo de evidências sobre adoção organizacional (Tomicki et al., 2021) alcance (Konrad et al., 2019; Borges et al., 2019), efetividade (Gerage et al., 2017; Meurer et al., 2019; Benedetti et al., 2020) e manutenção (Meurer et al., 2020), além de percepções dos participantes sobre as barreiras e facilitadores do programa (Tonosaki et al., 2018). Contudo, os fatores que envolvem a tomada de decisão para não adotar um programa nunca foram investigados. Para avaliar as intervenções no contexto da prática real, é fundamental identificar as barreiras e desenvolver estratégias eficazes de adoção e implementação (Holtrop et al., 2021) essenciais para o sucesso de uma inovação na promoção da saúde na APS. Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar as barreiras para a adoção do PMC-VAMOS, versão 3.0, percebidas pelos profissionais da saúde que atuam na APS do estado de Santa Catarina.

Metodologia

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo qualitativo com os PS da APS para avaliar as barreiras para adoção do PMC-VAMOS 3.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil (sob nº 1.394.492) e inscrito no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>) pelo indicador RBR-2vw77q. O estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

Local e participantes do estudo

O estudo foi conduzido no período entre 2019 e 2020, no sistema público, com PS vinculados às unidades básicas

de saúde (UBS) da APS do estado de Santa Catarina (SC), região sul do Brasil. O estado, na sua dimensão, conta com 295 municípios e a APS é dividida em sete regionais de saúde, nas quais estão cadastradas 1.824 UBS e vinculadas as equipes que contemplam a política multiprofissional de atenção à saúde com um total de 7.056 profissionais de nível superior (Brasil, 2019)

Para participar do estudo foram elencados como critérios de inclusão: ter formação na área da saúde, possuir nível superior, atuar na APS, ser certificado pelo treinamento on-line do PMC-VAMOS 3.0 e não ter adotado o programa na sua intervenção. O treinamento foi divulgado para os PS, por meio dos endereços eletrônicos das secretarias de saúde dos 295 municípios de SC, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Foi oferecido em um curso on-line na modalidade de Ensino a Distância (EaD), no ambiente virtual da plataforma *Moodle Groups*, hospedado no domínio da Universidade Federal de Santa Catarina. A inscrição era realizada por meio do site do programa (www.vamos.ufsc.br), no qual constava um *link* orientando o acesso a plataforma e, ficou disponível por quatro meses (novembro de 2018 a fevereiro de 2019).

O objetivo do treinamento foi capacitar PS (nomeados de multiplicadores) para planejar, conduzir e avaliar o programa em diferentes contextos. O treinamento apresenta cinco módulos que contemplam temas e conteúdos divididos em 13 unidades. O conteúdo oportuniza ao PS conhecer a proposta do programa, os conceitos e os marcadores para mudança de comportamento, as estratégias para gerenciar grupos de pessoas, a estrutura e os conteúdos para implementação e, por fim, as formas de avaliação do programa (Tabela 1). Para ser certificado como multiplicador do PMC-VAMOS, o PS deve atingir um desempenho de 80% na avaliação final do treinamento.

Tabela 1.
Módulos de aprendizagem do treinamento on-line para implementação do PMC-VAMOS, versão 3.0.

Módulo I. Conhecendo o programa	Programa VAMOS Base teórica do VAMOS
Módulo II. Mudando o estilo de vida	Estilo de vida Atividade física Alimentação saudável
Módulo III. Conduzindo grupos de pessoas no VAMOS	Estilos de aprendizagem Tipos de comportamento Administração do estresse Estratégias de motivação
Módulo IV. Implantando o VAMOS	Conteúdo das seções Estrutura dos encontros Adaptações no programa
Módulo V. Avaliando o VAMOS	Processo e resultados

Fonte: Adaptado de Konrad et al., 2020. PMC-VAMOS = programa de mudança de comportamento Vida Ativa Melhorando a Saúde.

Coleta dos dados

O levantamento de dados foi realizado entre maio e setembro de 2020, utilizando um formulário eletrônico composto de 25 questões. Os PS foram contactados por aplicativo de mensagens (WhatsApp), endereço eletrônico e, quando necessário, por ligação telefônica. Por meio do aplicativo de mensagem foram realizadas três tentativas de

contato. Àqueles que não responderam à essas tentativas, foram contatados três vezes via endereço eletrônico. Por fim, foi realizada uma ligação telefônica aos PS que ainda não haviam respondido ao formulário. Ressalta-se que todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos dados

Para a análise dos dados que caracterizaram os participantes utilizou-se dos recursos da estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão). Na análise dos dados qualitativos foram seguidas as orientações de Bardin (2011) por meio de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira etapa envolve os primeiros contatos com os documentos, a formulação de objetivos, a definição dos procedimentos na preparação dos dados. Na segunda etapa, na exploração do material, foram cumpridas as decisões anteriormente tomadas, isto é, a leitura de documentos e a caracterização dos dados. Foi realizada a codificação das falas, agrupando os temas por semelhança, resultando na composição das categorias. Na terceira etapa, foram realizadas inferências e interpretações sobre os dados já tratados, analisando qualitativamente os temas e as categorias definidas de acordo com o objetivo do estudo.

