



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**Nível Doutorado**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
ALCANCE, ADOÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVIDADE DE UM  
PROGRAMA DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO COM AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO INTERIOR DO BRASIL**

**ROSÂNGELA SOUZA LESSA**

**JEQUIÉ-BA**

**2025**

**ROSÂNGELA SOUZA LESSA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
ALCANCE, ADOÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVIDADE DE UM  
PROGRAMA DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO COM AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO INTERIOR DO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha

**JEQUIÉ-BA**

**2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

L638p Lessa, Rosângela Souza.

Promoção da saúde na atenção primária: alcance, adoção, implementação e efetividade de um programa de mudança de comportamento on-line com agentes comunitários de saúde no interior do Brasil / Rosângela Souza Lessa.- Jequié, 2025.

287p.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela e da coorientação do Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha)

1.Avaliação de programa 2.Promoção da saúde 3.Estilo de vida saudável 4.Agente comunitário de Saúde 5.Intervenção Baseada em Internet I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 610.73

Rafaella Câncio Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**LESSA, Rosângela Souza. “Promoção da Saúde na Atenção Primária: Alcance, Adoção, implementação e efetividade de um Programa de Mudança de Comportamento com Agentes Comunitários de Saúde no interior do Brasil”.** Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

### BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente  
 **ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA**  
Data: 05/08/2025 19:27:42-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

#### **Profa. Dra Alba Benemerita Alves Vilela**

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)



Documento assinado digitalmente  
**TANIA ROSANE BERTOLDO BENEDETTI**  
Data: 30/04/2025 18:58:47-0300  
CPF: \*\*\*.867.700-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://ufsc.br>

#### **Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti**

Programa de Pós-Graduação: Educação Física (PPGEF) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)



Documento assinado digitalmente  
**CAMILA FABIANA ROSSI SQUARCINI**  
Data: 30/04/2025 19:08:27-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

#### **Profa. Dra. Camila Fabiana Rossi Squarcini**

Universidade Estadual de Santa Cruz(UESC)- Programa de Pós-Graduação: Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem- (PPGENF)



Documento assinado digitalmente  
**CLARICE ALVES DOS SANTOS**  
Data: 08/08/2025 16:16:50-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

#### **Profa. Dra. Clarice Alves dos Santos**

Programa de Pós-Graduação: em Educação (PPGEF) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)



Documento assinado digitalmente  
**WANDA PALMARELLA RODRIGUES**  
Data: 02/05/2025 10:52:50-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

#### **Profa. Dra. Wanda Palmarella Rodrigues**

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Jequié-Bahia, 30 de abril de 2025

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, que, mesmo diante das ausências vividas para poderem estudar, sempre encontraram formas de estimular o meu crescimento. Aos Agentes Comunitários de Saúde, trabalhadores que tanto cuidam, mas que também precisam ser cuidados.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, sabedoria e sagacidade ao longo desta trajetória.

À minha família, pais e irmãos, que sempre acreditaram em mim e apoiaram cada uma das minhas escolhas.

Ao meu esposo, por compreender minhas ausências e estar ao meu lado em todos os desafios.

Ao meu filho, Luís Emmanuel, por ser, todos os dias, minha maior força para seguir.

À minha orientadora, Alba Benemérita, pelos ensinamentos, pela sensibilidade, pelas orientações sempre cuidadosas, pelo acolhimento e, sobretudo, pela confiança.

Ao meu coorientador, Saulo Vasconcelos, pelo apoio constante, pelos direcionamentos firmes, pelas sugestões generosas e pelas contribuições fundamentais para este trabalho.

Aos bolsistas de Iniciação Científica, especialmente Grazielle, Gabriel, Gustavo e Alice, que nunca mediram esforços para colaborar e executaram com presteza tudo o que foi necessário para o bom andamento da pesquisa.

A todos os voluntários, em especial Thailan, Pabline, Silvanildo, Mel e Rudison, pela dedicação e disponibilidade durante as coletas presenciais.

Aos profissionais de saúde de Jequié, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, por participarem com compromisso e interesse da minha pesquisa.

Aos docentes do PPGES, pelas contribuições valiosas no aperfeiçoamento da minha formação.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, pelos direcionamentos e pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

À Milena Dias, pela amizade, pela colaboração no processamento do software e pelas recomendações generosas e escutas atentas.

Aos amigos, especialmente Ingrid, Daniela, Milla, Manuela e Leinad, por serem apoio nos momentos difíceis, mesmo na distância, e por cada palavra de incentivo.

Às Cida 1 e Cida 2, que estiveram ao meu lado com tanto cuidado e generosidade — agradeço profundamente por cuidarem de mim e do meu filho em cada etapa dessa jornada.

À UESB, pelo apoio institucional e financeiro.

Aos funcionários do PPGES, pela atenção e prontidão.

Aos colegas do doutorado, pelas trocas, aprendizados e apoio mútuo, mesmo em ambiente virtual.

A todos que, de alguma forma, caminharam comigo: minha sincera e profunda gratidão.

## EPÍGRAFE

*“Ser agente é influenciar  
intencionalmente o funcionamento e  
as circunstâncias da vida pessoal [...]  
As pessoas são contribuidoras das  
próprias circunstâncias da vida, e não  
produtos delas.”*

(Bandura, 2006)

LESSA, Rosângela Souza. **Promoção da saúde na atenção primária: alcance, adoção, implementação e efetividade de um programa de mudança de comportamento com agentes comunitários de saúde no interior do Brasil.** Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia, 2025. 287p.

## RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde desempenham papel fundamental na Atenção Primária à Saúde no Brasil, atuando diretamente junto à comunidade, conhecendo suas condições de saúde e promovendo atividades educativas e melhores condições de saúde. Entretanto, incorporar e efetivar o cuidado individual com ações direcionadas ao estilo de vida entre agentes de saúde ainda é necessário, visto que o comportamento sedentário e hábitos alimentares não saudáveis são verificados nessa população. Diante disso, acredita-se que fomentar um programa que tem evidenciado resultados positivos entre adultos e idosos na atenção primária, para mudanças na atividade física e alimentação saudável, seria pertinente também entre agentes comunitários, no sentido de propor o cuidado em saúde destes trabalhadores. O objetivo desta tese foi avaliar o impacto de um programa on-line de promoção da saúde quanto à adoção, alcance, efetividade e implementação para agentes comunitários de saúde em Jequié, Bahia. Foi realizado um estudo de intervenção quase experimental, com abordagem quantitativa e qualitativa, entre outubro de 2023 e julho de 2024, utilizando o aplicativo Vida Ativa Melhorando a Saúde 3.0. O programa foi implementado com agentes de saúde lotados em 40 serviços de saúde da atenção primária no município. Para compreender as percepções dos participantes, utilizou-se a técnica de grupo focal, enquanto gerentes dos serviços e a equipe de entrega responderam a questionário semiestruturado sobre alcance, adoção e implementação. A análise dos dados seguiu a estrutura do modelo RE-AIM. O alcance e a adoção foram avaliados considerando o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos e serviços dispostos a iniciar o programa, além da percepção dos gerentes. A efetividade foi avaliada com base nas percepções de mudanças na alimentação saudável e na atividade física, bem como na qualidade de vida e na satisfação com a saúde, pré-pós a intervenção. A análise qualitativa foi realizada com o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, utilizando técnicas de análise lexicográfica, classificação hierárquica descendente, análise fatorial e de similitude. As análises quantitativas foram feitas no Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0, por meio de estatística descritiva. A intervenção durou seis meses, supervisionada por mensagens via aplicativo de WhatsApp e encontros presenciais. O estudo identificou barreiras, como o formato on-line; facilitadores, como o acompanhamento constante; impactos positivos, como a diversidade de conteúdos e o estímulo ao autocuidado; e sugestões para ampliar a implementação, como intensificação dos encontros presenciais e incentivo da gestão. Dos 147 participantes cadastrados, 14 concluíram a intervenção e 11 foram reavaliados. O programa promoveu manutenção no consumo alimentar e de peso corporal, aumento na prática de atividade física, atenção plena ao se alimentar, controle glicêmico e da pressão arterial, além de proporcionar mudanças comportamentais, sensação de bem-estar e gerenciamento do tempo para o autocuidado. Embora o estudo tenha apresentado altas taxas de participação e adoção, a taxa de retenção foi baixa. Sugere-se em implementações futuras considerar uma proposta híbrida, respeitando, aqueles com dificuldades no uso de tecnologias, a fim de promover maior equidade e mudanças duradouras.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programa. Promoção da Saúde. Estilo de Vida Saudável. Agente comunitário de Saúde. Intervenção Baseada em Internet.

LESSA, Rosângela Souza. **Health promotion in primary care: scope, adoption, implementation and effectiveness of a behavior change program with community health agentes in the Interior of Brazil.** Tese [Doutorado]. Post-Graduation Program in Nursing and Health. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia, 2025. 287p.

### ABSTRACT

Community Health Workers play a fundamental role in Primary Health Care in Brazil, working directly with the community, understanding their health conditions, and promoting educational activities and better health conditions. However, incorporating and ensuring individual care with actions directed toward lifestyle changes among health workers is still necessary, as sedentary behavior and unhealthy eating habits are observed in this population. In this context, it is believed that promoting a program that has shown positive results among adults and older adults in primary care, for changes in physical activity and healthy eating, would also be relevant for community health workers, in order to encourage health care for these professionals. The objective of this thesis was to evaluate the impact of an online health promotion program regarding adoption, reach, effectiveness, and implementation for community health workers in Jequié, Bahia. A quasi-experimental intervention study was carried out, with both quantitative and qualitative approaches, between October 2023 and July 2024, using the application “Vida Ativa Melhorando a Saúde 3.0.” The program was implemented with health workers assigned to 40 primary care health services in the municipality. To understand participants’ perceptions, the focus group technique was used, while service managers and the delivery team answered a semi-structured questionnaire on reach, adoption, and implementation. Data analysis followed the structure of the Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance model. Reach and adoption were evaluated considering the absolute number, proportion, and representativeness of individuals and services willing to start the program, in addition to managers’ perceptions. Effectiveness was assessed based on perceptions of changes in healthy eating and physical activity, as well as quality of life and satisfaction with health, before and after the intervention. Qualitative analysis was carried out using the software “Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires,” applying techniques of lexicographic analysis, descending hierarchical classification, factorial analysis, and similarity analysis. Quantitative analyses were conducted using the software “Statistical Package for the Social Sciences,” version 20.0, through descriptive statistics. The intervention lasted six months, supervised through messages via the WhatsApp application and face-to-face meetings. The study identified barriers, such as the online format; facilitators, such as constant monitoring; positive impacts, such as the diversity of content and the encouragement of self-care; and suggestions to expand implementation, such as intensifying in-person meetings and increasing management support. Of the 147 participants enrolled, 14 completed the intervention and 11 were reassessed. The program promoted the maintenance of food consumption patterns and body weight, an increase in physical activity, mindful eating, glycemic and blood pressure control, as well as behavioral changes, a sense of well-being, and time management for self-care. Although the study showed high participation and adoption rates, the retention rate was low. It is suggested that future implementations consider a hybrid approach, respecting those with difficulties in using technology, in order to promote greater equity and lasting changes.

**Keywords:** Program Evaluation. Health Promotion. Healthy Lifestyle. Community Health Agent. Internet-Based Intervention.

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária  Saúde
AS	Avaliação do Sono
CA	Comportamento Alimentar
CA	Comportamento Alimentar
CC	Circunferência da Cintura
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CS	Comportamento Sedentário
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ELOS	Estudo longitudinal dos trabalhadores da atenção primária  saúde
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária  Saúde
eNASF	Equipe Núcleo Apoio Saúde da Família e Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF-ZR	Estratégia de Saúde da Família Zona Rural
ESF-ZU	Estratégia de Saúde da Família Zona Urbana
FAPESB	Fundação de Amparo  Pesquisa do Estado da Bahia
FASA-VIC	Faculdades Santo Agostinho campus Vitória da Conquista
GEAFS	Núcleo de estudos em Epidemiologia, Atividade Física e Saúde
GJ	Glicemia capilar de jejum
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
IDH	ndice de Desenvolvimento Humano
IMC	ndice de Massa Corporal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MS	Ministério da Saúde
N	Número de frequência
NESP	Núcleo de estudos em saúde da população
OMS	Organização Mundial da Saúde

PACS	Programas de Agente Comunitário de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
<b>PIBIC</b>	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REAIM	<i>Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SS	Satisfação com a Saúde
SS	Satisfação geral com a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SV	Satisfação geral com a Vida
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
VAMOS	Programa de Mudança de Comportamento Vida Ativa Melhorando a Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHOQOLBREF	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 OBJETIVOS .....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA .....	17
3.1 MODELO RE-AIM.....	17
3.2 PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE (VAMOS) .....	24
3.3 FUNDAMENTOS DO SUS, A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS E O TRABALHO.....	26
3.4 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS E OS RISCOS NO TRABALHO .....	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS .....	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	31
4.2 LOCAL, PÚBLICO-ALVO E TEMPO DO ESTUDO .....	32
4.3 DESENHO DO ESTUDO .....	34
4.3.1 Dimensão Alcance.....	34
4.3.2 Dimensão Adoção .....	49
4.3.3 Dimensão Implementação .....	52
4.3.4 Dimensão Efetividade/Eficácia.....	54
4.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	56
4.5 FINANCIAMENTO.....	57
5 RESULTADOS.....	58
5.1 ARTIGO 1: Intervenções para Promoção da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária no Brasil: uma Revisão de Escopo Baseada no Modelo RE-AIM .....	58
5.2 ARTIGO 2: Alcance e adoção de um programa de mudança de comportamento on-line em trabalhadores .....	74
5.3 ARTIGO 3: Implementação de um programa de mudança de comportamento digital para agentes comunitários de saúde usando a estrutura RE-AIM.....	105
5.4 ARTIGO 4: avaliação da efetividade de uma intervenção na Melhora do estilo de vida e saúde de agentes comunitários de Saúde.....	158
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	196
REFERÊNCIAS.....	199
APÊNDICES.....	212

ANEXOS .....	273
--------------	-----

## 1 INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador reconhecido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuindo um diferencial entre as demais categorias profissionais, por exercer suas funções laborativas no mesmo contexto que reside (Santos, Ladine Teixeira; Souza; Pinho Freitas, 2019). Tal fato expõe esse trabalhador aos determinantes e condicionantes de saúde presentes na comunidade, bem como aos riscos decorrentes do ambiente laboral, o que, por vezes, sobrepuja a sua capacidade de cuidados de lidar com a sua própria saúde (Alcântara; Assunção, 2016; Krug *et al.*, 2017).

O aumento de patologias crônicas faz parte de um panorama global que assola a população em todo o mundo (OMS, 2022). Na classe trabalhadora, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pode ser elevada pelos riscos advindos de fatores laborais, a exemplos de ambientes estressantes, altas sobrecargas de trabalho, que acabam impactando na saúde mental, incidindo substancialmente para a elevação das prevalências das DCNT entre trabalhadores (Levy *et al.*, 2017).

Entre ACS a presença de fatores de risco para DCNT é documentado na literatura (Bernardes *et al.*, 2021). Adicionalmente, os ACS enfrentam também situações com as altas demandas psicológicas requeridas no trabalho, exigindo cumprimento de prazos para realização da tarefa, cobrança significativa da população para resolução de demandas, a exposição a situações de agressões físicas e verbais (Silva, Mayra Hadassa Ferreira *et al.*, 2022), além de sofrerem com a sensação de insegurança proveniente da atuação em zonas de risco e pressão no gerenciamento das responsabilidades laborais e individuais (Lopes *et al.*, 2022).

Nesse contexto, conjectura-se que condições estressantes quando sustentadas por longos períodos no ambiente ocupacional podem provocar consequências crônicas para a saúde dos trabalhadores, a exemplo, de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco (incluindo hipertensão, obesidade, diabetes e síndrome metabólica), alterações musculoesqueléticas, transtornos mentais (como depressão) e comportamentos de saúde como: inatividade física e hábitos alimentares não saudáveis, que resultam em aumento de peso; e consumo de bebidas e cigarro (Levy *et al.*, 2017).

Neste sentido, a OMS tem estabelecido metas globais com o desenvolvimento de ações que visam o enfretamento das DCNT, entretanto, os avanços são morosos (OMS, 2020). Percebe-

se que, a integração da vigilância efetiva das DCNT nos países, ainda possui baixa ação governamental e ausência de apoiadores dos diversos setores sociais. Assim, preparar o alicerce com investimentos e agregação de diferentes áreas é primordial para a estruturação de metas mais efetivas para mudanças (OMS, 2020).

No que tange os fatores de risco, acredita-se que intervenções que visam à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, a exemplo, do incremento nos impostos sobre o tabaco; controle da publicidade do tabaco e do álcool; incentivo a utilização de alimentos in natura e minimamente processados, redução do sal, açúcar e gordura nos alimentos; além de aumentar a oferta de ambientes saudáveis promotores de atividade física, podem ajudar a mitigar tal contexto (Luciani *et al.*, 2023; OMS, 2020).

É válido salientar que, apesar de a Estratégia Saúde da Família (ESF) ser vista como um potente instrumento de atuação nesse campo, devido à proximidade com as famílias, à longitudinalidade e à integralidade do cuidado, entre outras prerrogativas, as ações em saúde do trabalhador, por vezes, ainda se limitam a medidas pontuais e específicas nos ambientes e processos de trabalho. Isso ocorre, em geral, porque tais ações são desenvolvidas com enfoque nas doenças ocupacionais mais prevalentes, como as osteomusculares, mentais e comportamentais (Hurtado *et al.*, 2022).

Em se tratando de medidas que envolvam a promoção da atividade física, a temática estilo de vida e saúde do trabalhador na atenção primária, ainda é vista no ideário ideológico das prerrogativas das políticas de saúde instituídas no SUS (Brasil, 2018), direcionadas a ações da vigilância em saúde do trabalhador (Jackson Filho *et al.*, 2018), sendo ainda inefetivas para ações ampliadas entre trabalhadores. Acrescenta-se também que os ACS, passam grande parte do seu tempo executando atividades laborais, por meio das tecnologias leves (Brasil, 2017; Dopp *et al.*, 2021), voltadas para promoção de saúde no território, contudo, ainda assim os comportamentos de saúde caminham no mesmo sentido da população que assistem (Bernardes *et al.*, 2021; Zambon *et al.*, 2023).

Assim, é reconhecido o papel primordial dos ACS no estímulo e implementação de práticas educativas, impactando em mudanças de comportamento, em melhores condições de saúde e acompanhamento de agravos de saúde da população (Costa *et al.*, 2015; Santos, Ladine Teixeira; Souza; Pinho Freitas, 2019). Contraditoriamente, incorporar e efetivar o cuidado individual com ações direcionadas ao estilo de vida entre ACS ainda é necessário, visto que o

comportamento sedentário e hábitos alimentares não saudáveis são verificados nesta população (Rocha *et al.*, 2023; Santos, Taynã *et al.*, 2015a; Silva, Kécia Carvalho Montenegro *et al.*, 2022; Zambon *et al.*, 2023).

Em consonância a estas situações, programas de mudança do estilo de vida têm sido fomentados, buscando incidir na inatividade física e nos hábitos alimentares não saudáveis na população adulta e idosa no Brasil. Estes programas são amparados pelo modelo *Reach, Effectiveness or Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance* (RE-AIM). O modelo é uma ferramenta traduzida e adaptada ao uso no contexto brasileiro (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013), sendo confiável para avaliar intervenções conduzidas em ambientes não controlados, por ser um método dinâmico, que consegue atuar em todas as etapas de uma intervenção ou programa (Harden *et al.*, 2018a).

Acrescenta-se também a usabilidade do modelo RE-AIM para o planejamento e avaliação de ações que perpassam o estilo de vida dos trabalhadores dos serviços da APS, visto que seus significados e reflexões são coerentes com os princípios que fundamentam o SUS (universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular) (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013). Além de ser abrangente e sobressair aos elementos de avaliação utilizados em intervenções tradicionais, é mais adequado para avaliar programas que visam à mudança de comportamento por agregar aspectos individuais e organizacionais na sua estrutura dimensional (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999).

Nos últimos anos, têm crescido no Brasil o número de programas de mudança de comportamento, com resultados exitosos na redução dos fatores de riscos modificáveis, que incidem em patologias crônicas. O exemplo, do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS) que ao longo da sua aplicação em diferentes contextos, já evidenciou redução de comportamento sedentário, adoção de práticas de atividade física, melhores condições na alimentação, redução do peso, hipertensão, dentre outros resultados na saúde dos participantes (Meurer *et al.*, 2019; Quadros *et al.*, 2022).

Contudo o desenvolvimento do VAMOS visando a saúde dos trabalhadores na atenção primária, ainda é incipiente. Dos registros que tem documentado, o programa VAMOS foi desenvolvido em único momento com trabalhadores em uma instituição Federal e teve resultados plausíveis (Souza, Paulo Vitor De *et al.*, 2020). Em se tratando de trabalhadores da atenção primária, estes participaram de diversos cursos de formação, nos moldes presencial e *on-line*,

somente enquanto multiplicadores do Programa para população que assistem, ou tiveram o papel em auxiliar o processo de divulgação e/ou desenvolvimento do VAMOS perante as ações ofertadas para a comunidade (Borges *et al.*, 2019; José *et al.*, 2019; Scherer *et al.*, 2018).

A partir desta lacuna e diante da expansão do VAMOS, atualmente, disseminado por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), vislumbrou-se a possibilidade de promover um programa de mudança de comportamento para os ACS, em uma cidade de grande porte no interior da Bahia. Salienta-se que desde 2016, com a implantação do aplicativo e-SUS território, o uso das TIC passou a fazer parte do processo de trabalho dos ACS e, recentemente, o uso dos tablets foi incluído na rotina dos ACS na maioria dos municípios brasileiros (Harden; Galaviz; Estabrooks, 2024a; Reis, 2023; Santos, Romário Correia dos *et al.*, 2023).

O avanço tecnológico permitiu também capacitações contínuas e atualizações das equipes de saúde, sobre temáticas diversas, especialmente na Pandemia (Jones *et al.*, 2024). Em 2023, o Ministério da Saúde, ofertou também aos ACS o “Mais Saúde com Agente”, um curso de formação técnica para capacitação de novas atribuições a essa categoria, com a mediação da tecnologia, em Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) (Brasil, 2023).

Na pandemia, o uso das TIC avançou nas pesquisas e houve investimentos e disseminação de aplicativos *on-line* e programas/cursos promotores da atividade física e alimentação saudável (Canton-Martínez *et al.*, 2024; Ebert; Streicher; Notthoff, 2024). Esta versatilidade e adaptações confluem para a criação e oportuniza ambientes promotores de atividade física *on-line* (Salud *et al.*, 2024).

Nesse contexto, percebe-se o potencial significativo e a aplicabilidade diversa da tecnologia, com avanços expressivos no trabalho e na promoção de um estilo de vida saudável (Canton-Martínez *et al.*, 2024; Ebert; Streicher; Notthoff, 2024; Mota, Daniele de Norões *et al.*, 2018). Além disso, a ciência da implementação necessita expandir em práticas no mundo real em face ao avanço da tecnologia (Konrad, Lisandra Maria *et al.*, 2022), em ambientes ocupacionais (Harden *et al.*, 2018b), com métodos que compreendam o cenário real (Harden *et al.*, 2018b; Harden; Galaviz; Estabrooks, 2024a; Holtrop; Rabin; Glasgow, 2018a; Koorts; Gillison, 2015). Para tal, pensando nisso e no olhar para a saúde do profissional ACS, projetou-se a implementação do Programa Transformação, intermediado pela TIC, como uma alternativa de propor a promoção do estilo de vida saudável entre ACS.

Deste modo, diante das condições de saúde e vulnerabilidades elencadas na literatura que impactam a saúde dos profissionais ACS e perante a lacuna do conhecimento no Brasil acerca da implementação de programas que promovam o estilo de vida saudável, entre ACS, especialmente, mediada por TIC projetou-se esta pesquisa. Assim, em consonância com esses pressupostos e apoiado na da teoria social cognitiva de Bandura e no modelo RE-AIM, a presente tese busca responder à seguinte pergunta: Como se dá o planejamento, desenvolvimento e avaliação de um programa promoção de estilo de vida saudável, no pilares atividade física e alimentação saudável, para trabalhadores ACS em relação ao alcance dos participantes, a adoção dos serviços de saúde, a fidedignidade da implementação na visão dos ACS, equipe de entrega e gerentes dos serviços, bem como a efetividade do programa a partir das percepções dos ACS participantes?

Com base nas evidências da literatura, acredita-se que os ACS atuantes nos diferentes territórios dos serviços da APS representam um público alvo de grande alcance para intervenções direcionadas à promoção da saúde. Além disso, a ciência da implementação de programas de intervenção no formato *on-line* pressupõe a equidade de acesso e a oportunidade de participação, bem como a viabilidade no desenvolvimento de estratégias de intervenções, garantindo a consistência e replicação em outros contextos. Por fim, a avaliação de intervenções em saúde a partir de delineamentos pré- e quase-experimentais, representam uma possibilidade de avaliação de contextos reais, superando as dinâmicas metodológicas que muitas vezes constituem barreiras para a realização de pesquisas neste campo.

Em suma, é importante documentar o processo de implementação de uma intervenção *on-line* com trabalhadores, em um contexto mediado por dispositivos tecnológicos e com o uso de um modelo consonante com os princípios do SUS. Salienta-se também que o desenvolvimento de uma proposta de promoção de estilo de vida por meio digital pode ser oportuno para ser implementado visando melhorar o alcance, o acesso e a efetividade dos ACS aos cuidados com a sua saúde, nos pilares atividade física e alimentação saudável, no mundo real. Além de fornecer apoio educacional e estímulos favorecedores para mudanças duradouras.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o impacto de um programa on-line de promoção da saúde quanto a adoção, alcance, efetividade e implementação para Agentes Comunitários de Saúde no interior do Brasil.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os artigos científicos sobre intervenções para promoção de estilo de vida saudável em ACS no Brasil, a partir do modelo RE-AIM;
- Descrever a implementação de um programa *on-line* de promoção da saúde para ACS, incluindo delineamento, custos, consistência da entrega e percepções de participantes e organizações envolvidas;
- Verificar o alcance e a adoção de um programa *on-line* de promoção da saúde, voltado para a atividade física e a alimentação saudável, em ACS;
- Investigar a efetividade de um programa *on-line* de promoção da saúde desenvolvido, para ACS do interior do Brasil, a partir do uso do método misto.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 MODELO RE-AIM

O modelo *reach, effectiveness, adoption, implementation, and maintenance* (RE-AIM) foi idealizado por Glasgow, no final da década de 90, visando ao planejamento de programas, ajudando gestores e pesquisadores a estruturarem programas de intervenção (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999). O modelo RE-AIM foi traduzido e adaptado ao contexto brasileiro em 2013, facilitando a aplicabilidade no Brasil, podendo ser utilizado por pesquisadores e gestores, com o intuito de avaliar a validade interna e externa de programas de intervenção, monitorar programas e políticas em desenvolvimento, ampliando seu impacto na área de saúde pública e reduzindo gastos desnecessários (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013). Isso porque a estruturação do modelo traz similaridades substanciais dos princípios doutrinários do SUS (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013).

Tal modelo baseia-se em cinco dimensões, que possuem relação entre si, sendo descritas como Adoção, Alcance, Efetividade/Eficácia, Implementação e Manutenção. À medida que se incorpora cada dimensão do modelo, as intervenções aperfeiçoam-se à proposta do programa, facilitando sua adoção ou interrupção pelo gestor ou pesquisador (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; Harden *et al.*, 2018a). Por meio dos cinco fatores dimensionados no modelo, é possível ainda compreender as diversas situações que podem impactar no planejamento, durante a implementação e a sustentabilidade de um programa/intervenção, tanto nas dimensões relacionadas às organizações (adoção, implementação e manutenção) como as que envolvem aspectos individuais (alcance, efetividade e manutenção) (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019a; RE-AIM, [s. d.]).

O Quadro 1 sumariza a descrição de cada dimensão, de acordo com as definições e níveis de avaliação, além de trazer exemplos de perguntas para melhor esclarecimento. Adicionalmente, buscou-se fundamentar os principais conceitos e questões que envolvem cada dimensão individualmente, de maneira mais aprofundada, já que agregarão no entendimento dos resultados da presente tese.

**Quadro 1.** Dimensões, definições e nível de avaliação das cinco dimensões do modelo RE-AIM.

<b>Dimensões do RE-AIM</b>	<b>Definições</b>	<b>Nível de Avaliação</b>
<b>Alcance</b> <i>(Reach)</i>	<p>É o número absoluto, proporção e representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa, comparados àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.</p> <p>Exemplos: Quem é a população-alvo?</p> <p>Como o programa pode atingir os mais necessitados (aqueles que mais poderiam se beneficiar com a intervenção)?</p> <p>Como alcançar a população alvo com a intervenção?</p>	Individual
<b>Efetividade ou eficácia</b> <i>(Effectiveness or Efficacy)</i>	<p>É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes (como qualidade de vida), incluindo potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos.</p> <p>Exemplos: Qual é o objetivo principal da intervenção?</p> <p>Quais são os resultados referentes à qualidade de vida dos participantes? Qual é o custo da intervenção por cada sucesso atingido (análises de custo-efetividade)?</p> <p>Como sei que minha intervenção é eficaz?</p>	Individual
<b>Adoção</b> <i>(Adoption)</i>	<p>É o número absoluto, proporção e representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.</p> <p>Exemplos: Quem é o público-alvo (organizações e agentes) do programa? Quais são suas características?</p> <p>Quais são as características das organizações e agentes que adotaram o programa?</p>	Organizacional



condições de saúde) é fundamental, contudo desafiador, uma vez que pode não consentirem a participação. Visto que a comparabilidade dos participantes e não participantes exprimem se o programa atingiu o público mais necessitado, se promoveu equidade, ou se foi direcionada aos que tinham melhores condições de saúde (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999). Nesse sentido, a identificação, detalhamento e comparação entre os participantes e não participantes é salutar para favorecer a equidade, impactando também no gerenciamento de recursos de maneira eficaz (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; RE-AIM, [s. d.]). Ademais, a inserção de avaliações qualitativas no alcance permite a compreensão dos aspectos que podem favorecer ou dificultar os participantes adotarem um programa ou iniciativa no contexto real (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019a; RE-AIM, [s. d.]).

A adoção (adoption) busca avaliar o nível organizacional por meio do número absoluto, proporção e representatividade das organizações (cenários, a exemplo de locais de trabalho ou comunidade) e dos agentes de intervenção (pessoas que entregam o programa), isto é, estão dispostos e disponíveis para ofertar um programa/intervenção (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; RE-AIM, [s. d.]). Esta dimensão pode ser avaliada por observação direta ou entrevista ou pesquisas estruturadas. Identificar e observar as características dos cenários que não adotaram a intervenção, bem como avaliar as barreiras da adoção são medidas valiosas para mensurar as consequências atuais e possíveis de ocorrência em uma intervenção (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999). Sugere-se assim, realizar comparações de itens importantes como: disponibilidade de recursos (disponibilizar materiais de apoio à intervenção, pode aumentar a adoção), localização do cenário e grau de instrução da equipe de entrega, visto que são informações essenciais para distinguir a adoção entre as organizações e agentes de entrega (RE-AIM, [s. d.]).

A efetividade (effectiveness) é a dimensão mais reportada nos estudos, quando comparada às demais, geralmente, atua principalmente, mas, não somente na identificação de desfechos diretos de indicadores de risco à saúde. A proposta de avaliar efetividade de programas, indicada pelo modelo RE-AIM, visa não somente avaliar a efetividade em si, comumente organizada em estudos de natureza quantitativa, com enfoque biologicista, evidenciando apenas os desfechos primários, em apontar indicadores ou riscos de alguma condição de saúde (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; RE-AIM, [s. d.]). Nesse sentido, faz-se pertinente avaliar a efetividade a partir dos diversos aspectos que impactam na saúde pública (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013).

A efetividade, dimensionada pelo modelo, recomenda, sobretudo, a profundidade e ampliação na descrição, incluindo também os desfechos (negativos ou positivos), comportamentais (qualidade de vida e satisfação com a saúde), de custo-efetividade, os relatos dos mediadores e moderados (características modificáveis e não modificáveis), incluir nas análises os presentes no acompanhamento e os efeitos nos subgrupos, calcular a taxa de retenção e reportar os resultados qualitativos da efetividade (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Brito *et al.*, 2018a; RE-AIM, [s. d.]). O mundo real é dinâmico, conta com as especificidades e problemas desconhecidos, que ao serem levantados, servem para compreensão e planejamento para futuras intervenções (RE-AIM, [s. d.]). Deste modo, é primordial não só retratar os benefícios de uma intervenção, mas, sobretudo confirmar se estes superam os malefícios, para que o direcionamento de verbas e esforços confluem na direção de uma necessidade expressa existente de maneira eficaz (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; RE-AIM, [s. d.]).

A implementação (implementation) também é nomeada com fase intermediária de uma intervenção, uma vez que é o momento de culminância da entrega da intervenção pela equipe ao seu público alvo. Esta dimensão possui um componente de avaliação individual e organizacional. A primeira refere-se à medida que os participantes aderem as estratégias propostas para o programa, enquanto, a segunda visa compreender a fidedignidade da entrega da intervenção pelos agentes conforme estruturada para os locais, salientando as adaptações, o tempo e os custos direcionados na condução da implementação (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019a; RE-AIM, [s. d.]). Assim, é preciso nortear as adaptações de maneira criteriosa, não distanciando da proposta inicial, mas também permitindo ajustes substanciais ao contexto real, ao público e a disponibilidade de verba (RE-AIM, [s. d.]).

Orienta-se na dimensão implementação realizar uma descrição detalhada das etapas estabelecidas para o desenvolvimento do programa. Assim, informações acerca da teoria que embasa a intervenção, a frequência, número e duração dos contatos realizados com os participantes, descrição acerca do comparecimento dos participantes concluintes, as estimativas de custo total (início e duração do programa) e de tempo dispendido pela equipe para entregar o programa (Brito *et al.*, 2018a). Deste modo, estes fatores quando elencados revelam condições ora possível do programa ser aplicado por outras pessoas em diferentes contextos (Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; RE-AIM, [s. d.]).

A manutenção (maintenance) é considerada dimensão final, e é a menos reportada entre os estudos (Konrad, Lisandra *et al.*, 2017; RE-AIM, [s. d.]; Squarcini *et al.*, 2015, 2023). Igualmente, a implementação possui um componente de avaliação individual e organizacional. No componente individual, é verificada a manutenção dos resultados atingidos pelos participantes após a finalização de um programa ou intervenção. Já o nível organizacional, se refere institucionalização do programa ou política no decorrer do tempo (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; RE-AIM, [s. d.]). Na lógica de pesquisa, a manutenção pode ser entendida também, como o nível no qual a intervenção é mantida ou não perante a indisponibilidade de recursos oriundos de uma dada fonte financiadora do estudo (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013). Destaca-se também a ausência de determinação de prazos para avaliação da manutenção, observando uma variabilidade entre os estudos, contudo, o programa pode ser mantido a partir de seis meses concluído (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019a; RE-AIM, [s. d.]).

Acrescenta-se ainda que a descrição de alguns itens seja pertinente nos estudos que se propõem utilizar esta dimensão, a fim de permitir a compreensão dos diferentes aspectos que envolvem a manutenção. Dentre os quais: Continuidade do programa e razões para o não seguimento pela organização (mais reportados nos estudos); Descrição de alterações que por ventura foram realizadas no protocolo inicial do programa; Taxa de abandono organizacional e individual; Alinhamento com a missão/princípios/diretrizes da organização; Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento); Métodos qualitativos de avaliação; Custos demandas para manutenção do programa (Brito *et al.*, 2018b).

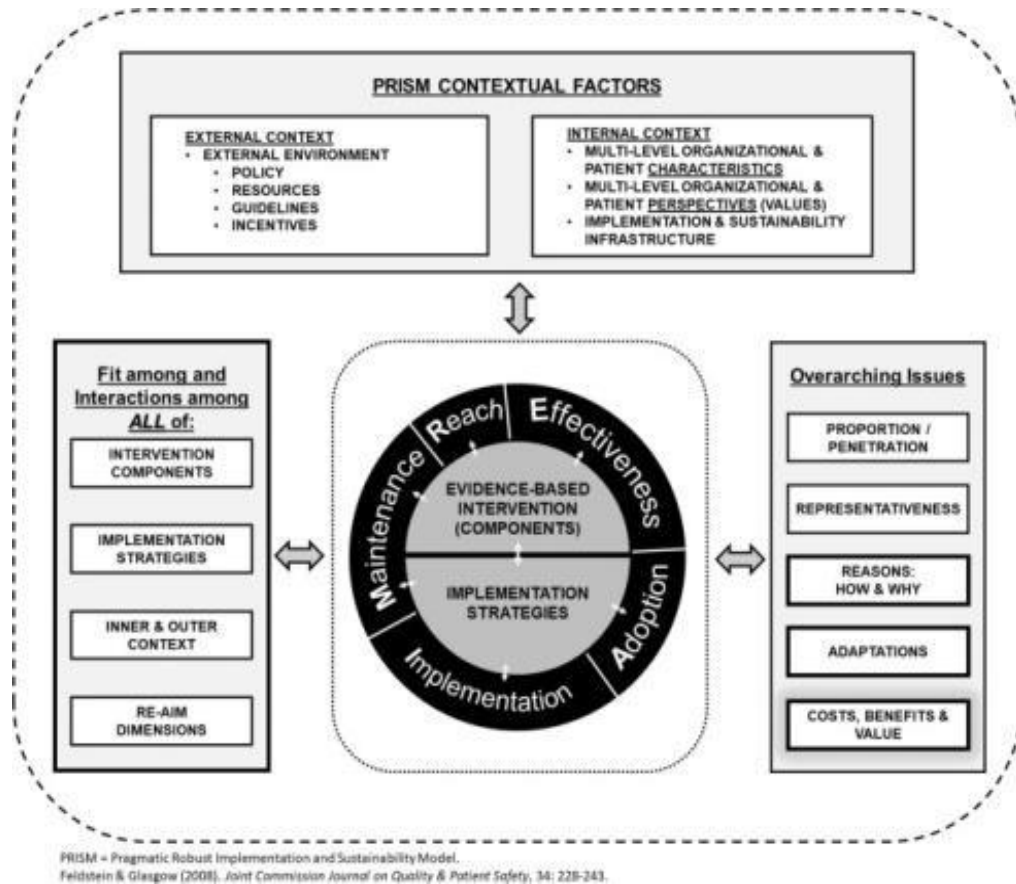
Recomenda-se o uso de todas as dimensões em conjunto, buscando entender os aspectos particularizados, os resultados dentro de cada cenário, o levantamento contínuo de dados, bem como a comparação com outros estudos (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019b). Contudo, haja vista, condição real desfavorável, principalmente diante de indisponibilidade de recursos optar pelo uso das dimensões mais correspondentes ao objetivo, contexto e público envolvidos no programa, torna-se mais aconselhável e viável (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019b).

As dimensões alcance e adoção, quando reportadas, permitem a compreensão da equidade do programa. A implementação está intimamente relacionada com a eficácia, sendo que o êxito na implementação pode implicar em melhores resultados em nível de eficácia de programas na promoção da saúde, podendo ser estabelecida e sustentada ao longo do tempo pelos atores

envolvidos (participantes e organizações) (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Harden; Galaviz; Estabrooks, 2024a).

Em resumo, optar por organizar uma intervenção usando o modelo RE-AIM aumenta as possibilidades de identificar as reais condições de uma população, trazendo resultados significativos para a tomada de decisão na saúde pública. Isso porque a estrutura RE-AIM permite levantar o quanto a intervenção pode alcançar com equidade os que mais necessitam, pode ser adotada, implementada e sustentada com custos relativamente acessíveis em distintos contextos, podendo implicar em mudanças de comportamento duradouras (Harden *et al.*, 2018a; Shelton; Chambers; Glasgow, 2020). A Figura 1 evidencia, na sua parte inferior, as dimensões do RE-AIM e suas inter-relações, ressaltando os principais aspectos e estratégias que devem ser adotadas ao implementar uma intervenção ou programa baseado em evidências.

**Figura 1.** Dados PRISM atualizados, incluindo resultados RE-AIM.



**Fonte:** Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, et al, 2019.

### 3.2 PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE (VAMOS)

As intervenções tradicionais em saúde baseiam-se na sua avaliação, analisando apenas o componente da eficácia/efetividade (Ribeiro, Evelyn Helena Corgosinho *et al.*, 2017; Sá *et al.*, 2016), deixando aquém outras formas de análise, que podem somar e ampliar os olhares no processo de construção e aplicabilidade das intervenções (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Harden; Galaviz; Estabrooks, 2024b). Estudos internacionais e nacionais têm sido conduzidos utilizando o modelo RE-AIM para seu planejamento, monitoramento e avaliação de programas propostos (Briatico *et al.*, 2023; Nordberg *et al.*, 2024; Quadros *et al.*, 2022; Souza, Paulo Vitor De *et al.*, 2020).

Em se tratando de programas de mudança de comportamento, o modelo abrangente de avaliação RE-AIM tem sido mais bem empregado. Dessa forma, o Programa VAMOS foi estruturado com base modelo RE-AIM, visando planejar e avaliar as intervenções. Assim, a literatura brasileira tem apontado o uso do modelo em intervenções voltadas para terceira idade, projetos de extensão e em artigos de revisão, avaliando e planejando as intervenções em saúde baseadas no modelo RE-AIM (Benedetti *et al.*, 2012; Gerage *et al.*, 2017; Konrad, Lisandra *et al.*, 2017; Squarcini *et al.*, 2023).

O Programa VAMOS foi criado em 2011 por pesquisadores de Santa Catarina, que buscavam experiências e iniciativas inovadoras para superar os índices de inatividade física no Brasil. Inspirados em programas internacionais similares, mais especificamente o *Active Living Every Day* (ALED), nos Estados Unidos. Os pesquisadores estabeleceram contrato e obtiveram a licença, mediante pagamento, treinamento, capacitação e certificação, ofertados pela empresa responsável pelo ALED. Tradução e adaptações culturais foram necessárias para que o Programa fosse direcionado e implantado no contexto brasileiro. Assim sendo, após a aquisição e direito de utilização, teve sua aplicação e efetivação no Brasil (Benedetti *et al.*, 2012).

Diversas pesquisas foram estruturadas e desenvolvidas com o Programa VAMOS no Brasil, tendo sido evidente, nos últimos anos, sua expansão para outros estados e populações distintas da inicialmente concebidas. No início, o Programa VAMOS foi realizado com grupos de idosos nas ESF, mas também estudos foram conduzidos com trabalhadores (Benedetti *et al.*, 2012a; Souza, Paulo Vitor De *et al.*, 2020).

Desde a sua versão inicial, o Programa VAMOS tem sido exitoso para disseminação de mudança de comportamento, isto é, adoção, mesmo que incipiente, de estilo de vida ativo duradouro, com os pilares da atividade física e alimentação saudável em evidência (Benedetti *et al.*, 2012a). Nos últimos anos, o programa passou por atualizações, tendo em vista as identificações observadas na prática e necessidade de expansão. Deste modo, atualmente os programas de mudança de comportamento tem sido estruturados e auxiliados pela versão 3.0 impressa e/ou *on-line* do Programa VAMOS (Ribeiro, Cezar Grontowski *et al.*, 2024, 2021). Como tal, foi utilizada para o desenvolvimento do Programa transformação, de maneira principiante, em trabalhadores ACS, sua versão *on-line* (Ribeiro, Cezar Grontowski, 2021). Contudo, com direcionamentos e ajustes específicos para o contexto local, tempo e público alvo da presente pesquisa.

O Programa VAMOS utiliza a estratégia da Educação e Saúde (ED) e tem buscado a capacitação dos profissionais das ESF, a fim de disseminar o Programa no Brasil e elevar o índice de atividade física e estilo de vida saudável da população (Benedetti *et al.*, 2012a). O VAMOS foi pensado com base nos fundamentos da Teoria Sociocognitiva (TSC), que favorece a reflexão do comportamento humano no sentido de desenvolver autonomia, autorregulação e independência dos indivíduos. Entende o elo de interligação existente entre o homem e o ambiente social em que vive, com as suas características individuais e culturais interferindo nas suas ações, reflexões em uma sincronia regulável mutuamente (Bandura; Azzi; Polydoro, 2008; Benedetti *et al.*, 2012b).