Para isto, inicialmente os dados foram inseridos no software QSR Nvivo® 12 for Windows para o reconhecimento e categorização das barreiras. Após, as barreiras foram analisadas considerando as matrizes recomendadas pelo *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al., 2009), baseadas nos cinco domínios (características da intervenção, cenário externo, cenário interno, característica individuais e processo), considerando os constructos e subconstructos de cada um dos domínios (<https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>). Este processo foi realizado por duas pesquisadoras separadamente e, quando de divergências, foram avaliadas até adquirir consenso entre as categorias. Os relatos foram codificados considerando a letra P (participante) e o número do participante (P1, P2, P3 ...).

Resultados

Foram registrados 151 inscritos no treinamento on-line do PMC-VAMOS 3.0. Destes, 54 (35,76%) foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão. Do número de PS homologados, 53 (54,63%) foram certificados pelo treinamento on-line, contudo, 33 PS não adotaram o PMC-VAMOS para implementar nas unidades de saúde da APS no estado de Santa Catarina (Figura 1).

Conforme observado na Tabela 2 nosso estudo contemplou os 33 PS que não adotaram o programa e estes atuavam em sete diferentes áreas na APS. A maioria dos PS era do sexo feminino, casada, acima de 30 anos (média de idade = 41,5 anos; DP = 21,92), de etnia branca, vivendo

com companheiro, renda familiar acima de quatro salários-mínimos, com especialização e vínculo empregatício efetivo, atuando até seis anos na APS com carga horária igual ou acima de 40 horas semanais.

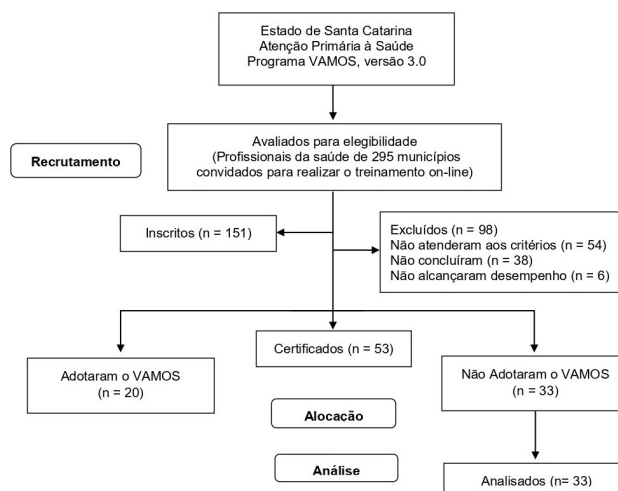


Figura 1. Profissionais da saúde certificados pelo treinamento on-line do PMC-VAMOS, versão 3.0, na APS de Santa Catarina, 2019/2020. Fonte: Autores

Tabela 2.

Características dos profissionais da saúde que não adotaram o Programa VAMOS, versão 3.0 (n = 33).

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	31 (93,93)
Masculino	2 (6,07)
Idade (faixa etária, anos)	
Até 30	10 (30,30)
> 30	23 (69,70)
Etnia, raça	
Branca	29 (87,88)
Preta/parda	4 (12,12)
Estado civil	
Solteiro/separado	15 (45,46)
Casado	18 (54,54)
Renda familiar (salário mínimo)*	
Até 4	11 (33,33)
> 4	21 (63,64)
Área de formação	
Educação Física	7 (21,21)
Nutrição	7 (21,21)
Psicologia	6 (18,19)
Enfermagem	5 (15,15)
Fisioterapia	4 (12,12)
Terapia Ocupacional	3 (9,09)
Medicina	1 (3,03)
Formação complementar	
Especialização	26 (78,78)
Mestrado	5 (15,15)
Vínculo empregatício	
Concurso/efetivo	26 (78,78)
Contrato temporário	7 (21,22)
Tempo de atuação na APS (anos)	
Até 6	18 (54,54)
> 6	15 (45,46)
Carga de trabalho na APS (hs/sem)	
< 40	15 (45,45)
≥ 40	18 (54,55)

*Um participante não respondeu.

Fonte: Autores

Dos 33 PS, quatro relataram barreiras individuais como problemas e cuidado com a saúde (licença maternidade, fertilização artificial, entre outros) e questões pessoais (horário inviável devido às questões familiares) para não

adotar o PMC-VAMOS. Os relatos (n = 49) dos demais PS foram classificados de acordo com os constructos dos cinco domínios do CFIR: característica da intervenção, cenário externo, cenário interno, características dos indivíduos e processo de implementação (Damschroder, 2009).

Na análise dos dados, o domínio **característica da intervenção** não apresentou nenhuma barreira. No domínio **cenário externo**, três relatos apontaram um *baixo interesse da população* em participar neste tipo de intervenção. Isto pode ser visto no relato a seguir:

“Fizemos uma reunião com a gestão e profissionais do NASF sobre a metodologia do Programa VAMOS, e por experiências de grupos já realizados nas UBS, os usuários não aderiram à essas metodologias. Tentamos de diversas formas algumas alternativas para chamar os usuários para participarem dos nossos grupos, porém eles têm resistências. Os grupos que temos aqui relacionados à atividade física, foi construído junto com os usuários, para poder ter melhor aceitação das atividades. Porém a média de participação é em torno de 5 a 7 pessoas”. (P12)

O domínio **cenário interno**, recebeu o maior número de relatos (n = 30). A falta de tempo ou de horário compatível com rotina da UBS, de um local apropriado para a realização dos encontros e sobrecarga na rotina de trabalho fazem parte do constructo da prontidão para a implementação. Essas barreiras podem ser exemplificadas pelos relatos de alguns participantes:

“Agenda / tempo e sobrecarga de trabalho burocrático, acolhimento da demanda espontânea que sobrecarrega na agenda do profissional”. (P14)

“Local e horário para a realização das atividades”. (P15)

“A rotatividade nas equipes onde atuei, desconhecimento de gestores e coordenação de AB a respeito da realização do treinamento por mim, dificuldades de relacionamento com a gestão, perseguição política, dificuldades nos processos de trabalho nas ESF, sobrecarga de atividades como enfermeira, relações pouco afinadas com o NASF”. (P10)

“No modelo de Ambulatório Geral que temos aqui é bem complicado realizar atividades de grupo”. (P17)

No domínio das **características individuais**, as barreiras apontadas

(n = 03) foram sobre a insegurança, não ter hábitos exemplares que se enquadrem no perfil do programa e achar que o programa não era adequado. Descritas pelos seguintes relatos:

“(…) insegurança em tentar por em prática o projeto sozinha”. (P10)

“Acredito que pelo fato de ser VAMOS o título do programa, isso inclui a primeira pessoa o "eu", isso significa também o comprometimento nas mudanças do profissional que conduz o programa. E, penso na minha realidade que estou muito aquém nessas mudanças de hábito, preciso muito mudar meu sedentarismo, fazer mais exercícios físicos, para ser um exemplo para as pessoas que aderem ao VAMOS”. (P03)

“Não acreditar ser um programa que atendesse a toda a população que estávamos alocados”. (P33)

Por fim, para o domínio do **processo** foram

classificadas três barreiras (n = 13). A mais citada foi a falta de apoio da equipe e/ou da gestão para a adoção do programa. Porém, dificuldade na divulgação e ações semelhantes na UBS também foram relatadas. Isso pode ser observado nas falas a seguir

“Falta de apoio da gestão. A gestão municipal achou melhor não adotar o programa no momento”. (P15)

“Baixo interesse das equipes para os grupos”. (P12)

“Dificuldade para divulgação...”. (P19)

“Estávamos iniciando um trabalho muito semelhante no mesmo momento, juntos com outros 3 profissionais da minha equipe de NASF, psicóloga, educador físico e nutricionista”. (P11)

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar as barreiras percebidas pelos PS para a adoção do PMC-VAMOS, versão 3.0, na APS do estado de Santa Catarina. Acredita-se que a identificação e compreensão destas barreiras podem melhorar e facilitar a implementação desse tipo de programa e de outras intervenções que atuam na mudança de comportamento que estão presentes na saúde pública.

Quanto às barreiras individuais, que não estavam relacionadas ao PMC-VAMOS, os participantes citaram problemas pessoais e cuidados com a saúde. Esse fator foi limitante, pois alguns dos PS acabaram se afastando após participarem do treinamento, impossibilitando o processo de implementação do programa, considerando que o período de treinamento já havia sido encerrado e outro profissional não poderia adotar o programa sem estar certificado. É importante que o local esteja organizado para suprir a possível falta de um profissional (principalmente quando esta já está programada) e que as funções sejam bem distribuídas, minimizando a sobrecarga de trabalho da equipe e facilitando a adoção de novas intervenções (Ndejjo et al., 2020).

As barreiras organizacionais foram analisadas por meio da estrutura CFIR, considerando os constructos presentes nos cinco domínios do modelo (Damschroder et al., 2009). Conforme observa-se, as características do PMC-VAMOS não influenciaram a tomada de decisão para não adotar o programa, pois nenhuma barreira foi relatada no domínio. Contudo, os relatos dos PS foram classificados nos outros quatro domínios do CFIR.