Nessa perspectiva o VAMOS foi estruturado, contendo elementos e abordagens de conteúdos que versam com pilares imprescindíveis, alimentação e atividade física, visando melhorar situações comportamentais que favorecem a vida ativa e saudável, por meio da promoção da saúde, estabelecimento, gerenciamento e desenvolvimento de metas individuais traçadas e revisadas pelos participantes ao longo do Programa (Benedetti *et al.*, 2012a).

Os estudos conduzidos com o Programa de mudança de comportamento VAMOS têm evidenciado resultados positivos, como: melhora no consumo de alimentos saudáveis, redução do peso e aumento da prática de atividade física entre os usuários do Programa Academia da Saúde; melhora da qualidade de vida e hábitos alimentares em pacientes hipertensos; melhorias no seu estilo de vida, nos níveis de atividade física e alimentação em trabalhadores do serviço público

(Benedetti *et al.*, 2012a; Gerage *et al.*, 2017; Meurer *et al.*, 2019; Souza, Paulo Vitor De *et al.*, 2020).

Salienta-se, também, que, para além dos resultados positivos acerca da efetividade do Programa VAMOS, percebidas desde a sua primeira versão, os relatos dos ACS já apontavam a importância da participação dos profissionais da APS no Programa (Benedetti *et al.*, 2012a). Assim, oportunizar e estender o Programa VAMOS aos profissionais da APS é promissor e inovador, uma vez que propicia o planejamento, promoção de um estilo de vida ativo e saudável, além de avaliação da saúde para aqueles que são do seio da comunidade e que também cuidam dela, logo carecem de cuidados enquanto trabalhadores.

Sabe-se que a adoção de um estilo saudável requer mudanças de comportamento, e, neste quesito também, o Programa VAMOS tem sido efetivo (Benedetti *et al.*, 2012a). Apesar de o Programa VAMOS ter sido fundamentado em dois importantes pilares, a atividade física e a alimentação saudável, tem sido potente dispositivo em melhorar questões comportamentais relacionadas à saúde como: satisfação com saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Desse modo, o ACS pode ser favorecido pela implantação do Programa Transformação, utilizando o VAMOS *on-line*, já que a proposta do Programa é modificar padrões de comportamento não saudáveis, provocando e instruindo o participante à adoção, implementação e manutenção do tornar-se ativo e saudável de maneira sustentável.

### 3.3 FUNDAMENTOS DO SUS, A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS E O TRABALHO

O olhar do ser humano na perspectiva dicotômica da saúde *versus* doença requer o entendimento e atuação em múltiplos e complexos cenários, principalmente quando se amplia a visão para o indivíduo e suas coletividades, dentro de um contexto biopsicossocial e não apenas biologicista (Mendes, 2010). Entender o período pré-patogênico, história natural da doença, e o cuidado em saúde em rede, pode ser o cerne do planejamento e aplicação das intervenções em saúde, por estabelecer a perspectiva de cuidado pautada em medidas de promoção e prevenção da saúde (Rouquayrol, 2017).

A ESF, desde 1994, foi implantada visando a atingir os preceitos e diretrizes do SUS e reorganizar a saúde no país. Conforme preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a ESF é considerada a estratégia prioritária para resolução da maioria dos problemas de

saúde existente em um determinado território. A ESF, vista como porta de entrada do serviço de saúde, é responsável pelo encaminhamento e acompanhamento do usuário e, a depender da necessidade de saúde deste usuário, pode encaminhá-lo a outros serviços com níveis de complexidade distintos, dando continuidade à lógica do cuidado, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de atender todas as suas demandas de saúde (Brasil, 2017).

No entanto, diante do envelhecimento da população, expansão e mudanças dos perfis de morbidade crônicas e mortalidade no Brasil, a efetivação do cuidado proposto pela ESF pode ser inviabilizada, muitas vezes, gerando, conseqüentemente, a vigência do modelo hospitalocêntrico, pautado na ausência da doença e não na prevenção (Giovannella *et al.*, 2012; Mendes, 2010). O cuidado em saúde baseado no território requer uma abrangência de cobertura e atuação profissional pautadas nos preceitos da APS, e na RAS, na tentativa de solucioná-los, com o cuidado oportuno, proativo e longitudinal. Para tanto, fazem-se necessárias articulações dos pares e intersetorial, da gestão do SUS e dos profissionais que lidam diretamente com a comunidade, atuando no contexto da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva (Mendes, 2015).

Destaca-se também, as constantes demandas e lógica de cuidado estabelecidas a partir das concepções de saúde da comunidade, que busca o serviço para “apagar o fogo”, com casos agudos, em vez da participação ativa e contínua, da corresponsabilização, do empoderamento e da autonomia, dificultando, por vezes, a efetivação das situações de saúde no SUS. Ademais, o modelo de saúde fragmentado não consegue abarcar as demandas decorrentes de demandas crônicas crescentes, agudas e subagudas coexistindo no mesmo patamar (Mendes, 2015).

A partir da criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), implantada, em 2006, que trouxe no âmago os ideais pré-concebidos pelo SUS, buscando alcançar o pacto pela vida, pacto de gestão e de defesa do SUS, proposto na Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, as ações direcionadas para a promoção da saúde foram implantadas e implementadas (Brasil, 2018).

Acrescenta-se também que, a partir das perspectivas da PNPS, a autonomia, as particularidades e especificidades do território e de cada ente que nele habita devem ser compreendidas para projetar medidas de promoção à saúde, visto que os aspectos sociais do meio podem incidir nas decisões e nas possibilidades de pensar, ver e agir dos indivíduos.

Assim, a PNPS(Brasil, 2018) aponta que:

[...] as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a

organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis”(Brasil, 2018, p.8).

À guisa da PNPS, o envolvimento e o agir dos usuários são peças fundamentais para o progresso da promoção da saúde no SUS, exigindo o protagonismo dos sujeitos envolvidos, desde os profissionais, gestores e comunidade, pensando em conjunto, articulando e dialogando com distintos setores, dando visibilidade às necessidades de saúde inerentes a cada cenário (PNPS), buscando a equidade e a integralidade do cuidado. Diante de tal contexto, o modo de viver das pessoas e a maneira que as atividades laborais são realizadas precisam ser compreendidas pelos profissionais que ali atuaram, para que as intervenções na promoção da saúde englobam a realidade, quer seja algo específico do indivíduo ou da comunidade, pensando na perspectiva dos ambientes e territórios saudáveis (Brasil, 2018).

Dessa forma, a vida no trabalho é um tema transversal da PNPS, sendo necessário articular os campos da economia, identificando o trabalhador independente do seu vínculo empregatício, observando as especificidades do campo ou da cidade, a fim de observar eventuais situações para intervenções no sentido de favorecer e disseminar estratégias de promoção da saúde. Além disso, dentre os temas elegíveis como prioritários, foram postos à alimentação adequada e saudável, e as práticas corporais e atividades físicas.

Nesse sentido, percebe-se que as políticas instituídas no SUS visam a direcionar o planejamento de atividades que buscam promover a saúde individual e coletiva, no contexto comunitário, entendendo suas especificidades e elementos favoráveis para sustentabilidade, responsabilidade e adesão, não somente dos gestores, mas também da sociedade ali representada (Brasil, 2018).

A partir do que é posto na PNPS, entende-se que as condições e situações de trabalho são alvo dessa política, e todo cidadão deve ser alcançado e incluído (Brasil, 2018). Pensando em tal conjuntura e no direcionamento do olhar do cuidado para aqueles que cuidam, das vulnerabilidades e por habitar nesse ambiente, sendo trabalhador e morador do território, os ACSs poderão se beneficiar de propostas que visem a atuar na saúde a médio e longo prazo, a exemplo de programa estruturados de promoção do estilo de vida saudável.

### 3.4 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS E OS RISCOS NO TRABALHO

O ACS é uma categoria profissional inserida no contexto de saúde brasileiro, desde a década de 90, quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posterior incorporação ao bojo de trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF), em 2004, com a difusão da Atenção Primária à Saúde (APS) no país (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

O trabalho do ACS é regido e pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização e território adscrito -, para expansão, reorientação e consolidação da saúde pública no país (Brasil, 2011, 2012; Brasil, Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Atenção, 2006).

Diversas são as atribuições dos agentes comunitários: atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, individual e coletiva; visitas domiciliares; territorialização; cadastro das famílias; acolhimento dos usuários; busca ativa; gerenciamento de filas; atividades de educação e saúde; participação nas reuniões de equipe; registros dos dados epidemiológicos da área, para fins de controle e planejamento das ações de saúde; incentivo à participação social da comunidade nas políticas públicas de saúde, entre outras (Brasil, 2011, 2012; Brasil, 2017, 2017).

Em 2017, após a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que se refere às atribuições dos ACS, foram acrescentadas outras a serem exercidas em caráter excepcional, após capacitação e sob orientação de profissional de saúde de nível superior, tais como: aferição de pressão arterial e temperatura axilar; medição da glicemia capilar (para os dois últimos inclusive em domicílio); realização de técnicas limpas de curativos; indicação de pacientes para internação hospitalar/domiciliar; informação aos usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados (Brasil, 2018).

O critério de elegibilidade para o exercício da função do ACS é ser morador da área de adscrição da Unidade de Saúde da Família (USF), na qual desempenha suas funções laborais (Brasil, 2011, 2012). Atualmente, esta prerrogativa não foi explicitada na atualização da política, contudo, o tempo na ocupação, demonstra que estes profissionais por questões econômicas já possuem moradia fixa no território que trabalha (Brasil, 2017).

Reconhece-se que o ACS é o profissional da equipe de saúde conhecedor das dificuldades e problemas de saúde da comunidade, por desempenhar suas funções laborativas no mesmo contexto em que reside, sendo o principal elo de comunicação e vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita (Machado et al., 2015; Silva, Elaine Santos da et al., 2020). Tal contexto possui uma via de mão dupla, tornando-se difícil, por vezes, desvincular e gerenciar os problemas decorrentes do contexto de trabalho que impactam direta ou indiretamente na sua saúde (Barreto et al., 2018).

O ACS possui uma carga horária de 40 horas semanais, exercendo sua função laboral em micro áreas circunscritas no território de abrangência da ESF e, nesse mesmo espaço, ele cria as relações de trabalho, familiares/particulares e sociais. Este fato pode culminar, muitas vezes, no adoecimento e agravamento das situações de saúde desses trabalhadores (Andrade et al., 2015; Mascarenhas; Prado; Fernandes, 2013; Paula et al., 2015).

No desempenho do seu trabalho o ACS está exposto a riscos físicos, ergonômicos, biológicos, ambientais, exigindo assim, um olhar direcionado e a elaboração de ações efetivas, a fim de intervir diretamente nos agravos à saúde que possuem especificidade e relação com o desempenho profissional (Andrade et al., 2015; Paula et al., 2015)

Destaca-se também o forte componente psicológico no trabalho do ACS, desencadeado por estresse, excessivas cobranças dos membros da equipe de saúde e dos usuários do território, indo ao seu domicílio realizar cobranças por resolutividade das demandas requeridas, até mesmo em horários não destinados às atividades laborativas. Tal situação gera relações conflitantes, fazendo com que os fatores da organização do trabalho ultrapassem o gerenciamento do trabalhador, até mesmo no momento reservado para questões individuais e familiares, extrapolando, assim, o controle deste profissional em situações do trabalho, podendo impactar na sua saúde mental (Andrade et al., 2015; Lopes et al., 2022; Mascarenhas; Prado; Fernandes, 2013; Mota, Caroline Mascarenhas; Dosea; Nunes, 2014).

Destaca-se também entre os ACS a realização de caminhadas em calçadas irregulares, utilizando sapatos impróprios para amortecer os impactos, podendo ocasionar sobrecarga nos membros inferiores. Além disso, ao sair para as visitas no território, levam consigo todos os utensílios necessários para a realização do seu trabalho. Muitas vezes os ACSs caminham o dia inteiro, carregando peso unilateralmente, ocasionando sobrecargas, assimetrias e desequilíbrios

musculares, os quais podem gerar lesões em estruturas ósseas, cartilaginosas, ou musculotendíneas, acarretando em dor musculoesquelética (Suyama et al., 2022).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil apontam a dor musculoesquelética como sintoma também referido pelos ACS, evidenciando a alta prevalência nesta população (Andrade et al., 2015; Paula et al., 2015; Suyama et al., 2022). Investigação realizada com ACS, no município de Jequié, apontou que, nos últimos sete dias, 84,4% destes profissionais referiram dor musculoesquelética, sendo mais frequente em membros inferiores, coluna e membros superiores, respectivamente, que geraram impactos nas atividades e na qualidade de vida destes trabalhadores (Mascarenhas; Prado; Fernandes, 2013).

Pode-se conjecturar que fatores do ambiente do trabalho, fatores posturais, ergonômicos e psicossociais possuem associação com a dor musculoesquelética (Lessa; Fernandes, 2022). Frente a isso, as intervenções com objetivo de melhorar o estilo de vida, que incidem sobre o cuidado com o corpo humano podem ser promissoras, no que diz respeito aos pilares exercício e alimentação saudável, por incentivar mudanças de comportamento.

Por fim, além das condições laborais, fatores comportamentais contribuem para o adoecimento dos ACS. Estudos apontam má condições de alimentação e sedentarismo entre ACS (Barbosa; Lacerda, 2017; Rocha et al., 2023). O padrão alimentar não saudável, rico em alimentos processados/ultraprocessados, o baixo consumo de frutas e verduras (Alves et al., 2022; Barbosa; Lacerda, 2017) e baixos níveis de atividade física (Santos, Taynã et al., 2015b; Silva, Kécia Carvalho Montenegro et al., 2022), são condições que contribuem para o aumento de sobrepeso/obesidade em ACS (Bernardes et al., 2021; Silveira et al., 2020), contribuindo sobremaneira para a incidência das DCNTs ((Bernardes et al., 2021).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Realizou-se um estudo de intervenção, quase experimental (Campbell; Stanley, 2011; Thomas; Nelson; Silverman, 2012), com aplicação de métodos mistos (Guion; Diehl; McDonald, 2011), com o intuito de implementar um Programa de Mudança de Comportamento on-line em Agentes Comunitários de Saúde nas zonas urbana e rural, de um município no interior da Bahia.

O Programa foi nomeado intencionalmente de Transformação, objetivando estimular mudanças dos ACS na atividade física e alimentação saudável.

O delineamento deste estudo pode ser caracterizado em dois momentos: 1. Pré-experimental, em que envolve estudar um grupo de participantes recrutados para a intervenção, sem randomização; neste tipo de estudo os resultados preliminares são utilizados para verificar a viabilidade da intervenção, sendo comumente utilizado em abordagens qualitativas (Campbell; Stanley, 2011; Thomas; Nelson; Silverman, 2012). 2. Pesquisa quase experimental, do tipo antes e depois, de uma intervenção com um grupo único. Para definição do grupo que sofreu a intervenção não foi possível a aplicação de método com randomização, visto que para este tipo de intervenção é necessário considerar fatores contextuais e individuais de participação (a exemplo de conveniência, familiaridade com o tema, disponibilidade de tempo, condições de deslocamento e motivação, entre outros)(Campbell; Stanley, 2011). Da mesma forma, não se aplica a condução de um grupo controle para o estudo, uma vez que estes mesmo fatores supracitados, poderiam influenciar na adesão destes participantes (Campbell; Stanley, 2011; Thomas; Nelson; Silverman, 2012).

Optou-se pelo uso da triangulação metodológica e de dados no desenvolvimento da intervenção. A abordagem nesta perspectiva visou o levantamento das informações com o uso de abordagem (quantitativo e qualitativo), contribuindo para a validade dos dados. Não obstante, a inclusão de dados dos diferentes atores na intervenção, favorece o encontro de similaridades e divergências (Guion; Diehl; McDonald, 2011). Acrescenta-se também que o modelo RE-AIM requisita a aplicação de abordagem qualitativa, visando entender com clareza os resultados das dimensões, para além dos números. Isso facilita as convergências na compreensão dos desfechos e ampliação no entendimento dos resultados, e de condições interveniente que possam incidir para as consequências positiva ou negativa na implementação de um programa de mudança de comportamento (Holtrop; Rabin; Glasgow, 2018b).

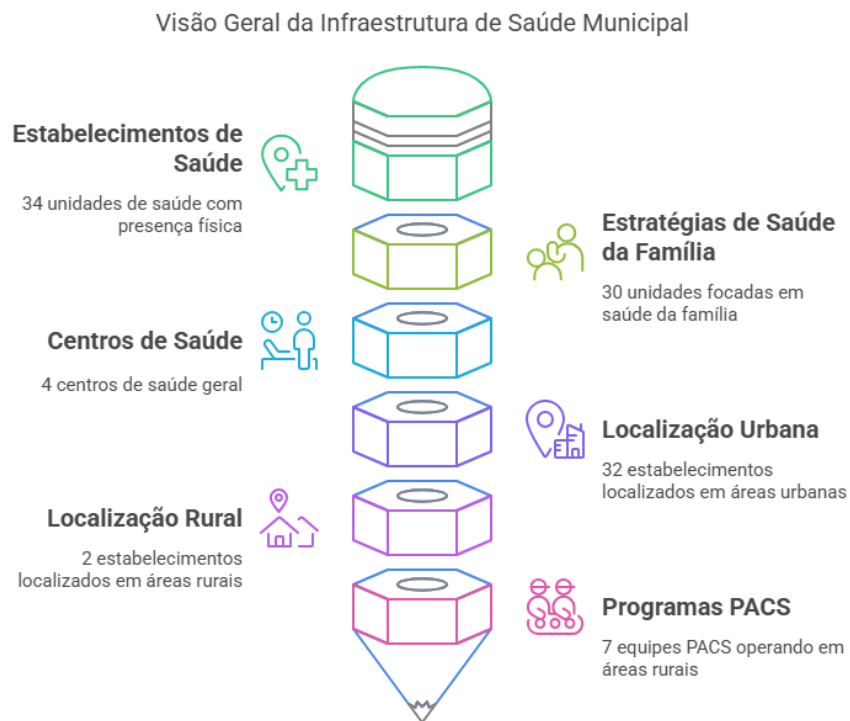
#### 4.2 LOCAL, PÚBLICO-ALVO E TEMPO DO ESTUDO

O local escolhido para a realização do estudo foi o município de Jequié – BA. Localizada na mesorregião centro sul baiano, Jequié, oferece suporte para a macrorregião Sul, contemplando 25 municípios e oito distritos sanitários. A população estimada, em 2024, foi de 168 733

habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - 0,665, classificado como médio ( IBGE, 2024).

O Município contava com 34 estabelecimentos de saúde com ACS na composição de sua equipe, dos quais 30 eram Unidade de Saúde da Família - (USF) e quatro eram Unidades Básicas de Saúde (UBS). No que tange à estrutura física, eram 25 (vinte e cinco) sedes estruturalmente equipadas para o funcionamento das equipes, sendo que 09 (nove) estabelecimentos eram compartilhados por equipes duplas, isto é, dividiam e coabitavam o mesmo espaço, totalizando 18 (dezoito)\* equipes. Dentre os serviços de saúde, 32 (trinta e dois) estavam localizadas na zona urbana (USF e UBS) e 02 (duas) (na USF) na zona rural do município estudado (Figura 2) (Secretária de Saúde, 2023).

**Figura 2.** Organização do ACS nos serviços na APS no município estudado, Jequié, Bahia, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2025 (<https://app.napkin.ai/>).

A população alvo do presente estudo foi constituída por ACS do município de Jequié–BA. Dados fornecidos pelos gerentes das unidades, entre outubro e novembro de 2023, apontaram 296 ACS cadastrados no município, sendo estes distribuídos nas zonas urbanas 228 (duzentos e vinte

e oito) e rurais 68 (sessenta e oito). O estudo de intervenção foi desenvolvido no período de outubro de 2023 a julho de 2024.

### 4.3 DESENHO DO ESTUDO

O estudo foi planejado e desenvolvido de acordo com o modelo RE-AIM. Pretende-se, assim, para melhor caracterização, descrever as etapas seguintes conforme as dimensões do modelo utilizadas na presente tese (Alcance, Adoção, Implementação e Eficácia), atendendo os objetivos inicialmente propostos (Figura 3).

**Figura 3.** Etapas do estudo de intervenção, segundo as dimensões do modelo RE-AIM, Jequié, Bahia, 2025.

	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação para recrutamento (20 a 30 dias)</li> <li>• Levantamento do número de ACS</li> <li>• Agendamento da coleta presencial (baseline)</li> <li>• Separação das datas de divulgação nos serviços até a coleta (baseline)</li> <li>• Fixação de cartazes</li> <li>• Contato com os gerentes dos serviços</li> <li>• Apresentação do programa (aos ACS elegíveis)</li> <li>• Avaliação pré-teste dos ACS</li> <li>• Avaliação dos coordenadores dos serviços</li> </ul>									
Adoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção e treinamento da equipe para a coleta de dados e acompanhamento</li> <li>• Avaliação dos participantes da equipe (quantitativa e qualitativa)</li> <li>• Levantamento dos dados de caracterização dos serviços</li> </ul>									
Implementação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega da intervenção (cronograma proposto)</li> <li>• Acompanhamento por grupo de aplicativo de WhatsApp e pelo site VAMOS on-line</li> <li>• Encontros presenciais (dúvidas)</li> </ul>									
Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliação final dos ACS concluintes (presencial)</li> <li>• Grupo focal presencial (qualitativo)</li> </ul>									

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

#### 4.3.1 Dimensão Alcance

##### *Recrutamento e Seleção dos Participantes – ACS*

Os ACS participantes foram recrutados no seu local de trabalho, com o apoio dos coordenadores/gestores de cada serviço de saúde. As estratégias utilizadas para alcance da população alvo foram: divulgação de mídias em redes sociais, contato com os gestores da administração na Secretaria de Saúde do Município; contato/reunião com os ACS em reunião do Órgão Sindical dos ACS; reunião com os responsáveis pela coordenação da Atenção Básica membros da Secretaria de Saúde responsáveis pela coordenação da Atenção Básica; contato com os coordenadores/gerentes de cada unidade e afixação de cartazes em murais de todas as unidades da atenção básica (Estratégias de Saúde da Família, Centros de Saúde, sede da Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Sindicato dos ACS). A divulgação também ocorreu com o uso do aplicativo de rede social – *Instagram* – e em assembleia-geral do Sindicato dos ACS – visando difundir o Programa de Intervenção e alcançar os participantes por diversos meios.

Nas unidades em que os ACS estavam presentes, no momento da visita da equipe de coleta, o diálogo também foi estabelecido com o próprio ACS, explicando previamente a proposta do Programa e fazendo menção da coleta de dados, na qual todos seriam contactados ao conhecimento e participação pelo coordenador da USF, caso tivessem interesse. Os cartazes fixados nos murais tinham telefone e *QR code* (Figura 4), para esclarecimentos e informações. O tempo decorrido entre a divulgação e a realização da coleta de dados variou de 20 a 35 dias, a contar da fixação do cartaz e o primeiro contato com a (o) gestor/coordenador das unidades acompanhadas.

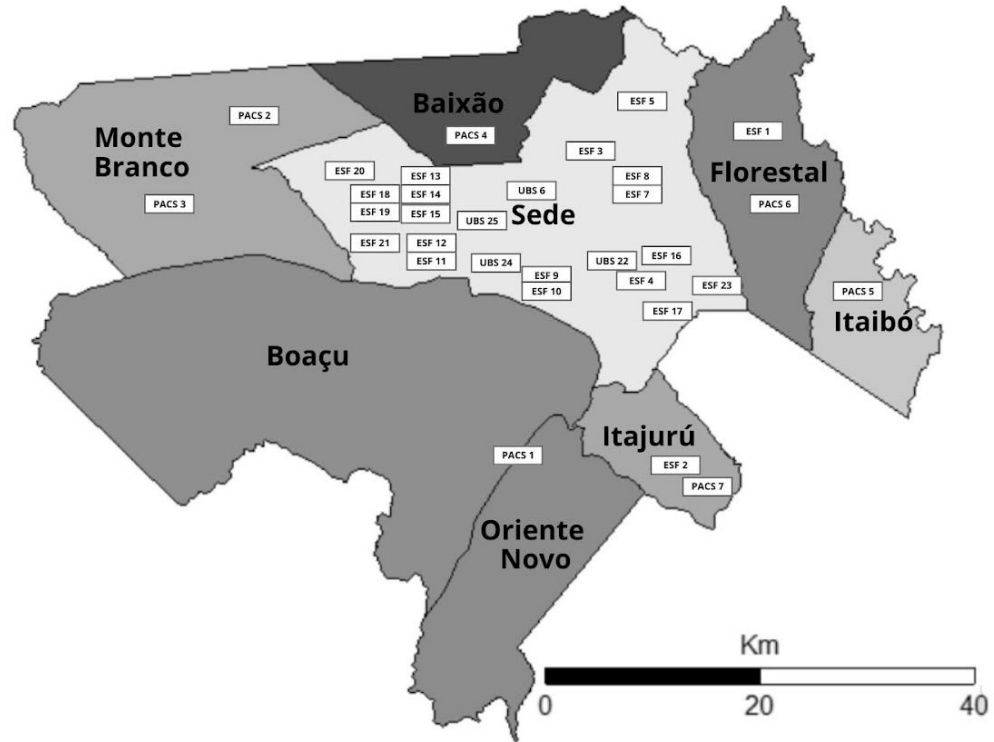
**Figura 4.** Cartaz de divulgação do Programa Transformação nos serviços de saúde da APS em Jequié, Jequié, Bahia, 2025.



**Fonte:** elaborado pelo autor, 2025.

A população do estudo para realização da intervenção foi assim definida a partir de um recrutamento censitário (Almeida Filho; Barreto, 2009), desde que atendidos os critérios de inclusão, sendo composta por: ACS, trabalhadores alocados nos diferentes serviços da APS – (Centro de Saúde (CS); Estratégia de Saúde da Família Zona Rural (ESF-ZR); Estratégia de Saúde da Família Zona Urbana (ESF-ZR) – ; e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Figura 5). Dos 296 (duzentos e noventa e seis) ACS elegíveis, 150 (cento e cinquenta) participaram da reunião para apresentação do Programa e coleta de dados (Figura 6).

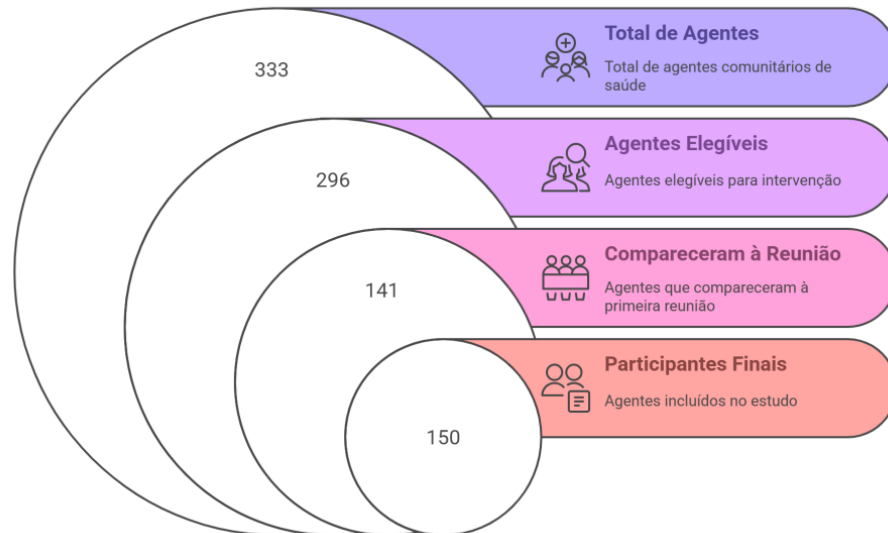
**Figura 5.** Mapeamento dos serviços de saúde da APS em Jequié, elegíveis a implementação do Programa Transformação, Jequié, Bahia, 2025.



**Fonte:** elaborado pelo autor, 2025. Adaptações IBGE.

**Figura 6.** Descrição do processo elegibilidade e inclusão no estudo, Jequié, Bahia, 2025.

### Participação dos Agentes Comunitários de Saúde



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2025 (<https://app.napkin.ai/>).

### *Critério de Inclusão e Exclusão dos ACS*

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa para os participantes ACS (individual) foram: ser ACS, com tempo de serviço maior ou igual a cinco anos, ser trabalhador atuante na zona urbana ou rural do município em questão, ter idade superior ou igual a 18 anos, inativo fisicamente (atividade física com frequência menor que 150 minutos por semana) e/ou ter hábitos alimentares não saudáveis e/ou problemas crônicos de saúde. Os critérios de exclusão adotados para o ACS participantes foram: o não comparecimento à coleta inicial, e ausência de estabelecimento do contato até em 15 dias da data do *baseline* e recusa do cadastro no site do Programa VAMOS.

### *Seleção dos Gerentes/Coordenadores*

Inclui-se também, além dos ACS, os coordenadores/gerentes dos serviços de saúde, a fim de compreender as percepções dos diversos atores envolvidos no alcance dos participantes do Programa.

### *Critério de Inclusão e Exclusão dos ACS*

O critério estabelecido para inclusão dos coordenadores/gerentes era atuar em uma das unidades com ACS cadastrado dentro do período correspondente ao estudo (outubro-2023 a julho-2024). Os critérios de exclusão foram: a ausência de retorno após três contatos efetuados; exoneração ou afastamento do serviço no momento do contato.

### *Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados*

A coleta inicial foi organizada em oficinas, a fim de facilitar a participação dos ACS presentes em todas as atividades previstas.

Assim, os ACS presentes foram distribuídos em pequenos grupos de atividades, caracterizados a seguir: 1. Explicação da Intervenção (abordagem geral acerca do funcionamento da intervenção - apresentação do material em slide, mediado por um dos bolsistas de iniciação científica envolvido no projeto); 2. Oficina de avaliação física (realização das medidas de: altura, peso, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar); 3. Oficina de cadastro no site do VAMOS dos ACS que aceitaram participar do Programa (cadastramento no site (*login* e senha) (Figura 7), responder os questionamentos da avaliação inicial do Programa na seção 1 (dados sociodemográficos, atividade física, alimentação saudável, qualidade de vida e dados antropométricos); 4. Oficina aprendendo o autoalongamento e automassagem (participantes em roda eram orientados a realizar alguns movimentos de alongamentos do cingulo do membro superior e inferior, movimentos de distensionamento articulares (cintura escapular e pélvica); uso de bola de tênis e *fisioball* para realizarem massagem em dupla); 5. Oficina de aromaterapia e meditação (sala organizada com colchonetes, som ambiente e difusor, um monitor realizava a meditação guiada; ao final uma gota de óleo essencial (hortelã-pimenta e/ou laranja doce) era colocada nas mãos de cada participante, caso não fosse alérgico, sendo instruído a cheirar levemente, a fim de ativar os sentidos, acalmar a mente e aliviar as tensões); 6. Lanche coletivo saudável (frutas da época, bolos de aipim e milho; cuscuz, aipim cozido, pipoca, sucos, café e chás); 7. Orientações finais (como procederia o acompanhamento dos ACS no Programa *on-line*, contatos para possíveis retiradas de dúvidas, assinatura da lista de frequência e assinatura dos termos de consentimento via instrumento complementar do *Google Forms*) (Apêndice A).

**Figura 7.** Plataforma de cadastramento dos ACS participantes no Programa Transformação, Jequié, Bahia, 2025.



**Fonte:** Programa VAMOS, 2025 (vamos.ufsc.br).

O instrumento utilizado para caracterização dos ACS participantes foi o questionário de avaliação do VAMOS, que dispunha de perguntas de múltipla escolha, sendo que cada ACS participante respondeu no momento do *baseline* com o auxílio do monitor. O instrumento continha as seguintes variáveis: sociodemográfica (sexo, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, cargo/função, tempo de ocupação na função e serviço e renda); Comportamento alimentar; prática de atividade física e a frequência; dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura) (Quadro 2). Todos os dados foram autorreferidos, exceto os antropométricos que foram mensurados pela equipe de coleta (Anexo 1).

**Quadro 2.** Descrição das variáveis estudadas nas dimensões alcance, adoção, efetividade e implementação, Jequié, Bahia, 2025.

Variáveis	Classificações e Instrumentos
Idade	Quantitativa discreta – referida em anos (média e desvio padrão).
Sexo	Qualitativa nominal (masculino e feminino).
Cor da pele	Qualitativa nominal (branca, preta, amarela, parda e indígena).
Estado Civil	Qualitativa nominal (Casado/união estável, solteiro, viúvo).
Escolaridade	Qualitativa ordinal (sem escolaridade, fundamental completo e incompleto, médio/Técnico completo e incompleto, superior completo e incompleto, pós-graduação).
Tempo de ocupação (anos)	Quantitativa discreta (média, desvio padrão);
Renda (em salários mínimos)	Quantitativa intervalar, com intervalos definidos a partir dos valores de salários mínimos (menor que 1 SM; 1 a 2SM, 2,1 a 4 SM, 4,1 a 6SM, mais de 6SM e não quis responder).
Nível recomendado de atividade física (autorreferida)	<p>Qualitativa nominal – A partir das perguntas retiradas do IPAQ curto, referentes à atividade física realizada no lazer, esporte e exercício (Matsudo <i>et al.</i>, 2012): (1) Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (2) Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? (3) No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? (em horas e minutos).</p> <p>Para avaliação do nível de atividade física as perguntas supracitadas foram utilizadas para a criação de uma nova variável qualitativa ordinal, classificada como: Insuficientemente Ativo (menor 150 minutos/semana); Ativo (<math>\geq 150</math> minutos/semana)</p>
Comportamento Alimentar	<p>Qualitativa nominal – O comportamento alimentar foi avaliado por meio de seis questões extraídas do VIGITEL (utilizadas como marcadores do Programa Vamos (Souza, Paulo Vitor De <i>et al.</i>, 2020). Considerou-se alimentos saudáveis: (frutas,verduras/saladas - in</p>

	natura, verduras/saladas – cozido); e os não saudáveis (refrigerante, doces e alimentos processados e ultraprocessados). A partir disso, foi calculado o percentual de participantes que consumia cada item alimentar em 5 ou mais dias da semana.
Satisfação geral com a Saúde (SS)	Categórica ordinal – A SS foi avaliada por meio da pergunta do WHOQOL Bref (Fleck <i>et al.</i> , 2000; The Whoqol Group, 1998). A pergunta realizada foi: Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito você está com a sua saúde? A questão utiliza uma escala Likert de cinco pontos (muito satisfeito, satisfeito, neutro, insatisfeito, muito insatisfeito). Para fins de análise foi dicotomizada em: percepção positiva (muito satisfeito, satisfeito e neutro) e percepção negativa (insatisfeito e muito insatisfeito).
Satisfação geral com a Vida (SV)	Qualitativa ordinal. Na análise, a variável original foi dicotomizada em: SV positiva (muito boa, boa e neutra) e SV negativa (ruim e muito ruim).
Qualidade de Vida (QV)	Qualitativa ordinal – A QV foi avaliada por meio da pergunta do WHOQOL Bref (Fleck <i>et al.</i> , 2000; The Whoqol Group, 1998): 1. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida? Como opções de resposta os participantes assinalaram uma escala likert contendo cinco itens, variando de muito bom a muito ruim. Na análise, a variável original foi dicotomizada em: QV positiva (muito boa, boa e neutra) e QV negativa (ruim e muito ruim).
Avaliação do Sono (AS)	Qualitativa ordinal – A AS foi avaliada por meio da pergunta: Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você avalia o seu sono? Na análise, a variável original foi dicotomizada em: AS positiva (muito boa, boa e neutra) e AS negativa (ruim e muito ruim).
Índice de Massa Corporal (IMC)	Quantitativa contínua – O IMC foi estimado a partir da razão entre o peso (quilos) e o quadrado da altura (metros) (kg/m <sup>2</sup> ). O peso foi medido com uma balança portátil da marca G-TECH (Class 10, capacidade 150Kg) e a altura medida por estadiômetro Compacto Trena marca Sanny fixado na parede a uma altura de (2.1

	metros). Ambas as medidas o indivíduo estava descalço com olhar para o horizonte. A variável foi analisada como variável quantitativa, estimando-se a média e desvio padrão, e a partir da categorização em uma variável dicotomizada, conforme pontos de corte estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) : Adequado (valores entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) e Inadequado – Sobrepeso/Obesidade (valores iguais ou maiores a 25,0kg/m <sup>2</sup> ).
Circunferência da Cintura (CC)	Quantitativa contínua – A CC foi estimada a partir da medida abdominal, medida em centímetros (cm), com fita 2m marca CESCORF. A variável foi analisada como variável quantitativa, estimando-se a média e desvio padrão, e a partir da categorização em uma variável dicotomizada, conforme pontos de corte estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2006): Adequada (valores <80 cm para mulheres e <94 cm para homens) e Inadequada (valores ≥80 cm para mulheres e ≥94 cm para homens).
Glicemia capilar de jejum (GJ)	Quantitativa discreta – A GJ foi aferida partir de uma gota de sangue, verificando-se a concentração de glicose nos vasos utilizando um glicosímetro (Glicocheck Multilaser Hc487), sendo expressa em miligramas por decilitro (mg/dl)(Xavier; Alves; Gamba, 2023), com sua respectiva média e desvio padrão.
Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Quantitativa contínua – A PAS foi medida no braço, ACS sentado, com os pés apoiados no chão, com o braço apoiado na mesa e no mesmo nível do coração. A medição foi feita com um monitor automático de pressão arterial (Omrom HEM-724INT), sendo expressa em milímetros de mercúrio (mmHg) (Brasil, 2006) com sua respectiva média e desvio padrão.
Pressão Arterial Diastólica (PAD)	Quantitativa contínua – A PAD foi medida no braço, ACS sentado, com os pés apoiados no chão, com o braço apoiado na mesa e no mesmo nível do coração. A medição foi feita com um monitor automático de pressão arterial(Omrom HEM-724INT), sendo expressa em milímetros de mercúrio (mmHg) (Brasil, 2006),com sua respectiva média e desvio padrão.

**Fonte:** Elaborado pelo autor baseado nas referências supracitadas, 2025.

Os ACS foram contatados posteriormente presencialmente ou *on-line* (via aplicativo *Google Meet*), para uma reunião individual, buscando responder um questionário complementar à pesquisa (*Google forms*), contendo dados sobre: pressão arterial, glicemia capilar, satisfação geral com a vida, avaliação do sono, idade, consumo de álcool e tabaco. Os ACS, que tinham habilidade com ferramentas tecnológicas, responderam este questionário presencialmente, no dia da coleta na sua unidade, com auxílio dos monitores (Apêndice B).

Em relação à coleta dos dados dos gerentes/coordenadores dos serviços, foi levantado por meio de um formulário no *Google Forms*, aplicado após implementação da intervenção, contendo: características sociodemográficas (sexo, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, cargo/função, tempo de ocupação na função e serviço e renda) e perguntas subjetivas aos coordenadores (organizacional) (Apêndice C).

Ademais, a avaliação do alcance na visão do coordenador foi realizada qualitativamente, a partir das percepções dos gerentes/coordenadores dos serviços, a fim de compreender os impactos para o alcance dos ACS participantes. Levantaram-se também as estratégias utilizadas pelos gerentes/coordenadores para divulgação e convite dos ACS nos seus respectivos serviços. As perguntas interpeladas para esse fim foram: 1. Como você enquanto coordenador da unidade de saúde, divulgou/convidou os ACS da sua equipe para participarem do Programa Transformação?; 2. No momento que você convidou os ACS para participarem da reunião para apresentação do Programa Transformação, qual foi a sua percepção (positiva ou negativa) em relação à receptividade dos ACS a esse convite?; 3. Em qual local aconteceu a reunião de apresentação do Programa Transformação com os ACS da sua unidade? Na sua opinião o local facilitou ou dificultou a adesão dos ACS ao Programa Transformação?; 4. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em comparecer à reunião de apresentação do Programa Transformação agendada na Unidade de Saúde?; e 5. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS de participar até o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação que aconteceu *on-line*? (Apêndice 3).

### *Análise dos Dados*

Para avaliação da variável alcance adotou-se a divisão do número absoluto (numerador) dos ACS que compareceram à reunião do *baseline* e cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo pelo número total de agentes elegíveis (n=296) no município (denominador) vezes 100 (re-aim.org; Teixeira *et al.*, 2019). O Quadro 3 apresenta um resumo como as variáveis foram aferidas e avaliadas.

**Quadro 3.** Descrição, das variáveis, segundo objetivos, métodos para alcançar os resultados nas quatro dimensões adotadas no estudo, Jequié, Bahia, 2025.

<b>Dimensões do RE-AIM</b>	<b>Objetivos e Métodos para alcançar os Resultados</b>
<p><b>Alcance</b> Indicador de participação na intervenção (nível individual)</p>	<p><b>Objetivo:</b> descrever o número, a proporção e a representatividade dos ACS participantes na intervenção. <b>Quantitativo:</b> taxas de recrutamento, participação e retenção de participantes dos ACS. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> registro de interessados, inscritos, retidos e desistentes. <b>Qualitativo:</b> Percepções dos gerentes/coordenadores, com o intuito de avaliar as barreiras para o alcance dos ACS. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário semiestruturado eletrônico (<i>Google Forms</i>) com perguntas subjetivas e anotações no diário de campo.</p>
<p><b>Eficácia/Efetividade</b> Indicador do impacto da intervenção nos desfechos primários, comportamentais e efeitos inesperados. (nível individual)</p>	<p><b>Objetivo:</b> apresentar os resultados dos desfechos primários e secundários da intervenção. <b>Quantitativo:</b> proporção de participantes que apresentaram mudança de comportamento comportamental (qualidade de vida, satisfação com a saúde) por ACS concluinte da intervenção. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> questionário estruturado de avaliação baseline e pós-intervenção. <b>Qualitativo:</b> Percepções dos ACS, com o intuito de avaliar as mudanças percebidas no estilo de vida (Atividade Física e comportamento alimentar) e comportamentais (QV, AS, HAS, glicemia, sono, estilo de vida) dos ACS durante a intervenção. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> grupo focal com os ACS concluintes do programa e observações diárias do campo durante a intervenção.</p>
<p><b>Adoção</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> descrever o número, a proporção, a</p>

<p>Indicador da participação dos locais que iniciaram a intervenção (nível organizacional)</p>	<p>representatividade e as características dos serviços que iniciaram a implementação da intervenção.</p> <p><b>Quantitativo:</b> dados sociodemográficos da equipe de entrega e gerentes/ coordenadores da APS. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário semiestruturado eletrônico (<i>Google Forms</i>).</p> <p><b>Quantitativo:</b> taxa de adoção, características dos serviços em comparação com os elegíveis. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário estruturados eletrônico (<i>Google Forms</i>) preenchido pelos gerentes/coordenadores da APS.</p> <p><b>Qualitativo:</b> motivos que influenciaram a adoção e barreiras para a não adoção da intervenção. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário semiestruturado eletrônico (<i>Google Forms</i>) e anotações no diário de campo.</p>
<p><b>Implementação</b> Fidedignidade que a intervenção foi entregue conforme o pretendido (nível equipe e individual)</p>	<p><b>Objetivo:</b> avaliar a fidelidade da execução da intervenção e o nível de implementação das estratégias conforme o planejado.</p> <p><b>Quantitativo:</b> percentuais de equipes e ACS participantes que implementaram a intervenção. <b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário semiestruturado eletrônico (<i>Google Forms</i>) dados dos gerentes/coordenadores e equipe de coleta. Acompanhamento on-line site do VAMOS, frequência de sessões realizadas.</p> <p><b>Qualitativo:</b> percepções dos atores envolvidos (ACS, Equipe e Gerentes), adaptações de protocolo.</p> <p><b>Instrumentos/coleta dos dados:</b> formulário semiestruturado eletrônico (<i>Google Forms</i>) perguntas subjetivas com gerentes dos serviços e equipe de entrega. Grupo focal com os ACS concluintes do programa e observações diárias do campo durante a intervenção.</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor baseado nas dimensões RE-AIM, 2025 (re-aim.org).

Calculou-se também a taxa de participação e o alcance absoluto e relativo da população participante do Programa (Agentes Comunitários de Saúde), por unidade de lotação (zona rural e urbana) e a distribuição por tipo de serviço vinculado (CC, ESF, PACS).

A análise quantitativa das características dos ACS e coordenadores foi realizada no Programa Estatístico SPSS 20.0, possibilitando avaliar os dados das características gerais dos participantes por meio de medidas de tendência central (média/mediana) e de dispersão (desvio

padrão) para as variáveis contínuas e discretas. Para as variáveis categóricas, a análise descritiva foi realizada a partir da estimação de frequências absolutas e relativas (Quadro 2). As diferenças entre os serviços foram avaliadas segundo gênero, usando o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

Os dados do questionário aplicados com os coordenadores foram extraídos do sistema *Google Forms* e do programa *VAMOS on-line* (fornecido por um técnico da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC) em planilhas do Excel 2010, onde passou por limpeza e revisão dos dados. As perguntas subjetivas foram organizadas em um arquivo do Word, visando à elaboração do corpus textual monotemático, contendo as descrições das respostas dos coordenadores participantes. Na sequência, os conteúdos textuais foram processados no Programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ versão 0.8 alpha 7) (Camargo; Justo, 2021), que levantou a quantidade de palavras e as frequências médias do *corpus*.

O Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi aplicado, a fim de realizar uma análise multivariada com os segmentos de texto oriundos do GF (Camargo; Justo, 2021). Com a CHD, o IRAMUTEQ organizou as palavras em um dendograma, que permitiu compreender as relações existentes entre as classes, bem como o cálculo dos segmentos de textos mais característicos em cada classe. Além disso, realizou-se análise lexicográfica que permitiu identificar a quantidade de palavras e as frequências médias do *corpus* (Quadro 4).

**Quadro 4.** Análises realizadas *software* IRAMUTEQ nas dimensões Alcance, efetividade e Implementação, Jequié, Bahia, 2025.

<b>Tipos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Dimensões do RE-AIM</b>
Análise lexicográfica	Identifica a quantidade de palavras e as frequências médias do corpus textual.	Alcance e Efetividade
Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método Reinert	Análise multivariada, a modalidade simples sobre os segmentos do texto foi a opção escolhida. Busca evidenciar classes de segmentos de texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das ST das	Alcance e Efetividade

	outras classes.	
CHD - Dendograma	Permite compreender as relações existentes entre as classes, bem como o cálculo dos segmentos de textos mais característicos em cada classe.	Alcance e Efetividade
Análise Fatorial de Correspondência (AFC) a partir da CHD	Representação gráfica dos dados para ajudar a visualização da proximidade entre classes ou palavras. Representa num plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD.	Efetividade
Análise de Similitude	Análise multivariada. Mostra um grafo que representa a ligação entre palavras do corpus textual. A partir desta análise é possível inferir a estrutura de construção do texto e os temas de relativa importância, a partir da coocorrência entre as palavras.	Implementação

**Fonte:** Elaborado pelos autores baseado em (Camargo; Justo, 2021), 2025.

Diante do processamento pelo IRAMUTEQ, as falas dos ACS participantes foram interpretadas e avaliadas mediante a análise de conteúdo de (Bardin, 2011). Assim, a análise dos dados, procedeu seguindo as etapas de: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Quadro 5).

**Quadro 5.** Etapas de condução da análise de conteúdo no estudo, segundo (Bardin, 2011), Jequié, Bahia, 2025.

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>
I. Etapa 1	Pré-análise subdivide em quatro etapas: 1. A leitura flutuante; 2. Escolha do material (guiado pelas regras da exaustividade, pertinência e homogeneidade); 3. Formulação e/ou reformulação das hipóteses e objetivos; 4. Formulação dos indicadores;
II. Etapa 2	Exploração do material
III. Etapa 3	Tratamento dos resultados, inferências e interpretações.

**Fonte:** Elaborado pelo autor baseado em (Bardin, 2011), 2025.

Utilizou-se a lista de verificação do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), visando realizar a descrição detalhada dos dados qualitativos (Souza, Virginia Ramos dos Santos et al., 2021; Tong; Sainsbury; Craig, 2007). A lista consta com 32 itens, resumido em três domínios a seguir: Características da equipe de pesquisa e reflexividade; Desenho do estudo; Análise e conclusões do estudo, os quais foram detalhados ao longo da descrição do estudo.

### **4.3.2 Dimensão Adoção**

#### *Seleção dos Serviços de Saúde*

Todos os serviços da APS em Jequié que tinham o ACS na equipe foi elegível a participação no presente estudo.

Deste modo, estabeleceu-se contato com os coordenadores/gerentes de todos os serviços. A maioria dos contatos ocorreu presencialmente e, quando na impossibilidade pela ausência do responsável pela equipe no dia da visita, o contato foi posteriormente constituído via mensagem de texto pelo aplicativo WhatsApp. Nos contatos virtual ou presencial foi deixado/encaminhado cartaz para divulgação, explicação breve da intervenção, o público alvo, solicitação de preenchimento da lista de ACS trabalhadores na equipe, com a discriminação do quantitativo dos agentes comunitários e a situação de trabalho. A orientação é que fizessem a discriminação de todos em exercício da função, os afastados por doença ou licença, os de férias e os realocadas em outras funções. Os dados da situação geral dos trabalhadores foram necessários, visando controle e entender a população estudada. Entretanto, salienta-se que nenhuma condição anteriormente referida foi critério de exclusão dos participantes, funcionando apenas como medida de controle dos pesquisadores.

#### *Seleção da Equipe de Entrega*

A seleção da equipe ocorreu aleatoriamente em duas instituições de ensino superior a UESB e nas Faculdades Santo Agostinho em Vitória da Conquista (FASA-VIC). A primeira instituição os discentes já eram voluntários de outros projetos ligados ao núcleo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP e Núcleo de estudos em Epidemiologia e Atividade Física e Saúde (GEAFS) e participaram apenas de uma seleção interna (por curriculum lattes e disponibilidade de carga horária), enquanto a segunda houve divulgação de um edital interno, no qual os alunos inscritos no processo seletivo passaram por uma seleção, composta por: curriculum lattes, disponibilidade de carga horário para o projeto, carta de interesse e entrevista. A equipe total foi formada por 24 participantes, sendo que seis discentes eram graduandas de medicina da FASA-VIC e 18 monitores da UESB (discentes de graduação de fisioterapia e medicina e pós-graduandos).

Durante a coleta do baseline equipe foi composta por: apenas a equipe de monitores UESB participou e apenas uma aluna da FASAVIC que tinha moradia na cidade de Jequié. O questionário complementar foi aplicado on-line por 19 destes monitores que se reversavam e seguiram as orientações para agendamento e coleta dos dados via *Google Meet* (Apêndice D e E). Durante o programa (acompanhamento da intervenção), 11 monitores compôs a equipe de entrega.

Salienta-se que a equipe foi previamente treinada para ocupar cada espaço das oficinas ofertadas durante a coleta dos dados nos serviços de saúde, bem como a coleta on-line e acompanhamento dos participantes durante os seis meses do programa (Apêndice F).

#### Critério de Inclusão e Exclusão dos Serviços

Os critérios de inclusão para os serviços de saúde (organizacional) foram: ser unidade pertencente ao município (zona rural ou urbana) com ACS vinculado. E os critérios de exclusão aplicados para a adoção das equipes foram: ausência de anuência do gerente/coordenador, falta de retorno para o agendamento após duas tentativas realizadas e/ou a falta de comparecimento dos ACS daquela equipe na reunião agendada.

#### *Critério de Inclusão Equipe de Entrega*

Para os agentes de entrega os critérios de elegibilidade foram: ser discente dos cursos de saúde FASA-VIC ou da UESB, participante como bolsista remunerado ou voluntário do Grupo de pesquisa do projeto guarda-chuva intitulado: “*Intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde: uma análise com base no modelo RE-AIM*”. Ter participado das capacitações realizada previamente para a coleta de dados e acompanhamento do Programa Transformação.

### *Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados*

Para a dimensão adoção coletou-se os dados referentes ao perfil dos serviços. As características gerais do serviço: ESF zona rural ou urbana, CC, PACS; número de funcionários; número de ACS lotados, população assistida.

Durante o desenvolvimento do programa de intervenção foi solicitado ao gerente/coordenador dos serviços que preenchesse um questionário via formulário Google Forms, contendo dados de características gerais dos serviços, ambiência, serviços ofertados para comunidade, número de profissionais totais e discriminando por tipo de ocupação e número de famílias coberta pelos serviços (Apêndice G).

Em relação à coleta dos dados da equipe de entrega, foi levantado por meio de um formulário no Google Forms, aplicado ao final da implementação da intervenção, contendo: características sociodemográficas (sexo, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, instituição vinculada; renda; iniciação científica (bolsista ou voluntário) e perguntas subjetivas (organizacional) (Apêndice H).

### *Análise dos Dados*

Considerou-se para avaliação da dimensão adoção as seguintes descrições, o cenário utilizado foi às unidades de saúde (local de trabalho dos ACS, composta por 33 equipes e o sete PACS) (numerador), pela quantidade total de unidades com agente de saúde lotado existentes no município (denominador) dividido vezes 100 (re-aim.org; Teixeira *et al.*, 2019). Em relação à adoção, o diário de campo permitiu reunir os feedbacks dos coordenadores em aproximações

realizadas na fase de recrutamento do programa, bem como algumas dificuldades apontadas pelos participantes.

Procedeu-se a análise quantitativa com os dados dos serviços e equipe de coleta no Programa Estatístico SPSS 20.0, no qual foi possível avaliar os dados das características gerais dos serviços, bem como da equipe de entrega do programa. Assim, as variáveis categóricas foram descritas mediante frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas utilizou-se da estatística descritiva para discorrer os dados (média e desvio padrão).

### **4.3.3 Dimensão Implementação**

#### *Seleção dos Participantes (ACS, Gerentes e Equipe)*

Adotou-se a mesma estratégia explicitada nas dimensões alcance e adoção.

#### *Critério de Inclusão e Exclusão (ACS, Gerentes e Equipe)*

Adotou-se a mesma estratégia especificada nas dimensões alcance e adoção.

#### *Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados*

A versão 3.0 *on-line* do Programa VAMOS foi utilizado pelo Programa Transformação, mediante autorização da equipe. Seguiu-se o direcionamento das temáticas propostas nos livros elaborados e desenvolvidos para o Programa VAMOS 3.0 *on-line*, com realização individual (método autoinstrucional, com tempo e horário de realização de cada seção determinado pelo acesso do participante *on-line* a plataforma/aplicativo. O acompanhamento foi realizado por pesquisadores treinados, seguindo um cronograma pré-estabelecido, e os registros das tarefas/atividades realizados em ambiente virtual (Ribeiro, Cezar Grontowski *et al.*, 2021) (Ribeiro *et al.*, 2021) (Apêndice I).

No presente estudo, a dimensão implementação foi avaliada segundo o modelo RE-AIM por meio dos seguintes questionamentos: os participantes conseguiram acompanhar as seções do Programa Transformação? (nível individual); e a intervenção foi aplicada conforme planejamento

previsto? Houve modificações na entrega do Programa? Se sim, quais adaptações foram realizadas? Quais os custos demandados para a implementação do Programa Transformação? (nível organizacional – equipe de entrega). Quais as percepções dos coordenadores e equipe de entrega acerca do programa implementado? (nível organizacional – coordenadores/gerentes, serviços de saúde).

Avaliou-se a implementação sob o olhar dos ACS participantes, equipe de entrega e gerentes/coordenadores, buscando uma triangulação dos dados qualitativos (Santos, Karine da Silva *et al.*, 2020). A implementação a partir do olhar dos ACS participantes foi mensurado por meio de um grupo focal e com os dados do site do Programa Vamos *on-line*. A respeito do grupo focal as perguntas interpeladas aos ACS foram: O instrumento utilizado no Programa foi adequado para vocês? (o caderno *on-line* que tinha para ler e realizar as atividades e planos de mudança de comportamento (alimentação e atividade física que gostaria de mudar na sua vida); as seções/atividades que vocês realizaram no caderno *on-line* foram suficientes para auxiliá-los no progresso do Programa Transformação? O que acharam do monitor que acompanhou vocês pelo grupo do *WhatsApp*? Vocês foram respondidos com rapidez ou demoravam? As dúvidas foram resolvidas? A linguagem dos monitores era de fácil entendimento para vocês?

Para avaliar a implementação segundo o olhar dos gerentes/coordenadores dos serviços, aplicou-se um questionário semi-estruturado via formulário *Google Forms*, contendo dados das características sociodemográficas e perguntas subjetivas: O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação *on-line*? Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações você faria?

Levantaram-se também as percepções dos agentes de entrega da intervenção após o término do programa por meio de um questionário semiestruturado via *Google Forms*, contendo dados sociodemográficas e perguntas subjetivas: quais as facilidades e barreiras encontradas no momento da criação do grupo de *WhatsApp* direcionado para o acompanhamento dos ACS durante os seis meses do Programa. Você seguiu o cronograma pré-estabelecido (seções e tempo de realização) para o desenvolvimento do Programa (seis meses) ou precisou realizar adaptações alguma ESF que ficou responsável pelo acompanhamento? Por que/motivo)? Descreva as dificuldades encontradas (enquanto monitor) durante o acompanhamento dos ACS *on-line*. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até o final (seis meses de

intervenção) do Programa Transformação *on-line*? Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações você faria? (Apêndice H).

O banco com os dados de cadastro e acompanhamento dos participantes foi fornecido por um técnico responsável pela base do Programa Vamos - na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, no formato Microsoft Excel 2010. Posteriormente, houve a limpeza, organização e uniformização do banco. A respeito da gravação dos discursos dos ACS no grupo focal, foram transcritas pelo programa Transkriptor, transportados para o *Word*, no qual houve a revisão e limpeza por dois pesquisadores, a fim de organizar o corpus textual. Em relação aos questionários aplicados com os coordenadores/gerentes e agentes de entrega do Programa, foram baixados do sistema *Google forms* em uma planilha do *Excel* 2010, revisado e limpo pelo pesquisador.

#### *Análise dos Dados*

A análise qualitativa seguiu a mesma descrição elencada para as variáveis alcance e adoção. Análise multivariada foi gerada no IRAMUTEQ, gráficos de similitude, de cada grupo, a fim de identificar as coocorrências e comparar as percepções dos grupos analisados, sendo uma forma crucial para avaliar os resultados estatisticamente (Camargo; Justo, 2021) (Quadro 4).

Procedeu-se à análise dos resultados com a codificação das falas, agrupando os temas por similaridade, integrando em categorias e subcategorias. Na sequência, foram realizadas inferências e interpretações sobre os dados, analisando qualitativamente os temas e as categorias definidas conforme o objetivo do presente estudo (Quadro 5).

Os dados do acompanhamento dos participantes na implementação do Transformação, foi analisado quantitativamente no Programa Estatístico SPSS 20.0, no qual foi possível avaliar as frequências absolutas e relativas para a quantidade de seções realizadas pelos ACS cadastrados, bem como do tempo em dias de realização das seções por serviço de saúde. Utilizaram-se medidas de tendência central para caracterização dos atores envolvidos na implementação.

#### **4.3.4 Dimensão Efetividade/Eficácia**

### *Seleção dos Participantes – ACS*

A seleção baseou-se nos 150 ACS cadastrado no baseline e os participantes concluintes da intervenção.

### *Critério de Inclusão e Exclusão dos ACS*

Considerou-se como critério de inclusão para a efetividade, os ACS, que atingiram um percentual de realização de no mínimo 75% das seções propostas para o Programa, isto é, os que completaram entre 14 a 18 sessões do programa on-line, totalizando 14 ACS. Destes, 11 foram reavaliados e participaram da etapa da avaliação quantitativa (pré e pós-intervenção) e qualitativa.

### *Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados ACS*

Para reavaliação dos ACS concluintes do programa, aplicou-se o mesmo questionário utilizado na avaliação inicial descrito na dimensão alcance, além da realização de todas as variáveis coletadas no baseline (Quadro 2) (Anexo 1; Apêndice B).

Na etapa qualitativa, realizou-se um Grupo Focal (GF), a fim de avaliar as mudanças percebidas no estilo de vida dos ACS durante a realização do programa. Os convites para o GF foram encaminhados, previamente, para todos os participantes concluintes, por folheto informativo digital via coordenação do serviço. Previamente, organizou-se o roteiro de discussão do grupo que buscou entender as percepções dos ACS. Os participantes sentaram em círculo e disponível um gravador central e dois celulares em extremos opostos, a fim de captar as falas dos participantes com maior qualidade. O grupo focal foi conduzido por uma moderadora (profissional de educação física), treinado, que não teve nenhum contato prévio com os participantes e dois observadores (alunos da graduação em fisioterapia, sendo um do sexo feminino e outro masculino), que anotaram as observações e expressões dos ACS durante a realização do GF.

Inicialmente, utilizou-se uma dinâmica de apresentação. Na sequência, seguiu-se com as perguntas: 1. Como foi para vocês participarem do Programa Transformação?; 2. Qual a

percepção do Programa para vocês?; 3. O que o Programa trouxe para vocês?; 4. E uma pergunta livre para quem quisesse colocar alguma questão/temática diferente que não tinha sido abordada?.

Desse modo, respaldado pelas concepções de Minayo, (2017), não se utilizou técnicas de saturação de dados, nem quantitativo de realização de grupos focais a priori, mas sim, a observação e interlocução do pesquisador acerca do objeto do estudo e objetivos estabelecidos no roteiro previamente, para a pesquisa em questão. Na perspectiva da autora “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de um determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e interações em todo decorrer do processo” (Minayo, 2017, Pág. 10).

Os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos na íntegra com auxílio do software Transkriptor (<https://transkriptor.com>), adotando os preceitos éticos de sigilo dos participantes.

#### *Análise dos Dados*

Os dados qualitativos foram processados no software IRAMUTEQ (versão 0.8 alpha 7), aplicando análises específicas conforme caracterização para a dimensão efetividade/eficácia nos Quadros 3 e 4. E as interpretações do corpus foi guiada pela análise de conteúdo de Bardin (2011), conforme (Quadro 5).

A avaliação quantitativa da intervenção foi realizada com base na comparação dos valores de medidas relativas às características de saúde dos participantes, nos momentos pré e pós-intervenção. Foram apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média e desvio padrão) das variáveis quantitativas. As diferenças foram estimadas utilizando os testes de McNemar (proporções antes e depois) e teste t para amostras pareadas (médias antes e depois), considerando um nível de significância de 5% ( $p$  valor  $<0,05$ ).

#### 4.4 QUESTÕES ÉTICAS

Esse projeto teve parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob protocolo CAAE: 30952820.0.0000.0055 (ANEXO II). Assim, foram observadas e seguidas todas as questões éticas que norteiam pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo (ACS, Gestores/coordenadores e Equipe de Entrega), assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo o uso das informações na pesquisa (Apêndice J, K, L e M).

#### 4.5 FINANCIAMENTO

Este projeto recebeu financiamento referente ao edital 035 de chamada pública da UESB, que custeou grande parte das despesas durante as etapas de desenvolvimento da pesquisa. Ademais, desde a etapa do planejamento até a sua execução, a pesquisa contou com subsídios de agências de fomento (CNPQ e FAPESB) e UESB, subvencionando bolsas de Iniciação científica para seis discentes de graduação.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1: Intervenções para Promoção da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária no Brasil: uma Revisão de Escopo Baseada no Modelo RE-AIM

Submetido: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde - (Área Saúde Coletiva); A3

#### Resumo

**Objetivo:** avaliar a estrutura das intervenções para promoção do estilo de vida saudável entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Brasil, utilizando o modelo RE-AIM. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo realizada conforme as diretrizes do PRISMA-ScR. A busca foi conduzida nas bases PubMed, SciELO e LILACS, considerando estudos originais de intervenção publicados entre 2010 e 2025 sobre intervenções para a promoção da saúde de trabalhadores na Atenção Primária no Brasil, cujo público-alvo foram os Agentes Comunitários de Saúde. A extração dos dados foi realizada de forma independente por dois revisores, e os estudos foram analisados pelo modelo RE-AIM. **Resultados:** A avaliação das dimensões do modelo RE-AIM revelou que a cobertura dos critérios variou entre os estudos. A dimensão Alcance foi mencionada em 40% dos critérios; na Efetividade/Eficácia, 75% dos indicadores foram abordados. Já a Adoção foi reportada em 33% dos critérios e na Implementação, apenas a frequência/duração dos contatos foi mencionada (100%). Nenhum estudo atendeu aos critérios da dimensão Manutenção. **Conclusão:** A maioria das intervenções apresentaram baixa qualidade nos relatos, com limitações na sustentabilidade das ações propostas. Esses achados indicam a necessidade de intervenções mais estruturadas e de melhor qualidade para a promoção da saúde dos trabalhadores.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas; Agente Comunitário de Saúde; Estilo de Vida; Atenção Primária à Saúde; Comportamento Saudável.

Aspectos éticos: dados secundários, portanto, não necessitou de apreciação de comitê de ética.

#### Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional incluído na equipe da Estratégia Saúde da Família, o qual executa ações que objetivam o estreitamento de vínculo entre a população adstrita e os demais trabalhadores da atenção primária<sup>(1,2)</sup>. Além disso, esse ofício envolve a realização de acompanhamentos e agendamentos de consultas, além de visitas

domiciliares, ações de promoção à saúde e encaminhamentos de pacientes que necessitem de atendimento especializado<sup>(2,3)</sup>.

Por estarem na linha frente da atenção primária realizando práticas de promoção e prevenção de saúde, os ACS enfrentam diariamente jornadas de trabalho exaustivas, frequentam ambientes insalubres e passam por situações de estresse, uma vez que há uma cobrança significativa da população perante o seu trabalho e dificuldades de equilibrar as responsabilidades laborais e pessoais<sup>(4)</sup>. Investigações anteriores mostraram que os ACS estão expostos a um estilo de vida sedentário<sup>(5)</sup>. Condutas inadequadas como alimentação com baixo consumo de frutas e verduras, elevado consumo de alimentos industrializados<sup>(6)</sup> e atividade física insuficiente<sup>(7)</sup> são frequentes entre essa categoria profissional. Esses comportamentos aumentam a probabilidade das pessoas desenvolverem obesidade, diabetes e hipertensão<sup>(8)</sup>.

Considerando as características do trabalho e as condições de saúde dos ACS, intervenções foram realizadas no intuito de promover a saúde e o bem-estar para essa população, auxiliando-os na adoção de um estilo de vida saudável. No entanto, ainda não está claro se essas intervenções foram bem estruturadas, quais componentes tiveram maior impacto e qual o potencial de replicação com trabalhadores em outros contextos da atenção primária. Embora existam estudos sobre o tema, ainda são necessários mais estudos que avaliem a aplicabilidade dessas intervenções. Assim, esta revisão de escopo se justifica para identificar, sintetizar e caracterizar essas intervenções, permitindo uma visão mais ampla das ações existentes e seus impactos à saúde do trabalhador.

No intuito de avaliar essas intervenções, o modelo RE-AIM (Reach=Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção)<sup>(9)</sup> será utilizado com o propósito de compreender se as intervenções têm sido estruturadas e o quanto podem ser reproduzidos na realidade, com vistas a impactar a saúde do trabalhador de saúde, sendo assim, este artigo teve por objetivo avaliar a estrutura das intervenções para promoção do estilo de vida saudável entre trabalhadores ACS na atenção primária à saúde no Brasil, utilizando o modelo RE-AIM.

## **Métodos**

Trata-se de uma revisão de escopo realizada com estudos originais sobre intervenções para a promoção da saúde de trabalhadores na Atenção Primária no Brasil, que englobaram os ACS como público-alvo.

Tendo em vista a temática escolhida, formulou-se a pergunta do estudo a partir do acrônimo População, Conceito e Contexto (PCC). Deste modo, pergunta-se: como foram estruturadas as intervenções realizadas para a promoção do estilo de vida saudável dos trabalhadores ACS na APS no Brasil? Assim, foram definidos com base na questão norteadora: População – trabalhadores, especialmente ACS; Conceito - estruturação e qualidade dos relatos dos estudos de intervenções sobre estilo de vida saudável e Contexto – atenção primária, no Brasil.

A busca foi conduzida em março de 2025 nas bases de dados eletrônicas Medline/PubMed, Lilacs via Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO. O processo de busca foi estruturado de forma específica para cada base, utilizando os termos conforme os descritores em português (Descritores de Ciências da Saúde – DeCS) e em inglês (*Medical Subject Headings – MeSH*).

Os descritores empregados incluíram: “Atenção Primária à Saúde” (*Primary health care*), “Atividade motora” (*Motor activity*), “Promoção da Saúde” (*Promotion of health*), “Estilo de Vida Saudável” (*Health lifestyle*), “Hábitos Alimentares” (*Food habits*). Dessa forma os termos foram combinados em português e inglês, utilizando os operadores booleanos (AND e/ou NOT).

Os critérios de busca abrangeram estudos de intervenção, ensaios clínicos randomizados, estudos clínicos, experimentais ou quase experimentais. Foram considerados artigos publicados em inglês ou português realizados no Brasil. Para inclusão, foram selecionados estudos que abordassem intervenções voltadas à promoção da saúde e/ou estilo de vida, atividade física e/ou alimentação saudável, com foco em trabalhadores da atenção primária brasileira, especialmente os agentes comunitários de saúde.

Foram excluídos: estudos que abordassem trabalhadores de outros níveis de atenção à saúde (hospitais, centro de atenção psicossocial, ambulatório especializado); Estudos epidemiológicos observacionais (corte transversal, coorte, estudo de caso, ecológico); Estudo de revisão (literatura, narrativa, de escopo ou sistemática).

Utilizou-se dos mecanismos de filtros existentes em cada base, objetivando estruturar e direcionar a busca conforme objetivo traçado. Delimitou-se o período de busca para os artigos publicados de janeiro de 2010 a fevereiro de 2025; artigos com texto completo disponível gratuitamente.

Para análise dos artigos incluídos nesta revisão, seguiu-se o modelo RE-AIM, adotando a classificação proposta por Akers, Estabrooks e Davy (2010)<sup>(10)</sup>. No modelo citado, delimita-se os valores de, no máximo, 5 pontos para Alcance (*Reach*), 4 pontos para Efetividade (*Effectiveness/Efficacy*), 6 pontos para Adoção (*Adoption*), 3 pontos para Implementação (*Implementation*) e 3 pontos para Manutenção (*Maintenance*), totalizando o máximo de 21 pontos, avaliando assim os 21 itens detalhados nas dimensões. Com base nesta classificação, foi possível ainda avaliar a qualidade das descrições dos relatos dos artigos incluídos nesta revisão<sup>(11)</sup>. Dessa forma, os artigos que pontuaram entre (0 a 7 pontos) tiveram qualidade baixa, (8 a 14 pontos) qualidade moderada e os de alta qualidade os que exibiram (15 a 21 pontos). Os dados foram tabulados e resumidos no software Excel 2019, permitindo a comparação dos principais achados entre os estudos incluídos. Para a síntese dos resultados, foram aplicados procedimentos de estatística descritiva (frequência simples e relativa) por meio do programa estatístico SPSS 20.0, facilitando a identificação de padrões e tendências nos dados analisados.

A revisão foi concluída em conformidade com os itens do PRISMA<sup>(12)</sup>. Por se tratar de um estudo de revisão, não houve apreciação do comitê de ética e protocolo de registro.

## **Resultados**

Conforme ilustrado na Figura 1, o processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão envolveu inicialmente a aplicação de filtros para que os critérios de elegibilidade fossem considerados. Em seguida, foi realizada a triagem dos títulos e resumos, diante de títulos e resumos com informações insuficientes, realizou-se a leitura completa dos estudos potencialmente incluídos na pesquisa. Os principais motivos para a exclusão dos estudos foram: inadequação metodológica, população-alvo distinta da proposta e artigos de revisão.

Além disso, as referências de todos os artigos selecionados foram analisadas com o objetivo de localizar outras intervenções que pudessem fazer parte da revisão. Essa etapa possibilitou a identificação de estudos, que atendia aos critérios de elegibilidade e não havia sido recuperado nas buscas eletrônicas iniciais. Na etapa seguinte, foi verificada a elegibilidade dos estudos considerando os critérios definidos para inclusão na análise. Como resultado, dos 884 artigos encontrados nas diferentes bases, quatro estudos atenderam os critérios e foram analisados na íntegra.

Nesse processo, foram excluídos 543 estudos da PubMed, 30 do SciELO e 298 da LILACS na leitura dos títulos; e, posteriormente, 3 da PubMed e 7 da LILACS durante a leitura dos resumos. Ao final, restaram três artigos na base LILACS e um artigo de fontes adicionais foi incluído na revisão, totalizando quatro artigos para análise<sup>(13-16)</sup>.

A busca dos estudos nas bases de dados foi realizada por dois pesquisadores independentes. A seleção dos artigos ocorreu de maneira individual, mas houve discussão entre os dois pesquisadores, visando um consenso. Nas divergências, um terceiro avaliador entrou na determinação final para elegibilidade e/ou inclusão do artigo no presente estudo.

Dos estudos analisados, 50% abordaram intervenções relacionadas à alimentação saudável e 50% à atividade física. A maioria das pesquisas foi conduzida em Unidades Básicas de Saúde (75%), com 50% dos estudos realizados na cidade de Belo Horizonte. A faixa etária dos profissionais variou de 27 a 62 anos, e grande parte dos estudos (75%) utilizou a teoria de Paulo Freire como embasamento (Tabela 1).

Na análise das dimensões do RE-AIM, a dimensão Alcance (*Reach*) apresentou 40% dos critérios referidos pelos estudos. Dentre os cinco critérios, estabelecidos para essa dimensão, apenas dois foram mencionados nos estudos avaliados, sendo a “descrição da população-alvo” (75%) e os “critérios de inclusão” (25%) (Tabela 2).

Na dimensão Efetividade/Eficácia (*Effectiveness/Efficacy*), observou-se que 75% dos indicadores foram retratados pelos estudos, sendo o item “resultado dos desfechos primários” apontado por 75% dos artigos, “intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento” indicado por 50% e “taxa de abandono” indicado por 50% dos estudos, entretanto, nenhum estudo reportou medidas da qualidade de vida (Tabela 2).

Na dimensão Adoção (*Adoption*), aproximadamente 33% dos critérios presentes foram reportados pelos estudos. Dentre os seis itens estabelecidos para avaliação desta dimensão, apenas dois: “Descrição do local que foi desenvolvido o programa” (75%) e “nível de conhecimento dos membros da equipe” (50%) foram contemplados entre os estudos revisados (Tabela 2).

No que concerne à dimensão Implementação (*Implementation*), “número/frequência/duração dos contatos” (100%) foi o único critério presente, dentre os três propostos, para avaliar esta dimensão. Nenhum dos três critérios utilizados para mensuração da dimensão Manutenção (*Maintenance*) foi constatado nos estudos analisados (Tabela 2).

A partir da análise das dimensões e em face aos relatadas dos artigos, avaliou-se a qualidade dos artigos, sendo que a maioria se mostrou com baixa qualidade (75%) e 25% possuíam qualidade moderada (Tabela 3).

## Discussão

A avaliação das dimensões do modelo RE-AIM revelou que os relatos dos itens analisados variaram entre os estudos. Os itens da dimensão Alcance foram mencionados em grande parte dos estudos; a Efetividade/Eficácia foi a dimensão com maior número de indicadores abordados. Já a Adoção foi reportada em dois critérios, dentre os seis preconizados pelo modelo e na Implementação, apenas a frequência/duração dos contatos foi referida. Nenhum estudo atendeu aos critérios da dimensão Manutenção.

Percebeu-se ausência de relatos significativos para avaliar as intervenções desenvolvidas, de acordo com os 21 itens do modelo RE-AIM. As evidências levantadas devem ser vistas com cautela, visto que as análises se ativeram aos relatos mencionados pelos autores nos artigos. Ademais, o levantamento se deteve em artigos publicados em inglês e português, incluídos nas principais bases de divulgação de evidências no Brasil. Contudo, limitou-se a inserção de artigos científicos, não englobando a literatura cinzenta, a exemplo de dissertações e teses, que poderiam retratar detalhes pormenorizados dos itens preconizados pelo modelo RE-AIM.

Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  dos estudos relataram todas as dimensões do modelo RE-AIM. O estudo conduzido por Figueira *et al.* (2015)<sup>(15)</sup> foi o único que preencheu o maior número de critérios (oito critérios preenchidos dentre os 21 critérios validados). O menor número de critérios, por sua vez, foi preenchido por De Sá *et al.* (2016)<sup>(14)</sup>, o qual relatou apenas três critérios dentre os 21 critérios estabelecidos para análise da qualidade dos artigos conforme modelo RE-AIM.

Dentre os artigos avaliados um percentual elevado contemplou pelo menos um dos critérios da dimensão alcance, sendo o mais presente a "descrição da população-alvo". Essa falta de informação sobre essa dimensão pode comprometer a possibilidade de generalização dos achados, dificultando a avaliação da validade externa dos estudos<sup>(17)</sup>.

Assim como foi descrito pelo estudo de Squarcini *et al.* (2023)<sup>(18)</sup>, observou-se uma dificuldade de encontrar informações sobre o recrutamento nos trabalhos analisados na revisão.

Dentre os trabalhos selecionados, Figueira *et al.* (2015)<sup>(15)</sup> e Olanda *et al.* (2021)<sup>(19)</sup> atingiram 40 e 60%, respectivamente, dos critérios da dimensão Alcance, permitindo maior replicabilidade de suas intervenções em comparação a Sá *et al.* (2016)<sup>(14)</sup>, que não apresentou nenhuma informação referente ao alcance de seu estudo. A menor presença desses dados restringe a compreensão sobre quem foi impactado e em quais contextos os achados podem ser aplicados, o que pode limitar a utilidade prática da pesquisa<sup>(11)</sup>.

Em relação à Adoção, apenas dois dentre os seis critérios dessa dimensão foram contemplados, sendo o “nível de conhecimento dos membros da equipe” o critério mais presente. Em contrapartida, os outros quatro critérios não pontuaram. A pontuação individual de cada trabalho nessa dimensão apresentou valores baixos, limitando-se ao máximo de dois pontos, numa escala que varia de 0 a 6. Outros estudos também encontraram baixos valores para essa dimensão, como o de Squarcini *et al.* (2015)<sup>(20)</sup>, Konrad *et al.* (2017)<sup>(21)</sup> e Squarcini *et al.* (2023)<sup>(18)</sup>. Os baixos valores relacionados à dimensão de adesão podem ser entendidos por diferentes aspectos, como, por exemplo, o baixo preparo da equipe de intervenção, a falta de apoio dos gestores do ambiente onde está sendo realizada a ação, estrutura deficiente, má distribuição de funções dentre os agentes interventores, baixo interesse e problemas pessoais do público-alvo<sup>(22)</sup>. Assim, para aumentar a adoção, é essencial envolver o indivíduo nas decisões, esclarecer objetivos, adaptar o ambiente, melhorar o suporte social e investir em estratégias de divulgação<sup>(22)</sup>.

A análise da dimensão Efetividade/Eficácia revelou que 75% dos indicadores foram abordados pelos estudos incluídos, o que sugere um foco significativo na avaliação dos desfechos e impactos das intervenções analisadas. Destaca-se que a pesquisa de Figueira *et al.* (2015)<sup>(15)</sup> contemplou três dos indicadores analisados, enquanto o estudo de De Sá *et al.* (2016)<sup>(14)</sup> não apresentou nenhuma pontuação neste critério. A ausência dessa avaliação pode comprometer a aplicabilidade dos achados, reduzindo a utilidade desses estudos para a tomada de decisão clínica e em políticas de saúde<sup>(11,23)</sup>.

O “resultado dos desfechos primários” foi o indicador mais frequentemente relatado, evidenciando uma priorização dos estudos na mensuração de objetivos clínicos e comportamentais específicos. Esse padrão foi observado, por exemplo, em outros estudos, como o de Squarcini *et al.* (2015)<sup>(20)</sup> (100%) e Konrad *et al.* (2017)<sup>(21)</sup> (88%), sugerindo que há uma ênfase na avaliação dos efeitos diretos das intervenções. Logo, desfechos importantes

comportamentais, que incluem qualidade de vida, potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos não são mensurados com frequência, sendo estes reveladores de condições de saúde da população<sup>(23,24)</sup>. No entanto, aspectos essenciais para a compreensão da efetividade em longo prazo, como a “intenção de tratamento” e a “taxa de abandono”, foram analisados em apenas 25% dos estudos. Essa lacuna na avaliação desses itens pode implicar em interpretações incompletas sobre a real aplicabilidade das intervenções em contextos clínicos, uma vez que a adesão ao tratamento e a permanência dos participantes são aspectos fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção<sup>(24)</sup>.

No que tange à dimensão Implementação, apenas o critério “número/frequência/duração dos contatos” foi citado pelos estudos analisados, enquanto a “medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado” e “medidas de custo” não foram mencionados por nenhum dos autores contemplados. Todavia, o único critério referido dentre os três avaliados nesta dimensão foi atendido por todas as publicações levantadas (100%). Uma configuração semelhante foi encontrada no estudo de Konrad *et al.* (2017)<sup>(21)</sup>, o qual destaca a deficiência dos critérios de implementação nos estudos que utilizam o modelo RE-AIM.

Sob essa ótica, Martínez *et al.* (2025)<sup>(25)</sup> afirma que a implementação exige avaliações contínuas, além de adaptações substanciais, levando em consideração as condições dos cenários e os atores envolvidos, bem como a disponibilidade de recursos sem perder de vista o objetivo central da intervenção. A deficiência desse critério atua, segundo Almeida, Brito e Estabrooks (2013)<sup>(24)</sup>, no desempenho da intervenção, pois há a necessidade dos componentes da implementação, sobretudo das análises de custo, para se atingir a eficácia e adaptação do programa ao ambiente proposto. Kuo, Trinkley e Rabin (2022)<sup>(26)</sup>, ao dissertarem sobre a ciência da implementação, argumentaram que, para atingir o sucesso neste item, deve haver consistência no seguimento da teoria, do modelo ou da estrutura adotados nas pesquisas em saúde. Nesse sentido, é preciso que haja um olhar criterioso durante a implementação de programas, desde a fase do planejamento, englobando elementos e atores, visando identificar barreiras e antecipar adaptações viáveis.

Quanto à dimensão referente à Manutenção, nenhum dos estudos analisados pontuou neste quesito. Essa dimensão é a que geralmente, juntamente à dimensão Adoção, possuem menores pontuações quando se emprega a avaliação do RE-AIM<sup>(10)</sup>. A baixa pontuação nesta dimensão interfere na efetividade dos programas de intervenção, uma vez que é importante

identificar se o público-alvo consegue manter as mudanças propostas pela intervenção para além do período investigado<sup>(18)</sup>. A presença da baixa pontuação pode ser justificada pela dificuldade que os trabalhos de intervenção possuem para realizar na prática um planejamento a fim de contemplar o modelo RE-AIM, como realizar uma coleta de dados associado ao trabalho já existente para cada uma das dimensões do modelo, além da necessidade de recursos (humanos, físicos, instrumentais e financeiros), bem como das características individuais de cada intervenção<sup>(11)</sup>.

Em face das análises realizadas, conforme o modelo RE-AIM, nos estudos levantados, percebeu-se ausência de descrições importantes para avaliar a qualidade dos estudos desenvolvidos entre trabalhadores da APS. Logo, o fornecimento de informações insuficientes inviabiliza a replicação das intervenções em outros contextos. O ideal é que os estudos consigam atender e descrever pressupostos determinados pelo modelo RE-AIM, uma vez que as dimensões são sinérgicas, contudo, não pragmáticas, e auxiliam no desenvolvimento de intervenções mais contextualizadas com o mundo real. Em cenários com recursos limitados, preconiza-se a escolha das dimensões que melhor caracterizem o objetivo do programa implementado<sup>(23,27)</sup>.

Apesar das limitações, o estudo retrata uma realidade existencial no contexto brasileiro e revela também a urgência de desenvolvimento de programas estruturados no campo da saúde do trabalhador, especificamente, relacionados ao estilo de vida e à saúde. Verificou-se que os artigos sobre intervenções para a promoção da saúde de trabalhadores na Atenção Primária no Brasil, que englobam os ACS como público alvo, embora relevantes, ainda apresentam lacunas na descrição estrutural dos critérios recomendados pelo modelo RE-AIM. A maioria dos estudos analisados demonstrou baixa qualidade nos relatos, especialmente nas dimensões de Adoção, Implementação e Manutenção, comprometendo a equidade, a reprodutibilidade e a sustentabilidade das intervenções. Esses achados reforçam a necessidade de planejamentos mais robustos, com avaliações completas que considerem o maior número de itens das dimensões do RE-AIM, contribuindo para intervenções mais eficazes, contextualizadas e com maior aplicabilidade prática no SUS. Sugere-se que futuros estudos de intervenção possam ser planejados e implementados para os trabalhadores ACS, seguindo a estrutura do modelo RE-AIM.