Cenário externo

Neste domínio, apenas uma barreira foi relatada e relacionada ao constructo *necessidades e recursos do público-alvo* e ao subconstructo *conhecer e priorizar as necessidades do público-alvo*. De acordo com Damschroder et al. (2009), é necessário priorizar as necessidades e características dos usuários para a implementação de uma intervenção. O baixo interesse na participação em uma intervenção para a promoção de AF e alimentação saudável é uma barreira que também foi apontada em outros estudos (Borges et al., 2019; Belizan et al., 2019; Sandreschi et al., 2019). A

resistência da população pode estar relacionada ao fato de a intervenção não ter características de um programa tradicional de AF (Borges et al., 2019). Por isso, envolver a comunidade nas tomadas de decisões, apresentar os objetivos de forma clara, adequar o ambiente e melhorar o suporte social são fatores que podem influenciar no alcance da intervenção (Giehl et al., 2012; Pialarissi, 2017; Belizan et al., 2019; Ijsbrandy et al., 2020). Além disso, o engajamento e comprometimento de toda equipe poderia potencializar a divulgação, possibilitando que as etapas do programa sejam realizadas conforme o proposto (Borges et al., 2019).

Cenário Interno

Este domínio apresentou maior número de barreiras. Um dos constructos deste domínio é a **prontidão para a implementação**, que apresenta como subconstructo **recursos disponíveis**. Estes estão relacionados aos indicadores tangíveis e imediatos do comprometimento da organização, assim como os recursos dedicados, incluindo o tempo e local apropriados para implementar uma intervenção (Damschroder et al., 2009).

A gestão tem um papel importante neste domínio e influencia diretamente a qualidade do atendimento prestado, principalmente quando as barreiras estão relacionadas ao planejamento e organização dos serviços (Sopcak et al., 2016). Para isto, é necessário que gestores superem a compreensão simplista, considerando que políticas sociais devem estar em primeiro plano para abranger as necessidades da população, principalmente de menor poder aquisitivo (Anjos et al., 2021). Ações bem planejadas, funções das equipes claras e divididas de forma que não acarretem sobrecarga de trabalho aos profissionais, viabilizam a efetividade da intervenção (Valera et al., 2014; Becker; Loch; Reis, 2017).

A estrutura física apropriada para realizar a intervenção é uma barreira geralmente presente quando se trata de setores públicos. Uma organização que apresenta infraestrutura frágil e com recursos materiais insuficientes pode comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da APS. Isto poderá ocasionar limitação do trabalho dos profissionais gerando um quadro de insatisfação na UBS (Soares Neto; Machado; Alves, 2016).

O constructo **características estruturais**, que descreve a importância da estrutura social da organização, mostra que quanto mais tempo uma equipe se mantém em uma mesma estrutura, sem apresentar modificações e rotatividade, maior a probabilidade de uma intervenção ser efetiva (Damschroder et al., 2009). Normalmente a rotatividade da equipe implica na perda de pessoas estratégicas, prejudicando a organização (Robbins, 2005). Apesar de os estudos serem incipientes, é possível apontar fatores que podem resultar nesta barreira, como o estilo da gestão, a influência político-partidária, composição da equipe, remuneração, entre outros (Medeiros, et al., 2010). É necessário observar os fatores que levam à rotatividade, considerando que os profissionais da saúde

influenciam diretamente no modelo de administração, nas atividades e intervenções implementadas, bem como na viabilidade dos princípios e diretrizes do SUS (Tonelli et al., 2018).

Considerando os ruídos e dificuldades com a gestão e a logística de trabalho, pode-se citar o constructo **clima da implementação**. O subconstructo **clima de aprendizagem**, que apontam a interação entre gestor e profissional na busca de melhorar as ações e seus resultados (Damschroder et al., 2009). Além disso, é importante salientar que decisões centralizadas pelo gestor, limitam o desenvolvimento de novas ideias, desestimulam a participação, ocasionando ruídos na comunicação entre as partes interessadas (Medeiros et al., 2010). Outro fator que está diretamente ligado a implementação de uma intervenção é a falta de trabalho em equipe, que dificulta a prática interdisciplinar e a satisfação profissional e pessoal com a atividade executada. Este, pode influenciar nos objetivos propostos e resultar no aumento da rotatividade dos profissionais (Medeiros et al., 2010).

Assim, adotar posturas flexíveis, tratar as falhas como um problema de processo e não buscar culpados, respeitar opiniões sem impor ideias e objetivos, são aspectos que podem manter um ambiente de trabalho agradável e uma equipe unida (Medeiros et al., 2010). No contexto da UBS, uma estrutura física apropriada, um bom planejamento, organização das equipes quanto a clareza de papéis e funções bem definidas, facilitam a otimização na implementação de uma intervenção (Brasil, 2008; Valera et al., 2014). Deste modo, profissionais trabalham em sincronia, engajados e interessados, com objetivos e funções claros. O resultado é a confiança mútua e comunicação eficaz, tornando o sucesso mensurável (Ijsbrandy et al., 2020).

Características individuais

Neste domínio encontram-se as barreiras individuais associadas aos envolvidos na intervenção. As barreiras relatadas estão atreladas ao constructo da **autoeficácia**, que se baseia na capacidade de realizar ações específicas. Quanto mais confiante um indivíduo se sente sobre sua capacidade, torna-se mais propenso a tomar a decisão de “abraçar” a intervenção (Damschroder et al., 2009). É possível considerar que a falta de conhecimento e entendimento afetam diretamente a motivação do profissional em adotar uma intervenção (Ijsbrandy et al., 2020).