**Disponibilidade dos dados:** não se aplica.

**Registro do protocolo:** não se aplica.

**Uso de inteligência artificial generativa:** não utilizamos nenhuma IA nenhuma das etapas.

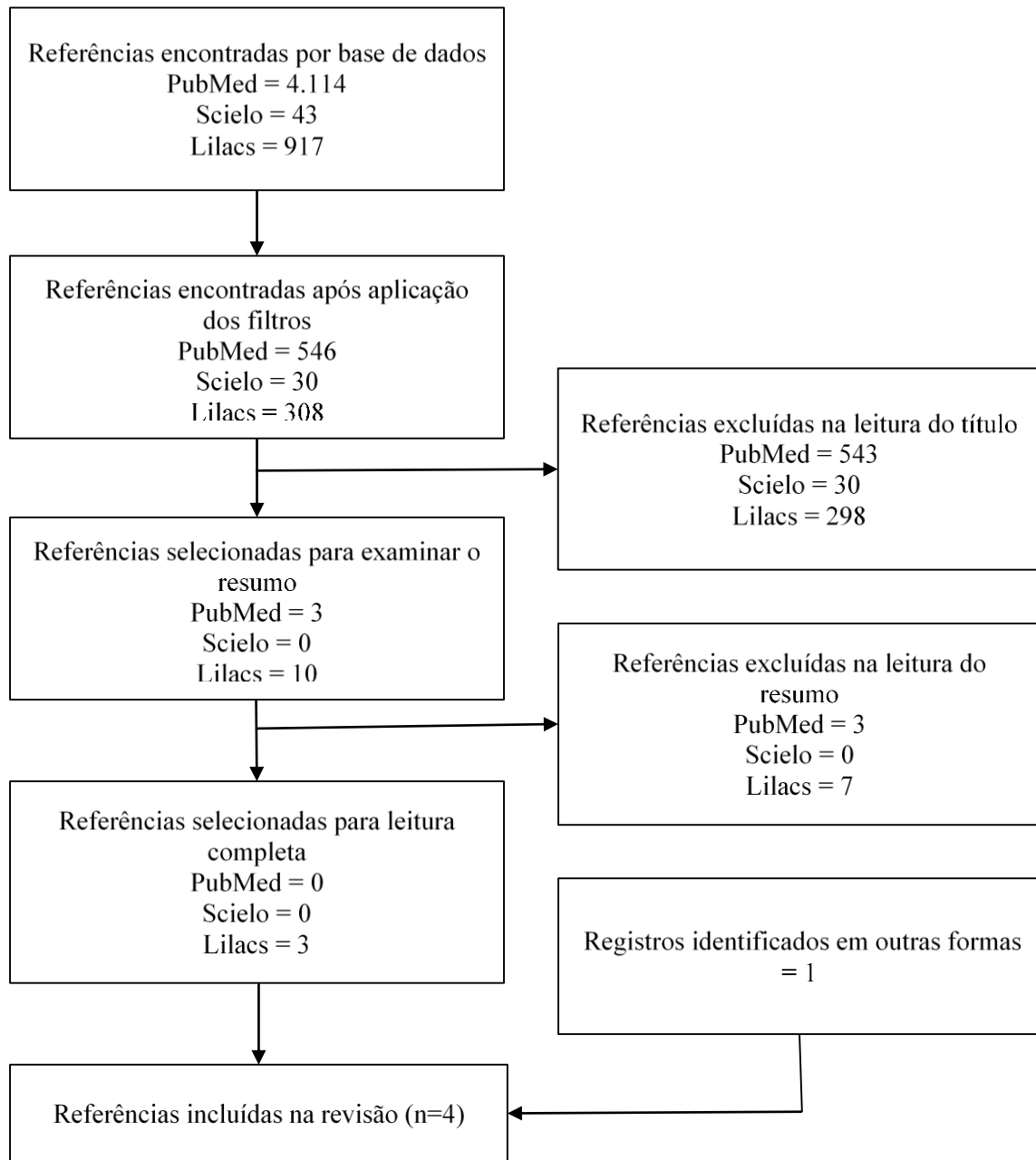
## Referências

1. Milane NC, Stavski M, Ferreira EJ de A, Borba AR de L. Capacitação em nutrição para agentes comunitárias de saúde: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. Cent ENSINO Super CAMPOS GERAIS – CESCAGE [Internet]. junho de 2018 [citado 10 de abril de 2025];1(19<sup>o</sup>). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/350766911>
2. PNAB Atualizada 2024 | PDF | Sistema de saúde | Programas sociais [Internet]. [citado 20 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/presentation/781725069/PNAB-atualizada-2024>
3. Martins HX, Siqueira JH, Oliveira AMA de, Jesus HC de, Pereira TSS, Sichieri R, et al. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. Epidemiol E Serviços Saúde. 25 de março de 2022;31:e2021543.
4. Lopes FQRDS, Araújo TMD, Cerqueira SSB, Da Silva Gomes A, Silva EAL, Freitas PDSP, et al. Condições de trabalho e saúde dos agentes de saúde: Uma revisão integrativa. Res Soc Dev. 5 de março de 2022;11(3):e50911326585.
5. Silva KCM, Santos LVA, Dias CRC, Rocha SV, Sacheto RM. FATORES ASSOCIADOS AO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Práticas E Cuid Rev Saúde Coletiva. 20 de junho de 2022;3:e13611–e13611.
6. Barbosa AM, Lacerda DAL de. ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Rev Bras Ciênc Saúde. 26 de junho de 2017;21(3):189–96.
7. Santos T, Guerra P, Andrade D, Florindo A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. Rev Bras Atividade Física Saúde. 4 de setembro de 2015;20(2):165.
8. Bernardes MS, Cruz JDCS, Bernardes RS, Santos MHD, Silva AC, Toloni MHDA. Fatores de risco para doenças crônicas em agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam E Comunidade. 29 de dezembro de

- 2021;16(43):2661.
9. RE-AIM – Home – Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance [Internet]. [citado 11 de abril de 2025]. Disponível em: <https://re-aim.org/>
  10. Akers JD, Estabrooks PA, Davy BM. Translational research: bridging the gap between long-term weight loss maintenance research and practice. *J Am Diet Assoc.* outubro de 2010;110(10):1511–22, 1522.e1-3.
  11. Brito FA, Benedetti TRB, Tomicki C, Konrad LM, Sandreschi PF, Manta SW, et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 21 de novembro de 2018;23:1–8.
  12. PRISMA statement [Internet]. [citado 10 de abril de 2025]. Scoping. Disponível em: <https://www.prisma-statement.org/scoping>
  13. Sá TH de, Florindo AA. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2012;17(4):293–9.
  14. Sá THD, Velardi M, Florindo AA. Limites e potencialidades da educação dos trabalhadores de saúde da família para promoção da atividade física: uma pesquisa participativa. *Rev Bras Educ Física E Esporte.* junho de 2016;30(2):417–26.
  15. Figueira TR, Davis NA, Moraes MN, Lopes ACS. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab Educ E Saúde.* abril de 2015;13(1):181–200.
  16. Horta PM, Diniz AA de A, Pascoal MN, Lopes ACS, Santos LC dos. Impacto do aconselhamento nutricional na evolução antropométrica e dietética dos funcionários de uma unidade básica de saúde. *Rev APS [Internet].* 9 de maio de 2011 [citado 11 de abril de 2025];14(2). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14643>
  17. Rocha SV, Furtado GE, Amaro N. Temas Emergentes em Atividade Física, Saúde e Bem-Estar: Realidade de Brasil e Portugal. *Escola Superior de Educação e Ciências Sociais - Politécnico de Leiria;* 2020. 234 p.
  18. Squarcini CFR, Macedo D de A, Fortaleza BS, Souza JV de, Ohara D, Rocha SV. Programas de atividade física para pré-diabéticos e saúde pública: revisão sistemática utilizando o modelo RE-AIM. *Práticas E Cuid Rev Saúde Coletiva.* 14 de fevereiro de 2023;4:e15072–e15072.
  19. Olanda KDKR, Fonseca BMC. Auriculoterapia chinesa e saúde do trabalhador: uma experiência exitosa com agentes comunitários de saúde. *Rev APS [Internet].* 1º de junho de 2021 [citado 10 de abril de 2025];22(4). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/26107>
  20. Squarcini CFR, Rocha SV, Munaro HLR, Benedetti TRB, Almeida FA. Physical activity

- programs for elderly persons: an evaluation of Brazilian scientific production using the RE-AIM framework. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* dezembro de 2015;18(4):909–20.
21. Konrad L, Tomicki C, Silva M, Almeida F, Benedetti T. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2017;22(5):439–49.
  22. Maciel E, Konrad LM, Ribeiro Grontowski C, Bertoldo Benedetti TR. Barreiras para adoção do PMC-VAMOS 3.0 na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo. *Retos.* 9 de setembro de 2023;50:1323–32.
  23. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Front Public Health.* 29 de março de 2019;7:64.
  24. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. *Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc [Internet].* 27 de novembro de 2013 [citado 10 de abril de 2025];1(1). Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/602>
  25. Martínez C, Camaralles Guillem F, González-Viana A, Sánchez Á, Tigova O, Fernández E. De la evidencia a la práctica: la Ciencia de la Diseminación e Implementación en atención primaria y comunitaria. *Aten Primaria.* janeiro de 2025;57(1):103077.
  26. Kuo GM, Trinkley KE, Rabin B. Research and scholarly methods: Implementation science studies. *JACCP J Am Coll Clin Pharm.* 2022;5(9):995–1004.
  27. Harden SM, Galaviz KI, Estabrooks PA. Expanding methods to address RE-AIM metrics in hybrid effectiveness-implementation studies. *Implement Sci Commun.* 4 de novembro de 2024;5(1):123.

**Figura 1.** Fluxograma dos processos de seleção e inclusão dos artigos na revisão, segundo pressuposto Prisma, Brasil, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

**Tabela 1.** Características dos artigos incluídos na revisão, Brasil, 2025 (n=4)

<b>Autor</b>	<b>Local</b>	<b>Foco</b>	<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>Contexto</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Teoria</b>
De Sá <i>et al.</i> <sup>(13)</sup>	Ermelino Matarazzo /SP	AF	37 - 45	83	UBS	ACS, Auxiliar de enfermagem, enfermeira e médica	Paulo Freire
Figueira <i>et al.</i> <sup>(15)</sup>	Belo Horizonte/MG	AS	27 - 62	22	CS	ACS, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem	Paulo Freire
Horta <i>et al.</i> <sup>(16)</sup>	Belo Horizonte/MG	AS	± 36	50	UBS	ACS, auxiliares de enfermagem, médicos, membros da comissão local, enfermeiros, agentes administrativos, dentistas, porteiros, assistente social	NA
De Sá <i>et al.</i> <sup>(14)</sup>	Ermelino Matarazzo/SP	AF	± 41	39	UBS	Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS	Paulo Freire

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

**Tabela 2.** Proporção das dimensões do RE-AIM (21 itens) dos estudos analisados. Brasil, 2025 (n=4).

<b>Dimensão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alcance</b> ( <i>Reach</i> )		
Descrição da população-alvo	3	75
Método de identificação da população-alvo	0	0
Critérios de inclusão	1	25
Critérios de exclusão	0	0
Taxa de participação	0	0
<b>Efetividade/Eficácia</b> ( <i>Effectiveness/Efficacy</i> )		
Resultado dos desfechos primários	3	75
Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento	2	50
Medidas de qualidade de vida	0	0
Taxa de abandono (na conclusão do programa)	2	50
<b>Adoção</b> ( <i>Adoption</i> )		
Taxa de participação dos locais	0	0
Descrição do local que foi desenvolvido o programa	3	75
Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe	0	0
Taxa de participação dos membros da equipe	0	0
Método de identificação dos membros da equipe	0	0
Nível de conhecimento dos membros da equipe	4	50
<b>Implementação</b> ( <i>Implementation</i> )		
Número/frequência/duração dos contatos	4	100
Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado	0	0
Medidas de custo	0	0
<b>Manutenção</b> ( <i>Maintenance</i> )		
Continuidade do programa	0	0
Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento)	0	0
Taxa de abandono individual (durante o acompanhamento)	0	0

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

**Tabela 3.** Descrição das frequências dos 21 itens do modelo RE-AIM e qualidade dos estudos revisados, Brasil, 2025 (n=4).

<b>Estudos</b>	<b>R</b> máx = 5*	<b>E</b> máx = 4*	<b>A</b> máx = 6*	<b>I</b> máx = 3*	<b>M</b> máx = 3*	<b>Total</b> máx = 21	<b>Qualidade</b>
De Sá <i>et al.</i> (13)	1	2	1	1	0	5	Baixa
Figueira <i>et al.</i> (15)	2	3	2	1	0	8	Moderada
Horta <i>et al.</i> (16)	1	2	2	1	0	6	Baixa
De Sá <i>et al.</i> (14)	0	0	2	1	0	3	Baixa

R = Alcance (Reach); E = Efetividade (Effectiveness/Efficacy); A = Adoção (Adoption); I = Implementação (Implementation); M = Manutenção (Maintenance). \* Representa o número de itens relatados nos estudos incluídos por dimensão;

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

## 5.2 ARTIGO 2: Alcance e adoção de um programa de mudança de comportamento on-line em trabalhadores

Revista para Submissão: Health Education & Behavior - (Saúde Coletiva):A3

### Resumo

Os Agentes Comunitários de Saúde desempenham um papel fundamental na Atenção Primária à Saúde no Brasil, atuando diretamente na comunidade e tendo uma visão singular das condições de saúde da população. No entanto, as iniciativas voltadas à promoção da saúde desses trabalhadores ainda são limitadas. Diante desse cenário, foi desenvolvido um programa de intervenções digital utilizando o modelo RE-AIM e o aplicativo Vamos 3.0 on-line, com o objetivo de promover hábitos saudáveis entre os trabalhadores estudados. O programa alcançou 147 trabalhadores de zonas urbana e rural, distribuídos em 40 serviços de saúde da atenção primária em um município brasileiro. A taxa de participação e adoção foi elevada, os custos do planejamento baixos. Os dados qualitativos das percepções dos gerentes foram examinados pelo software IRAMUTEQ a partir da análise lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente, interpretadas segundo a técnica de análise de conteúdo. Evidenciou-se aspectos como: receptividade ao convite, interesse pelo programa, engajamento e barreiras. Os agentes comunitários demonstraram boa aceitação ao convite para a reunião de apresentação presencial do programa, onde ocorreu o cadastramento dos interessados. No entanto, dificuldades na manipulação do aplicativo e no acesso à internet foram identificadas como barreiras. Os resultados indicam o potencial do programa on-line de promoção de hábitos saudáveis, com foco em atividade física e alimentação, para alcançar trabalhadores de diferentes regiões com baixo custo. Dessa forma, destaca-se a viabilidade de programas on-line voltadas à promoção da saúde no âmbito dos serviços públicos, impactando positivamente as condições de vida e trabalho desses profissionais.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estilo de Vida Saudável; Intervenção Online; Profissionais da Saúde; Avaliação de Programas.

### Abstract

Community Health Workers (CHWs) play a key role in Primary Health Care in Brazil, working directly within communities and holding a unique perspective on the population's health conditions. However, initiatives aimed at promoting the health of these workers are still limited. In this context, a digital intervention program was developed using the RE-AIM model and the online application Vamos 3.0, with the goal of promoting healthy habits among the target workers. The program reached 147 workers from both urban and rural areas, distributed across 40 primary care health services in a Brazilian municipality. Participation and adoption rates were high, and planning costs were low. Qualitative data from managers' perceptions were examined using the Iramuteq software through lexicographic analysis and Descending Hierarchical Classification, interpreted according to content analysis techniques. The following aspects were

highlighted: receptiveness to the invitation, interest in the program, engagement, and barriers. CHWs showed good acceptance of the invitation to attend the in-person introductory meeting, during which interested participants were registered. However, difficulties in using the app and accessing the internet were identified as barriers. The results indicate the potential of the online program for promoting healthy habits—focused on physical activity and nutrition—to reach workers from diverse regions at a low cost. Thus, the feasibility of online health promotion programs within public service settings is emphasized, with the potential to positively impact the living and working conditions of these professionals.

**Key-Words:** Community Health Workers; Primary Health Care; Healthy Lifestyle; Internet-Based Intervention; Health Personnel; Program Evaluation.

## Introdução

Sob a égide da Saúde Pública no Brasil não tem como pensar na atenção primária à saúde sem reconhecer os profissionais que a compõe, entre os quais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que vive a dualidade de pertencimento ao serviço, enquanto trabalhador, e de ser morador/usuário desse mesmo espaço geográfico<sup>(1)</sup>. Nesse ínterim, o ACS possui visão singular do contexto real de saúde, das demandas específicas, das vulnerabilidades e as exposições a riscos vivenciadas pela população adscrita<sup>(2)</sup>.

No que tange ao direcionamento das ações de promoção e prevenção de agravos à saúde diversos iniciativas tem sido desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e o ACS tem papel fundamental no incentivo a comunidade a adoção a um estilo de vida saudável (3,4). Muitas das ações propostas possuem abordagens tradicionais, tendo, portanto, baixo alcance e não abrangem com equidade a população do território, incluindo aqui, as ações visando a saúde dos trabalhadores<sup>(5-7)</sup>.

Por outro lado, intervenções que visam mudança de comportamento, que buscam desenvolver a autonomia dos participantes têm sido estimulados e efetivos no contexto brasileiro. Citando como exemplo, o Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS), que possui embasamento na teoria sociocognitiva de Alberto Bandura (1977) e utiliza a estrutura do modelo RE-AIM (alcance, adoção, efetividade ou eficácia, implementação e manutenção)<sup>(8)</sup>.

Até onde se sabe nenhuma versão do VAMOS foi direcionada aos trabalhadores dos serviços de atenção primária, como público alvo. Estudos evidenciam a participação destes profissionais, enquanto apoiadores para implementação de programas voltados a comunidade

adulta e idosos em diversos contextos <sup>(8,9)</sup>. Pensando nessa lacuna e buscando trabalhar na perspectiva de programas que promovam mudança de comportamento e que consigam também alcançar os trabalhadores dos serviços na APS, a exemplo dos ACS, o estudo de intervenção nomeado Transformação foi planejado e ofertado *on-line*.

Para tal, este estudo utilizou a ferramenta RE-AIM instrumento utilizado mundialmente, traduzido e adequado para o planejamento e avaliação de intervenções no contexto brasileiro <sup>(5,10)</sup>. Por meio deste, é possível compreender as diversas situações que podem impactar na implementação e sustentabilidade de um programa/intervenção, tanto nas dimensões relacionadas às organizações (adoção, implementação e manutenção) como as que envolvem aspectos individuais (alcance, eficácia e manutenção) <sup>(11-13)</sup>.

Salienta-se também que o alcance e adoção ainda são dimensões que possuem lacunas nos estudos realizadas com adultos e/ou idosos no contexto brasileiro, na perspectiva de promoção do estilo de vida. O alcance possui gaps na abordagem qualitativa, na descrição dos custos do recrutamento, na taxa de participação. Já a adoção além de ser menos detalhada dentre as dimensões, quando avaliada, a taxa de participação do multiplicador e os custos são os indicadores menos reportados nas intervenções <sup>(14,15)</sup>. Ademais, a inserção de avaliações qualitativas no alcance favorece a compreensão dos aspectos que podem facilitar ou dificultar os participantes adotarem um programa no contexto real <sup>(16)</sup>.

Á face do exposto, na perspectiva de promover a adoção dos trabalhadores ACS a um estilo de vida saudável, e alcançá-los com equidade, o presente estudo objetivou investigar o alcance e a adoção de um Programa de Mudança de Comportamento *on-line*, na atividade física e alimentação saudável, em ACS das zonas urbana e rural de um município de grande porte no interior da Bahia, bem como identificar o alcance na visão dos coordenadores dos serviços.

## **Materiais e Métodos**

Realizou-se um estudo de intervenção, quase experimental <sup>(17)</sup>, com métodos mistos, com o intuito de implementar um Programa de Mudança de Comportamento em Agentes Comunitários de Saúde das zonas urbana e rural, de um município de grande porte no interior da Bahia. O Programa foi nomeado intencionalmente de Transformação, objetivando estimular a promoção de hábitos saudáveis e mudanças nos hábitos de vida dos ACS por meio da atividade

física e alimentação saudável. Para tal, utilizou-se a plataforma do Programa VAMOS *on-line* para o cadastro, desenvolvimento e acompanhamento dos participantes. A pesquisa foi conduzida entre outubro de 2023 a julho de 2024.

A população alvo do presente estudo foi constituída por ACS do município de Jequié–BA, Brasil. O município de Jequié contava na atenção básica com 34 estabelecimentos de saúde com unidade física, com o agente comunitário de saúde em sua composição, das quais 30 eram Estratégias de Saúde da Família - (ESF) e quatro eram Centros de Saúde. Entre as ESF, 28 estavam localizadas na zona urbana e duas na zona rural. Existiam ainda sete equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - (PACS) na zona rural (dados departamento de atenção básica do município). Em novembro de 2023, os ACS listados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES totalizavam 333 trabalhadores<sup>(18)</sup>. Dados fornecidos pelos gerentes das unidades entre outubro e novembro de 2023 apontaram cadastrados 296 ACS no município, sendo estes distribuídos nas zonas urbanas 228 e rurais 68.

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa para os participantes (individual) foram: ser ACS, com tempo de serviço maior ou igual a cinco anos, ser trabalhador atuante na zona urbana ou rural do município em questão, ter idade superior ou igual a 18 anos, inativo fisicamente (atividade física com frequência menor que 150 minutos por semana) e/ou ter hábitos alimentares não saudáveis e/ou problemas crônicos de saúde. Os critérios de exclusão adotados para o ACS participantes foram: o não comparecimento a coleta inicial, e ausência de estabelecimento do contato até em 15 dias da data do *baseline* e recusa do cadastro no site do Programa VAMOS.

Os critérios de inclusão para os serviços de saúde (organizacional) foram: ser unidade pertencente ao município (zona rural ou urbana) com ACS vinculado. E os critérios de exclusão aplicados para a adoção das equipes foram: ausência de anuência do gerente/coordenador, falta de retorno para o agendamento após duas possibilidades de agendamento realizadas e/ou a falta de comparecimentos dos ACS daquela equipe na reunião agendada.

As estratégias utilizadas para alcance da população alvo foram: divulgação de mídias em redes sociais, contato com os gestores da administração na secretaria de saúde do município; contato/reunião com órgão sindical dos ACS, reunião com os membros da secretaria de saúde responsáveis pela coordenação da Atenção Básica, contato com os coordenadores/gerentes em cada unidade e afixação de cartazes em murais de todas as unidades da atenção básica (ESF, Centros de Saúde, sede da Coordenação PACS e sindicato dos ACS). A divulgação também

ocorreu com o uso do aplicativo de rede social – Instagram e em assembleia geral do sindicato dos ACS - visando difundir o Programa de Intervenção e alcançar os participantes por diversos meios.

Estabeleceu-se contato prévio com a diretora da atenção básica, coordenadora do PACS e supervisores das Estratégias de Saúde da Família, a fim de solicitar ajuda no processo de divulgação da pesquisa entre a população alvo da intervenção - os ACS, de cada unidade de saúde do município.

Mediante autorização para coleta de dados, momentos presenciais de divulgação foram realizados com os gerentes de saúde em cada USF. Buscou-se explicar a proposta da pesquisa, bem como a divulgação nas unidades com afixação de cartazes e em grupos institucionais *on-line*, visando alcançar o público alvo da pesquisa – os ACS. O contato prioritário com os gerentes/coordenadores das unidades ocorreu presencialmente e, quando na impossibilidade pela ausência do responsável pela equipe no local no dia da visita, o contato foi posteriormente estabelecido via mensagem de texto pelo aplicativo *WhatsApp*, no qual fundamentava a proposta da intervenção, o público alvo, solicitava o preenchimento da lista de ACS trabalhador na equipe, com a discriminação do quantitativo dos agentes em exercício da função, bem como os afastados por doença ou licença, os de férias e os realocadas em outras funções.

Além do cartaz impresso fixado nos serviços de saúde a divulgação ocorreu também no formato virtual. No formato impresso, os cartazes foram afixados na sua maioria na sala de reunião ou sala do ACS, nas unidades que existiam. Os cartazes dispuseram também de um QR *code*, que direcionada para um grupo de *WhatsApp*, aos interessados em mais informações e/ou quaisquer dúvidas. O tempo decorrido entre a divulgação e a realização da coleta de dados variou de 20 a 35 dias, a contar da fixação do cartaz e o primeiro contato com a (o) gestor/coordenador das unidades acompanhadas.

A oficina de coleta de dados foi desenvolvida em um turno, sendo matutino ou vespertino, o qual foi acordado previamente entre a equipe de coleta e a gerente da unidade, buscando a melhor opção de turno e local. Duas opções para o agendamento foram estabelecidas: realizar junções de no mínimo uma equipe que tivesse proximidade territorial com a área ou somente com o grupo de ACS da unidade, a maioria achou a ideia de junção pertinente. Duas unidades, especificamente, a coleta ocorreu em um espaço extramuro, pois o ambiente físico da unidade

não tinha espaço ou sala de reunião, na qual comportasse a equipe de coleta e o público alvo da pesquisa.

O dia da coleta foi direcionado para apresentação da proposta do Programa de Intervenção Transformação, cadastro, avaliação e autocuidado dos participantes que compareceram, visando aproximação e adesão dos ACS no Programa proposto. A dinâmica da coleta se deu por meio da subdivisão das atividades em oficinas: 1. Explicação acerca da Intervenção; 2. Oficina de avaliação física; 3. Oficina de cadastro no site do VAMOS dos ACS participantes e preenchimento do questionário; 4. Oficina aprendendo o autoalongamento/automassagem; 5. Oficina de aromaterapia e meditação; 6. Lanche saudável coletivo. Ademais, orientações finais foram dadas acerca do acompanhamento do programa, contatos para possíveis retiradas de dúvidas, assinatura da lista de frequência e termo de consentimento via *Google Forms* e sorteio de brindes.

As oficinas foram realizadas pela equipe de coleta composta por: discentes de graduação de fisioterapia e medicina de uma instituição pública, além de pós-graduandos. Toda equipe foi previamente treinada para ocupar cada espaço/oficinas, no momento da coleta. A abordagem geral acerca do funcionamento da intervenção se deu por meio da apresentação do material em slide, mediado por um dos bolsistas de iniciação científica envolvido no projeto de pesquisa intervenção. No total compôs a equipe de coleta, 24 monitores, sendo que 19 destes participaram apenas da coleta do *baseline*. O acompanhamento dos participantes na intervenção foi conduzido por 11 monitores.

No presente estudo, para definição das variáveis alcance e adoção consideraram-se as seguintes descrições para fins das análises dos dados. A primeira adotou-se a divisão do número absoluto (numerador) dos ACS que compareceram à reunião do *baseline* e cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo pelo número total de agentes elegíveis ( $n=296$ ) no município (denominador) vezes 100. Para a adoção, o cenário utilizado foi as unidades de saúde (local de trabalho dos ACS, composta por 33 equipes e o sete PACS) (numerador), pela quantidade total de unidades com agente de saúde existentes no município (numerador) dividido vezes 100.

Calculou-se também a taxa de participação e o alcance absoluto e relativo da população participante do Programa (Agentes Comunitários de Saúde), por unidade de lotação (zona rural e urbana) e a distribuição por tipo de serviço vinculado (Centro de Saúde, ESF, PACS). Para a

adoção utilizou-se o número de unidades de saúde que participaram da intervenção, buscando comparar com aqueles (cenários que não aderiram).

O questionário de avaliação existente no site do VAMOS, dispunha de perguntas de múltipla escolha, na qual cada participante respondeu no momento do *baseline*. Continha dados: sociodemográficos (sexo, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, cargo/função, tempo de ocupação na função e serviço e renda); Satisfação com a saúde; Qualidade de vida; Comportamento alimentar e prática de atividade física no lazer, esporte ou exercício e a frequência; Dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal)<sup>(19)</sup>. Todos os dados foram autorreferidos, exceto os antropométricos que foram mensurados pela equipe de coleta.

Avaliamos a atividade AF: medida pelo tempo total de realização, utilizando as perguntas: 1. Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? 2. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? 3. No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? (em horas e minutos). Em relação aos hábitos alimentares saudáveis questionou-se sobre o consumo de: verduras e legumes crus, verduras e legumes cozidos, frutas in natura (padrão alimentar saudável), refrigerantes ou sucos artificiais, bolos e/ou doces, substituição de refeições por lanches (padrão alimentar não saudável).

O banco com os dados dos participantes foi fornecido por um técnico responsável pela base do Programa Vamos - na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, no formato Microsoft Excel 2010, e acrescido às anotações de campo pela equipe de coleta. Posteriormente, houve a limpeza, organização e uniformização dos dados. Posto isso, a análise quantitativa foi realizada no Programa Estatístico SPSS 20.0, no qual foi possível avaliar os dados das características gerais dos participantes por meio de medidas de tendência central (média/mediana) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas, a análise descritiva foi feita a partir da estimação de frequências absolutas e relativas. As diferenças entre os grupos foram avaliadas usando o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

Para avaliar o alcance a partir das percepções dos gerentes/coordenadores dos serviços, aplicou-se um questionário via formulário *Google Forms* após implementação da intervenção, contendo: características sociodemográficas e perguntas subjetivas aos coordenadores (organizacional). Levantaram-se as percepções e opiniões dos gerentes/coordenadores acerca das

estratégias e meios utilizados para divulgação e convite dos ACS, no sentido de compreender os impactos para o alcance dos ACS participantes.

Em relação à adoção, o diário de campo permitiu reunir os feedbacks dos coordenadores em aproximações realizadas na fase de recrutamento do programa, bem como algumas dificuldades apontadas pelos participantes.

Os dados do questionário aplicados com os coordenadores foram extraídos do sistema *Google Forms* em uma planilha do Excel, a qual passou por limpeza e revisão. As perguntas subjetivas foram organizadas em um arquivo do Word, visando à elaboração do corpus textual monotemático, contendo as descrições das respostas dos coordenadores participantes. Na sequência, os conteúdos textuais foram processados no programa Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ versão 0.8 alpha 7), que levantou a quantidade de palavras e as frequências médias do corpus. Utilizou-se também o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD)<sup>(20)</sup>.

Após a etapa de processamento pelo IRAMUTEQ, as respostas subjetivas dos coordenadores participantes foram interpretadas e avaliadas mediante a análise de conteúdo de Bardin (2011). Assim, a análise dos dados, procedeu seguindo as etapas de: 1) pré-análise, que se subdivide em quatro etapas: a leitura flutuante; escolha do material (guiado pelas regras da exaustividade, pertinência e homogeneidade); formulação e/ou reformulação das hipóteses e objetivos; e formulação dos indicadores 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação<sup>(21)</sup>.

Dois pesquisadores realizaram a categorização das informações textuais, análise do conteúdo e escolha dos relatos, conforme a distribuição das classes estabelecidas pelos IRAMUTEQ e um terceiro pesquisador atuou na decisão de possíveis divergências, seguindo a triangulação para validade de estudos qualitativos<sup>(22,23)</sup>. Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los pela letra “P”, seguido por um número e o score de saída do Programa IRAMUTEQ, sempre após a descrição dos trechos das falas correspondentes.

Utilizou-se a lista de verificação do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), visando realizar a descrição detalhada do estudo<sup>(24)</sup>.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, segundo o protocolo 4.046.824 de aprovação. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido por

meio do documento eletrônico, consentindo sua participação no presente estudo, tendo uma cópia fornecida/enviada para o e-mail cadastrado no momento do *baseline*.

## Resultados

O número de agentes de saúde identificados e elegíveis à participação na intervenção totalizou 296 trabalhadores. Destes, 141 agentes compareceram à primeira reunião, sendo acrescido mais nove participantes que estabeleceram o contato/cadastro até 15 dias após a coleta agendada na unidade de saúde que atuavam. No total, 150 ACS foram cadastrados no *baseline*, destes 147 atenderam os critérios de inclusão do estudo. Em relação à distribuição nos serviços, 74 estavam alocados nas ESF da zona urbana, 27 eram trabalhadores cadastrados em centros de saúde, 36 trabalhavam nos PACS e 13 atuavam nas ESF da zona rural (Figura 1).

No momento do *baseline* tiveram agentes que compareceram à reunião, escutaram a proposta do Programa, mas se recusaram realizar o cadastro e participar do estudo de intervenção (n=5; 3,33%) e um agente compareceu, mas não concluiu o cadastro por conta de problemas no celular (n=1; 0,67%).

A Figura 1 detalha a proporção de ACS alcançados no estudo que foi 49,6% (ACS n=296). Em relação à distribuição da taxa de participação conforme a lotação na sede do município ou no distrito foi de 43,4% (n= 228) e 70,5% (n=68), respectivamente.

Dos 41 serviços elegíveis para o estudo, 40 tiveram a anuência da coordenação e o comparecimento de ACS na reunião do *baseline*. Assim, a taxa de participação dos locais foi (97,6%; n=41) (Figura 1).

A média de idade dos ACS participantes foi de 51,1 ( $\pm 8,96$ ) anos. A maioria do sexo feminino 84,7% (n=127), com grau de escolaridade médio incompleto/completo (62,6%), de raça/cor parda (68,0%), eram casados (61,3%). A respeito da renda 42,7% dos participantes tinham renda entre 2,1 a 4 salários-mínimos (Tabela 1). Ao comparar as características sociodemográficas dos ACS participantes com a população de ACS elegíveis, não foram observadas diferenças importantes.

Na Tabela 2 apresentam-se os valores do alcance absoluto e relativo dos ACS participantes da intervenção, segundo o sexo e o tipo de serviço de saúde vinculado da atenção básica. Ao estratificar os participantes por sexo, observou-se que, entre os ACS alcançados, a

maioria era do sexo feminino (84,7%), lotados na ESF (49,3%), seguida do PACS (24,0%), apresentando p-valor estatisticamente significativo.

O Programa Transformação contou com uma verba de fomento da universidade, que custeou parte das despesas da intervenção e o restante financiado por recursos próprios dos pesquisadores. No total, 147 ACS atenderam os critérios de elegibilidade e foram cadastrados no Programa, sendo o custo total mensurado para o alcance e adoção de R\$3.842,00. Em relação aos custos dispendidos com as estratégias de recrutamento foram: A – R\$1.000,00 (cartazes); B – R\$300,00 (Impressões de adesivos); C – R\$1.200,00 (lanche); D - deslocamentos (R\$942,00); e E - aquisição de brindes (R\$400,00). Soma-se também, o tempo dispendido nesse processo ser elevado iniciando com os contatos presenciais com cada serviço da atenção básica, até a realização da coleta do *baseline*, perdurando 60 dias. Ao dividir o valor total gasto no recrutamento pelo número de ACS alcançados, o custo da etapa alcance por participante foi de R\$26,13 (R\$ 3.842,00/147 participantes).

Das 34 equipes de saúde existentes e dos sete PACS, no total, 27 coordenadores/enfermeiros responderam o questionário. Em relação à caracterização sociodemográfica destes a média de idade foi de 42,12 ( $\pm 7,46$ ) anos. A maioria era do sexo feminino 96,30% (n=26), de raça/cor parda (70,4%), com pós-graduação 59,30% (n=16), eram casados (66,7%), e ocupavam o cargo/função entre 11 meses a quatro anos. No que diz respeito à renda 29,6% dos participantes declararam receber entre 4,1 a 6 salários mínimos (Tabela 1).

A Tabela 3 evidencia as características de participação na intervenção, descrevendo os critérios utilizados de participação dos ACS e dos serviços da atenção básica, bem como as maneiras que os coordenadores realizaram a divulgação do programa na etapa de recrutamento para o *baseline*. A característica dos serviços que adotaram a intervenção, em comparação ao que não adotou não houve divergências.

A análise lexical dos coordenadores respondentes do formulário pelo *software* IRAMUTEQ obteve 80 segmentos de texto, com aproveitamento de 79,76%, demonstrando um percentual de retenção acima do mínimo e dos ST na análise lexicográfica (75%) (Camargo e Justos, 2021). O corpus apresentou 452 formas, com 2.788 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 352, com 280 formas ativas de palavras e 65 formas suplementares. Após o dimensionamento e classificação na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) os segmentos de texto foram definidos em cinco classes distribuídos em dois eixos de acordo a figura 1.

A Figura 1 demonstra as classes organizadas a partir do dendograma da CHD e devem ser lidas de cima para baixo. O corpus foi dividido em dois subgrupos (Eixo I e Eixo II), por sua vez, o eixo I se subdividiu em dois subeixos, formando as classes 5 e 3 e o subeixo II a classe 1, essa divisão expressa que as classes 5, 3 e 1 possuem relação de conteúdo, entretanto as classes 5 e 3 possuem uma proximidade ainda maior por se estruturarem no mesmo subeixo. O eixo II gerou as classes 4 e 2 que mesmo participando do mesmo eixo possuem conteúdos que as diferenciam e justificam a separação em classes distintas.

Pretende-se no presente estudo apresentar os resultados e discussão do eixo I “Receptividade e acessibilidade ao convite, interesse pelo programa, engajamento e barreiras” disposto no Subeixo I, pelas classes 5 “Convite: Receptividade e Acessibilidade” e 3 “Convite e Barreiras”. E o subeixo II, formado pela classe 1 “Interesse e Engajamento”.

O conteúdo geral do eixo I possibilitou compreender o olhar organizacional (gestor/coordenador) acerca do programa, desvelando principalmente a receptividade dos ACS pelo Programa Transformação e sugestões para melhorar o alcance (Figura 1).

## **Eixo I - Receptividade e acessibilidade ao convite, interesse pelo programa, engajamento e barreiras**

### *Subeixo I - Convite e barreiras enfrentadas pelos participantes*

A classe 5 nomeada como “Convite: Receptividade e Acessibilidade”, apresentou 19,4% da análise do corpus com 13 ST, em sua constituição podem ser observadas as seguintes palavras: convite ( $x^2 = 25,1$ ), equipe ( $x^2 = 16,2$ ), convidar ( $x^2 = 14,2$ ), realizar ( $x^2 = 14,2$ ), positivo ( $x^2 = 12,2$ ), apresentação ( $x^2 = 8,7$ ), unidade ( $x^2 = 8,6$ ), resposta ( $x^2 = 8,6$ ), reunião ( $x^2 = 8,0$ ), ocorrer ( $x^2 = 7,3$ ), entre outras (Figura 2).

A classe 3 nomeada como “Convite e Barreiras”, constituída por 10 (ST), representaram 14,9% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o quinto lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Nessa classe os segmentos de texto que se repetiram com maior frequência nos discursos dos participantes foram: whatsApp ( $x^2 = 59,8$ ), grupo ( $x^2 = 59,2$ ), via ( $x^2 = 37,7$ ), convidar ( $x^2 = 17,4$ ), equipe ( $x^2 = 9,9$ ), perceber ( $x^2 = 9,7$ ), local ( $x^2 = 8,6$ ), resposta ( $x^2 = 7,1$ ), participar ( $x^2 = 4,9$ ), USF ( $x^2 = 4,8$ ), entre outras (Figura 2).

### *Subeixo II - Interesse pelo programa e estratégias utilizadas para engajamento*

A classe 1 “Interesse e Estratégias Engajamento” representou 19,4% do corpus analisado com 13 ST, as palavras mais significativas a esta classe foram: interesse ( $x^2 = 27,8$ ), despertar ( $x^2 = 25,9$ ), final ( $x^2 = 23,1$ ), modificar ( $x^2 = 20,6$ ), comparecer ( $x^2 = 14,2$ ), participar ( $x^2 = 12,8$ ), aceitar ( $x^2 = 8,4$ ), entre outras (Figura 2).

### **Discussão**

A discussão dos achados do presente artigo dar-se-á em duas etapas, a primeira estruturada nos aspectos correspondentes as taxas de alcance dos participantes e serviços. E a segunda no eixo I temático da CHD, que será elucidada os trechos que evidenciaram as percepções dos coordenadores/gestores dos serviços alcançados acerca do programa implementado.

#### *Alcance do Programa Transformação*

O presente estudo conseguiu alcançar 147 ACS em 40 serviços de saúde da atenção básica do município estudado, incluindo ACS residentes na zona rural. A taxa de participação total foi de 49,6%, sendo que para os ACS lotados nos distritos foi de 70,5%, isto é, o estudo teve uma expressiva participação dos ACS da zona rural. A taxa de participação dos locais que adotaram o programa foi de 97,6%.

Ao analisar os resultados, percebe-se um percentual elevado de ACS alcançados na intervenção, especialmente na zona rural. Ao comparar os dados do presente estudo com outros grupos populacionais e com trabalhadores, percebe-se que a taxa de alcance foi superior aos já apontados na literatura em estudos conduzidos presencialmente. Estudo conduzido por Bezerra, (2021)<sup>(25)</sup> com idosas evidenciou taxa de alcance de 27,5%. Borges et al, (2019)<sup>(9)</sup> ao investigarem as barreiras e os facilitadores organizacionais para o alcance do Programa VAMOS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis, encontrou taxa de alcance de 17,2%. Souza et al, (2020) (26) identificaram 14,5% de taxa de alcance em uma intervenção realizada com servidores públicos em Santa Catarina. Por outro lado, estudo realizado *on-line* permite um melhor alcance. Dessa forma, dados similares ao presente estudo foi apontado por Nordberg et al.

(2024)<sup>(27)</sup>, que encontraram taxa de alcance de 47,58% em um estudo de intervenção realizado *on-line* para inscrever pacientes para o atendimento emergencial para saúde mental.

Ademais, no presente estudo a taxa de alcance foi de 50%, sendo maior que os achados da literatura. Entretanto, é válido salientar que o alcance não tem parâmetros fixados, a fim de classificá-lo em alto ou baixo, mas evidência a necessidade de avaliações particularizadas da população estudada<sup>(25)</sup>. Nesse sentido, as estratégias utilizadas na etapa do recrutamento da população alvo, podem ter contribuído para o percentual verificado de alcance neste estudo. Além disso, programas desenvolvidos *on-line* são abrangentes, podendo alcançar mais participantes<sup>(28)</sup>.

Destaca-se também que questões de ordem diversas podem afetar a participação dos indivíduos em atividades que promovam o estilo de vida. É reconhecido que para alcançar resultados positivos na promoção da atividade física na atenção primária à saúde, o planejamento, atuação proativa são fundamentais, para projetar e replicar práticas exitosas e sustentáveis, que promovam a participação e autonomia dos envolvidos<sup>(29)</sup>. Os procedimentos de publicidade e alcance (redes sociais, cartazes impresso e digital, reunião do sindicato, coordenadores/gestores dos serviços, dentre outros), adotados no presente estudo podem ter contribuído para o êxito no alcance dos ACS, além da inclusão de estratégias passivas e ativas na divulgação da intervenção ([re-aim.org](http://re-aim.org))<sup>(29,30,31)</sup>.

Nesse sentido, a literatura aponta também que o modelo RE-AIM, é um excelente subsídio para o planejamento de programas/intervenções no mundo real, que foi utilizado no presente estudo e, especificamente, sistematizado pelos itens do *chek list* adaptado para população brasileira<sup>(10)</sup>.

Em se tratando da taxa de adoção verificou-se que 97,6% dos serviços da atenção básica que tinham ACS aceitaram participar do programa. Resultado similar da taxa de adoção foi apontado por Nordberg *et al.* (2024)<sup>(27)</sup> em um estudo realizado *on-line*. Estudo conduzido com o Programa Vamos em unidades de saúde em Florianópolis, a taxa de adoção organizacional observada foi de 25%, divergindo dos dados aqui verificados (32). Com isso, fica evidente um percentual elevado de adoção no presente estudo, talvez a magnitude seja em decorrência da não necessidade de acompanhamento dos ACS por parte dos coordenadores, pelo formato do estudo ser *on-line* e pelos custos demandados para intervenção terem sido subsidiados pelos pesquisadores e universidade pública.

*Eixos e Subeixos Temáticos do Alcance*

As percepções emergidas dos coordenadores, no recrutamento do programa, se concentraram no eixo I “Receptividade e acessibilidade ao convite, interesse pelo programa, engajamento e barreiras”. As classes 5 e 3 caracterizando o subeixo I “Convite e barreiras enfrentadas pelos participantes” e a classe 1 o subeixo II “ Interesse pelo programa e estratégias utilizadas para engajamento”.

A classe 5, nomeada “Convite: Receptividade e Acessibilidade”, trouxe as percepções dos coordenadores acerca da forma que efetivaram a interlocução para convidar os ACS e o local da reunião agendada para apresentação do programa. Emergiu como positivo a facilidade de ter sido realizado na própria unidade, uma vez que é um local de costume para as reuniões da equipe e capacitações da gestão. A realização da reunião em um ambiente fora do local de trabalho, distante da unidade, foi pontuado com algo que dificultou a participação, visto que alguns ACS eram da zona rural. O dia da semana que foi realizado também foi pontuado como fragilidade ao alcance.

Os coordenadores relataram também reações positivas e negativas ao realizar o convite aos ACS, “expressões de curiosidade”, outros “abraçaram o programa”, empolgação e outras atitudes de negação, resistência, receio do novo, como revela os relatos a seguir:

*[...] a reunião ocorreu na USF e facilitou porque já faz parte do trabalho deles as reuniões e capacitações onde é realizada. (P22; score: 137.80).*

*[...] convidei meus ACS na reunião de equipe a reação foi positiva na hora que realizei o convite estavam curiosos para saber mais sobre o programa e ocorreu na unidade o que facilitou. (P27; score: 129.34).*

*[...] convidei meus ACS na reunião de equipe ao divulgar o programa e realizar o convite eles abraçaram o programa a reunião não aconteceu na unidade eu realizaria na minha unidade, pois o deslocamento prejudica, pois somos da zona\_rural. (P15; score: 96.64).*

*[...] a minha percepção com relação à receptividade dos ACS com relação ao convite foi positiva ficaram empolgados. (P04; score: 44.23).*

*[...] a reunião com os ACS para apresentação ocorreu na USF provisória que a unidade funcionava modificaria o dia de realização no caso não ser em uma sexta-feira. (P03; score: 42.27).*

[...] *convidei meus ACS na reunião de equipe ao realizar o convite eles foram negativos criaram resistência por ser algo novo e por não saberem ao certo como seria. (P19; Escore: 104.04).*

No presente estudo, na linha de base, ocorreu na própria unidade, usando equipamentos sociais do território, a proximidade do local com os serviços de saúde que os ACS trabalhavam, tal item foi explicitado como positivo pelos coordenadores participantes, facilitando o recrutamento dos ACS. Por outro lado, os ACS da zona rural a coleta ocorreu na zona urbana, o que necessitou de deslocamento dos ACS, sendo colocado como fator limitador do acesso, mesmo dispondo de transporte de ida e volta dos participantes. A literatura aponta diversas barreiras para as pessoas realizarem inscrições, ainda que tenham interesse, em um programa de mudanças de estilo de vida, dentre as quais, a falta de tempo, demandas de custo com deslocamentos, falta de apoio social<sup>(33)</sup>. No presente estudo o transporte foi viabilizado, porém o tempo dispendido pelos ACS para participarem do momento presencial (*baseline*) pode ser um fator atrelado ao deslocamento, citado pelos coordenadores.

Emergiu também o descontentamento ao convite, provocado pelo desconhecimento do programa, gerando certo receio à participação dos ACS na intervenção. Isso é algo comumente observado em estudos que visam mudança de estilo de vida<sup>(9,34)</sup>. Estudo realizado por Jung et al (2018)<sup>(34)</sup> corrobora com o presente estudo ao apontar a insegurança dos participantes por se tratar de um novo programa, o que afetou o recrutamento de participantes em uma intervenção de atividade física e alimentação saudável. No estudo Vamos realizado com idoso na atenção primária os trabalhadores dos serviços se depararam durante a divulgação do programa com atitudes semelhantes “a gente ao convidar eles para uma coisa que é nova, eles se assustam, é igual a uma criança eles não sabe o que vai acontecer”, corroborando com os achados do presente estudo<sup>(9)</sup>.

Outro ponto relevante e explicitado na visão do coordenador foi o dia da semana escolhido para a coleta com os ACS, que pode ter afetado o recrutamento. Salienta-se que a data e dia das coletas foram dialogados e acordados entre gerente de cada unidade e a equipe do Programa, respeitando sempre as demandas internas dos serviços. Em decorrência do tempo que a equipe de pesquisa tinha para conclusão do *baseline*, por vezes, restava às sextas-feiras para realização do agendamento. Percebe-se, contudo, a necessidade de pensar em novas estratégias

que consigam melhorar o acesso em futuros estudos e estreitar o diálogo no sentido de maximizar o alcance.

A classe 3, nomeada “Convite e Barreiras” se interligou fortemente a classe 5 e, portanto, suscitou também acerca do convite, dando ênfase as barreiras enfrentadas pelos ACS para manter a participação no Programa sob o ponto de vista dos coordenadores/gestores. As formas de divulgação que os coordenadores adotaram para realizarem o convite de recrutamento foram os grupos internos de WhatsApp, outros na reunião de equipe e contato pessoal. A baixa escolaridade, o formato do programa por plataforma, com exigência de uso da internet, ou por dificuldade no manuseio foi um ponto colocado como barreira à participação para os ACS residentes na zona rural. Tal contexto é exemplificado nos discursos abaixo:

*[...] alguns por falta da escolaridade e acesso às informações uma vez que quando estão na zona rural à comunicação somente por whatsapp e o sinal em alguns dias não estar bom ou funcionando não conseguiam responder ou tinham dificuldade em manusear o programa. (P: 4; score: 59.84)*

*[...] a receptividade ao convite foi boa, porém alguns ACS estavam de férias e não puderam comparecer (P: 20; score: 202.53).*

A descrição “percebi que eles acharam que seria apenas mais uma pesquisa” (P: 23; score: 157.04) também foi ponderada no diário de campo, diante das interlocuções com os coordenadores/gerentes para o agendamento das coletas. Os gerentes pontuaram reações negativas e resistência por parte de alguns profissionais com pesquisas no município, visto que, por vezes, geram expectativas de melhorias e insuficientes em termos de devolutivas. A partir deste ponto, projetaram-se oficinas direcionadas ao autocuidado (meditação guiada, autoalongamento) desenvolvidas com os ACS na linha de base e outras estratégias na coleta final da intervenção (auriculoacupuntura e terapia manual). Além disso, as falas levantam reflexões da necessidade de elaboração de um relatório final, por parte dos pesquisadores, como devolutiva, indicando os resultados e sugestões de melhorias no ambiente e processo de trabalho da população estudada.

Outro ponto elucidado pelos participantes foi a dificuldade de acesso ao programa. A interface do VAMOS on-line foi criada para expansão da promoção da atividade física, assim, os indivíduos poderiam receber toda orientação e realizar a intervenção totalmente à distância,

utilizando os recursos autoinstrucionais existente na plataforma(11,12). Entretanto, a baixa escolaridade entre os ACS, inclusive apontada pelos coordenadores no presente estudo, pode ter inviabilizado o alcance desses trabalhadores. Apesar das estratégias aplicadas, desde a coleta presencial em todos os serviços, explicações e simulações de manuseio com o aplicativo, ficou evidente a permanência destes na intervenção, impactando na implementação e talvez na adoção do Programa.

Mesmo diante do cenário, da baixa escolaridade e acesso a internet ruim, evidenciados no presente estudo, a taxa de alcance dos ACS na zona rural foi alta. A literatura ressalta que a oferta de programa on-line tem se mostrado exitosa para alcançar populações de zona rural, em localidades com escassez profissional, ou de acesso aos serviços de saúde, permitindo maior abrangência e alcance (28). Outro ponto a ser destacado é que os ACS do referido município, na sua maioria, participaram do curso técnico promovido á distância (on-line) pelo ministério da saúde, e também já utilizavam tablets na sua rotina de trabalho, cadastrando as famílias (35). Apesar do contexto explicitado, a dificuldade com o uso das tecnologias foi expressiva, e é uma barreira apontada na literatura por ACS de localidades rurais e com idade acima de 50 anos, o que corrobora com os achados evidenciados(36). Isso pode implicar na adoção e implementação da intervenção por parte destes profissionais, sendo pertinente entendê-la, a fim de repensar novas estratégias em estudos posteriores.

O início da coleta da intervenção, no presente estudo, ocorreu nos meses de novembro e dezembro, período este muito comum de férias nos serviços de saúde do município escolhido, por sua vez, isso pode ter impactado no recrutamento e adesão do Programa. Apesar dos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo prevê novas entradas dos ACS que não compareceram à reunião geral agendada, em decorrência de qualquer demanda específica, ainda assim isso foi identificado como barreira. Portanto, salienta-se que houve participações de ACS de férias, licença prêmio e nove ACS foram adicionados ao programa posteriormente. Assim, mediante os achados, pensar em conduções futuras com início em meses com menores fluxos de férias, poderá sanar tal fragilidade pontuada.

A classe 1, retrata o “Interesse e Estratégias de Engajamento”. No geral, os coordenadores, deixaram emergir uma satisfação com a forma como os ACS foram atraídos para participar da intervenção. De uma das falas emergiu uma estratégia para o engajamento: lembrete via WhatsApp para que os participantes não esquecessem dos encontros.

De outra fala, emerge ainda, a necessidade de um retorno social, fala-se de um retorno palpável e que traga modificações nos processos de trabalho dos envolvidos. Inclusive, isso é algo antigo quando se trata das pesquisas de campo e que surge nas falas de participantes em diversos estudos: a ausência de um retorno social por parte dos pesquisadores, que possa trazer de fato modificações de uma realidade. Como exemplificados nos trechos que seguem:

*[...] para despertar o interesse dos ACS participarem da reunião de apresentação do programa faria uma apresentação em forma de vídeo seria muito bom para realizar o convite. [...] poderia encaminhar via SMS ou WhatsApp uma mensagem como forma de lembrar. (P: 10; score: 110.70).*

*[...] convidei por contato individual meus ACS que o momento seria muito bom e importante para eles. (P: 11; score: 105.56).*

*[...] para despertar o interesse dos ACS participarem até o final eu buscaria trazer um retorno palpável da pesquisa que melhore a dinâmica do seu processo de trabalho que acrescente algo de fato. (P: 23; score: 96.52).*

Ao analisar os relatos percebe-se que o diálogo com os coordenadores pode ter sido insuficiente para o entendimento da logística e objetivo do Programa, já que o foco era mudança de comportamento, (atividade física e alimentação saudável) e não questões relacionadas ao processo de trabalho. Assinala-se também a falta de conhecimento dos coordenadores a respeito da organização do programa durante sua implementação, pois grupos de WhatsApp foram criados para cada USF e, seguindo o cronograma estabelecido previamente, mensagens e vídeos foram encaminhados aos participantes, com o intuito de reforçar/lembrar que eles tinham uma nova seção a realizar. Por outro lado, a divulgação para o recrutamento foi intermediada pelos coordenadores, com repasse do folder/cartão digital, o que pode ter influenciado no entendimento acerca do acompanhamento dos participantes. Percebe-se a necessidade de no planejamento incluir reuniões presenciais com toda a equipe, visando mitigar as dúvidas, contato mais próximo e explicações mais detalhadas do delineamento do estudo.

A falta de entendimento acerca do programa por parte dos coordenadores foi apontado também como obstáculo organizacional para ao alcance do VAMOS em um estudo conduzido com idosos em unidades básicas de saúde em Florianópolis<sup>(9)</sup>, o que ratifica a necessidade de maximizar a comunicação com estes profissionais em futuros estudos. Outra maneira que pode

fortalecer o alcance populacional em distintas localidades é a existência de programas regulares para divulgação (mídia social, calendários mensais, boca a boca e cartazes <sup>(37,38)</sup>). No presente estudo, apesar da inexistência de um programa prévio, os coordenadores se mostraram satisfeitos na forma que o programa foi estruturado e divulgado, com o apoio deles nas reuniões de equipe, contato pessoal e grupos internos.

Com base nas observações de campo, pode-se conjecturar também que as especificidades da gestão municipal onde o estudo foi conduzido, pode ter afetado o alcance, devido à alta rotatividade dos profissionais, já que os cargos de gerência/coordenador atenção básica é por nomeação e não via concurso público. Verificaram-se também altas demandas dos profissionais, que para além da agenda de atendimentos, cabe aos mesmos, nas ESF, a responsabilidade pela gestão. A literatura assinala que a sobrecarga, falta de tempo, rotatividade de profissionais, relacionamentos conflituosos como barreiras para adoção do Vamos 3.0 por profissionais da atenção primária <sup>(39)</sup>. Assim sendo, houve rotatividade dos profissionais da gestão em alguns serviços, o que pode ter gerado impactos, no estreitamento de laços, na intensificação da divulgação e nos agendamentos para coleta e, por vezes, o interesse e envolvimento pela proposta do Programa por parte dos coordenadores.

Para além do programa percebe-se na descrição dos coordenadores a carência de articulação intersetorial nas iniciativas planejadas para os ACS, revelando a necessidade de parcerias e atuações dos diversos setores visando atender as demandas desse trabalhador. Apesar dos documentos legislativos no Brasil avançarem na construção da intersetorialidade na saúde do trabalhador, na prática ainda é um desafio articular<sup>(40)</sup>. Adicionalmente, percebe-se, normalmente iniciativas pontuais, carentes de envolvimento organizacional, desarticulados do protagonismo do trabalhador e as ações de vigilância e processo de trabalho <sup>(41)</sup>. Logo, há necessidade de programas sustentáveis capazes de provocar mudanças, que envolvam o trabalhador para que assim se mantenham ao longo do tempo <sup>(41,42)</sup>.

Assim, a interlocução e a incorporação do apoio da gestão local podem intervir em questões atreladas ao processo de trabalho, sem visibilidade de atuação. Cabe, portanto, aos pesquisadores o retorno social, seguir os preceitos éticos das pesquisas, levando não só conhecimento do setor público dos resultados evidenciados, mas também proposições de novos projetos que consigam planejar e estabelecer continuidade, a fim de fomentar melhorias a serem incorporados a estes trabalhadores no que tange a promoção da saúde do trabalhador.

Para tanto, este estudo apresentou como limitação, a não utilização da estratégia de contato direto com os ACS em cada serviço de saúde, a fim de divulgar o programa. Reunião geral com os membros das equipes em todos os serviços, buscando explicações pormenores acerca da proposta da intervenção. Dados qualitativos referentes à percepção do gestor da atenção básica (secretário de saúde e diretores da atenção básica) e dos participantes envolvidos no estudo (perguntas direcionadas ao alcance) poderiam ampliar o entendimento do alcance dos participantes. Por outro lado, trata-se de um estudo de aplicação de um programa on-line que buscou alcançar os trabalhadores do serviço de saúde (ACS), incluindo zona rural, na promoção de um estilo de vida saudável. A etapa de avaliação aconteceu presencial e todos os custos envolvidos nas etapas de alcance e adoção foram descritos, item considerado pouco relatado nos estudos que utilizam o modelo RE-AIM. As evidências elucidadas acerca da etapa de recrutamento e adoção dos serviços poderão guiar o planejamento de outros estudos com a mesma população ou quiçá outros trabalhadores da atenção básica, fundamentando as etapas iniciais de intervenções on-line, buscando maximizar a adoção e, conseqüentemente, a implementação de programas que visam mudança de comportamento.

## Referências

1. Menegussi JM, Ogata MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. *Trab educ saúde* [Internet]. abril de 2014 [citado 28 de março de 2025];12:87–106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/y59XT3jg6xZMTRNRDyr5Qzt/>
2. Garcia ACP, Lima R de CD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: DO PERFIL ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS. *Trab educ saúde* [Internet]. 8 de dezembro de 2016 [citado 28 de março de 2025];15:283–300. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gbzRMT4W8qPDz5kf7SDNy5H/>
3. Dopp EV de O, Nascimento WG, Christofolletti AEM, Nakamura PM. Ações educativas para promoção de atividade física por meio do agente comunitário de saúde: limitações e potencialidades. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte* [Internet]. 15 de julho de 2021 [citado 29 de março de 2025];35(2):363–73. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/189684>
4. Moraes S de Q, Paiva Neto FT de, Loch MR, Fermino RC, Rech CR. Características e estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas por profissionais da atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 8 de janeiro de 2024 [citado 28 de março de 2025];29(1):e00232324. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8122202300232324>

- 2025];29:e00692023. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n1/e00692023/#>
5. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2013 [citado 28 de março de 2025];1(1):6–16. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/4979/497950346002/html/>
  6. Gomes GA de O, Kokubun E, Mieke GI, Ramos LR, Pratt M, Parra DC, et al. Características de programas de atividade física na atenção básica de saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. outubro de 2014 [citado 28 de março de 2025];30:2155–68. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/ktDKpkc3DNTMSMLNFnztVSm/abstract/?lang=pt>
  7. Ramos LR, Malta DC, Gomes GA de O, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. outubro de 2014 [citado 28 de março de 2025];48:837–44. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/vT7pyqGP7Ncb3KJWKhHBCdR>
  8. 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* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 13 de setembro de 2023];14:723–37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/TmssvTgmK8hVzGGdDsJv5xP/>
  9. Borges RA, Tomicki C, Almeida FA, Schwingel A, Chodzko-Zajko W, Benedetti TRB. Alcance do programa “VAMOS” na atenção básica - barreiras e facilitadores organizacionais. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 9 de setembro de 2019 [citado 28 de março de 2025];22:e180225. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7ZQwNm4wKbRXVNvs54HZzFv/?lang=pt>
  10. Brito FA, Benedetti TRB, Tomicki C, Konrad LM, Sandreschi PF, Manta SW, et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Internet]. 21 de novembro de 2018 [citado 28 de março de 2025];23:1–8. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13531>
  11. Konrad LM, Ribeiro CG, Tomicki C, Benedetti TRB. Validação de tecnologia educacional para implementar um programa comunitário na saúde pública. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Internet]. 10 de dezembro de 2020 [citado 16 de março de 2025];25:1–6. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14259>
  12. Ribeiro CG, Konrad LM, Tomicki C, Brito FA, Rech CR, Almeida FA, et al. PROMOTION OF PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTHY EATING IN PUBLIC HEALTH: DEVELOPMENT OF VAMOS VERSION 3.0, PRINTED AND ONLINE. 2024 [citado 31 de março de 2025]; Disponível em:  
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/8381>
  13. re-aim.org. Implementação – RE-AIM [Internet]. [citado 16 de abril de 2025]. Disponível em: <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/implementation/>

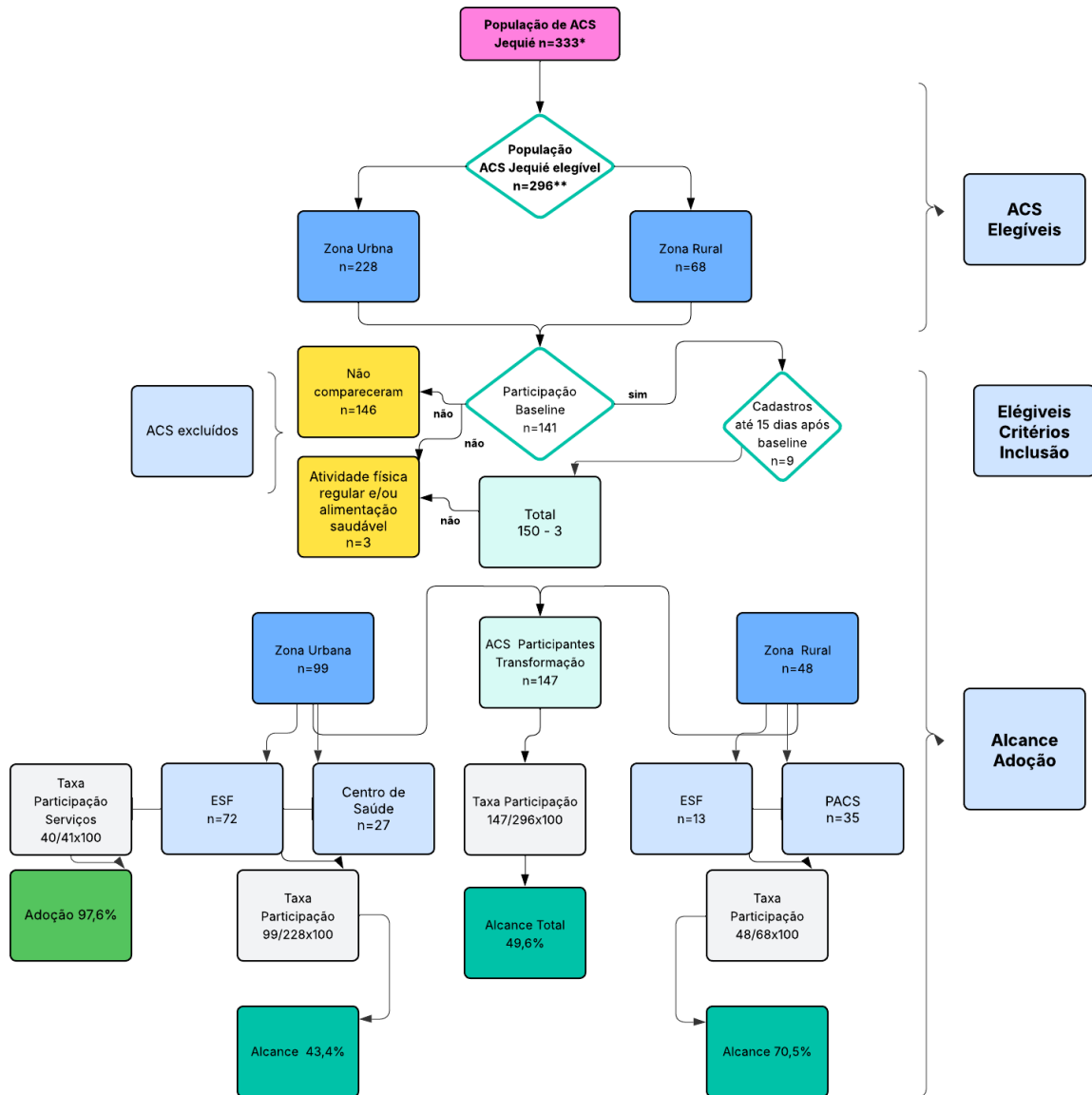
14. Konrad L, Tomicki C, Silva M, Almeida F, Benedetti T. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Internet]. 2017 [citado 28 de março de 2025];22(5):439–49. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/11068>
15. Squarcini CFR, Rocha SV, Munaro HLR, Benedetti TRB, Almeida FA. Programas de atividade física para idosos: avaliação da produção científica brasileira utilizando o modelo RE-AIM. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 28 de março de 2025];18:909–20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/3TzxJytqmQP5h4tDnWckFrs/abstract/?lang=pt>
16. Holtrop JS, Rabin BA, Glasgow RE. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC Health Services Research* [Internet]. 13 de março de 2018 [citado 28 de março de 2025];18(1):177. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>
17. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de Pesquisa em Atividade Física [Internet]. 2012 [citado 29 de março de 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327143/pageid/353>
18. Brasil 2023. TabNet Win32 3.3: CNES - Recursos Humanos - Ocupações - segundo CBO 2002 - Bahia [Internet]. [citado 31 de março de 2025]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02ba.def>
19. vamos.ufsc.br. Vamos [Internet]. [citado 16 de abril de 2025]. Disponível em: <https://vamos.ufsc.br/>
20. Camargo BV, Justo AM. Tutorial IRaMuTeQ em português\_22.11.2021.pdf — IRaMuTeQ [Internet]. 2021 [citado 29 de março de 2025]. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view)
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Em: Análise de conteúdo [Internet]. 70<sup>o</sup> ed São Paulo; 2011 [citado 29 de março de 2025]. p. 279–279. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668601>
22. Flick U. Introdução à Pesquisa Qualitativa [Internet]. 2008 [citado 29 de março de 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536318523/pageid/28>
23. Guion LA, Diehl DC, McDonald D. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies: FCS6014/FY394, rev. 8/2011. EDIS [Internet]. 26 de agosto de 2011 [citado 29 de março de 2025];2011(8):3–3. Disponível em: <https://journals.flvc.org/edis/article/view/126893>
24. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [Internet]. 15 de março de

- 2021 [citado 29 de março de 2025];34:eAPE02631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>
25. Bezerra JB, Gerage AM, Konrad LM, Quadros EN, Tomicki C, Souza PV, et al. Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde: Alcance e Efetividade em Idosas com Excesso de Peso. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento [Internet]. 28 de dezembro de 2021 [citado 29 de março de 2025];26(2). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/102412>
  26. Souza PV de, Tomicki C, Konrad LM, Sandreshi PF, Ribeiro CG, Maciel EC, et al. Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [Internet]. 9 de novembro de 2020 [citado 29 de março de 2025];25:1–9. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14298>
  27. Nordberg SS, Jaso-Yim BA, Sah P, Schuler K, Eyllon M, Pennine M, et al. Evaluating the Implementation and Clinical Effectiveness of an Innovative Digital First Care Model for Behavioral Health Using the RE-AIM Framework: Quantitative Evaluation. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 30 de outubro de 2024 [citado 29 de março de 2025];26(1):e54528. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e54528>
  28. Auster-Gussman LA, Lockwood KG, Graham SA, Stein N, Branch OH. Reach of a Fully Digital Diabetes Prevention Program in Health Professional Shortage Areas. Population Health Management [Internet]. 8 de agosto de 2022 [citado 29 de março de 2025]; Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2021.0283>
  29. Brasil 2021. Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2021 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_praticas\\_exitosas\\_atividade\\_fisica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_praticas_exitosas_atividade_fisica.pdf)
  30. Neto FT de P, Benedetti TRB, Sandreschi PF, Manta SW, Almeida FA, Rech CR. Empowering Health: Innovative Strategies to Successfully Increase Physical Activity Promotion in Brazilian Primary Health Care Settings. 20 de janeiro de 2025 [citado 17 de março de 2025]; Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/aop/article-10.1123-jpah.2024-0546/article-10.1123-jpah.2024-0546.xml>
  31. Estabrooks P, You W, Hedrick V, Reinholt M, Dohm E, Zoellner J. A pragmatic examination of active and passive recruitment methods to improve the reach of community lifestyle programs: The Talking Health Trial. Int J Behav Nutr Phys Act. 19 de janeiro de 2017;14(1):7.
  32. Tomicki C, Rech CR, Konrad LM, Bezerra JBB, Ribeiro CG, Schwingel A, et al. Adoption of an Intervention to Promote Physical Activity and Healthy Eating in Brazilian Health Care Settings. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento [Internet]. 29 de abril de 2023 [citado 28 de março de 2025];15(1):35–45. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/32202>

33. Kent-Marvick J, Knysheva M, Gibson B, Simonsen SE. Why Do People Choose to Enroll or Not Enroll in the National Diabetes Prevention Program Lifestyle Change Program? A Mixed-Methods Analysis From a Sample of Adults With a Prediabetes Diagnosis. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319241282862.
34. Jung ME, Bourne JE, Gainforth HL. Evaluation of a community-based, family focused healthy weights initiative using the RE-AIM framework. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 26 de janeiro de 2018;15(1):13.
35. Brasil 2023. Projeto Mais Saúde com Agente | Parceria da UFRGS com Ministério da Saúde e Conasems para oferecimento de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, para os Agentes de Combate às Endemias (ACE) [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/>
36. Santos RC dos, Ribeiro LF, Amado CF, Mélllo LMB de D e, Santos L. Condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde em um contexto de saúde digital: velhos e novos desafios. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 10 de junho de 2024 [citado 27 de março de 2025];28:e230548. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/t7gMY3r9VjF5Xfm5nVPHHkL/>
37. Bottorff JL, Huisken A, Hopkins M, Nesmith C. A RE-AIM evaluation of Healthy Together: a family-centred program to support children’s healthy weights. *BMC Public Health* [Internet]. 23 de novembro de 2020 [citado 30 de março de 2025];20(1):1754. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09737-8>
38. Jones J, Johnston JS, Ndiaye NY, Tokar A, Singla S, Skinner NA, et al. Health Care Workers’ Motivations for Enrolling in Massive Open Online Courses During a Public Health Emergency: Descriptive Analysis. *JMIR Med Educ*. 19 de junho de 2024;10:e51915.
39. Maciel E, Konrad L, Grontowski C, Benedetti T. Barreiras para adoção do PMC-VAMOS 3.0 na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo. *Retos*. 9 de setembro de 2023;50:1323–32.
40. Lancman S, Daldon MTB, Jardim T de A, Rocha T de O, Barros J de O. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 28 de setembro de 2020 [citado 30 de março de 2025];25:4033–44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTqSD4vgX7M4MxCy8pQZ4YN/>
41. Hurtado SLB, Silva-Macaia AA, Vilela RAG, Querol MAP, Lopes MGR, Bezerra JLC. Intervenções em saúde do trabalhador - contexto, desafios e possibilidades de desenvolvimento: uma revisão de escopo. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 7 de outubro de 2022 [citado 30 de março de 2025];47:e15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CR9P3tKCsS6v8yLZf5FrT5f/>
42. Jackson Filho JM, Pina JA, Vilela RG de A, Souza KR de. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 3 de dezembro de 2018 [citado 30 de

março de 2025];43:e13s. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/z9VkppSP8rztLKKypGFmL9z/>

**Figura 1.** Alcance populacional do Programa Transformação na Atenção Básica. Jequié-BA, Brasil, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, com auxílio do site [https://lucid.app/documents/#/home?folder\\_id=recent](https://lucid.app/documents/#/home?folder_id=recent) (2025).

\* Levantamento realizado no CNES -2023; \*\*Levantamento realizado nos serviços de saúde.

ESF – Estratégia de Saúde da Família; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos ACS elegíveis e participantes do *baseline*, e de coordenadores dos serviços da APS. Jequié-BA, Brasil, 2025.

Variáveis	ACS Elegíveis	ACS <i>Baseline</i>	Coordenadores
	(n=103)	(n=150)	Serviços APS (n=27)
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade*			
Média (DP)	51,5 (± 10,8)	51,0 (± 9,0)	42,1 (± 7,5)
Mínima   Máxima	26   73	34   71	30   61
Sexo			
Feminino	92 (89,3)	127 (84,7)	26 (96,3)
Masculino	11 (10,7)	23 (15,3)	1 (3,7)
Escolaridade**			
Fundamental incompleto/completo	1 (1,0)	14 (9,4)	0 (0,0)
Médio incompleto/completo	59 (57,3)	94 (62,6)	0 (0,0)
Superior incompleto	10 (9,7)	8 (5,3)	0 (0,0)
Superior completo	22 (21,4)	28 (18,7)	11 (40,7)
Pós-graduação	10 (9,7)	6 (4,0)	16 (59,3)
Raça/Cor de pele***			
Branca	13 (12,6)	16 (10,7)	6 (22,2)
Preta	29 (28,2)	29 (19,3)	2 (7,4)
Parda	59 (57,6)	102 (68,0)	19 (70,4)
Situação Conjugal****			
Casado / União Estável	64 (62,1)	92 (61,3)	18 (66,7)
Solteiro	22 (21,4)	12 (8,0)	7 (25,9)
Separado	11 (10,7)	36 (24,0)	2 (7,4)
Viúvo	5 (4,9)	9 (6,0)	0 (0,0)
Cargo/Função			
Enfermeira/Coordenação	–	–	4 (14,8)
Enfermeira (o)	–	–	23 (85,2)
ACS (n=296)	104 (35,1)	150 (50,7)	–
Tempo Ocupação anos*****			
Média	22 (± 5,2)	–	7 (± 6,4)
Mínimo   Máximo	10   40	–	1   26
Renda Mensal*****			
1 SM	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
1 a 2 SM	34 (33,0)	63 (42,0)	1 (3,7)
2,1 a 4 SM	50 (48,5)	64 (42,7)	5 (18,5)
4,1 a 6 SM	12 (11,7)	6 (4,0)	8 (29,6)
≥ 7 SM	2 (1,9)	2 (1,3)	7 (25,9)
Não quis responder	4 (3,9)	15 (10,0)	6 (22,2)

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

\* n=109 para os ACS-*Baseline*; \*\* n=147 para os ACS-*Baseline*;

\* n=100 para os ACS-*Elegíveis*; \*\* n=102 para os ACS-*Elegíveis*; \*\*\* n=101 para os ACS-*Baseline*;

\*\*\*\* n= 102 para os ACS-*Baseline*; \*\*\*\*\* n= 99 para os ACS-*Baseline*; \*\*\*\*\* n=99 para os ACS-*Baseline*.

ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde.

Salário Mínimo (SM) no Brasil em 2024 (R\$ 1.412,00, equivalente a US\$ 291,00).

**Tabela 2.** Alcance absoluto e relativo dos ACS participantes da intervenção, segundo o sexo e o tipo de serviço de saúde vinculado da atenção básica, Jequié-BA, Brasil, 2025.

Tipos de serviços	Alcance absoluto e relativo - sexo						p valor*
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Centro de saúde	27	18,0	24	18,9	3	13,0	<0,001
ESF zona rural	13	8,7	9	7,1	4	17,4	
ESF zona urbana	74	49,3	71	55,9	3	13,0	
PACS	36	24,0	23	18,1	13	56,6	
	150	100	127	84,7	23	15,3	

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

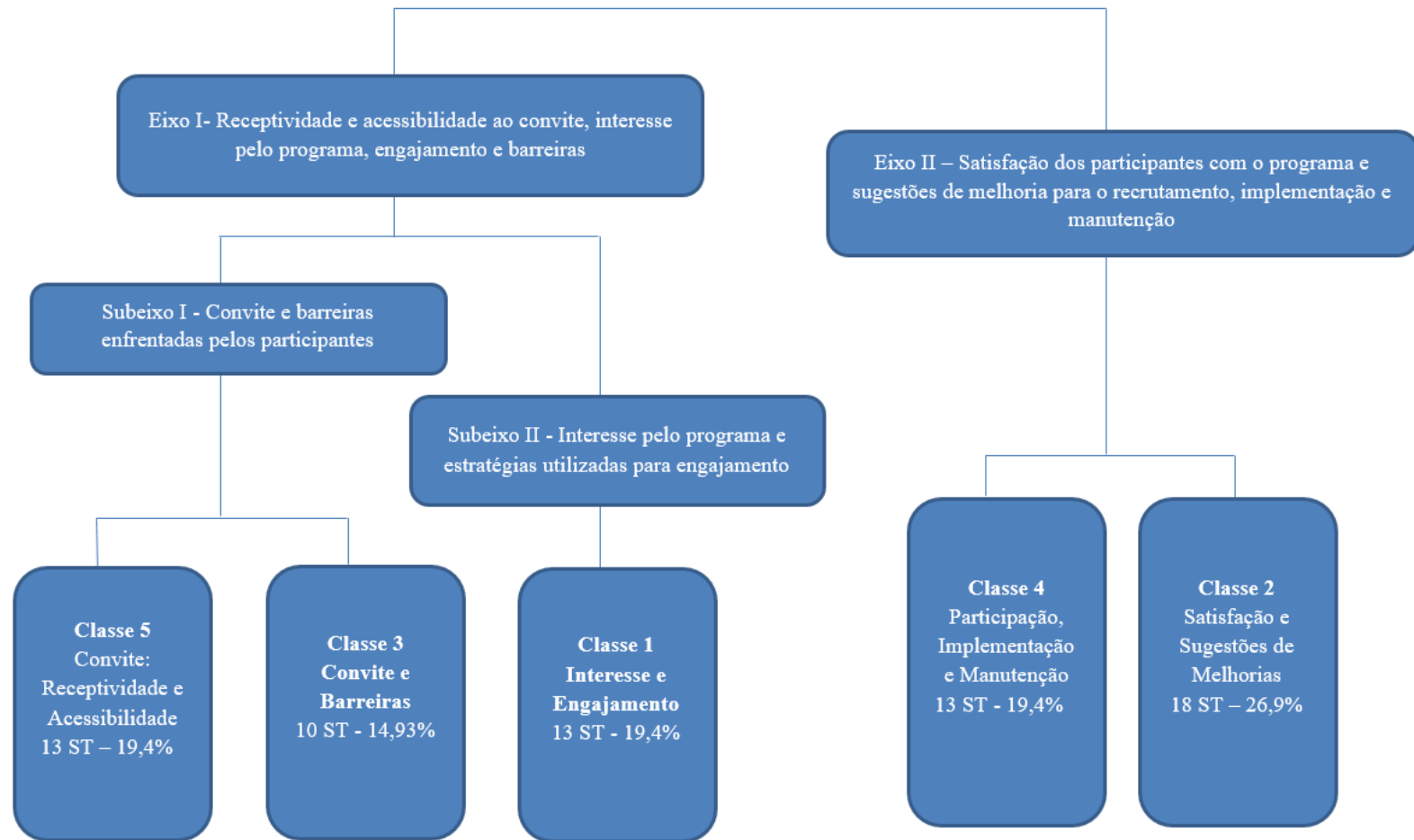
\*Valor de o calculado pelo teste exato de Fisher (nível de significância de 5%).

**Tabela 3.** Características de participação na intervenção, conforme os critérios de elegibilidade dos participantes, dos serviços de saúde da atenção básica e as formas de divulgação utilizadas pelo coordenador para o recrutamento dos ACS, Jequié - BA, Brasil, 2025.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<i>Critérios de participação (n=150)</i>		
Local de Moradia		
Zona rural	49	32,7
Zona urbana	101	67,3
Atividade física nos últimos três meses (n=82)		
Insuficientemente Ativo (menor 150 minutos/semana)	25	30,5
Ativo ( $\geq$ 150 minutos/semana)	57	69,5
Padrão alimentar saudável (n=150)		
Não	130	86,7
Sim	20	13,3
Serviços da Atenção Básica (n=41)		
Estratégia Saúde da Família Zona Urbana (n=28)		
Equipe única	9	21,9
Equipe dupla	9	21,9
USF não participante	1	2,43
Equipe única, 06 ACS (todas do sexo feminino) Cobertura da população: 3348		
Estratégia Saúde da Família Zona Rural (n=2)		
Equipe única	2	4,88
Centros de Saúde Zona Urbana		
Programas Agentes Comunitários de Saúde - PACS	4	9,75
	7	17,0
<i>Formas de divulgação - coordenadores aos ACS (n=27)</i>		
Contato individual	5	18,5
Grupo <i>whatsapp</i>	8	29,6
Reunião de Equipe	13	48,2
Contato presencial e Grupo <i>whatsapp</i>	1	3,7

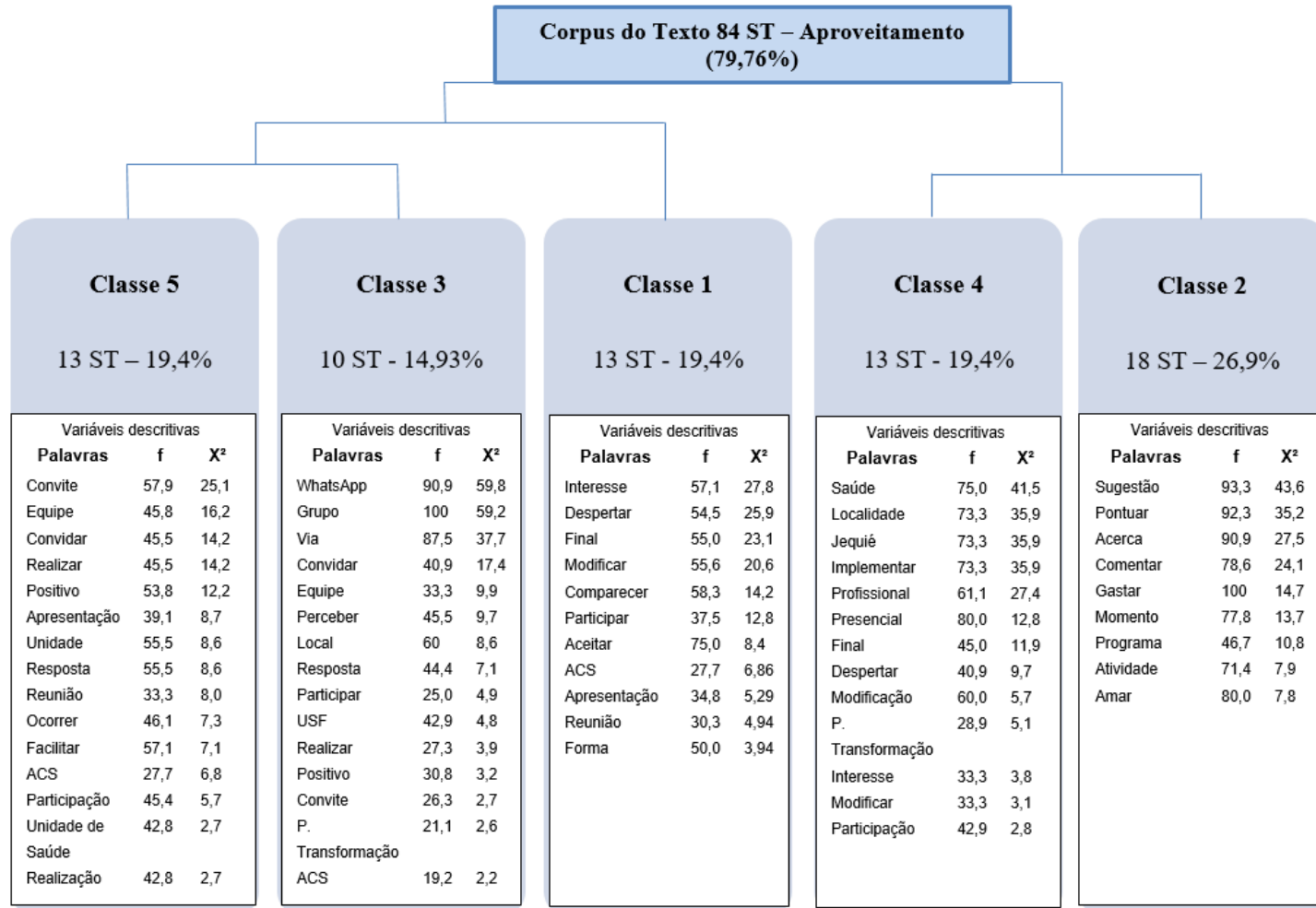
**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

**Figura 2.** Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, a partir das percepções dos coordenadores/gerentes dos serviços, Jequié-BA, Brasil, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

**Figura 3.** Diagrama de classes com as palavras e as variáveis descritivas da CHD, coordenadores/gerentes dos serviços, Jequié-BA, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

### 5.3 ARTIGO 3: Implementação de um programa de mudança de comportamento digital para agentes comunitários de saúde usando a estrutura RE-AIM

Revista para Submissão: Revista Trabalho, Educação e Saúde - (Saúde Coletiva): B1

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a implementação de um programa de promoção da saúde *on-line* com ACS, incluindo delineamento, custos, consistência da entrega e percepções de participantes e atores envolvidos. **Métodos:** Realizou-se um estudo de intervenção, quase experimental, com abordagem mista, durante seis meses com ACS, utilizando aplicativo *on-line*. Utilizou-se a técnica de grupo focal para levantar as percepções dos ACS, já os gerentes e equipe de entrega responderam um questionário semiestruturado. Utilizou-se a estrutura do modelo *RE-AIM* no planejamento e avaliação dos dados, o *software* IRAMUTEQ (análise de similitude) e análise de conteúdo. **Resultados:** Houve adaptações na entrega do programa, tanto pelos participantes como equipe. Dentre os 147 participantes cadastrados, 14 concluíram a intervenção, sendo 11 reavaliados, apresentado alto alcance, baixa retenção e custo. O acompanhamento foi conduzido por pesquisadores por mensagens via WhazApp e acesso ao aplicativo. Encontros presenciais ocorreram (baseline e reavaliação), retiradas de dúvidas e adesão. O estudo apontou barreiras (formato do programa), facilitadores (acompanhamento), impactos positivos (conteúdos diversos e autocuidado) e sugestões para ampliar (intensificar momentos presenciais; incentivo da gestão). **Conclusões:** A viabilidade de intensificar encontros presenciais foi sugerida pelos atores, visando ampliar a adesão e implementação. Sugere-se estudos futuros no sentido de compreender as barreiras na visão dos desistentes do programa.

**Palavras-Chave:** Ciência da Implementação; Intervenção online; Custos e Análise de Custo; Saúde Ocupacional; Atenção Primária à Saúde.

#### Abstract

**Objective:** To describe the implementation of an online health promotion program with Community Health Workers (CHWs), including its design, costs, delivery consistency, and the perceptions of participants and stakeholders involved. **Methods:** A quasi-experimental intervention study with a mixed-methods approach was conducted over six months with CHWs using an online application. Focus groups were used to gather the CHWs' perceptions, while managers and the delivery team completed a semi-structured questionnaire. The RE-AIM model framework was used for planning and evaluating the data. Data analysis included the IRAMUTEQ software (similarity analysis) and content analysis techniques. **Results:** Adaptations to the program delivery were made by both participants and the implementation team. Of the 147 enrolled participants, 14 completed the intervention and 11 were reassessed. The program showed high reach, low retention, and low cost. Follow-up was conducted by researchers through WhatsApp messages and access to the application. In-person meetings took place at baseline and reassessment stages, as well as for clarifying doubts and reinforcing adherence. The study identified barriers (program format), facilitators (ongoing support),

positive impacts (diverse content and self-care), and suggestions for expansion (increased in-person interactions; support from management). Conclusions: Stakeholders suggested that intensifying in-person meetings could enhance adherence and implementation. Future studies are recommended to explore the barriers from the perspective of those who dropped out of the program.

**Keywords:** Implementation Science; Online Intervention; Costs and Cost Analysis; Occupational Health; Primary Health Care.

## Resumen

**Objetivo:** Describir la implementación de un programa de promoción de la salud en línea con trabajadores sanitarios comunitarios, incluyendo el diseño, los costos, la consistencia de la entrega y las percepciones de los participantes y las partes interesadas. **Métodos:** Se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental, con enfoque mixto, durante seis meses con ACS, utilizando una aplicación en línea. Para evaluar las percepciones del ACS se utilizó la técnica del grupo focal, mientras que los directivos y el equipo de entrega respondieron un cuestionario semiestructurado. En la planificación y evaluación de datos se utilizó la estructura del modelo RE-AIM, el software IRAMUTEQ (análisis de similitud) y el análisis de contenido. **Resultados:** Hubo adaptaciones en la impartición del programa, tanto por parte de los participantes como del personal. Entre los 147 participantes registrados, 14 completaron la intervención y 11 fueron reevaluados, mostrando alto alcance, baja retención y costo. El seguimiento fue realizado por los investigadores a través de mensajes de WhatsApp y acceso a la aplicación. Se realizaron reuniones presenciales (de referencia y de reevaluación), se respondieron preguntas y se obtuvo adherencia. El estudio destacó barreras (formato del programa), facilitadores (seguimiento), impactos positivos (contenidos diversos y autocuidado) y sugerencias de expansión (intensificación de los momentos presenciales; estímulo de la gestión). **Conclusiones:** Los actores sugirieron la viabilidad de intensificar los encuentros presenciales, con el objetivo de aumentar la adhesión y la implementación. Se sugieren estudios futuros para comprender las barreras desde la perspectiva de quienes abandonan el programa.

**Palabras clave:** Ciencia de la implementación; Intervención en línea; Costos y Análisis de Costos; Salud Ocupacional; Atención Primaria de Salud.

## Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel fundamental na promoção da saúde no território, atuando como elo entre a comunidade e os serviços de saúde (Costa *et al.*, 2015; Santos, Karine da Silva *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020). Suas práticas educativas impactam positivamente na prevenção e manejo de agravos à saúde, fortalecendo vínculos e garantindo um cuidado mais efetivo e duradouro (Barreto *et al.*, 2018; Machado *et al.*, 2015; Pinto *et al.*, 2017).