Outro constructo evidenciado pelas barreiras citadas no domínio das características individuais está relacionado ao **conhecimento e crença** sobre a intervenção. É descrito pelo grau de conhecimento, familiaridade do fatos, informações e princípios da intervenção. A falta de autoconfiança em suas capacidades e experiências pessoais pode ser um problema, influenciando de forma negativa na implementação de uma intervenção (Damschroder et al., 2009; Valera et al., 2014).

O constructo **outros atributos pessoais**, explica a

barreira que aponta o programa como inadequado ao setor saúde. Apesar de ser amplo, o constructo inclui características pessoais como a motivação e os valores. Neste caso, a visão negativa do profissional pode influenciar tanto na forma como a organização vê o programa quanto nos resultados (Damschroder et al., 2009).

De modo geral as crenças, a falta de conhecimento sobre a intervenção, as atitudes e a motivação dos profissionais afetam diretamente na implementação geral (Valera et al., 2014). Para mudar este cenário, os autores apontam a necessidade de enfatizar a importância da intervenção, suas evidências, além de treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais. Essas situações podem fortalecer as habilidades dos profissionais e promover atitudes positivas em relação as intervenções (Long et al., 2018). Já, no caso da barreira não ter hábitos exemplares que se enquadrem no perfil do programa, uma sugestão seria o profissional aplicar a intervenção na própria rotina, tornando-se um fator motivacional para os participantes. Além disso, os profissionais poderiam perceber o funcionamento da intervenção como disseminador de informações e conhecimentos e como participante (Valera et al., 2014).

Processo

Neste domínio, o constructo *engajamento* foi relacionado à barreira para adoção do programa. O engajamento descreve a importância de atrair e envolver os indivíduos por meio de uma estratégia combinada de marketing social, educação, definição de papéis, treinamento e outras atividades semelhantes (Damschroder et al., 2009). Dentro do engajamento, o subconstructo *líderes de opinião*, aponta o grau de influência formal ou informal de um indivíduo sobre os demais. Quanto maior a influência, maior a possibilidade da implementação de uma intervenção (Damschroder et al., 2009).

A participação da equipe de saúde e da gestão estão sempre entre as barreiras mais citadas, tal qual foi neste estudo. A falta de comunicação entre as equipes e conhecimento da intervenção dificulta o apoio de maneira geral, podendo inviabilizar a implementação (Valera et al., 2014; Ijsbrand et al., 2020). Gestores e profissionais da saúde consideram que a falta de apoio no ambiente de trabalho afeta a interdisciplinaridade, tornando o trabalho fragmentado e diminuindo o desempenho dos profissionais dentro da organização (Paiva Neto et al., 2019; Medeiros et al., 2010). O trabalho em equipe é essencial, considerando que as responsabilidades e os limites pouco claros podem criar conflitos e desentendimentos na organização de forma geral (equipe e gestão) (Sopcak et al., 2016; Gustavsson et al., 2018). Para isto, é necessário que os profissionais se aproximem da gestão, forneçam dados e informações da intervenção e como ela contribuirá para a saúde dos usuários (Brasil, 2021a).

Relacionar ações semelhantes na UBS como uma

barreira é interessante e ela está atrelada ao subconstructo do *planejamento* quando de um processo de adoção e implementação de ações de saúde. De acordo com Damschroder et al. (2009), a tomada de decisão baseia-se no desenvolvimento de estratégias para preparar a organização da ação, para sua implementação e de que forma será o planejamento para torná-la efetiva. Acreditamos que essa barreira seja uma resposta positiva da APS em relação às ações multiprofissionais, pois esta é uma das missões do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Contudo, para que isto aconteça, as equipes precisam desenvolver um trabalho interdisciplinar, garantindo a sustentabilidade e manutenção do cuidado e a prestação de serviços diretos à população (Brasil, 2017; Brasil, 2021a). Então, adotar outra intervenção semelhante poderia influenciar na sobrecarga de trabalho.

A divulgação do programa na comunidade já foi citada como uma barreira organizacional por profissionais da saúde que conduziram o PMC-VAMOS anteriormente e esteve relacionada a morosidade da incorporação do programa na rotina de atividades diárias da UBS (Borges et al., 2019). O apoio multiprofissional impulsionou e diversificou a promoção da saúde na APS, que em sua maioria, são desenvolvidas em municípios com cobertura do NASF (Florindo et al., 2016). Esta estratégia é importante para que a divulgação ocorra de forma efetiva, desde que todos os profissionais estejam cientes da intervenção e colaborem para sua implementação (Carroll et al., 2011). Para aumentar o alcance é necessário apostar em pelo menos três estratégias diferentes de divulgação, como: por meio de contato telefônico, durante o atendimento na UBS, visitas dos agentes comunitários de saúde, de forma impressa, redes sociais, entre outras (Carroll et al., 2011; Arigo et al., 2018; Brasil, 2021).