Em outro aspecto, a crescente informatização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem exigido agilidade nos registros dos atendimentos. O uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), como prontuários eletrônicos e o aplicativo e-SUS Território, incorporado ao trabalho dos ACS desde 2016, tem otimizado a coleta e análise de dados, promovendo um planejamento mais eficaz das ações de saúde (Brasil, 2019; Reis, 2023). Além da informatização dos registros, as TIC possibilitaram a capacitação contínua das equipes, especialmente durante a Pandemia (Jones *et al.*, 2024), por meio de plataformas como AVA-SUS e UNA-SUS (Bender *et al.*, 2024). Em 2023, o Ministério da Saúde lançou o curso "Mais Saúde com Agente", ampliando a formação técnica dos ACS via ensino mediado por tecnologia (Brasil, 2023, 2023).

Nessa perspectiva, as TICs também têm facilitado a comunicação e a interação entre os profissionais de saúde, promovendo o compartilhamento de informações e a realização de treinamentos (Mota *et al.*, 2018; Veloso, 2021). A Pandemia impulsionou ainda mais esse processo, com a disseminação de aplicativos e programas focados na promoção da atividade física e alimentação saudável, por meio de vídeos, *lives* e cursos *on-line* (Canton-Martínez *et al.*, 2024; Ebert; Streicher; Notthoff, 2024).

Diante do potencial das TIC na promoção da saúde, este estudo propõe a implementação do Programa Transformação, voltado para a mudança de comportamento dos ACS em relação a um estilo de vida saudável. A avaliação da implementação será realizada com base no modelo RE-AIM, que analisa a adesão individual e organizacional ao programa, destacando adaptações, custos e impactos (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999; re-aim.org).

A documentação desse processo se faz necessária para compreender os desafios e oportunidades da implementação de intervenções digitais para trabalhadores da saúde. Dessa forma, este estudo busca a implementação de um programa de promoção da saúde *on-line* com ACS, incluindo delineamento, custos, consistência da entrega e percepções de participantes e organizações envolvidas.

## **Materiais e Métodos**

Estudo de intervenção, quase experimental, abordagem com qualitativa, para avaliar a implementação de um Programa de Mudança de Comportamento (atividade física e alimentação saudável) *on-line* em Agentes Comunitários de Saúde. O Programa foi conduzido no período de outubro de 2023 a julho de 2024.

O programa foi implementado com Agentes Comunitários de Saúde - ACS do município de Jequié-BA. A cidade fica situada no centro sul baiano, oferece suporte para 25 municípios e oito distritos sanitários (Bahia, 2024). A população total estimada, em 2024, foi de 168.733 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - 0,665, classificado como médio. Segundo dado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2023, Jequié contava com 34 estabelecimentos de saúde com trabalhadores ACS, totalizando 333 ACS registrados. Entre os serviços cadastrados, 30 eram Estratégias de Saúde da Família - (ESF) e quatro eram Centros de Saúde (CS) e sete Programas de Agentes Comunitários de Saúde - (PACS) (Brasil, 2023).

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa para os participantes foram: ser agente comunitários de saúde, com tempo de serviço maior ou igual há cinco anos, ser trabalhador atuante na zona urbana ou rural em Jequié, ter idade superior ou igual a 18 anos, ter consentimento para participar da intervenção por um período de seis meses *on-line* e não realizar de atividade física regular e/ou ter hábitos alimentares saudáveis e/ ou apresentar dor ou diagnóstico de doença crônica não transmissível. Os critérios de exclusão adotados para o ACS participante foram: o não comparecimento à coleta inicial, e ausência de estabelecimento do contato até em 15 dias da data do *baseline* realizada na unidade de saúde que era vinculado, a recusa do cadastro no site do Programa VAMOS *on-line* e os ACS que praticavam alguma modalidade de atividade física com frequência de três vezes por semana ou pelo menos 150 minutos por semana e/ou os que tinham uma alimentação saudável.

Inclui-se também, além dos ACS, os coordenadores/gerentes dos serviços de saúde e os agentes de pesquisa, a fim de compreender as percepções dos diversos atores envolvidos na implementação do Programa. Assim, os critérios estabelecidos para inclusão dos coordenadores/gerentes era atuar em uma das unidades com ACS cadastrado dentro do período correspondente ao estudo (outubro-2023 a julho-2024). Já os agentes de entrega os critérios de elegibilidade foram: ser discente dos cursos de saúde das faculdades Santo Agostinho ou da Universidade Estadual do Sudoeste, participante como bolsista remunerado ou voluntário do Grupo de Pesquisa do Projeto guarda-chuva intitulado: “Intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde: uma análise com base no modelo RE-AIM”. Ter participado das capacitações para coleta de dados e acompanhamento do Programa Transformação.

Dessa forma, os 296 ACS do município foram elegíveis para compor o estudo de intervenção, sendo que do total 147 atenderam os critérios de inclusão e foram alcançados no Programa Transformação. No que se refere à participação dos coordenadores/gerentes, dos

serviços de saúde, 27 responderam o questionário, dentre os 41 serviços existentes no município. Em relação aos agentes de entrega da intervenção houve a participação de 11 monitores, sendo quatro bolsistas remunerados e sete voluntários.

Para fins de análise dos dados referentes à implementação do Programa Transformação *on-line* – utilizaram-se as definições propostas pela estrutura do *RE-AIM* (Benedetti *et al.*, 2012; Glasgow, R E; Vogt; Boles, 1999). Assim, no presente estudo, a dimensão implementação foi avaliada por meio dos seguintes questionamentos: os participantes conseguiram acompanhar as seções do Programa Transformação? (nível individual); e a intervenção foi aplicada conforme planejamento previsto? Houve modificações na entrega do Programa? Se sim, quais adaptações foram realizadas? Quais os custos demandados para a implementação do Programa Transformação? (nível organizacional – equipe de entrega). Quais as percepções dos coordenadores e equipe de entrega acerca do programa implementado? (nível organizacional – coordenadores/gerentes, serviços de saúde).

Avaliou-se a implementação sob o olhar dos ACS participantes por meio de um grupo focal e com os dados do site do Programa Vamos *on-line*. A respeito do grupo focal as perguntas interpeladas foram: O instrumento utilizado no Programa foi adequado para vocês? (o caderno *on-line* que tinha para ler e realizar as atividades e planos de mudança de comportamento (alimentação e atividade física que gostaria de mudar na sua vida); as seções/atividades que vocês realizaram no caderno *on-line* foram suficientes para auxiliá-los no progresso do Programa Transformação? O que acharam do monitor que acompanhou vocês pelo grupo do *WhatsApp*? Vocês foram respondidos com rapidez ou demoravam? As dúvidas foram resolvidas? A linguagem dos monitores era de fácil entendimento para vocês?

Para avaliar a implementação segundo o olhar dos gerentes/coordenadores dos serviços, aplicou-se um questionário semiestruturado via formulário *Google Forms*, contendo dados das características sociodemográficas e perguntas subjetivas: O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação *on-line*? Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações você faria?

Levantaram-se também as percepções dos agentes de entrega da intervenção após o término do programa por meio de um questionário semiestruturado via *Google Forms*, contendo dados das características sociodemográficas e perguntas subjetivas: quais as facilidades e barreiras encontradas no momento da criação do grupo de *WhatsApp* direcionado para o acompanhamento dos ACS durante os seis meses do Programa. Você seguiu o

cronograma pré-estabelecido (seções e tempo de realização) para o desenvolvimento do Programa (seis meses) ou precisou realizar adaptações alguma ESF que ficou responsável pelo acompanhamento? Por que/motivo)? Descreva as dificuldades encontradas (enquanto monitor) durante o acompanhamento dos ACS *on-line*. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação *on-line*? Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações você faria?

Os custos com o programa e a taxa de retenção serão descritos, visando compreender o gasto total para implementação do programa, bem como o percentual dos ACS concluintes do programa durante a execução. Para obtenção da taxa de retenção, os ACS concluintes foram divididos pelo número de ACS iniciantes da intervenção, multiplicado por 100.

O banco com os dados de cadastro e acompanhamento dos participantes foi fornecido por um técnico responsável pela base do Programa Vamos - na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, no formato Microsoft Excel 2010. Posteriormente, houve a limpeza, organização e uniformização do banco. A respeito da gravação dos discursos dos ACS no grupo focal, foram transcritas pelo programa *Trasnkriptor*, transportados para o *Word*, no qual houve a revisão e limpeza por dois pesquisadores, a fim de organizar o corpus textual. Em relação aos questionários aplicados com os coordenadores/gerentes e agentes de entrega do Programa, foram baixados do sistema *Google forms* em uma planilha do *Excel* 2010, revisado e limpo pelo pesquisador. As perguntas subjetivas foram organizadas em um arquivo do *Word*, visando à elaboração do corpus textual, contendo as descrições das respostas dos coordenadores/gerente e equipe de entrega da pesquisa. Na sequência, os conteúdos textuais foram processados no programa Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ versão 0.8 alpha 7) (Camargo; Justo, 2021).

O material textual foi organizado em corpus textual monotemático para cada grupo de participantes separadamente (ACS, Equipe de entrega e coordenador/gerente) e, posteriormente, analisados, por meio dos recursos metodológicos do *software*. Após a etapa de processamento pelo IRAMUTEQ, as respostas dos (ACS, Equipe de entrega e coordenador/gerente) foram interpretadas e avaliadas mediante a análise de conteúdo de Bardin (2011). Assim, a análise dos dados, procedeu seguindo as etapas de: 1) pré-análise, que se subdivide em quatro etapas: a leitura flutuante; escolha do material (guiado pelas regras da exaustividade, pertinência e homogeneidade); formulação e/ou reformulação das hipóteses e objetivos; e formulação dos indicadores 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Bardin, 2011).

Análise multivariada foi gerada no IRAMUTEQ, gráficos de similitude, de cada grupo, a fim de identificar as coocorrências e comparar as percepções dos grupos analisados, sendo uma forma crucial para avaliar os resultados estatisticamente. Procedeu-se à análise dos resultados com a codificação das falas, agrupando os temas por similaridade, integrando em categorias. Na sequência, foram realizadas inferências e interpretações sobre os dados, analisando qualitativamente os temas e as categorias definidas conforme o objetivo do presente estudo. Dois pesquisadores realizaram a categorização das informações textuais, análise do conteúdo e escolha dos relatos, conforme a distribuição das classes estabelecidas pelo IRAMUTEQ e um terceiro pesquisador atuou na decisão de possíveis divergências, seguindo a triangulação para validade de estudos qualitativos (Guion; Diehl; McDonald, 2011).

Por se tratar de um estudo que envolveu abordagem qualitativa, a lista de verificação do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) foi utilizada, visando realizar a descrição detalhada do estudo (Souza *et al.*, 2021; Tong, Allison; Sainsbury; Craig, 2007). A classificação foi agrupada e descrita segundo as características da equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo, análise e conclusões do estudo.

Os dados do acompanhamento dos participantes na implementação do Transformação, foi analisado quantitativamente no Programa Estatístico SPSS 20.0, no qual foi possível avaliar as frequências absolutas e relativas para a quantidade de seções realizadas pelos ACS cadastrados, bem como do tempo em dias de realização das seções por serviço de saúde. Utilizaram-se medidas de tendência central para caracterização dos ACS estudados.

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB e teve parecer favorável para a sua realização, sob protocolo 4.046.824. Assim, foram observadas e seguidas todas as questões éticas que norteiam pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do documento eletrônico, tendo uma cópia fornecida/enviada para o e-mail cadastrado na pesquisa.

## **Resultados**

### *Delineamento do Programa Transformação*

#### Etapa 1: Recrutamento dos ACS Programa Transformação

Os contatos para recrutamento dos participantes iniciaram em 20 outubro de 2023 e finalizou em 15 dezembro de 2023, mediante os agendamentos realizados, com datas distintas para cada serviço contactado.

As estratégias utilizadas para alcance da população alvo foram: divulgação de mídias em redes sociais, contato com os gestores da administração na secretaria de saúde do município; contato/reunião com os ACS em reunião do órgão sindical dos ACS, reunião com os membros da secretaria de saúde responsáveis pela coordenação da Atenção Básica, contato com os coordenadores/gerentes em cada unidade e afixação de cartazes em murais de todas as unidades da atenção básica (Estratégias de Saúde da Família, Centros de Saúde, sede da Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e sindicato dos ACS). A divulgação também ocorreu com o uso do aplicativo de rede social – Instagram e em assembleia-geral do sindicato dos ACS - visando difundir o Programa de Intervenção e alcançar os participantes por diversos meios.

O contato com os coordenadores/gerentes das unidades na sua maioria ocorreu presencialmente e, quando na impossibilidade pela ausência do responsável pela equipe no local no dia da visita, o contato foi posteriormente estabelecido via mensagem de texto pelo aplicativo *WhatsApp*, com encaminhamento do cartaz virtual para divulgação, explicação breve da intervenção, o público alvo, solicitação de preenchimento da lista de ACS trabalhador na equipe, com a discriminação do quantitativo dos agentes em exercício da função, bem como os afastados por doença ou licença, os de férias e os realocadas em outras funções.

Nas unidades em que os ACS estavam presentes, no momento da visita da equipe de coleta, o diálogo também foi estabelecido com o próprio ACS, explicando previamente a proposta do Programa e fazendo menção da coleta de dados, na qual todos seriam contactados ao conhecimento e participação pelo coordenador da USF, caso tivessem interesse. Os cartazes fixados nos murais tinham telefone e *QR code* (Figura 1), para esclarecimentos e informações.

O tempo decorrido entre a divulgação e a realização da linha de base variou de 20 a 35 dias, a contar da colocação do cartaz e o primeiro contato com a (o) gestor/coordenador das unidades acompanhadas.

Os agendamentos foram pactuados seguindo a disponibilidade de horário, espaço e turno de cada unidade de saúde contactada. As unidades que tiveram consentimento e tinha territorialidade próxima houve o agrupamento de duas equipes. As unidades que estavam em

reforma ou não tinha espaço interno para realização das atividades, a coleta ocorreu em um espaço extramuro.

### Etapa 2: Coleta do *baseline* - Momento 1 (M1)

No dia da coleta, linha de base, os ACS foram recepcionados pela equipe do programa em uma sala. Inicialmente, havia uma explanação do Programa “TransformAÇÃO”, seguido pelo cadastro no aplicativo do VAMOS, avaliação e as oficinas de autocuidado dos participantes que compareceram. A projeção das oficinas no *baseline* proveio de diálogos prévios com os coordenadores e observações da pesquisadora com os ACS, visando propor uma perspectiva de autocuidado e aproximação dos pesquisados.

A coleta do *baseline* foi organizada em oficinas, a fim de facilitar a participação dos ACS presentes em todas as atividades previstas. Assim, os ACS presentes foram distribuídos em pequenos grupos de atividades, caracterizados a seguir: 1. Explicação da Intervenção; 2. Oficina de avaliação física; 3. Oficina de cadastro no site do VAMOS dos ACS que aceitaram participar do Programa (cadastramento e avaliação inicial do Programa); 4. Oficina aprendendo o autoalongamento e automassagem; 5. Oficina de aromaterapia e meditação; 6. Lanche coletivo saudável; 7. Orientações finais (como procederia o acompanhamento dos ACS no programa *on-line*, contatos para possíveis retiradas de dúvidas, assinatura da lista de frequência e assinatura dos termos de consentimento no instrumento de coleta do *Google Forms* complementar).

Os ACS foram contatados posteriormente presencialmente ou *on-line* (via aplicativo *Google Meet*), para uma reunião individual, buscando responder um questionário complementar à pesquisa (*Google forms*). Alguns, quando tinham habilidade com ferramentas tecnológicas, responderam este questionário presencialmente, no dia da coleta na sua unidade, com auxílio dos monitores. Salienta-se que a equipe de coleta foi previamente treinada para ocupar cada espaço/oficinas, no momento da coleta.

Nos momentos dos *baseline* alguns ACS perguntaram se eles seriam certificados pelo “curso”, tendo ideia que seria um curso para melhorar sua interação com os usuários, promovendo atividade física e alimentação saudável para a comunidade e não para eles, enquanto trabalhador. Essa dúvida foi referida pelos ACS em diversas unidades no *baseline*, os pesquisadores reiteraram a proposta da intervenção e reafirmaram o público-alvo.

### Etapa 3: Desenvolvimento do Programa Transformação *on-line* - Momento 2 (M2)

A versão 3.0 *on-line* do Programa VAMOS foi utilizado pelo Programa Transformação, mediante autorização da equipe. Seguiu-se o direcionamento das temáticas propostas nos livros elaborados e desenvolvidos para o Programa VAMOS 3.0 *on-line*, com realização individual (método autoinstrucional, com tempo e horário de realização de cada seção determinado pelo acesso do participante *on-line* a plataforma/aplicativo (Quadro 1). O acompanhamento foi realizado por pesquisadores, seguindo um cronograma pré-estabelecido, e os registros das tarefas/atividades realizados em ambiente virtual (Ribeiro *et al.*, 2021), conforme Figura 1.

Inicialmente, adaptou-se o cronograma do Programa Vamos *on-line*, para que fosse desenvolvido com os ACS do presente estudo (Figura 1). Tanto os ACS como a equipe de entrega deveriam seguir o cronograma pré-definido na intervenção, passando pelos conteúdos das seções 1 a 18, durante seis meses. A recomendação é que todas as 18 seções fossem realizadas ao longo do período, seguindo os prazos sugeridos para cada uma delas, a fim de evidenciar as mudanças realizadas, isto é, as práticas adotadas e implementadas, nos pilares atividade física e nos hábitos alimentares saudáveis dos trabalhadores ACS ao final do programa (Figura 1).

O primeiro livro do VAMOS traz as explicações de como começar uma vida ativa, elucidando o funcionamento do programa de mudança de comportamento em si, além da abordagem do estilo de vida e a avaliação inicial dos participantes. Nesta seção, o participante do estudo realizou também a avaliação inicial, que no presente estudo ocorreu presencial. Ao longo das seções 2 a 17, pontos de reflexão foram exigidos do participante, o qual tinha atividades e tarefas a cumprir. Nas tarefas, comando de questionamentos para que houvesse a priorização de metas, nos quesitos atividade física e alimentação saudável, e, na seção seguinte, repensasse nas metas traçadas e realizadas, trazendo as facilidades, as dificuldades e os pontos que ainda poderiam adotar para alcançar êxito nas não atingidas (Figura 1).

Os participantes foram orientados a desenvolverem um tema por semana, iniciando na seção um até a 12. Dando seguimento, nas seções 14 a 17, quinzenalmente e, na seção 18, quinzenal, a reavaliação geral, para que os avanços fossem analisados e comparados, pré e pós-intervenção, computando a efetividade e a taxa de retenção do Programa. A sinalização de acesso a cada livro/seção foi realizada pela equipe de acompanhamento, que disparavam mensagens nos grupos (via aplicativo *WhatsApp*) ao longo da implementação do programa (Figura 1).

Assim, a entrega do programa foi conduzida por 11 monitores/pesquisadores divididos para realizarem o acompanhamento dos ACS durante seis meses. Um grupo de *WhatsApp* foi

criado, no máximo, após dois dias de coleta em cada serviço, o qual era gerenciado pelo monitor responsável, a fim de realizar o acompanhamento dos ACS.

Os monitores foram capacitados *on-line* e instruídos por um manual em PDF, contendo a descrição para: criação do grupo, acesso aos materiais de auxílio, que seriam encaminhados aos ACS, e a descrição da condução do acompanhamento. Criou-se também uma planilha padrão para o acompanhamento, visando anotações de campo. Reuniões mensais foram conduzidas com a equipe de entrega, buscando realizar o acompanhamento e identificar lacunas que estivessem impedindo a continuidade dos ACS no Programa de Transformação.

Os grupos foram criados contendo: a logo e o nome do Programa, descrição do nome da unidade, docente responsável, monitor(es), data da coleta realizada presencialmente e coordenador/gerente dos serviços. Nas unidades em que houve agrupamentos para a coleta, criou-se um único grupo de acompanhamento para ambas. Na sequência, o monitor encaminhava texto de boas-vindas aos participantes, um vídeo ensinando como acessar e manipular o site do vamos, bem como o *card* e vídeo correspondente à primeira seção a ser realizada, no caso, a leitura do conteúdo educativo, já que as avaliações já tinham sido realizadas presencialmente.

A inserção do telefone dos ACS no grupo teve consentimento dos mesmos (no *baseline*), para que houvesse o acompanhamento, mas ficava a cargo deles aceitar ou não a entrada no grupo. Muitos acabaram não aceitando o convite, ou o telefone estava incorreto, tendo perda no seguimento.

No total, 147 ACS foram cadastrados no programa, sendo que 141 computados para implementação e acompanhamento, em 39 serviços existentes na atenção básica em Jequié. Dos 41 serviços, um os ACS não consentiram a participação e outro a coleta de dados e cadastros dos ACS foram realizadas, no entanto, houve erro na criação do grupo, impossibilitando o acompanhamento dos ACS (n=6), sendo retiradas da etapa de implementação.

Mesmo diante da distribuição dos monitores para criação dos grupos, houve falha de comunicação e ausência de acompanhamento dos ACS de um serviço (não teve criação do grupo *WhatsApp*) e postergação da criação dos grupos de duas ESF. As duas unidades, que tiveram coletas no mesmo dia, o grupo foi criado um mês após a coleta, o que demandou reorganização do cronograma previamente apresentado, agrupando as seções 1 e 2, em uma única semana, já que a primeira objetivava a avaliação dos participantes e apresentação do programa em si, não gerando prejuízos, pois somente a partir da segunda tinha estabelecimentos de planos e metas a serem projetadas. Na sequência, houve o agrupamento

das seções 3 e 4 também. Com isso, permitiu-se o acompanhamento dos ACS das referidas ESF e, inclusive, duas ACS participaram até o final da intervenção, sendo, portanto, reavaliadas.

Em relação à unidade que não houve a criação do grupo para o acompanhamento, percebeu-se que mesmo entregando o cronograma impresso e todas as orientações acerca do acesso nenhum ACS logou o site para realizar as seções subsequentes, evidenciando que a logística pensada para o acompanhamento favoreceu o incentivo e o acompanhamento dos mesmos. Após a identificação do serviço que não se criou o grupo, e esta unidade específica foi retirada da avaliação final da pesquisa (três ACS foram cadastrados). Contudo, os ACS foram acompanhados por um monitor por igual período (seis meses), oportunizando a participação e cumprindo o compromisso ético de entrega do programa aos participantes que tinham realizado o cadastro no Programa daquele serviço de saúde.

Salienta-se também que uma participante fez o cadastro *on-line*, sem orientação ou qualquer contato com a equipe de pesquisa, fez as atividades propostas sozinha, sendo guiada pelas instruções e cronogramas existentes no site do Vamos, já que a equipe não teve nenhum contato com ela presencialmente, nem a inclusão no respectivo grupo da sua unidade. Algum ACS pode ter compartilhado o material de instrução ou a mesma teve a iniciativa e facilidade com o uso de dispositivos tecnológicos, propiciando sua participação no programa. Por não atender os pré-requisitos estabelecidos para integrar a amostra, a ACS não entrou na avaliação final do presente estudo.

Por vezes, os ACS passavam para a seção subsequente sem perceber, pois, ao acessar a última página de cada seção, já era direcionado diretamente para a seção seguinte. Mesmo tendo a referência a uma nova seção, eles avançavam na leitura, não cumprindo o cronograma com fidelidade, conseqüentemente, não tinham tempo suficiente para efetivar as metas propostas na seção anterior. É importante salientar, que houve uma explicação do formato de cada seção na apresentação inicial do Programa e vídeo orientador de manipulação, no entanto, a ausência de um limitador de avanços existente no aplicativo Vamos por seção e a falta de controle da equipe dificultou este acompanhamento. Diante do contexto explicitado, essa etapa da implementação, pode ter impactado na efetividade do programa.

Logo após a criação dos grupos, ACS de duas unidades reportaram problemas frequentes no acesso ao site Vamos. Os monitores agendaram um horário presencialmente, a fim de solucionar, entretanto, foi acionado o técnico responsável para solucionar, já que o erro era no sistema. Alguns instalaram o aplicativo no celular para facilitar o acesso, contudo, erros recorrentes inviabilizaram a manutenção do acesso.

Diante deste contexto, houve falta de seguimento de alguns ACS participantes na intervenção, por não aceitarem às falhas constantes existentes na plataforma utilizada do Vamos *on-line* (erros na senha, e-mails, falta de direcionando para criação de novas senhas, indisponibilidade temporária do site), o que desmotivou e gerou a desistência de cinco participantes (que vinham demonstrando entusiasmo e elaboração de estratégias individuais para efetivação das mudanças – lembretes fixados na geladeira contendo as metas para a semana).

Outros sinalizaram nas reuniões de acompanhamento que o motivo da desistência do programa tinha relação com as demandas de tempo, problemas pessoais, familiares e de trabalho, evidenciando que o programa era inovador e pertinente.

Durante o acompanhamento, de acordo com cada seção temática existente no cronograma, cards e vídeos foram encaminhados nos grupos de acompanhamento, semanal, ou quinzenal, a depender do cronograma previsto. Assim, cada abertura da seção continha: materiais (vídeo e *cards*), texto descritivo com o objetivo da seção, o prazo para cumprimento, e o *link* do site do Vamos, com o intuito de lembrar os participantes que uma nova seção estava iniciando. Os *cards* e vídeos (de mais ou menos um minuto) foram elaborados pela equipe de pesquisa com conteúdos e imagens oriundos do site Vamos, visando manter a similaridade das imagens e conteúdos abordados (Figura 1).

Houve adaptações do cronograma também em algumas unidades por esquecimento de parte dos monitores, atrasando um dia para encaminhar o comunicado no grupo de *WhatsApp* para abertura da semana ou postergação em dias de feriados, ou visando atender demandas específicas de alguns participantes.

Em fevereiro de 2024, ao observar redução do acesso dos ACS ao sistema, os monitores encaminharam mensagens, no intuito de ajudar a resolução de possíveis dúvidas e/ou problemas encontrados. Entretanto, os que sinalizavam diziam estar tudo bem e que estavam com dificuldades de encontrar tempo para realizar a adesão ao programa.

Ao observar baixa participação dos ACS no acesso ao sistema, visando estimulá-los no seguimento da intervenção, em março de 2024, reuniões presenciais foram agendadas via coordenação ou diretamente com os ACS. Mesmo diante da proposta de acompanhar de perto as dificuldades, alguns serviços apontaram indisponibilidade de horário para agendamento, por conta das diversas demandas internas de trabalho nos serviços de saúde. Dentre os serviços participantes, nove eram ACS das ESF da zona urbana, sendo que destas cinco equipes tinham composição dupla e os ACS trabalhadores dos PACS, apenas os ACS de um

centro de saúde participaram, no entanto, a reunião foi realizada *on-line* via aplicativo *Google Meet*.

Ao levantar os problemas na reunião presencial, perceberam-se dificuldades no entendimento do que de fato era o Programa em si. Houve confusão de uma ACS como se os *cards* e vídeos encaminhados fossem a realização do Programa. As demandas do trabalho, cansaço foram apontados como limitadores para a continuidade no programa. Diante do contexto, os ACS, com baixo acesso, foram estimulados a lerem ao menos os conteúdos, caso não conseguissem estabelecer uma rotina de mudança de fato.

Diante das dificuldades apontadas, na sequência, intensificou o contato dos monitores com interlocução com os ACS nos grupos e preenchimento quinzenalmente da planilha de acompanhamento, com o intuito de observar o fluxo de entrada de cada participante no site do Vamos. Mensagens com estímulos semanais eram encaminhadas. Em abril e maio, os contatos individualizados foram realizados pelos monitores com todos os ACS que tinham conseguido acompanhar o programa a partir da seção 7 (n=30; 20,0%), visando auxiliá-los na conclusão do programa. Observou-se, conseqüentemente, que essa tática surtiu efeito para aumentar a participação, mesmo não seguindo o tempo destinado a cada seção no cronograma com fidelidade. Entretanto, nem todos ACS conseguiram finalizar as 18 seções, mesmo tendo a extensão do prazo de coleta final para alguns serviços.

A distribuição de participação se comportou da seguinte maneira: 81,6% (n=120) acessou a seção 1 a 5, 10,2% (n=15) fizeram entre 6 a 14 seções e os ACS que concluíram ao menos 75% (15 a 18 seções) do programa foram 8,2% (n=12), sendo que destes apenas 11 participantes realizaram a reavaliação.

A Figura 2 destaca as frequências de participação de acordo com o serviço de saúde, evidenciando haver maior concentração de acesso às cinco primeiras seções do Programa nos diferentes serviços de saúde. A distribuição das frequências demonstra também um acesso maior dos ACS lotados nas ESF da zona urbana, seguidos do centro de saúde e PACS, que foram os serviços com maiores concentrações de ACS concluintes do programa.

A distribuição da duração de seções variou entre 0 e 228 dias, com mediana de 3 dias (Q1=0 e Q3=93). A estratificação por tipo de serviço evidenciou medianas de 0 dias para Centro de saúde (Q1=0 e Q3=1; Mín =0 e Máx=228) e para as ESF da zona urbana (Q1=0 e Q3=93,5; Mín =0 e Máx=214) (Figura 2A e 2B). Entre os ACS dos PACS, a mediana foi estimada em 31 dias de duração (Q1=0 e Q3=139; Mín =0 e Máx=188), seguidos daqueles das ESF da zona rural com mediana de 50 dias de duração (Q1=5 e Q3=113; Mín=0 e Máx=175) (Figura 2C e 2D).

O tempo estimado em dias dos ACS que concluíram o programa variou de 27 a 207 dias. O prazo esperado de realização do programa era de seis meses (180 dias), assim, apenas dois ACS cumpriram o tempo estimado.

Acrescenta-se também as orientações de organização da rotina semanal pontuadas pela equipe aos participantes, buscando estimular os ACS a reservarem ao menos 40 minutos para leitura do material e objetivar as metas que desejavam, assim que fosse liberado a seção, para terem tempo suficiente de buscarem estratégias e incrementarem as mudanças na alimentação e prática de atividade física estabelecidas.

A frequência dos contatos deu-se conforme a logística de entrega do programa, guiados pelo cronograma e/ou necessidades identificadas pelos ACS. No geral, 24 momentos de contato foram efetivados por aplicativo tecnológico (mensagem celular) em cada grupo criado. Iniciou-se com a criação dos grupos e semanalmente um contato foi estabelecido até a seção 12 do Programa. No seguimento das seções 14 até a 17, que a realização era quinzenal, dois contatos foram estabelecidos, um na abertura e outro próximo à data de finalização da seção, a fim de lembrá-los. Outras interações livres foram realizadas por mensagem, para retiradas de dúvidas pessoais e em datas comemorativas no Brasil (natal, ano novo, semana santa e dia internacional da mulher). Adiciona-se também, para os ACS que fizeram as seções 8 até a 17, contato por chamadas telefônicas ou mensagens de texto individualizadas (n=30 ACS) aconteceram. Entretanto, é importante salientar que a frequência e o tempo de participação dos ACS no sistema do programa *on-line* dependiam da individualidade, ficando a cargo de cada participante a escolha do tempo mais oportuno.

Um ponto de dificuldade observado foi a sinalização de alguns problemas no site do Vamos, impossibilitando o detalhamento do tempo estimado de realização de cada seção por participante, impactando na realização dos cálculos da média estimada de tempo despendido por seção individual e total dos participantes envolvidos. Obtivemos o tempo em dias, não sendo o mais apropriado para identificar os avanços dos participantes.

No total, três encontros presenciais ocorreram em todos os serviços (*baseline*, apoio a implementação e reavaliação do ACS participantes); os momentos presenciais delongou quatro horas para o *baseline* e avaliação final, enquanto os demais encontros pontuais para dúvidas na etapa de implementação cerca de 30 minutos a 2 horas a depender das demandas existentes para resolução. Os contatos finais para dialogar as informações acerca da coleta final por telefone duraram 1 a 2 minutos a cada ligação realizada, sendo que (n=14 ACS) foram contatados.

Os contatos com os coordenadores dos serviços em cada contato presencial realizado perfizeram um tempo de 10 a 15 minutos. E os diálogos para agendamentos, lembretes para solicitar planilha, divulgação dos agendamentos dos momentos presenciais, agendamento de apoio a adesão, para responder o questionário destinado ao coordenador e o agendamento da reavaliação dos ACS. Houve uma variação dos contatos entre os serviços, girando em torno de 12 a 20 contatos por mensagem em cada, pois dependia do retorno/dúvida do coordenador/gerente. Poucos serviços o contato via mensagem foi inviável, sendo efetivados esporadicamente por ligações telefônicas, nesse quesito, cinco contatos foram mediados, durando 10 a 15 minutos cada.

#### Etapa 4: Coleta Final - Momento 3 - M3

Os ACS cadastrados no *baseline* nos diversos serviços foram convidados para o fechamento do Programa, até mesmo os ACS não concluintes da intervenção, mas que fizeram (a partir de 7 seções do programa), visando compreender as percepções, as barreiras e facilitadores que impossibilitaram a realização do programa até o fim. No total 14 ACS concluíram o programa, mas apenas 11 compareceram para a reavaliação final.

Seguiu-se a mesma proposta de agendamento conduzido na linha de base, diálogos com os coordenadores para fechamento de data e local. Alguns coordenadores, em que no *baseline* a reunião ocorreu em outra unidade próxima, solicitaram o agendamento no seu próprio serviço, apontando que seria mais viável para os ACS.

A coleta final foi organizada em oficinas, a fim de facilitar a participação dos ACS presentes em todas as atividades previstas. Assim, os ACS presentes foram distribuídos nas atividades a seguir: 1. Momentos finais de fechamento da Intervenção (abordagem geral acerca de todo o percurso e conteúdos trabalhados e agradecimentos); 2. Oficina de reavaliação física aplicadas para os ACS que concluíram o Programa e compareceram à reunião (realização das medidas de: altura, peso, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar). 3. Oficina de avaliação final no site do VAMOS dos ACS, somente para os concluintes do Programa, respondendo aos itens na seção 18 (os mesmos dados da avaliação inicial); 4. Oficina de avaliação qualitativa (grupo focal); 5. Oficina de terapia manual (aplicou-se individualmente massagem manual na região dorsal, ventosoterapia, seguida de alongamentos da coluna cervical) em uma sala privada e organizada com aromaterapia e som relaxante; 6. Oficina de auriculoterapia – inserção de sementes em pontos das orelhas para aliviar tensões e estresse (conduzida por uma profissional capacitada); 7. Lanche coletivo saudável (frutas da época, bolos de aipim e milho; cuscuz, aipim cozido, pipoca, sucos, café e

chás); 8. Orientações finais (os ACS foram estimulados a manter os novos comportamentos e para os que não conseguiram a disponibilidade do site para realizarem quando quiserem).

Na última oficina agendada para finalização do programa, compareceram os ACS da zona rural, os ACS não concluintes e com os que conseguiram participar até o final. Nesse momento, houve sorteio de brindes (garrafas, fisioball) e para os concluintes sorteou dois óleos essenciais e um aparelho de difusor/aromatizador. Fechamos com foto dos participantes e anunciamos um retorno para aqueles que concluíram após nove meses, a fim de avaliarmos a manutenção.

### *Medidas de Custo da Implementação e Taxa de Retenção*

O projeto contou com uma verba de fomento da universidade, que custeou a maioria das despesas da intervenção, e o restante foram financiados por recursos próprios dos pesquisadores. Durante a implementação do programa, o gasto total foi R\$ 10.27,40, sendo R\$ 3.210,00 com o recrutamento. No *baseline* foi R\$ 4.846,40, com materiais de consumo, itens para avaliação dos participantes e brindes. Na etapa de adesão e reavaliação, o gasto total foi R\$ 72,00 e R\$ 2.151,00 respectivamente. O custo individual da intervenção foi de R\$ 69,93 (10.27,40/147). Uma bolsa mensal foi fornecida pelos órgãos de fomento para quatro monitores bolsistas que tinham carga horária de 20 horas mensais dedicadas para o programa (Tabela 01).

No total, 150 ACS foram cadastrados no Programa, sendo que 147 atenderam os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Assim, a taxa de alcance foi de 49,6 (147/296x100) e de retenção foi de 7,48% (11/147x100).

### **Resultados Qualitativos da implementação**

#### *Percepções dos ACS, gerentes/coordenadores dos serviços de saúde e equipe de entrega do Programa Transformação*

A população de estudo foi composta por três grupos, sendo: 1. uma equipe de entrega foi composta por 10 ACS, 6 homens e 4 mulheres, com média de idade de 23,7 anos (DP  $\pm$ 1,3; mín 21 – máx 26); 2. grupo de ACS participantes da intervenção, 3 homens e 8 mulheres, idade média de 49,5 anos (DP  $\pm$ 7,7; mín 39 – máx 63); e 3. grupo de coordenadores dos serviços na APS, 1 homem e 26 mulheres, idade média 42,1 anos (DP  $\pm$  7,5; mín 30 – máx 61) (Dados não apresentados em tabela).

Em relação às percepções dos três grupos supracitados envolvidos na implementação do Programa Transformação foram descritas em categorias e subcategorias temáticas, conforme Figura 5. Os trechos das falas extraídas do corpus textual que exemplificam a visão dos envolvidos se encontram agrupados no Quadro 2 suplementar.

No que diz respeito à análise de similitude, podemos observar as coocorrências entre as palavras. As palavras incluídas nas demarcações em “nuvens coloridas” na Figura 5 retratam os agrupamentos (cluster) entre os termos mais associados entre os grupos participantes, sendo 5A-6, 5B-5 e 5C-6 agrupamentos, correspondentes a equipe de entrega, gerentes/coordenadores e ACS, respectivamente. Dessa forma, a análise permitiu uma compreensão das inter-relações semânticas entre as palavras do corpus referente a cada participante. Ao comparar os grupos, percebe-se a coocorrência da palavra, “presencial”, identificada nas respostas dos participantes.

A Figura 5A correspondente às percepções da equipe, a árvore gira em torno de um ponto central (azul escuro) da palavra “cronograma” e “seguir” ligadas ao termo “acompanhamento”, que traz alusão às sugestões dos “encontros presenciais”, fortemente presente no estudo. Evidenciam-se acima em (azul claro) o termo “contato” entre a equipe de entrega com os ACS para participarem do “projeto”, expresso pela palavra “comentário” acerca do que “ouviram” do “projeto”, trazendo referência “positiva” e de satisfação (“gostar”). Na lateral em verde na parte superior apareceram as barreiras para criação do grupo e abaixo as “facilidades” de “enviar” os materiais de acompanhamento por meio de “mensagens” no *WhatasApp* para ACS “realizarem” o programa (agrupamento roxo), isso explica as estratégias adotadas no acompanhamento dos participantes durante a intervenção. Inferiormente (agrupamento vermelho), emergiram as dificuldades de retorno e adesão na realização do programa e também o “formulário” que citaram ser longo.

A figura 5B, evidencia as percepções dos gerentes, trazendo na região central (cor amarela) o “programa transformação” e paralelo a este na cor azul os pontos para implementação como necessidade de “recursos e ser presencial”. Na parte superior (no agrupamento de cor roxa) os profissionais trazem (a tona que os ACS amaram o momento realizado com as atividades presenciais), mas que o acesso *on-line* ao programa foi ruim. Percebeu-se, contudo, haver uma preferência por atividades presenciais, pois valorizarem o contato, além das dificuldades no manuseio do computador. Na parte lateral inferior (no agrupamento de cor vermelha) surgiram as sugestões para “despertar” o “interesse” dos “ACS” “realizarem” o programa, enquanto outros pontuaram que não tinham “nada” para “modificar”.

Por fim, a figura 5C retrata o olhar dos ACS acerca da implementação. A árvore traz os agrupamentos inter-relacionados e com intersecções, a exemplo do agrupamento azul central com a palavra “coisa”, contido no agrupamento verde com ramos se estendendo superior a inferior, fazendo conexões com os demais clusters. Estes dois agrupamentos as palavras remetem aos empecilhos, desafios para realizar o programa, que se conecta no mesmo sentido na outra lateral com “chegar”, “casa”, “ficar” e “incentivar”, sendo a última referente ao apoio e incentivo dado por meio do contato com a equipe do programa. Superiormente, no agrupamento vermelho, aparece o termo “dia”, seguida pelos ramos “bom”, “semana” e “esquecer”, que remetem a falta de cumprimento do cronograma. Inferiormente, na parte central surgem termos como: “presencial”, “mês”, “texto” e “longo”, referindo o desejo de mais encontros presenciais e que os textos eram longos. Paralelamente, o agrupamento azul traz as questões relacionadas a falhas no sistema, “recaídas” e “lembrar”, trazendo alusão ao apoio fornecido pela equipe de entrega. Na direção oposta surgem as barreiras como: “perguntas”, “repetitivas”, “tarefas” e “cumprir”, contrapondo com as expressões “assunto”, “ler” e “excelente”, trazendo a referência as visões acerca dos conteúdos das seções.

## **Discussão**

Este artigo conseguiu apresentar a descrição do delineamento de um estudo de intervenção implementado *on-line* com agentes comunitários de saúde no interior da Bahia. O acompanhamento e entrega se deram por uma equipe de pesquisadores no formato híbrido, com frequência de momentos presenciais e a realização do programa durante os seis meses intermediada por tecnologias (aplicativo Vamos *on-line* e *WhatsApp*). Utilizou-se a dimensão implementação do modelo RE-AIM para planejamento e avaliação da intervenção, detalhando aspectos importantes com *gaps* na literatura e ciência da implementação (a exemplo da teoria utilizada, os custos envolvidos no processo, frequência e duração dos contatos, adaptações do protocolo e avaliação qualitativa dos resultados).

Os resultados qualitativos trouxeram as percepções dos grupos envolvidos (ACS participantes, equipe de entrega e gestores dois serviços), evidenciando pelas categorias temáticas: as barreiras, os facilitadores, os impactos positivos do programa, acompanhamento do programa e sugestões para ampliar a implementação. Utilizaram-se ferramentas de análises do *software* IRAMUTEQ, a fim de visualizar também as conexões e os entrelaçamentos das respostas dos grupos participantes (equipe e gestores/ACS). Dessa forma, por meio da análise

de similitude, ampliou-se o entendimento do corpus textual, identificado as coocorrências das palavras.

As barreiras identificadas tinham características individual e organizacional. Posto isso, em relação ao individual os ACS relataram a dificuldade em cumprir o cronograma, já que tinha um tempo escalonado conforme a distribuição das seções, semanal ou quinzenal. Conforme expressa a fala do ACS “[...] teve uns dois lá que eu tive que fazer nos 15 dias porque eu esqueci [...]”. Tal fato dá a entender que a frequência semanal facilitou a adesão por haver um costume ou compromisso estabelecido pelo participante, quando isso modificou impactou no acompanhamento. Por outro lado, o cumprimento do cronograma apareceu como uma subcategoria do acompanhamento do programa, evidenciado que o cumprimento do programa foi efetivado pela equipe e pelos ACS. Na visão dos ACS as mensagens enviadas pelo monitor foram essenciais para o cumprimento cronograma, conforme a expressa fala “[...] porque tinha o de toda a semana e tinha de 15 em 15 dias aí quando eu terminava quando eu começava de 15 dias quando eles colocavam eu já fazia logo o meu”.

No que se cerne ao contexto organizacional emergiu dos coordenadores a ausência de apoio e recursos conforme evidencia o trecho “[...] eles comentaram que querem mudar, mas falta apoio e recursos. (P:05; score : 141.01)”, não foi detalhado o tipo de apoio e recurso necessitado, se de fato é da equipe de entrega do programa ou se faz referência a gestão do município. Mesmo porque na sugestão para melhorar a implementação foi citado a necessidade de incentivo da gestão municipal, como retrata o trecho “[...] um incentivo pela secretaria\_municipal\_de\_saúde [...]” (P19; score: 209.26). A literatura aponta que a falta de apoio da gestão municipal impacta na adoção (Maciel *et al.*, 2023), corroborando com os achados do presente estudo.

Outro ponto assinalado como barreira, enunciado nos discursos dos coordenadores e equipe de entrega foi o questionário adicional aplicado na intervenção ser extenso. Como sugestão observada pela equipe “[...] buscaria forma de ampliar o número de entrevistadores e reduziria formulário.” (P: 4; score : 34.79). O formulário complementar continham questionários validados, que são extensos e foram pontuados como complexos de entendimento (exemplo do Nórdico para avaliar a dor musculoesquelética e o IPAQ). Adotou-se estratégias visando melhorar a situação apontada pelos participantes, a exemplo de aplicação com o monitor presencial ou *on-line*, contudo isso demandou tempo adicional da equipe. Estudos apontam a viabilidade de questionários curtos e menos complexo no engajamento, conclusão e qualidade dos dados (Kost; Correa da Rosa, 2018; Žmuk, 2017) ou

a possibilidade de divisão em etapas, a fim melhorar a qualidade dos dados e a adesão (Andreadis; Kartsounidou, 2020). Assim, diante das dificuldades mencionadas é preciso repensar na elaboração de questionário conciso que permita o entendimento dos desfechos de forma objetiva ou subdividida.

Em relação a categoria facilitadores da implementação ao mesmo tempo que os ACS assinalaram o aproveitamento e a diversidade de conteúdos abordados no programa, linguagem utilizada como de fácil entendimento, eles pontuaram também como barreira a quantidade de telas conteudistas, fazendo entender que havia existência de muita informação a ser lida, levando por vezes a pensar em desistir a continuidade da realização das leituras dos livros virtuais. Borges et al., (2019) retratou a dificuldade identificada pelos idosos com a quantidade de texto dos livros do Vamos em seu estudo. O presente estudo, a equipe de entrega sugeriu “[...] além do livro traria as mesmas informações em formato de vídeo o que facilitaria a adesão.” (P: 04; score : 34.79), reiterando a literatura.

As atividades/tarefas foram sinalizadas como algo repetitivo no programa, como exemplifica a fala “[...] eu achava que tinha umas perguntas muito repetitivas, quase todas”. A estrutura do aplicativo Vamos segue um padrão de perguntas para acompanhar o progresso das mudanças realizadas pelo participante, bem como incentivo, reflexões de pontos caso o participante perceba a necessidade de replanejamento das metas (vamos.ufsc.br). A oferta de cursos autoinstrucionais, uso de *tablets*, dentre outras tecnologias faz parte do contexto de trabalho dos ACS (Reis, 2023; Santos, Romário Correia dos *et al.*, 2023). Entretanto, ao depararem com o programa *on-line* que propunha mudanças do comportamento, parece que a forma de abordagem promoveu o conhecimento individual acerca da temática, mas não foi a maneira preferencial, para que conseguissem acompanhar o programa.

Nesse íterim, mesmo sendo orientados por um arcabouço didático e teórico para fomentar estímulos para os estabelecimentos de mudanças viáveis, de forma flexível e autônoma, os grupos pesquisados assinalaram uma preferência por atividades presenciais, dificuldades em manipular tecnologias, evidenciando haver uma ausência de “alfabetização digital” e familiaridade com as TIC, o que pode ter refletido nas desistências em seguimento do programa e, conseqüentemente, nas mudanças no estilo de vida dos ACS estudados.

As falas a seguir dos participantes evidenciam o contexto explicitado:

*“[...] eu achei que ia ser assim, ia ter mais vezes presenciais assim que nós começamos e eu achei que ia ser mais presencial”.* (ACS)

*“[...] teve uma vez que eu fui responder a questão se não me lembro foi acho que a 16 e aí apareceu um negócio lá onde eu não conseguia abrir”. (ACS)*

*“[...] que eles amaram, porém acharam poucos os encontros presenciais preferem presencial à on\_line valorizam o contato.” (P: 09; score : 7.76). (Gestor de serviço)*

*“[...] muitos não têm habilidade com computador.” (P:15; Escore: 210.36). (Gestor de serviço)*

*“[...] alguns não respondiam, não sabiam mexer no celular, não sabiam o próprio e-mail para fazer o login na plataforma.” (P:07; score : 3.64). (Equipe de coleta)*

A literatura ressalta que pessoas com baixa escolaridade utilizam menos as tecnologias para fins de saúde (Badr; Motulsky; Denis, 2024; Ernsting *et al.*, 2017). Tais achados refletem na observação das características de escolaridade dos ACS pesquisados, em que a maioria só cursou até o ensino médio ou técnico, podendo explicar as dificuldades retratadas no uso do aplicativo adotado para a intervenção. As dificuldades com o uso das TIC pelos ACS foram reportadas em estudos anteriores (Santos, Romário Correia dos *et al.*, 2023), evidenciando que, apesar de ser um instrumento de trabalho na sua rotina, ainda tem uso limitado por dificuldades.

Diante do contexto de dificuldades identificadas a equipe de coleta do presente estudo sugeriram adaptações em tais requisitos no Programa Transformação – Vamos. A exemplo de atualizações no sistema visando alternativas que não se distanciem do seu objetivo inicial, mas que consigam utilizar ferramentas de incentivo a adoção e permanência dos participantes alcançados, permitindo *feedbacks* rápidos e um melhor acompanhamento. Até porque há uma difusão e tendência crescente de pesquisas e atividades com o uso de aplicativo no celular capazes de promover estratégias para fortalecer o engajamento da atividade física e alimentação saudável (Elbert; Dijkstra; Oenema, 2016; Guertler *et al.*, 2015).

Desse modo, a inclusão de mecanismos de *feedbacks*, interatividade, registros, automonitoramento, mensagens individualizadas e personalizadas de acompanhamento tem sido imprescindíveis nas pesquisas digitais (Araújo *et al.*, 2024; Elbert; Dijkstra; Oenema, 2016; Guertler *et al.*, 2015; Lathia *et al.*, 2017). Acrescenta-se também a facilidade de adesão quando a proposta do estudo diversifica o uso da tecnologia (Nordberg *et al.*, 2024). Logo, o uso de tecnologia de monitoramento do progresso, do desempenho físico dos participantes podem fortalecer a adoção das práticas regulares de atividade física, visto que permite o *feedback*, estimulando aos participantes a viabilidade de optar na sua rotina por alternativas

mais ativa e saudável(Chaabane *et al.*, 2021; Romeo *et al.*, 2019). Talvez pensar na inclusão de novas ferramentas de registro de progresso, atrelado ao aparato educativo do aplicativo, pode melhorar as taxas de retenção, encorajar a adesão dos participantes, avançando na efetividade de práticas de atividade física e alimentação saudável com o uso do aplicativo *Vamos on-line*.

Nota-se, portanto, que o engajamento em intervenções é desafiador, necessitando, na fase de planejamento, entender as características da população na qual a intervenção será aplicada, no percurso, buscar novas estratégias, a fim de melhorar o engajamento e seguimento dos participantes. No presente estudo, houve uma perda acentuada de participação dos ACS a partir da sexta seção entre os serviços, mesmo diante das estratégias de acompanhamento apenas 8,2% dos ACS chegaram ao final do programa, dessa forma a taxa de retenção foi baixa, em comparação com outro estudo realizado por aplicativo para prática de atividade física(Romeo *et al.*, 2019).

A literatura caracteriza diversos fatores que incidem nas taxas de retenção, dentre os quais, autopercepção positiva de saúde, indivíduos com elevada escolaridade já possuir hábitos saudáveis, engajamento em outras intervenções e a participação vinculada ao uso de tecnologias (telefone ou internet e aplicativos). Acrescenta-se ainda a diversidade de conteúdos ou ao envio de mensagens personalizadas aos participantes, além da autogestão e a facilidade de diálogos com os proponentes melhoram o engajamento (Meyerowitz-Katz *et al.*, 2020). Salienta-se que os relatos dos ACS ativos no presente estudo, vão em direção aos achados da literatura em se tratado de alguns fatores que incidem na retenção, evidenciando que o acompanhamento constante dos participantes pelos pesquisadores, intensificado em momentos de frequências reduzidas, foram doses suficientes para incentivá-los a retomada e permanência na intervenção.

Além disso, respostas rápidas para mitigar dúvidas e a diversidade de conteúdos abordados emergiram dos participantes e podem ter influenciado o engajamento dos ACS ativos no programa Transformação. Tong, Huong Ly *et al.*, (2024), levantaram estudos de intervenção em diferentes países, sobre a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário em diferentes populações. O contato com o uso de aplicativos guiou o estabelecimento de metas e o automonitoramento das atividades desenvolvidas, já as mensagens de texto disponibilizavam os conteúdos. Em relação aos facilitadores apontados pelos participantes, o conhecimento fomentado e os lembretes serviram como estímulos à prática de atividades. Percebe-se, assim, que as estratégias de interação utilizadas no

Programa Transformação estão em concordância com a literatura quando se trata de estudos desenvolvidos por tecnologia.

Por fim, anotações no diário de campo permitiu levantar alguns dos motivos de não adesão dos ACS ao longo do programa, sendo reportado as falhas constantes existentes no site Vamos *on-line* e nos aplicativos instalados no celular, além das altas demandas contextuais (trabalho e família), ocasionando desistências. As falas dos participantes que concluíram o programa também retratam o cansaço, desafios cotidianos e empecilhos pessoais vivenciados pelos ACS na realização do Programa. Contudo, parece que as estratégias de incentivos utilizadas no acompanhamento do ACS fortaleceram o engajamento dos ativos no programa, conforme o ACS relata “[...] *mas de repente ela vinha e dava aquela injeção de ânimo foi ai que a gente conseguia*”.

Em se tratando desta pesquisa, na percepção dos coordenadores e equipe, o aumento da frequência dos encontros presenciais poderia ser útil como mecanismos de estímulo, para favorecimento do aprendizado técnico e mitigar dúvidas com as ferramentas digitais. Ademais, pode promover contatos, diálogos e compartilhamento das experiências vivenciadas pelos participantes. Intensificar o programa também foi colocado com sugestões pelos coordenadores. Esta necessidade de ajustes no programa foi apontada por (Borges *et al.*, 2019) ao realizar o Vamos 2.0 na atenção básica com a população idosa. A equipe de entrega sugeriu que “as aulas não podem ser tão teóricas”, e inserir mais atividades práticas, a exemplo de dança, deixando o Programa mais dinâmico e atrativo. Tais aspectos foram pontuados também no presente estudo, no qual os participantes sugeriram a inclusão de mais momentos presenciais práticos, a exemplo de práticas integrativas complementares, alongamento, exercícios antes e após o trabalho e atividades de relaxamento.

Dessa forma, emerge a necessidade identificada na fala do coordenador de encontros presenciais que promovam o cuidado desses profissionais de forma mais próxima à realidade das demandas do trabalho, expressa na perspectiva de vigilância à saúde do trabalhador. Isso demonstra em parte uma incompreensão por parte deles do objetivo do programa transformação que visava a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, flexível dos ACS, que não impactasse na rotina dos serviços, e que pudesse ser mantido em longo prazo.

É importante ressaltar que o programa Vamos 3.0 *on-line* foi projetado para plataforma para expandir seu público alvo, o papel do multiplicador que antes tinha um papel na condução e orientação dos participantes, passa a ser realizado por pesquisadores (Ribeiro *et al.*, 2024). Assim, no presente estudo, a entrega e acompanhamento decorreram com o auxílio de Bolsista de IC, sem treinamento específico pelos criadores do programa, mas sim

por uma capacitação local, em que foram cadastrados no site, fazendo todos os livros *on-line*, visando entender a logística, estrutura e organização do programa e dirimir dúvidas.

Ademais a forma de acompanhamento estruturada para o programa vamos *on-line* não prevê encontros presenciais e não discrimina ainda alternativas/estratégias para o envolvimento e adesão (Ribeiro *et al.*, 2024), já que se encontrava em fase inicial de experimentação para expansão. Logo, pensando nas características da população ACS trabalhadora do município e buscando favorecer a adesão na implementação, os contatos presenciais existiram no presente estudo em determinados momentos. A exemplo das avaliações pré e pós-intervenção, a fim de ajudá-los com explicações simples e objetiva acerca do programa e de certa forma ser um motivador, ajudar no acompanhamento das dificuldades, além de oficinas de autocuidado para fortalecer o vínculo e adesão ao Programa.

As oficinas de integração e relaxamento ofertadas aos ACS durante os momentos presenciais (baseline e a avaliação final) foi vista como facilitador para implementação, sendo reportada como uma estratégia positiva pelos grupos envolvidos, demonstrando o potencial que elas tiverem de reverberar e trazer o bem-estar dos ACS. As falas abaixo expressam isso.

*“[...] então esse é um momento assim propício pra gente e que possa ter outros como eu falei presencialmente pra gente deitar lá cheirar aquele óleo de laranja.” (ACS)*

*“[...] eles comentaram que foi muito bom deu até para relaxar deveria ter sempre.” (P: 16; score : 141.01). (Gestor serviço)*

*“[...] eles relataram essa massagem e meditação me renovaram.” (P:04; score : 30.71). (Equipe de entrega)*

Assim, a ideia do presencial surge como possibilidade de contatos frequentes, diálogos e compartilhamentos. Com a pandemia, esses momentos se tornaram escassos, provocado pelas mudanças nas relações cotidianas no trabalho, no lazer, atividade física, entre outros, diante do distanciamento social (Celuppi *et al.*, 2021; Montenegro; Queiroz; Dias, 2020; Rocha *et al.*, 2023; Tison *et al.*, 2022). Assim, a presencialidade foi requisitada pelos ACS e demais participantes, inclusive evidentes nas análises de similitude, enfatizando a necessidade de olhar para o “presencial” de maneira mais aprofundada.

*“[...] ia marcar, por exemplo, dois três meses no telefone e a outra presencial pra fazer alguma atividade como foi aquela coisa que a gente deitou lá e relaxou.” (ACS)*

*“[...] ser presencial despertaria a participação dos ACS até o final do programa” (P19; score: 37.07). (Gestor serviço)*

*“[...] ter mais encontros presenciais com a realização de oficinas e palestras com temáticas voltadas para a mudança\_de\_comportamento muitos profissionais deram o feedback muito positivo em relação aos encontros presenciais por isso acho que ter esse acompanhamento mais presencialmente ajudaria na adesão do projeto.” (P: 9; score : 37.70) (Equipe de entrega)*

O programa também fomentou o autocuidado e o crescimento profissional, isso foi identificado na fala dos três grupos envolvidos.

*“[...] e a gente fica naquela como eles diziam naquela tribulação terrível que você chega em casa cabisbaixo, mas depois desse programa a gente pensou na gente em si.” (ACS)*

*“[...] alguns relataram que estavam amando as atividades parando para ter um momento para si diante de da correria do dia\_a\_dia [...]” (P: 12; score : 146.31). (Gestor serviço)*

*“[...] alguns ACS relataram que abandonaram o sedentarismo e que estavam muito felizes com isso.” (P: 1; score : 15.47). (Equipe de entrega).*

Algumas estratégias para fortalecer a adesão, foram sugeridas visando ampliar a implementação também, como ponderam os trechos abaixo:

*“[...] eu realizaria treinamentos intercalado mensal de assuntos referentes.” (P04; score: 66.98). (Gestor do serviço)*

*“[...] procurar mostrar evoluções ou depoimentos de pessoas que participaram ativamente durante os 6 meses tentar fortalecer a busca ativa dos ACS a fim de criar um vínculo manter um contato com cada um e fazer com que os hábitos criados se tornem um estilo de vida duradouro que perdura para além do programa.” (P: 00; score: 35.21). (equipe de entrega).*

Outra subcategoria que surgiu como sugestão foi a indicação de ampliar o programa, que também já é algo assinalado em estudos desenvolvidos com o Vamos (Borges *et al.*, 2019; Maciel *et al.*, 2023). Inclusive na possibilidade do programa ser estendido para as equipes de saúde como reporta a fala dos ACS “seria bom se a equipe pudesse fazer o programa” (Borges *et al.*, 2019), visto que eles são o elo para as ações comunitários, servindo,

portanto, para divulgação e exemplo para motivar a comunidade as práticas saudáveis. Em outro estudo a equipe não adotou o programa, por entender que havia necessidade de mudanças individuais primeiro, já que seus exemplos de vida acabam sendo espelho, isto é, suas ações refletem na comunidade que assistem (Maciel *et al.*, 2023).

Em se tratando de estratégias sugeridas para melhorar a divulgação, a equipe de entrega e os coordenadores, pontuaram estratégias de ampliar a implementação, “divulgar nas mídias sociais”, “aumentar o tempo de divulgação” e buscar estratégias criativas, a exemplo da fala de um dos gerentes pesquisados “[...] aumentaria a propaganda já que a propaganda é tudo divulgaria de forma que desperte a curiosidade.” (P09; score: 191.56). Os estudos realizados com a população levantam a questão da divulgação face a face, rádio e outras, como facilitador do processo para alcançar a população alvo, entretanto, tinham os ACS como os principais divulgadores de ações comunitárias (Borges *et al.*, 2019), diferentemente, no presente estudo, os ACS foram o público alvo da pesquisa.

No presente estudo, outra sugestão apontada foi uma reunião prévia de explicação do Programa extensivo a todos os membros da equipe. O Programa foi direcionando aos ACS, assim, buscou-se o diálogo primeiro com os seus superiores (gestores), a fim de divulgar e ser apoiador, tanto na liberação, como incentivador da participação no Programa. Contudo, é válido pontuar que para que isso fosse incorporado no planejamento da pesquisa demandaria meses só no processo de diálogos entre as equipes, visto que a maioria das unidades do município realizavam suas reuniões de equipe as sextas-feiras, assim, a concomitância de ocorrência dificultou a presença dos pesquisadores nesses espaços. E agendar mais uma reunião em cada unidade não foram algo atrativo visto nos diálogos estabelecidos com os coordenadores dos serviços, que apontaram demandas em excesso e dificuldade de tempo.

Outra subcategoria, contida nas sugestões para melhorar a implementação foi a recompensa por participação, que para ampliar o programa na visão dos gestores para os demais profissionais “*faria compensação em carga horaria de serviço*” (P: 03; score: 169.44). Enquanto a equipe de entrega sugeriu “recompensa por resultados” e “brindes para os ativos”. Tal fato induz a pensar no porque necessidade de estratégias que estimulam ganhos fortalecem o olhar a saúde e estilo de vida? Até que ponto isso é duradouro? E quando a recompensa for extinta como ficará o comportamento e cuidado de si?

Incluir recompensas por participação demandaria mais investimento financeiro, recaindo nos aumentos dos custos, podendo inviabilizar a adoção de programas em longo prazo. No entanto, a sugestão da compensação em carga horária além de onerar custos, pode impactar na descontinuidade do atendimento a comunidade assistida, pela ausência deste

trabalhador. A literatura indica que intervenções com custos elevados tornam-se ineficazes no contexto real, incorrendo na não adoção pela organização e, conseqüentemente, pode inviabilizar a efetividade e manutenção (Glasgow, Russell E *et al.*, 2013).

O custo demandado no presente estudo foi relativamente baixo, e não foi identificado na literatura estudo semelhante com a população trabalhadora para comparação. É importante destacar que o detalhamento de medidas de custos no cenário da implementação, permitiu elucidar a proporção de ACS participante beneficiado com a intervenção, algo requisitado pelo modelo RE-AIM na caracterização da implementação de uma intervenção (Brito *et al.*, 2018; Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019a).

Ressalta que os custos foram detalhados conforme as fases da implementação, visando apresentar estimativas que porventura possa ser utilizadas no planejamento de outras intervenções de saúde pública, sendo um balizador para identificar os gastos e fontes de captação de recursos em futuras intervenções (Sohn *et al.*, 2020), além de favorecer análises de custo-efetividade (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013).

Outro achado evidente no presente estudo foi à variabilidade na frequência de duração das seções, demonstrando a adaptabilidade do programa ao contexto real. Houve adaptações no protocolo (cronograma pré-estabelecido), sinalizados pela equipe de entrega e ACS participantes. Essas adaptações precisam ser documentadas e são significativas nos resultados da intervenção dentro da perspectiva do modelo RE-AIM (Glasgow, Russell E. *et al.*, 2019b). Por outro lado, equipe de entrega pontuou as dificuldades e incertezas acerca do seguimento do cronograma sugerido, exemplificada no trecho assinalado “[...] não olhavam os cards textos e vídeos enviados ou só olhavam depois e não sabíamos se conseguiram ou não concluir (P: 08; score : 17.42)”. Isso ratifica a necessidade de mecanismo de controle em tempo real do site, por parte dos entregadores do programa. O acompanhamento em tempo real ajudaria a identificar demandas que possivelmente implicam em barreiras, mas também permite a formulações de estratégias para contorná-las, flexibilizando o acompanhamento, sem perder de vista o objetivo central da proposta (re-aim.org).

Nota-se também que o acesso foi contabilizado em dias um mecanismo não fidedigno para o acompanhamento das seções realizadas, já que um dos participantes realizou até o último livro (18) em 27 dias, estando bem abaixo do esperado. Tal contexto leva a crê que o participante pode ter realizado acessos esporádicos do conteúdo educativo, porém o cronograma sugerido para observar as mudanças no estilo de vida era para ser completado em 180 dias. Diante do explicitado, o ideal era o aplicativo dispor de um mecanismo de controle de avanços das seções (apesar de conter a obrigatoriedade de responder as tarefas para

avançar), isso não impedia, desse seguimento na seção, sem concluir a anterior. Outro ponto que precisaria ser incluído é a estimativa de tempo de realização de cada seção individualmente, ao invés do tempo total. Este tipo de controle permitiria o acompanhamento dos participantes em tempo real e planejamento e introdução de novas estratégias para viabilizar a adesão dos participantes.

É preciso olhar os resultados concernentes aos ACS com cautela, já que as percepções retratadas dizem respeito aos ACS concluintes do programa transformação. Entretanto as falas dos coordenadores/gerentes e equipe de entrega reafirmam os dados apresentados, evidenciando a similaridade das percepções entre os grupos. Outro ponto que merece destaque foi a dificuldade no seguimento dos participantes, visto que o Vamos 3.0 ainda estava em fase de ajustes, implicando em indisponibilidade de dados pertinentes para avaliação da fidedignidade do protocolo de entrega, conforme planejado. Assim, as medidas de frequências e o acompanhamento em tempo real da participação em cada sessão. Mesmo diante das limitações apresentadas, este estudo parece ser o primeiro a ser estruturado e aplicado *on-line* no Brasil, visando à promoção do estilo de vida saudável do trabalhador da atenção primária, ACS. Deste modo, a implementação se mostrou viável e pode servir de base para a organização de outras intervenções no contexto da saúde do trabalhador, por levantar aspectos relevantes das percepções dos participantes, os custos, além de utilizar um potente modelo (RE-AIM) no planejamento e avaliação.

### **Considerações Finais**

Este estudo visou descrever o processo de implementação de um programa de mudança de comportamento conduzido *on-line* com ACS, apresentando a organização, os custos associados e a consistência de entrega, bem com as percepções dos atores envolvidos.

O Programa Transformação, implementado entre os ACS de Jequié, foi ofertado por meio do aplicativo Vamos 3.0 *on-line*, durante seis meses. A abordagem foi mediada por conteúdos educativos autoinstrucionais, direcionados a fomentar o conhecimento e a autonomia dos participantes, na implementação de um estilo de vida saudável. Para avaliação da implementação utilizou-se do modelo RE-AIM e requereu, em alguns momentos adaptações pela equipe de entrega. As medidas de custo foram descritas, buscando documentar os gastos onerados com a implantação da intervenção, implicando no

gerenciamento e ofertas de verbas/financiamento para ampliação em outros contextos de saúde, bem como a sustentabilidade do programa com os ACS.

O estudo apontou barreiras (formato do programa *on-line*, livros repetitivos), facilitadores (acompanhamento, respostas rápidas), impactos positivos (conteúdos diversos e autocuidado) e sugestões para ampliar a implementação (intensificar momentos presenciais, incentivo da gestão, recompensa por participação, ampliar divulgação, ofertar a equipe de saúde, reunião prévia com toda equipe).

Assim, o Programa Transformação demonstrou ser uma estratégia viável para a promoção da saúde e do bem-estar desses profissionais, mas que precisa realizar algumas para ser mantido. Sugere-se mudanças no aplicativo utilizado no desenvolvimento do programa, que permita um melhor acompanhamento do progresso, incentivo e feedback constantes dos participantes. Ademais, pensar na viabilidade de uma proposta híbrida, pode favorecer maior adesão. Por fim, futuras pesquisas podem ser desenvolvidas buscando evidenciar as barreiras encontradas pelos participantes desistentes do programa.

## Referências

- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s. l.], v. 1, n. 1, 27 nov. 2013. DOI 10.18554/refacs.v1i1.602. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/602>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ANDREADIS, I.; KARTSOUNIDOU, E. The Impact of Splitting a Long Online Questionnaire on Data Quality. **Survey Research Methods**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 31–42, 10 abr. 2020. DOI 10.18148/srm/2020.v14i1.7294. Disponível em: <https://ojs.ub.uni-konstanz.de/srm/article/view/7294>. Acesso em: 24 mar. 2025.
- ARAÚJO, A. D. I. R. de; ARRUDA, L. S. N. de S.; BORGES, J. W. P.; SILVA, A. R. V. da. Tecnologias digitais para autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: revisão integrativa. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, 12 mar. 2024. DOI 10.35699/2316-9389.2024.37531. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/37531>. Acesso em: 17 mar. 2025.
- BADR, J.; MOTULSKY, A.; DENIS, J.-L. Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. **Health Policy**, [s. l.], v. 146, p. 105122, 1 ago. 2024. DOI 10.1016/j.healthpol.2024.105122. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024001325>. Acesso em: 18 mar. 2025.
- BAHIA. IBGE | Cidades@ | Bahia | Jequié | Panorama. 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: [s. n.], 2011. v. 70, p. 279–279. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668601>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BARRETO, I. C. de H. C.; PESSOA, V. M.; SOUSA, M. de F. A. de; NUTO, S. de A. S.; FREITAS, R. W. J. F. de; RIBEIRO, K. G.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; ANDRADE, L. O. M. de. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em debate**, [s. l.], v. 42, p. 114–129, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/114-129>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BENDER, J. D.; FACCHINI, L. A.; LAPÃO, L. M. V.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, p. e19882022, 8 jan. 2024. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RMGFtwjzx55kFM4fNNZtgCy/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; GOMEZ, L. S. R.; CHODZKO-ZAJKO, W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s. l.], v. 14, n. 6, p. 723–737, 16 nov. 2012. DOI [10.5007/1980-0037.2012v14n6p723](https://doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n6p723). Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/25473>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BORGES, R. A.; TOMICKI, C.; ALMEIDA, F. A.; SCHWINGEL, A.; CHODZKO-ZAJKO, W.; BENEDETTI, T. R. B. Alcance do programa “VAMOS” na atenção básica - barreiras e facilitadores organizacionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, p. e180225, 9 set. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180225>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7ZQwNm4wKbRXVNvs54HZzFv/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Mapa da Bahia. 2023. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/municipioch.asp?cidade=291800&nome=JEQUIE](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?cidade=291800&nome=JEQUIE). Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL, 2019. PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL, 2023. **Projeto Mais Saúde com Agente | Parceria da UFRGS com Ministério da Saúde e Conasems para oferecimento de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, para os Agentes de Combate às Endemias (ACE)**. 2023. Disponível em: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B.; TOMICKI, C.; KONRAD, L. M.; SANDRESCHI, P. F.; MANTA, S. W.; ALMEIDA, F. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 1–8, 21 nov. 2018. DOI [10.12820/rbafs.23e0033](https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0033). Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13531>. Acesso em: 12 abr. 2025.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial IRaMuTeQ em português\_22.11.2021.pdf — IRaMuTeQ. 22 nov. 2021. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view). Acesso em: 29 mar. 2025.

CANTON-MARTÍNEZ, E.; RENTERÍA, I.; MACHADO-PARRA, J. P.; REYES, R. A.; MONCADA-JIMÉNEZ, J.; JOHNSON, D. K.; GONZALEZ, O. M.; DEL VALLE, A. S.; JIMÉNEZ-MALDONADO, A. A virtually supervised exercise program improved fitness and mental wellness in healthy and comorbidity older adult individuals during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 12, 23 abr. 2024. DOI 10.3389/fpubh.2024.1328518. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1328518/full>. Acesso em: 14 mar. 2025.

CELUPPI, I. C.; LIMA, G. dos S.; ROSSI, E.; WAZLAWICK, R. S.; DALMARCO, E. M. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, p. e00243220, 12 mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rvdKVpTJq8PqTk5MgTYTz3x/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

CHAABANE, S.; CHAABNA, K.; DORAISWAMY, S.; MAMTANI, R.; CHEEMA, S. Barriers and Facilitators Associated with Physical Activity in the Middle East and North Africa Region: A Systematic Overview. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 1647, fev. 2021. DOI 10.3390/ijerph18041647. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7914747/>. Acesso em: 16 mar. 2025.

COSTA, E. F.; GUERRA, P. H.; SANTOS, T. I. dos; FLORINDO, A. A. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 81, p. 114–121, 1 dez. 2015. DOI 10.1016/j.ypmed.2015.08.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743515002595>. Acesso em: 30 mar. 2025.

EBERT, B.; STREICHER, H.; NOTTHOFF, N. Online exercise during the COVID-19 pandemic and factors promoting or hindering participation in adults: a scoping review. **International Journal of Sport and Exercise Psychology**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–32, 2024. DOI 10.1080/1612197X.2024.2314107. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1612197X.2024.2314107>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ELBERT, S. P.; DIJKSTRA, A.; OENEMA, A. A Mobile Phone App Intervention Targeting Fruit and Vegetable Consumption: The Efficacy of Textual and Auditory Tailored Health Information Tested in a Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. e5056, 10 jun. 2016. DOI 10.2196/jmir.5056. Disponível em: <https://www.jmir.org/2016/6/e147>. Acesso em: 16 mar. 2025.

ERNSTING, C.; DOMBROWSKI, S. U.; OEDEKOVEN, M.; O SULLIVAN, J. L.; KANZLER, M.; KUHLMAY, A.; GELLERT, P. Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. e101, 5 abr. 2017. <https://doi.org/10.2196/jmir.6838>.

GLASGOW, R E; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, [s.

*l.*], v. 89, n. 9, p. 1322–1327, set. 1999. DOI 10.2105/AJPH.89.9.1322. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.89.9.1322>. Acesso em: 12 abr. 2025.

GLASGOW, Russell E.; ASKEW, S.; PURCELL, P.; LEVINE, E.; WARNER, E. T.; STANGE, K. C.; COLDITZ, G. A.; BENNETT, G. G. Use of RE-AIM to address health inequities: Application in a low-income community health center-based weight loss and hypertension self-management program. **Translational Behavioral Medicine**, [*s. l.*], v. 3, n. 2, p. 200–210, jun. 2013. DOI 10.1007/s13142-013-0201-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671594/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GLASGOW, Russell E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; RABIN, B.; SMITH, M. L.; PORTER, G. C.; ORY, M. G.; ESTABROOKS, P. A. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. **Frontiers in Public Health**, [*s. l.*], v. 7, p. 64, 29 mar. 2019a. DOI 10.3389/fpubh.2019.00064. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00064/full>. Acesso em: 12 abr. 2025.

GLASGOW, Russell E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; RABIN, B.; SMITH, M. L.; PORTER, G. C.; ORY, M. G.; ESTABROOKS, P. A. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. **Frontiers in Public Health**, [*s. l.*], v. 7, p. 64, 29 mar. 2019b. DOI 10.3389/fpubh.2019.00064. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00064/full>. Acesso em: 10 abr. 2025.

GUERTLER, D.; VANDELANOTTE, C.; KIRWAN, M.; DUNCAN, M. J. Engagement and Nonusage Attrition With a Free Physical Activity Promotion Program: The Case of 10,000 Steps Australia. **Journal of Medical Internet Research**, [*s. l.*], v. 17, n. 7, p. e4339, 15 jul. 2015. DOI 10.2196/jmir.4339. Disponível em: <https://www.jmir.org/2015/7/e176>. Acesso em: 16 mar. 2025.

GUION, L. A.; DIEHL, D. C.; MCDONALD, D. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies: FCS6014/FY394, rev. 8/2011. **EDIS**, [*s. l.*], v. 2011, n. 8, p. 3–3, 26 ago. 2011. DOI 10.32473/edis-fy394-2011. Disponível em: <https://journals.flvc.org/edis/article/view/126893>. Acesso em: 29 mar. 2025.

[HTTPS://RE-AIM.ORG](https://re-aim.org). **RE-AIM – Home – Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance**. [*s. d.*]. Disponível em: <https://re-aim.org/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

JONES, J.; JOHNSTON, J. S.; NDIAYE, N. Y.; TOKAR, A.; SINGLA, S.; SKINNER, N. A.; STREHLOW, M.; UTUNEN, H. Health Care Workers' Motivations for Enrolling in Massive Open Online Courses During a Public Health Emergency: Descriptive Analysis. **JMIR medical education**, [*s. l.*], v. 10, p. e51915, 19 jun. 2024. <https://doi.org/10.2196/51915>.

KOST, R. G.; CORREA DA ROSA, J. Impact of survey length and compensation on validity, reliability, and sample characteristics for Ultrashort-, Short-, and Long-Research Participant Perception Surveys. **Journal of Clinical and Translational Science**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, p. 31–37, 6 jul. 2018. DOI 10.1017/cts.2018.18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208327/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

LATHIA, N.; SANDSTROM, G. M.; MASCOLO, C.; RENTFROW, P. J. Happier People Live More Active Lives: Using Smartphones to Link Happiness and Physical Activity. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. e0160589, 4 jan. 2017. DOI 10.1371/journal.pone.0160589. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160589>. Acesso em: 16 mar. 2025.

MACHADO, L. M.; MATTOS, K. M. de; COLOMÉ, J. S.; FREITAS, N. Q.; SANGOI, T. P. Estratégia Saúde da Família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 1105–1112, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Karen-Margutti/publication/281429723\\_bEstrategia\\_saude\\_da\\_familia\\_a\\_percepcao\\_do\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude\\_quanto\\_a\\_sua\\_atuacaoob/links/5988633745851560584f4952/bEstrategia-saude-da-familia-a-percepcao-do-agente-comunitario-de-saude-quanto-a-sua-atuacaoob.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Karen-Margutti/publication/281429723_bEstrategia_saude_da_familia_a_percepcao_do_agente_comunitario_de_saude_quanto_a_sua_atuacaoob/links/5988633745851560584f4952/bEstrategia-saude-da-familia-a-percepcao-do-agente-comunitario-de-saude-quanto-a-sua-atuacaoob.pdf). Acesso em: 14 mar. 2025.

MACIEL, E.; KONRAD, L.; GRONTOWSKI, C.; BENEDETTI, T. Barreiras para adoção do PMC-VAMOS 3.0 na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo. **Retos**, [s. l.], v. 50, p. 1323–1332, 9 set. 2023. <https://doi.org/10.47197/retos.v50.99032>.

MEYEROWITZ-KATZ, G.; RAVI, S.; ARNOLDA, L.; FENG, X.; MABERLY, G.; ASTELL-BURT, T. Rates of Attrition and Dropout in App-Based Interventions for Chronic Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 22, n. 9, p. e20283, 29 set. 2020. <https://doi.org/10.2196/20283>.

MONTENEGRO, G. M.; QUEIROZ, B. da S.; DIAS, M. C. Lazer em Tempos de Distanciamento Social: Impactos da Pandemia de Covid-19 nas Atividades de Lazer de Universitários na Cidade de Macapá (AP). **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 1–26, 30 set. 2020. DOI 10.35699/2447-6218.2020.24785. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/24785>. Acesso em: 24 mar. 2025.

MOTA, D. de N.; TORRES, R. A. M.; GUIMARÃES, J. M. X.; MARINHO, M. N. A. de S. B.; ARAÚJO, A. F. de. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **Journal of Health Informatics**, [s. l.], v. 10, n. 2, 11 maio 2018. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/563>. Acesso em: 15 mar. 2025.

NORDBERG, S. S.; JASO-YIM, B. A.; SAH, P.; SCHULER, K.; EYLLON, M.; PENNINE, M.; HOYLER, G. H.; BARNES, J. B.; MURILLO, L. H.; O'DEA, H.; ORTH, L.; ROGERS, E.; WELCH, G.; PELOQUIN, G.; YOUN, S. J. Evaluating the Implementation and Clinical Effectiveness of an Innovative Digital First Care Model for Behavioral Health Using the RE-AIM Framework: Quantitative Evaluation. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. e54528, 30 out. 2024. DOI 10.2196/54528. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e54528>. Acesso em: 29 mar. 2025.

PINTO, A. G. A.; PALÁCIO, M. A. V.; LÔBO, A. C.; JORGE, M. S. B. Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 789–802, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/5RjYgPrMjPmZnhTbBzQGy9p/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

PROGRAMA VAMOS. [s. d.]. **Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/programa-vamos>. Acesso em: 13 set. 2023.

REIS, Z. S. N. Panorama da Saúde Digital na APS: educação permanente para enfermeiros, médicos da equipe de saúde da família, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais. **Panorama da Saúde Digital na APS: educação permanente para enfermeiros, médicos da equipe de saúde da família, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais**. [S. l.: s. n.], 2023. p. 124–124. Disponível em: <https://www.bu.ufmg.br/imagem/00002e/00002ee7.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RIBEIRO, C. G.; KONRAD, L. M.; TOMICKI, C.; ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B. Evaluation of the teaching material of the “active life improving health” Program (VAMOS), version 3.0. **e-Revista LOGO**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 71–92, 30 abr. 2021. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/erevistalogo/article/view/6042>. Acesso em: 16 abr. 2025.

RIBEIRO, C. G.; KONRAD, L. M.; TOMICKI, C.; BRITO, F. A.; RECH, C. R.; ALMEIDA, F.; BENEDETTI, T. ALCANCE E EFICÁCIA DO PROGRAMA “VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE” (VAMOS 3.0), IMPLEMENTADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA CATARINA, BRASIL. [s. l.], 2024. . Acesso em: 30 mar. 2025.

ROCHA, S. V.; SACHETO, R. M.; LESSA, R. S.; SQUARCIN, C. F. R.; DIAS, M. F.; SANTOS, M. de C.; RODRIGUES, T. das M.; BRAGA, P. dos S.; SANTOS, C. A. dos. COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [s. l.], v. 31, n. 1, 2023. DOI 10.31501/rbcm.v31i1.14914. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/14914>. Acesso em: 16 abr. 2025.

ROMEO, A.; EDNEY, S.; PLOTNIKOFF, R.; CURTIS, R.; RYAN, J.; SANDERS, I.; CROZIER, A.; MAHER, C. Can Smartphone Apps Increase Physical Activity? Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. e12053, 19 mar. 2019. DOI 10.2196/12053. Disponível em: <https://www.jmir.org/2019/3/e12053>. Acesso em: 17 mar. 2025.

SANTOS, R. C. dos; SILVA, L. I. M. da; SANTOS, L. D. P. de J.; MÉLLO, L. M. B. de D. e; SANTOS, L. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 21, p. e02146220, 10 jul. 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zPLgc86qj6bLNMd8Vn9Xn6M/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SANTOS, K. da S.; RIBEIRO, M. C.; QUEIROGA, D. E. U. de; SILVA, I. A. P. da; FERREIRA, S. M. S. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 655–664, 3 fev. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SILVA, M. E. da; LIMA, M. W. H.; MACEDO, E. Y. L. de; MEDEIROS, M. B. C.; MONTEIRO, V. C. M.; OLIVEIRA, L. R. P. de; BEZERRA, I. N. M.; VIEIRA, N. R. S. Atenção à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da

literatura / Attention to worker health in primary health care: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 6, n. 7, p. 44617–44631, 9 jul. 2020. DOI 10.34117/bjdv6n7-182. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12876>. Acesso em: 18 mar. 2025.

SOHN, H.; TUCKER, A.; FERGUSON, O.; GOMES, I.; DOWDY, D. Costing the implementation of public health interventions in resource-limited settings: a conceptual framework. **Implementation science: IS**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 86, 29 set. 2020. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01047-2>.

SOUZA, V. R. dos S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. eAPE02631, 15 mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

TISON, G. H.; BARRIOS, J.; AVRAM, R.; KUHAR, P.; BOSTJANCIC, B.; MARCUS, G. M.; PLETCHER, M. J.; OLGIN, J. E. Worldwide physical activity trends since COVID-19 onset. **The Lancet. Global Health**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. e1381–e1382, out. 2022. DOI 10.1016/S2214-109X(22)00361-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9432866/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

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**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349–357, 1 dez. 2007. DOI 10.1093/intqhc/mzm042. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 29 mar. 2025.

TONG, H. L.; ALNASSER, A.; ALSHAHRANI, N. Z.; BAWAKED, R. A.; ALAHMED, R.; ALSUKAIT, R. F.; RAKIC, S.; CETINKAYA, V.; AL-HAZZAA, H. M.; ALQAHTANI, S. A. The Use of Mobile Technologies to Promote Physical Activity and Reduce Sedentary Behaviors in the Middle East and North Africa Region: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 26, p. e53651, 19 mar. 2024. DOI 10.2196/53651. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10988381/>. Acesso em: 17 mar. 2025.

VAMOS.UFSC.BR. Vamos. [s. d.]. Disponível em: <https://vamos.ufsc.br/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

VELOSO, R. dos S. **Tecnologias da informação e da comunicação**. [S. l.]: Editora Saraiva, 2021.

ŽMUK, B. Impact of questionnaire length and complexity on survey time: Comparison of two business web questionnaire versions. **Metodološki zvezki / Advances in Methodology and Statistics**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 49–74, 2017. DOI 10.51936/vdqs5871. Disponível em: <https://mz.mf.uni-lj.si/index.php/ams/article/view/mz-2017-14-2-3>. Acesso em: 24 mar. 2025.

**Quadro 1.** Descrição dos critérios e organização de aplicação dos Programas Vamos 3.0 *on-line* e Transformação, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

<b>Crítérios e Organização</b>	<b>Programa VAMOS 3.0 (<i>on-line</i>)</b>	<b>Programa Transformação (<i>on-line</i>)</b>
Idade	18 anos ou mais	18 anos ou mais, ser ACS e 5 anos de serviço.
Crítérios de elegibilidade	Não atendem as recomendações mínimas de prática de AF, apresentam comportamento alimentar inadequado e/ou apresentam problemas de saúde.	Não atendem as recomendações mínimas de prática de AF e/ou comportamento alimentar inadequado e/ou presença de DCNT* .
Número de seções	18	18
Tempo de Execução	Até 9 meses	6 meses
Apresentação do conteúdo	Seções autoinstrucionais	Seções autoinstrucionais
Categoria de aplicação	Individual ( <i>on-line</i> )	Individual ( <i>on-line</i> )
Quantitativo de Participantes	Ilimitado	Limitado aos ACS cadastrados Jequié
Tempo destinado por seção	Determinado pelo participante	Determinado pelo participante
Local Virtual	Dispositivo eletrônico com internet	Dispositivo eletrônico com internet
Horário de realização	A escolha do participante	Flexível, a escolha do participante.
Registros Atividades/Tarefas	Livros ambientes virtuais	Livros ambientes virtuais
Acompanhamento	Pesquisadores	Bolsista de IC e doutoranda

\*DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

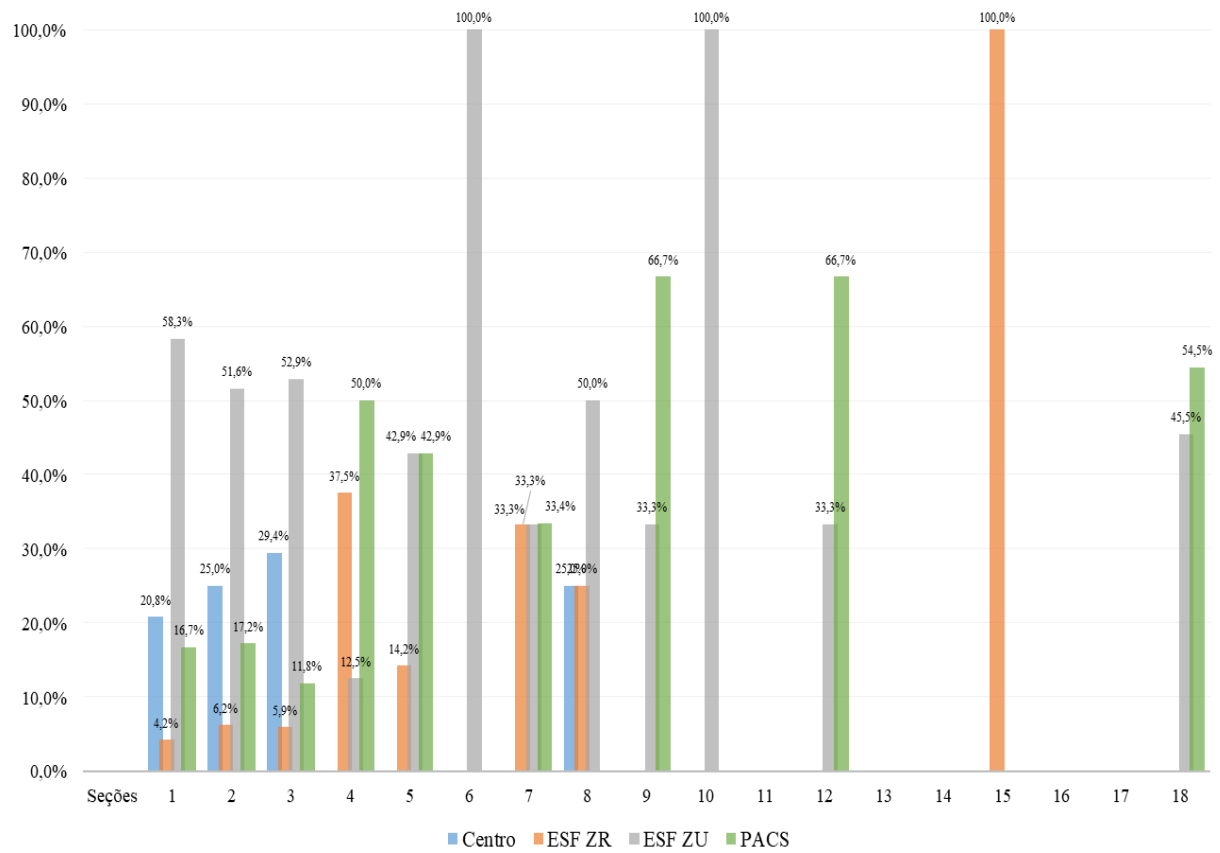
**Fonte:** Adpatado pelo autor, (Ribeiro *et al.*, 2024)

Figura 1. Descrição da organização do Programa Transformação *on-line*, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.