Como foi possível observar, os resultados encontrados neste estudo apresentam semelhanças com barreiras já relatadas na literatura quando se trata, em especial, do processo interno das instituições públicas envolvidas. Neste sentido, o PMC-VAMOS procurou avançar na elaboração de um treinamento que pudesse, ao mesmo tempo, motivar para a adoção e capacitar para a implementação do PMC-VAMOS. Entende-se, contudo, que este tipo de estratégia também requer uma avaliação dentro do contexto da saúde uma vez que já se sabe que estabelecer a eficácia de uma intervenção na saúde não é o suficiente para garantir sua adoção na rotina (Bauer & Kirchner, 2020). Apesar do avanço na Ciência da Implementação para melhorar a aceitação de práticas baseadas em evidências, a complexidade dos processos translacionais limita os efeitos esperados (Escoffery et al., 2018). Alguns estudos indicam que oferta apenas de abordagens didáticas podem não ser suficientes para adoção e implementação de intervenções de saúde (Beidas et al., 2012; Nadeem, Gleacher, Beidas, 2013). Estudo recente publicou um protocolo inovador considerando o cenário brasileiro, associando estratégias didáticas tradicionais (treinamento prévio) com uma abordagem de

suporte contínuo às partes envolvidas na adoção e implementação do PMC-VAMOS (Konrad et al., 2022). Os resultados deste protocolo poderão ser de grande relevância no sentido de entender os mecanismos que envolvem o processo de tradução de uma intervenção e os resultados de adoção e implementação para a prática de serviços de saúde.

Limitações e pontos fortes

Este estudo apresentou como limitação o fato de avaliarmos as barreiras organizacionais pelo profissional que seria responsável pela entrega do programa. Não avaliamos a percepção das outras partes interessadas, como a gestão, equipe de saúde e participantes. Por outro lado, trata-se de um estudo da tradução do conhecimento baseado em evidência para a prática, que classificou barreiras dentro de um modelo de estudo voltado especificamente para implementação de intervenções na área da saúde. Este conhecimento poderá auxiliar na implementação de intervenções a partir da identificação das barreiras e de que forma é possível contorná-las. Também é importante considerar que os resultados podem contribuir para facilitar a implementação de intervenções na APS e para criar estratégias para a adoção e implementação do PMC-VAMOS, versão 3.0.

Conclusão

Por meio deste estudo foi possível analisar diferentes barreiras que influenciaram diretamente a não adoção do PMC-VAMOS, versão 3.0. Com a utilização do modelo CFIR, as barreiras organizacionais passaram a ser analisadas dentro do contexto da ciência da implementação que tem como objetivo potencializar a adoção de práticas baseadas em evidências. Foi observado que a maioria das barreiras organizacionais foram relacionadas a estrutura da organização, ao planejamento, ao trabalho em equipe e a definição de funções. Portanto, é importante que, ao implementar um novo programa, as organizações analisem as barreiras que podem surgir durante o processo, busquem estratégias/soluções para cada uma delas e desenvolvam um planejamento que viabilize a sua implementação. Desta forma, pode-se aumentar a chance de sucesso no desenvolvimento de práticas que otimizem a rotina dos PS e ofereçam um cuidado mais qualificado a população, em especial quando se trata de programas de mudança de comportamento na saúde pública.

Referências

Anjos, V. Ávila A. dos, Tavares, G. H., Ferreira, J. S., & Silva, J. V. P. da. (2021). Políticas de promoción de la salud pública y orientación profesional en AAL en Campo Grande/MS, Brasil (Public health promotion policies and professional guidance in the Outdoor Gyms in Campo Grande/MS, Brazil). *Retos*, 41, 112–

122. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.83012>
- Arigo, D., Pagoto, S., Carter-Harris, L., Lillie, S. E., & Nebeker, C. (2018). Using social media for health research: Methodological and ethical considerations for recruitment and intervention delivery. *Digital health*, 4. <https://doi.org/10.1177/2055207618771757>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry research*, 283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>.
- Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L. E., Bruno, R., Chung, Y., & Phillips, R. L., Jr (2018). Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Annals of family medicine*, 16(6), 492–497. <https://doi.org/10.1370/afm.2308>.
- Becker, LA, Loch, MR, & Rodrigo Siqueira, R. (2017). Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências [Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências *Revista panamericana de salud publica = Revista Panamericana de Saúde Pública*, 41, e147. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.147>.
- Beidas, R. S., Edmunds, J. M., Marcus, S. C., & Kendall, P. C. (2012). Training and consultation to promote implementation of an empirically supported treatment: a randomized trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(7), 660–665. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100401>.
- Belizan, M., Chaparro, R. M., Santero, M., Elorriaga, N., Kartschmit, N., Rubinstein, A. L., & Irazola, V. E. (2019). 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*, 16(2), 213. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020213>
- Benedetti, T. R. B., Schwingel, A, Gomez, L. S., & Wojtek C. (2012). Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 14(6), 723-737. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n6p723>.
- Benedetti, T. R. B., Manta, S., Gomez, L., & Rech, C. (2017). Logical model of a behavior change program for community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 22(3), 309–313. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n3p309-313>
- Benedetti, T. R. B. Grontowski, C. R., & Konrad, L. M. (2019). VAMOS: vida ativa melhorando a saúde.

- Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde*. 2 ed. Florianópolis: UFSC.
- Benedetti, T., Rech, C. R., Konrad, L. M., Almeida, F. A., Brito, F. A., Chodzko-Zajko, W., & Schwingel, A. (2020). 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*, 8, 48. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00048>.
- Borges, R. T., Tomicki, C., Almeida, F. A., Schwingel, A., Chodzko-Zajko W., & Benendetti, T. R. B. (2019). Alcance do programa “VAMOS” na atenção básica - barreiras organizacionais e facilitadores. *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*, 22(3). DOI: 10.1590/1981-22562019022.180225
- Brasil (2008). Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Brasil (2014). *Guia alimentar para a população brasileira*. 2ª ed. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde. [citado 2021 jan 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Brasil (2017). *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, DF.
- Brasil (2019). *Departamento de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2019*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso 10 janeiro de 2019.
- Brasil (2021a). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde. [citado 2021 jul 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Brasil (2021). Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Primária À Saúde. Departamento De Promoção Da Saúde. *Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>.
- Carroll, J. K., Yancey, A. K., Spring, B., Figueroa-Moseley, C., Mohr, D. C., Mustian, K. M., Sprod, L. K., Purnell, J. Q., & Fiscella, K. (2011). What are successful recruitment and retention strategies for underserved populations? Examining physical activity interventions in primary care and community settings. *Translational Behavioral Medicine*, 1(2), 234–251. <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0034-2>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science: IS*, 4(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
- Edmunds, J. M., Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2013). Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices: Training and Consultation as Implementation Strategies. *Clinical psychology: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 20(2), 152–165. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12031>.
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoefer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., Hartman, M., Fernandez, M. E., & Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science: IS*, 13(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>.
- Florindo, A. A., Nakamura, P. M., Farias Júnior, J. C. de, Siqueira, F. V., Reis, R. S., Cruz, D. K. A., & Hallal, P. C. (2016). 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*, 30(4), 913-924. <https://doi.org/10.1590/1807-55092016000400913>.
- Galaviz, K. I., Harden, S. M., Smith, E., Blackman, K. C., Berrey, L. M., Mama, S. K., Almeida, F. A., Lee, R. E., & Estabrooks, P. A. (2014). Physical activity promotion in Latin American populations: a systematic review on issues of internal and external validity. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 11, 77. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-77>.
- Gerage, A. M., Benedetti, T., Ritti-Dias, R. M., Dos Santos, A., de Souza, B., & Almeida, F. A. (2017). Effectiveness of a Behavior Change Program on Physical Activity and Eating Habits in Patients With Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Journal of physical activity & health*, 14(12), 943–952. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0268>.
- Giehl, M. W. C., Schneider, I., Corseuil, H. & d'Orsi, E. (2012). Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 516-25. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000026>.
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., &

- Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in public health*, 7, (64). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - interview study with primary healthcare staff and management. *BMC health services research*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>.
- Holtrop, J. S., Estabrooks, P. A., Gaglio, B., Harden, S. M., Kessler, R. S., King, D. K., Kwan, B. M., Ory, M. G., Rabin, B. A., Shelton, R. C., & Glasgow, R. E. (2021). Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of clinical and translational science*, 5(1), e126. <https://doi.org/10.1017/cts.2021.789>
- Ijsbrandy, C., van Harten, W. H., Gerritsen, W. R., Hermens, R., & Ottevanger, P. B. (2020). Healthcare professionals' perspectives of barriers and facilitators in implementing physical activity programmes delivered to cancer survivors in a shared-care model: a qualitative study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(7), 3429–3440. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05108-1>.
- Keyworth, C., Epton, T., Goldthorpe, J., Calam, R., & Armitage, C. J. (2019). 'It's difficult, I think it's complicated': Health care professionals' barriers and enablers to providing opportunistic behaviour change interventions during routine medical consultations. *British journal of health psychology*, 24(3), 571–592. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12368>.
- Konrad, L., Tomicki, C., Silva, M., Almeida, F., & Benedetti, T. (2017). Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 22(5), 439–449. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n5p439-449>.
- Konrad, L. M., Tomicki, C., Ribeiro, C. G., Bezerra, J. B., Maciel, E. C., Rech, C. R., Pitanga, F. J. G., & Benedetti, T. R. B. (2019). Length of stay in a behavior change program in Primary Health Care: “VAMOS” Program. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 24, 1–7. <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0090>.
- Konrad, L. M., Ribeiro, C. G., Tomicki, C., & Benedetti, T. R. B. (2020). Validação de tecnologia educacional para implementar um programa comunitário na saúde pública. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 25, 1–6. <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0155>.
- Konrad, L. M., Ribeiro, C. G., Maciel, E. C., Tomicki, C., Brito, F. A., Almeida, F. A., & Benedetti, T. R. B. (2022). Evaluating the implementation of the active life improving health behavior change program “BCP-VAMOS” in primary health care: Protocol of a pragmatic randomized controlled trial using the RE-AIM and CFIR frameworks. *Frontiers in Public Health*, 10, [726021]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.726021>.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R., & Murray, E. (2015). Achieving change in primary care--effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ open*, 5(12), e009993. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009993>.
- Long, H., Huang, W., Zheng, P., Li, J., Tao, S., Tang, S., & Abdullah, A. S. (2018). 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*, 15(11), 2378. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112378>.
- Manta, S. W., Sandreschi, P. F., Tomicki, C., Konrad, L. M., Quadros, E. N., Ribeiro, C. G., Bezerra, J. B., Souza, P. V., Maciel, E. C., Cruz, D. K. A., & Benedetti, T. R. B. (2020). Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 13(1).
- Medeiros, C., Junqueira, A., Schwingel, G., Carreno, I., Jungles, L., & Saldanha, O. (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 15. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>.
- Meurer, S. T., Lopes, A., Almeida, F. A., Mendonça, R. D., & Benedetti, T. (2019). Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 46(3), 406–416. <https://doi.org/10.1177/1090198118820095>.
- Meurer, S. T., Borges, L. J., Gerage, A. M., Lopes, A. C. S., Benedetti, T. R. B. (2020). Promotion of physical activities and healthy eating habits in Primary Care: maintenance of benefits. *Revista de Nutrição*, 33. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e190120>.
- Nadeem, E., Gleacher, A., & Beidas, R. S. (2013). Consultation as an implementation strategy for evidence-based practices across multiple contexts: unpacking the black box. *Administration and policy in mental health*, 40(6), 439–450. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0502-8>.
- Ndejjo, R., Wanyenze, R. K., Nuwaha, F., Bastiaens, H., & Musinguzi, G. (2020). Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe

- districts in Uganda using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science: IS*, 15(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01065-0>.
- O'Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hodinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>.
- Paiva Neto, F. T., Mazo, G. Z., Sandreschi, P. F., Petreça, D. R., & Rech, C. R. (2019). Barriers to implementation of "Academia da saúde program" in Santa Catarina. *Journal of Physical Education*, 30(1). <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v30i13046>
- Pialarissi, R. (2017). *Precarização do Trabalho*. Revista de Administração em Saúde, 17(66).
- Ramos, L. R., Malta, D. C., Gomes, G. A., Bracco, M. M., Florindo, A. A., Mielke, G. I., Parra, D. C., Lobelo, F., Simoes, E. J., & Hallal, P. C. (2014). Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Revista de saúde pública*, 48(5), 837–844. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005249>.
- Ribeiro, C. G., Konrad, L. M., Tomicki, C., Almeida, F. A., Brito, F. A. & Benedetti, T. R. B. (2021). Evaluation of the didactic material of the Active Life Improving Health? Program (VAMOS), version 3.0. *e-Revista LOGO*, 10, 72-92, 2021. <https://doi.org/10.26771/e-Revista.LOGO>.
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento organizacional*. 11ª ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Valera, M., Pons-Vigués, M., Martínez-Andrés, M., Moreno-Peral, P., Berenguera, A., & Fernández, A. (2014). Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS one*, 9(2), e89554. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>.
- Sandreschi, P. F., Petreça, D. R., Mazo, G. Z., & Fank, F. (2019). Barreiras para o desenvolvimento de atividades físicas para idosos: a visão dos secretários municipais de saúde de Santa Catarina. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 24. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.97664>
- Soares Neto, J. J., Machado, M. H., & Alves, C. B. (2016). The Mais Médicos (More Doctors) Program, the infrastructure of primary health units and the municipal human development index. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016>.
- Sopcak, N., Aguilar, C., O'Brien, M. A., Nykiforuk, C., Aubrey-Bassler, K., Cullen, R., Grunfeld, E., & Manca, D. P. (2016). Implementation of the BETTER 2 program: a qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. *Implementation Science: IS*, 11(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0525-0>.
- Tomicki, C., Rech, C. R., Gerage, A. M., Corrêa, E., N., Konrad, L. M., & Benedetti, T. R. B. (2021). Adoption of an intervention to promote physical activity and healthy eating in Brazilian health care settings. *Research, Society and Development*, 10(13)
- Tonelli, B., Leal, A., Tonelli, W., Veloso, D., Gonçalves, D., & Quadros, S. T. (2018). Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia – Ufp*, 23(2) 180-185. <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Parte superior do formulário
- Tonosaki, L. M. D., Rech, C. R., Mazo, G. Z., Antunes, G. A., & Benedetti, T. R. B. (2018). Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 40(2), 138-145, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.01.012>.
- World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. [citado 2021 Jan 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>. Acesso em