Fonte: Adaptado pelo autor do Programa VAMOS (Ribeiro *et al.*, 2024).

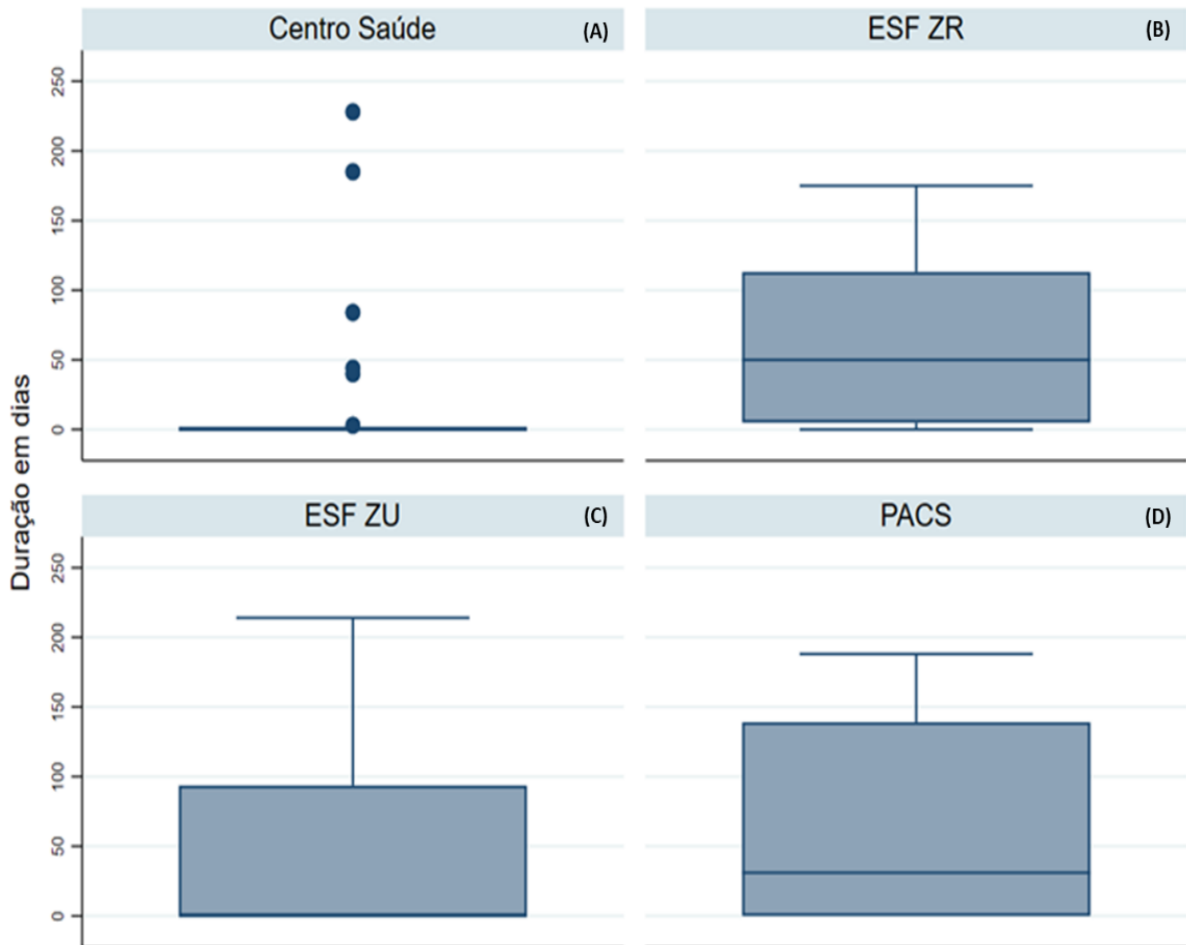
**Figura 2.** Frequências de seções realizadas pelos ACS de acordo com os serviços de saúde, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

CS: Centro de Saúde; ESFR – Estratégia de Saúde da Família Zona Rural; ESFR – Estratégia de Saúde da Família Zona Urbana; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**Figura 3.** Frequência do número de dias de duração das seções de acordo com o serviço, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

CS: Centro de Saúde; ESFR – Estratégia de Saúde da Família Zona Rural; ESFR – Estratégia de Saúde da Família Zona Urbana; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

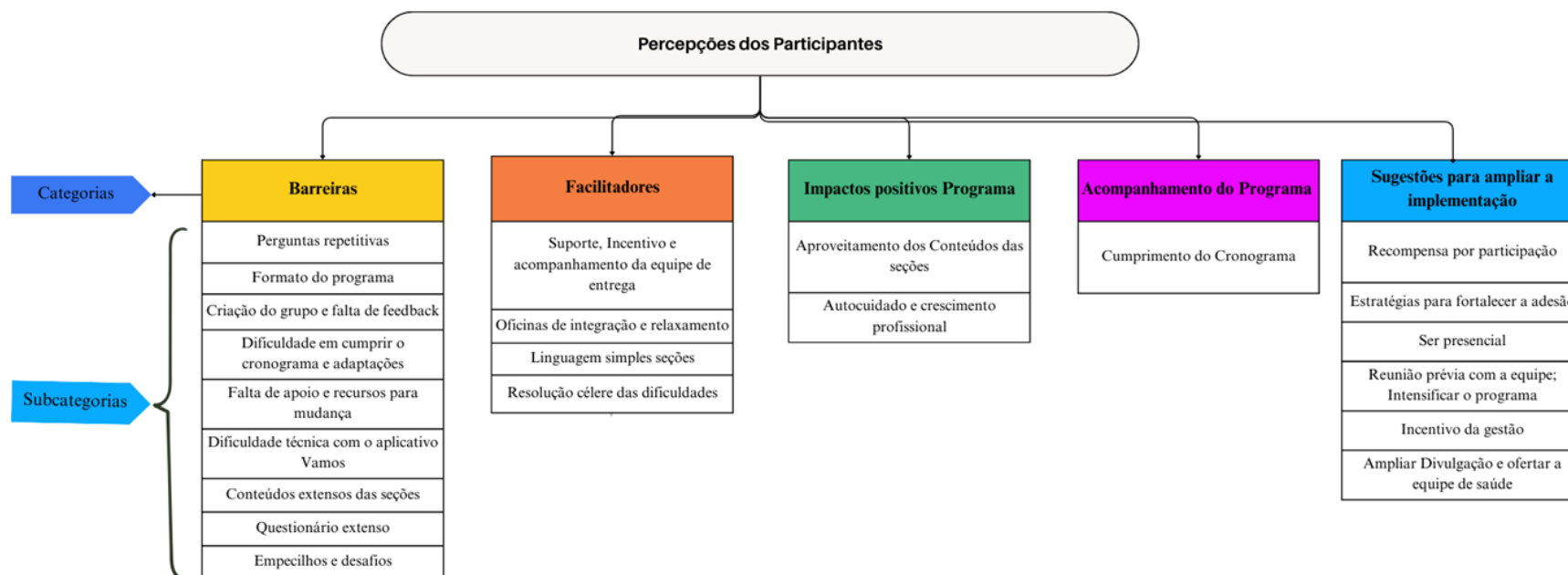
**Tabela 1.** Descrição dos custos associados com a implementação do Programa Transformação, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

<b>Fase da Pesquisa</b>	<b>Itens/Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>	<b>Fonte do recurso</b>
<b>Recrutamento</b>	Cronograma e serviço gráfico	200	10,00	2.000,00	VF
	Cartazes e serviço gráfico	100	10,00	1.000,00	VF
	Combustível	35 l	6,00	210,00	VF
<b>Baseline</b>	Espaguetes	08	9,00	72,00	VF
	Tiras e lancetas para medir glicose	300	1,02	306,00	VF
	Fita métrica	06	10	60,00	VF
	Aparelho de pressão digital arterial de braço	01	259,00	259,00	VF
	Balança corporal	02	80,00	160,00	VF
	Espaguetes	08	9,00	72,00	RP
	Estadiômetro portátil digital	01	358,00	358,00	VF
	Fisiobol/bola de tênis	07	10,00	70,00	VF
	Óleo essencial de hortelã pimenta	02	29,00	58,00	VF
	Óleo essencial Tangerina	02	21,00	42,00	VF
	Colchonetes/Tapete Yoga	07	75,00	525,00	VF
	Difusor/Aromatizador 500ml	02	80,00	160,00	VF
	Lanche (frutas, suco, bolo, café, chá).	150	8,00	1.200,00	VF
	Prancheta	08	17,30	138,40	VF
	Luvas	03	38,00	114,00	RP
	Caixa de perfuro-cortante	02	6,00	12,00	RP
	Adesivo escalda pés	50	6,00	30,00	VF
	Brindes (garrafinhas, fisioboll, massagedor de couro cabeludo)	40	10,00	400,00	RP
	Transporte equipe coleta	44 corridas Bora	15,00	660,00	RP
	Material escalda pés (sal grosso, aroma, embalagens, corante).	01	150	150	RP
	<b>Incentivo a Adoção</b>	Transporte equipe coleta	12 l	6,00	72,00
<b>Reavaliação</b>	Sementes de mostarda	01	10,00	10,00	RP
	Micropore	01	35,00	35,00	RP
	Álcool 70%	01	10,00	10,00	RP
	Algodão	01	9,00	9,00	RP
	Luvas	02	38,00	76,00	RP
	Caixa de perfuro-cortante	01	6,00	6,00	RP
	Hidratante corporal	01	11,00	11,00	RP
	Brindes (garrafinhas, difusor/aromatizador, óleo essencial, suporte incenso)	10	13,40	134,0	RP
	Transporte equipe coleta	44 corridas Bora	15,00	660,0	RP
	Transporte ACS zona rural	-	-	-	VF
	Lanche (frutas, suco, bolo, café, chá).	150	8,00	1.20,00	VF
<b>Recursos Humanos</b>	Monitores remunerados (mensal)	03	700,00	2.100,00	PIBIC
		01	200,00	200,00	FAPESB UESB FASAVIC

<b>Gasto Total</b>		
<b>Intervenção</b>	10.279,40	PP+VF

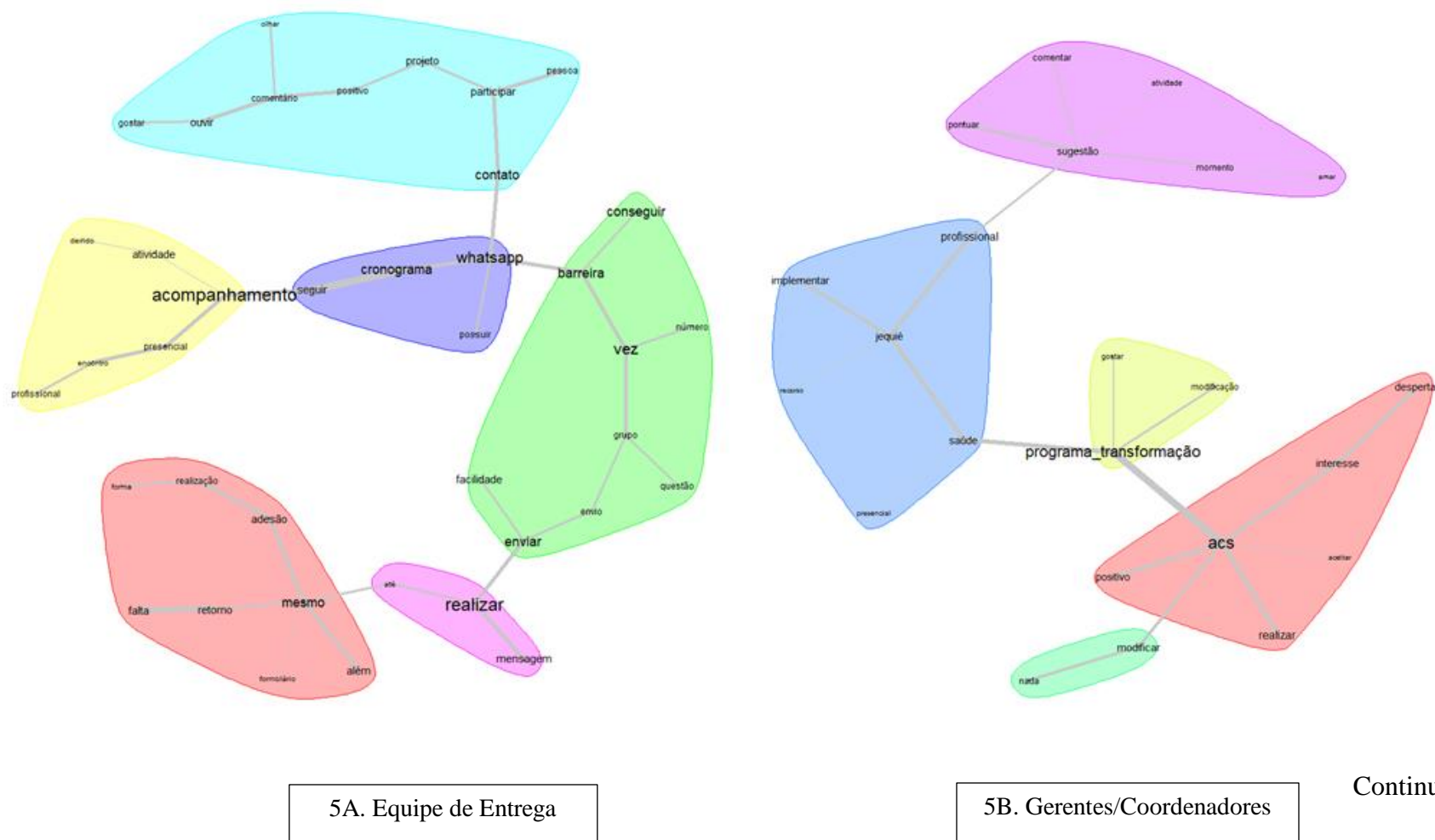
VF: Verba de fomento; RP: Recursos próprios do pesquisador.

**Figura 4.** Categorias e subcategorias temáticas das percepções dos ACS, coordenadores/gerentes dos serviços de saúde e equipe de entrega acerca da implementação do Programa Transformação, Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

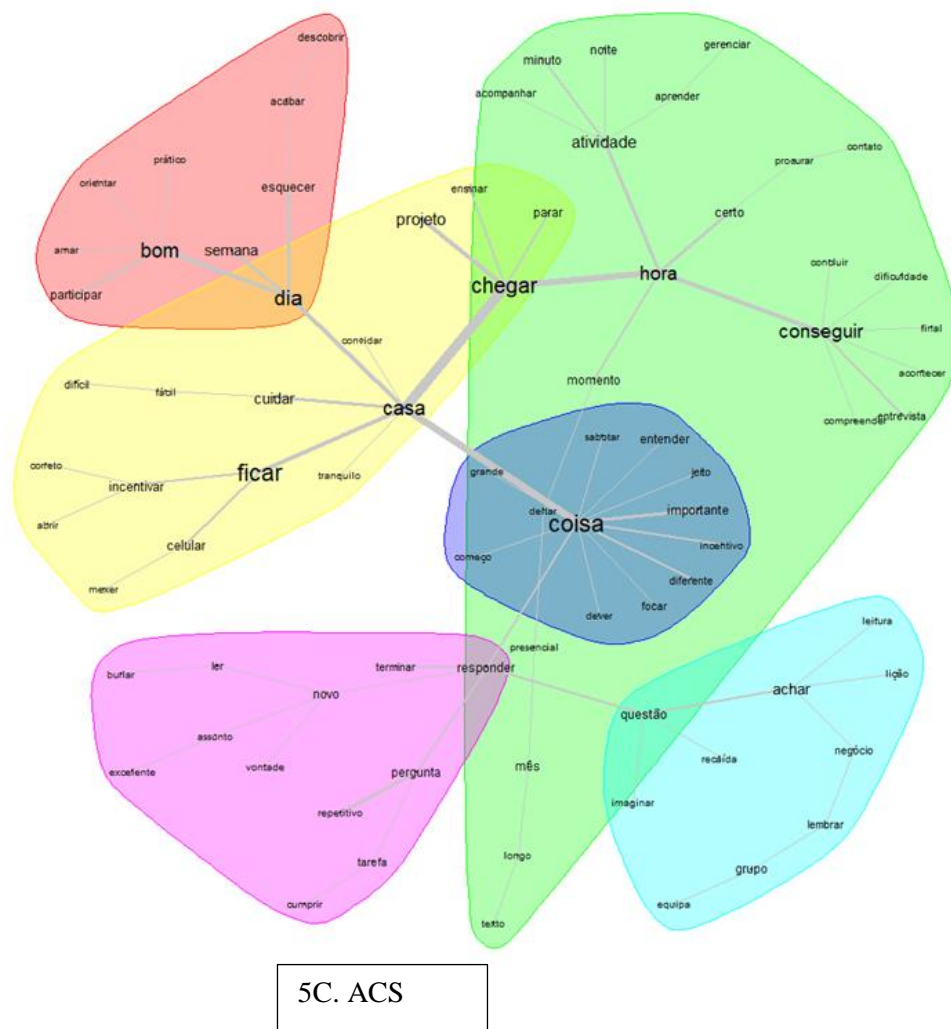


**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

**Figura 5.** Árvore de similitude do corpus (equipe de entrega, gerentes e ACS,) implementação do Programa Transformação, Jequié-BA, Brasil, 2025.



Continuação.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

**Quadro 2.** Descrição das percepções em categorias e subcategorias temáticas acerca da implementação do Programa Transformação sob o olhar dos ACS, coordenadores/gerentes dos serviços de saúde e equipe de entrega, Jequié-BA, Brasil, 2025.

Percepções		ACS participantes grupo focal (n=11)	Coordenadores/Gerente dos serviços de saúde (n=27)	Equipe de Entrega (n=11)
Categorias	Sub-categorias	Trechos extraídos dos corpus		
Barreiras	Perguntas repetitivas	<p>“[...] eu achava que tinha umas perguntas muito repetitivas, quas e todas”.</p> <p>“[...] assim você cumpriu parcialmente sua tarefa não você cumpriu aí colocava lá aquelas 3 carinhas eu assim eu até pensei igual a você também ah tanta pergunta repetitiva”.</p>		
	Formato do Programa	<p>“[...] eu fui honesta eu achei que ia ser assim ia ter mais vezes presencial assim que nós começamos e eu achei que ia ser mais presencial”.</p>	<p>“[...] que eles amaram, porém acharam poucos os encontros presenciais preferem presencial à on_line valorizam o contato.” (P: 09; score : 7.76).</p> <p>“[...] muitos não têm habilidade com computador.” (P:15; Escore: 210.36).</p>	<p>“[...] a falta de acesso e habilidade de alguns com a internet.” (P: 00; score : 15.68).</p> <p>“[...] alguns não respondiam não sabiam mexer no celular, não sabiam o próprio e-mail para fazer o login na plataforma.” (P:07; score : 3.64).</p> <p>“[...] alguns ACS possuíam mais de um e-mail o que gerava dúvida pelo qual tinha feito inscrição no programa_vamos alguns ACS esqueciam a senha de acesso ou e-mail que foi inscrição no vamos.” (P: 04; score : 32.61).</p> <p>“[...] dificuldade com tecnologia dos ACS o que dificultava o acompanhamento.” (P: 04; score : 60.68).</p> <p>“[...] a maior dificuldade era com alguns ACS que tinham menor grau de</p>

				instrução, pois a comunicação era mais difícil.” (P: 02; score : 43.78).
	Criação do grupo e falta de feedback			<p>“[...] a barreira que eu encontrei foi adicionar o contato dos ACS no grupo uma vez que algumas não tinham o whatsapp ou precisavam de autorização para ser adicionados no grupo (P: 03; score : 38.10)”.</p> <p>“[...] dificuldades para ter acesso a todos os números de <i>whatsapp</i> dos ACS (P: 04; score : 60.68)”.</p> <p>“[...] não possuem o <i>whatsapp</i> ou não olhavam os cards textos e vídeos enviados ou só olhavam depois e não sabíamos se conseguiram ou não concluir (P: 08; score : 17.42)”.</p>
	Dificuldade em cumprir o cronograma e adaptações	<p>“[...] teve uns dois lá que eu tive que fazer nos 15 dias porque eu esqueci [...]”.</p> <p>“[...]o do 15 dias foi pra mim foi agora o da semana não teve um mesmo teve uns 2 lá que eu tive que fazer nos 15 dias porque eu esqueci que eram 15 dias.”</p>		<p>“[...] algumas adaptações devido às demandas dos ACS.” (P: 00; score : 15.68).</p> <p>“[...] somente no centro de saúde que houve um equívoco e precisou ser realizado depois.” (P: 06; score : 44.07)”.</p>
	Falta apoio e recursos para mudanças		“[...] eles comentaram que querem mudar, mas falta apoio e recursos. (P:05; score : 141.01)”.	
	Dificuldade técnica com o aplicativo Vamos	“[...] teve uma vez que eu fui responder a questão se não me lembro foi acho que a 16 e aí apareceu um negócio lá onde eu não conseguia abrir”.		“[...] programa vamos às vezes ficava fora do ar.” (P:04; score : 60.68)”.
	Questionário		“[...] os ACS comentaram que foi cansativo por conta dos questionários	“[...] formulário é muito grande.” (P:04; score : 30.71).

	extenso		grandes.” (P:04; score : 42.82).	
	Conteúdos extensos das seções	<p>“[...] aí tinha vez que eu subia o celular eu pra ver onde é que ia terminar pra eu ver se eu ia ter paciência pra terminar de concluir a leitura.”</p> <p>“[...] não que você ia subindo ia subindo ia subindo falava aí meu Deus não vai parar não. não vai chegar no final”.</p>		<p>“[...] alguns mencionaram que o site do vamos possui muito texto.” (P:09; score : 6.21).</p>
	Empecilhos/D esafios	<p>“[...] tem uns empecilhos tem, mas eu vou procurar um horário pra aquela situação foi bom deu certo [...]”.</p> <p>“[...] às vezes era cansativo eu dizia ai meu deus eu cheguei agora estou cansada não vou responder isso agora não, mas respondi todas as questões cada hora uma novidade diferente.”</p> <p>“[...] então o que é que eu fazia depois que eles dormiam que eu ia pro celular pra poder eu acompanhar porque eu não tinha condição de acompanhar ora eu chegava do trabalho e ia cuidar da casa.”</p>		<p>“[...] mas a maioria afirmou que as dificuldades em dar continuidade ao programa estavam mais relacionadas a questões pessoais do que ao programa em si.” (P:09; score : 6.21).</p> <p>“[...] principal dificuldade encontrada foi o compromisso em garantir a permanência dos ACS no projeto a qual sofria influência de fatores individuais dos participantes.” (P:01; score : 56.22).</p>
<b>Facilitadores</b>	Suporte, Incentivo e acompanhamento da equipe de entrega.	<p>“[...] sempre entrava em contato comigo um exemplo se eu tivesse atrasado ele lembrava.”</p> <p>“[...] então assim esse projeto além de alertar de ser bom de orientar a gente ele também o celular a mensagem olha aí já vinha eu graças a deus [...]”.</p>		<p>“[...] Receptividade dos ACS a atenção ofertada aos discentes e o acompanhamento dos materiais enviados por meio do whatsapp.” (P:01; score : 17.42).”</p> <p>“[...] conseguir um atendimento</p>

		<p>“[...] mas de repente ela vinha e dava aquela injeção de ânimo foi aí que a gente conseguia”.</p> <p>“[...] aí a gente estava percebendo que eu demorava de abrir ela ia abrir aí ela total incentivava como dizia nas próprias questões tinha recaídas da gente mas a gente pensava em desistir.”</p>		<p>contínuo com alguns agentes além de ter um retorno ou resposta dos mesmos.” (P:00; score : 15.68).”</p> <p>“[...] envio dos materiais e conseguir um acompanhamento mais próximo dos ACS.” (P:03; score : 72.65).</p>
	Oficinas de integração e relaxamento	<p>“[...] então esse é um momento assim propício pra gente e que possa ter outros como eu falei presencialmente pra gente deitar lá cheirar aquele óleo de laranja.”</p>	<p>“[...]eles comentaram que gostaram da atividade de integração realizada.” (P: 27; score : 136.15).</p> <p>“[...] eles comentaram que foi muito bom deu até para relaxar deveria ter sempre.” (P: 16; score : 141.01).</p>	<p>“[...] gostaram muito das atividades de cuidado em saúde realizadas no dia da coleta de dados.” (P: 12; score : 31.12).</p> <p>“[...] eles relataram essa massagem e meditação me renovaram.” (P:04; score : 30.71).</p>
	Linguagem simples seções	<p>“[...] aí depois eu subia tudo de novo aí eu falava vou ler sem linguagem difícil linguagem que qualquer pessoa que lê vai entender.”</p>		
	Resolução célere das dificuldades	<p>“[...] aí eu fui no privado dela lá eu falei aí ela falou vou ver com a professora rosângela aqui já de imediato foi rápido ela me respondeu[...]”.</p>		<p>“[...] em qualquer dificuldade eles poderiam enviar dúvidas para os monitores.” (P: 12; score: 31.12).</p>
<b>Impactos positivos do programa</b>	Aproveitamento dos Conteúdos das seções	<p>“[...] cada seção que vinha era umas informações diferentes e a gente aproveitava em relação ao sal gordura como a colega disse ali eu canso de falar assim com os meus hipertensos e diabéticos que eu acompanho tem que praticar alguma atividade.”</p> <p>“[...] com as leituras muito boas eu conseguia fazer aquelas leituras que</p>		<p>“[...] alguns ACS destacaram a importância do programa transformação ressaltando que ele traz informações relevantes e promove uma reflexão sobre si mesmo indo além do olhar para o outro.” (P: 9; score : 27. 80).</p>

		<p>eu achava assim pra eu passar sem ler eu não me sentia eu estava me burlando falei não não vou me burlar não.”</p> <p>“[...] aí depois disso aí depois que eu fui ler esse texto todo que eu comecei a falar não eu vou fazer uma coisa de cada vez.”</p> <p>“[...] um dos livros daquelas leituras que ele falou do gerenciamento do tempo ele vem colocando assim que você precisa fazer uma coisa de cada vez que é importante até pro seu cérebro trabalhar melhor”.</p>		
	Autocuidado e crescimento profissional	<p>“[...] e a gente fica naquela como eles diziam naquela tribulação terrível que você chega em casa cabisbaixo, mas depois desse programa a gente pensou na gente em si.”</p> <p>“[...] só que assim esse programa veio me fazer olhar pra mim sabe veio que eu preciso cuidar de mim pra eu ter saúde pra eu cuidar do outro.”</p>	<p>“[...] um projeto importante um momento maravilhoso com o olhar para o profissional.” (P: 26; score : 103.17).</p> <p>“[...] alguns relataram que estavam amando as atividades parando para ter um momento para si diante de da correria do dia_a_dia [...]” (P: 12; score : 146.31).</p>	<p>“[...] Promove uma reflexão sobre si mesmo indo além do olhar para o outro.” (P: 9; score : 27. 80).</p> <p>“[...] nunca olharam para nós ACS essa é a primeira vez que estão fazendo algo por nós.” (P: 6; score : 24. 05).</p> <p>“[...] o programa vai me ajudar preciso melhorar minha saúde parabéns (P: 4; score : 30. 71).”</p> <p>“[...] alguns ACS relataram que abandonaram o sedentarismo e que estavam muito felizes com isso.” (P: 1; score : 15.47).</p>
<b>Acompanham ento do Programa</b>	Cumprimento do Cronograma	<p>“[...] porque tinha o de toda a semana e tinha de 15 em 15 dias aí quando eu terminava quando eu começava de 15 dias quando eles colocavam eu já fazia logo o meu”.</p>		<p>“[...] sim o cronograma foi seguido (P: 5; score : 25.64).”</p>
<b>Sugestões para ampliar</b>	Recompensa por		<p>“[...] para implementar o programa_transformação para todos os</p>	<p>“[...] recompensas pelos resultados.” (P: 6; score : 24.05).</p>

<p><b>a</b> <b>Implementação</b></p>	<p>participação</p>	<p>profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades eu faria compensação em carga horaria de serviço.” (P: 03; score : 169.44).</p>	<p>“[...] adicionaria um brinde para as pessoas que participassem ativamente do projeto.” (P: 3; score : 25.09).</p>
	<p>Estratégias para fortalecer a adesão</p>	<p>“[...] para implementar o programa faria atividades práticas rotineiras nos encontros também para comecem a perceber a mudança com a prática diária acho que motivaria.” (P: 4; score : 42.82).                  “[...] eu realizaria treinamentos intercalados mensal de assuntos referentes a temática do programa e atividades de praticar integrativas e complementares de saúde como alongamentos tipos de exercícios que podem estar fazendo ao iniciar o dia de trabalho ou ao término.” ( P04; score: 66.98).</p>	<p>“[...] procurar mostrar evoluções ou depoimentos de pessoas que participaram ativamente durante os 6 meses tentar fortalecer a busca ativa dos ACS a fim de criar um vínculo manter um contato com cada um e fazer com que os hábitos criados se tornem um estilo_de_vida duradouro que perdura para além do programa.” (P: 00; score : 35.21).                  “[...] possibilitar a participação de todos os ACS visto que nem todos dispunham de <i>whatsApp</i> manter contato ativo com os ACS devido à disponibilidade.” (P: 05; score : 25.64).                  “[...] além do livro traria as mesmas informações em formato de vídeo o que facilitaria a adesão.” (P: 04; score : 34.79).                  “[...] ademais eu trabalharia na criação de ferramentas online um aplicativo por exemplo que auxiliassem os ACS na organização da sua rotina diária e semanal de forma a ajudar eles na realização das atividades descritas no programa_transformação considerando suas individualidades.” (P: 01; score : 25.65).                  “[...] buscaria forma de ampliar o número de entrevistadores reduziria</p>

				formulário.” (P: 4; score : 34.79).
Ser presencial	“[...] ia marcar, por exemplo, dois três meses no telefone e a outra presencial pra fazer alguma atividade como foi aquela coisa que a gente deitou lá e relaxou.”	“[...] ser presencial despertaria a participação dos ACS até o final do programa” (P19; score: 37.07).  “[...] encontros presenciais uma vez ao mês para fortalecer vínculo.” (P12; score: 203.31).	“[...] realizaria reuniões com periodicidade quinzenal objetivando conhecer o seu progresso entender suas dificuldades e propor maneiras de superar elas.” (P: 01; score : 27.04) “[...] ter mais encontros presenciais com a realização de oficinas e palestras com temáticas voltadas para a mudança_de_comportamento muitos profissionais deram o feedback muito positivo em relação aos encontros presenciais por isso acho que ter esse acompanhamento mais presencialmente ajudaria na adesão do projeto.” (P: 9; score : 37.70)	
Reunião prévia com a equipe		“[...] minha sugestão seria a realização de uma reunião com toda equipe antes de iniciar as atividades é de suma importância para que todos estejam cientes da logística do programa e não passar apenas para a coordenação. (P: 09; score : 62.20). “[...] acho interessante os representantes do programa comparecerem antes e explicar o motivo aos acs a importância do programa.” ( P:19; score: 37.07).		
Intensificar o programa		“[...] para implementar para todos os profissionais de saúde poderia intensificar o programa.” ( P15; score: 210.36). “[...] eu faria em maior frequência eles comentaram que foi muito importante		

			“muito positivo.” (P24; score: 193.82).	
	Incentivo da gestão		“[...] um incentivo pela secretaria_municipal_de_saúde [...]” (P19; score: 209.26).	
	Ampliar Divulgação e ofertar a equipe de saúde		“[...] aumentaria a propaganda já que a propaganda é tudo divulgaria de forma que desperte a curiosidade.” (P09; score: 191.56). [...] minha sugestão é que poderia abrir para os outros profissionais participar.” (P: 10; score : 81.25).	“[...] aumentaria a divulgação do projeto através das mídias sociais.” (P: 03; score: 25.99). “[...] a divulgação poderia ser feita por mais tempo para reforçar a ideia do programa.” (P:12; score : 31.12).

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

#### 5.4 ARTIGO 4: avaliação da efetividade de uma intervenção na Melhora do estilo de vida e saúde de agentes comunitários de Saúde

Revista para Submissão: Revista de Ciência & Saúde Coletiva (Saúde Coletiva): A3

##### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a efetividade de um programa de promoção da saúde *on-line* a partir da percepção dos ACS participantes e dos indicadores de saúde pré e pós intervenção. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, decorrente de uma pesquisa intervenção realizada *on-line* com Agentes Comunitários de Saúde das Zonas Urbana e Rural, no período de outubro de 2023 a julho de 2024. Realizou-se e um grupo focal com 10 agentes, buscando evidenciar mudanças na alimentação saudável e atividade física pós-intervenção. A análise qualitativa foi realizada no IRAMUTEQ - lexicográfica, a classificação hierárquica descendente e análise fatorial, já as quantitativas no software SPSS, versão 24. Para avaliar o corpus, seguiu as etapas de análise de conteúdo. **Resultados:** Os trabalhadores na sua maioria eram mulheres. Identificou-se mudanças no consumo e escolhas dos alimentos e iniciativas na prática de atividade física diária, redução do peso, atenção plena no ato de se alimentar. Além de sensação de bem-estar, do controle glicêmico e de pressão arterial. A satisfação geral com a vida e a avaliação do sono passou a ser positiva para um ACS após a intervenção. **Considerações finais:** O Programa se mostrou efetivo na promoção do estilo de vida e saúde entre os trabalhadores. Sugerem-se estudos subsequentes para avaliar a sustentabilidade do programa, atuando de forma a impactar em mudanças duradouras na saúde destes trabalhadores.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Promoção da Saúde; Estilo de Vida; Atividade Física; Hábitos Alimentares; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

##### Abstract

**Objective:** To evaluate the effectiveness of an online health promotion program based on the perception of participating CHWs and pre- and post-intervention health indicators. **Methods:** This was a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, derived from an online intervention conducted with CHWs from both urban and rural areas between October 2023 and July 2024. A focus group was held with 10 CHWs to explore changes in healthy eating and physical activity post-intervention. Qualitative data were analyzed using IRAMUTEQ (lexicographical analysis, descending hierarchical classification, and factorial analysis), while quantitative data were processed with SPSS software, version 24. Content analysis was used to evaluate the corpus. **Results:** The majority of participants were women. Identified outcomes included changes in food choices and consumption, engagement in daily physical activity, weight reduction, and increased mindfulness while eating. Participants also reported improved well-being, better glycemic and blood pressure control. Overall satisfaction with life and sleep assessment became positive for one CHW after the intervention. **Final Considerations:** The program proved to be effective in promoting healthier lifestyles and improved health among

CHWs. Future studies are recommended to assess the program's sustainability and its potential to generate lasting changes in these workers' health.

**Key-Words:** Community Health Agent; Health Promotion; Lifestyle; Physical Activity; Eating Habits; Evaluation of Health Programs and Projects.

## Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, observa-se um crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nos últimos anos, no Brasil e Mundo (OMS, 2023). Os dados do monitoramento de progresso em 2022 das DCNT estimaram que em uma população total de 211.000.00 habitantes, 75% das mortes foram apontadas por doenças não transmissíveis (OMS, 2022). Essas condições geram impactos adversos à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, afetando não somente a morbimortalidade com incremento de gastos aos serviços públicos de saúde, mas também nos rumos do crescimento social e econômico (OMS, 2005).

Nesse contexto, o serviço de saúde, especialmente, a atenção primária em saúde, é vista como promotora potente de intervenção nesse cenário, minimizando os riscos de morte ao estimular a promoção do estilo de vida saudável e bem-estar à população dentro do território (OMS, 2022). Na saúde do trabalhador, a cronicidade tem se tornado um tema de debate e preocupação, uma vez que provoca comprometimentos que impactam a rotina diária dos trabalhadores e das organizações (Andra; Silveira; Terra, 2023).

No que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a literatura indica uma alta prevalência de fatores de risco que contribuem para a gênese das doenças crônicas (Bernardes *et al.*, 2021), conhecidos como condições de estilo de vida, os quais são passíveis de modificação por meio de intervenções de promoção à saúde (OMS, 2005). Logo, o ambiente laboral é alvo estratégico e emergente para intervenções na área da saúde, especialmente com o enfoque no estilo de vida (Nahas, 2017). Adicionalmente, ampliar a oferta de Programas que promovam escolhas saudáveis, o empoderamento, autonomia, o protagonismo do trabalhador é proposta pelas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, Ministério da Saúde-Sec de Vigilância em, 2018) para o cuidado em saúde no território.

Programas que visam mudança de comportamento têm sido desenvolvidos no contexto brasileiro, visando alcançar à população adulta e idosa, principalmente na atenção primária

(Meurer *et al.*, 2019; Tomicki *et al.*, 2021). Tais pesquisas utilizaram o modelo RE-AIM, uma ferramenta confiável que busca compreender o impacto de intervenções na saúde pública desde a etapa de planejamento até a institucionalização, caracterizada por cinco dimensões (alcance, adoção, implementação, eficácia e manutenção) (Glasgow; Vogt; Boles, 1999; Harden *et al.*, 2018).

A dimensão eficácia caracteriza-se por ter o caráter de avaliação individual, abordando não somente os resultados pretendidos, mas também os de qualidade de vida e as consequências não intencionais, trabalhando na vertente ampliada, não se resumindo, exclusivamente, a resultados de saúde (Glasgow; Vogt; Boles, 1999). Ademais, os estudos de caráter quantitativo têm evidências promissoras na efetividade de programas de mudança de comportamento, direcionados para diferentes desfechos, contextos e grupos populacionais, utilizando o modelo RE-AIM (Gerage *et al.*, 2017, 2020; Meurer *et al.*, 2019; Tomicki *et al.*, 2021). Sobremaneira, adicionar o componente de avaliação qualitativo é crucial para potencializar as pesquisas de caráter intervencionista (Holtrop; Rabin; Glasgow, 2018).

Contudo, percebe-se que o planejamento e avaliação de intervenção com RE-AIM para o trabalhador no Brasil ainda é incipiente (Souza, Paulo Vitor de *et al.*, 2020). Em se tratando do trabalhador de saúde na atenção primária a literatura não faz referência de intervenções com este tipo de abordagem. Diante do exposto, faz-se necessário fomentar a promoção de estilo de vida ACS, uma vez que as escolhas saudáveis deste trabalhador permitem além de atuar nos índices individuais de saúde, refletem em ações na comunidade. Assim, este artigo tem por objetivo avaliar a efetividade de um programa de promoção da saúde *on-line* a partir da percepção dos ACS participantes e dos indicadores de saúde pré e pós intervenção.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo quase experimental (Campbell; Stanley, 2011; Thomas; Nelson; Silverman, 2012), descritivo exploratório, de natureza quanti-qualitativa (Guion; Diehl; McDonald, 2011), decorrente de uma pesquisa intervenção, que objetivou avaliar um Programa de Mudança de Comportamento em Agentes Comunitários de Saúde das Zonas Urbana e Rural, no período de outubro de 2023 a julho de 2024.

A população alvo do presente estudo foi constituída por ACS do município de Jequié–BA, localizada na mesorregião centro sul baiano. O Programa objetivou propor mudanças de comportamento no que tange aos pilares de Atividade Física e Alimentação Saudável. Para tal, utilizou-se a plataforma do Programa VAMOS *on-line* para o cadastro, desenvolvimento e realização do estudo de intervenção. Todos os ACS elegíveis e alcançados e que tiveram interesse foram cadastrados na plataforma e acompanhados durante seis meses de intervenção, e posteriormente, reavaliados.

O Vamos *on-line* era acessado mediante a página do endereço eletrônico (<https://vamos.sites.ufsc.br/login>). Os conteúdos educativos estavam disponíveis na plataforma do Vamos e os ACS foram orientados presencialmente no Momento - 1 (M1) da pesquisa a realizarem as atividades conforme cronograma pré-estabelecido (cartão impresso individual).

Assim, no M1 realizou-se cadastro dos ACS no Vamos *on-line*, a avaliação física, oficinas de autocuidado; no Momento 2 (M2), correspondente a etapa de desenvolvimento da intervenção (seção 2 até a 17, foi realizado individualmente por cada ACS no momento que fosse conveniente com a sua rotina, seguindo o cronograma proposto com as etapas para cada seção *on-line*); e Momento 3 (M3), oficina presencial de reavaliação dos participantes concluintes, disposta na seção 18.

Considerou-se como critério de inclusão para o presente estudo, os ACS, que atingiram um percentual de realização de no mínimo 75% das seções propostas para o Programa, isto é, os que completaram entre 14 a 18 sessões, totalizando 14 ACS. Destes, 10 foram reavaliados e participaram do Grupo Focal (GF).

Utilizou-se no presente estudo a ferramenta RE-AIM, para o planejamento e avaliação, da dimensão eficácia/efetividade (Almeida; Brito; Estabrooks, 2013; Glasgow; Vogt; Boles, 1999). Deste modo, para avaliação dessa dimensão utilizou-se uma abordagem qualitativa a técnica de Grupo Focal (GF), a fim de avaliar as mudanças percebidas no estilo de vida dos ACS durante a realização do programa. Os convites para o GF foram encaminhados, previamente, para todos os participantes concluintes, por folheto informativo digital via coordenação do serviço. Adicionalmente, lembretes foram encaminhados individual aos ACS via aplicativo *WhatsApp*, na semana e um dia antecedente a realização do GF, pela equipe de monitores, e em alguns casos via telefonema, visando lembrá-los do momento M3.

Anteriormente, realizou-se todos os procedimentos para organização do grupo focal. Assim, o roteiro de discussão do grupo foi elaborado previamente pela pesquisadora principal e revisado por mais dois pesquisadores para adequações ao objetivo final. O roteiro de perguntas buscou levantar as percepções dos ACS.

No dia da realização do grupo focal, os procedimentos de organização do ambiente foram aplicados, foi disponibilizada uma sala reservada para a realização, ambiente sem ruído e interrupções, instrumentos e materiais que seriam utilizados, caneta, papel, roteiro, lista de frequência, termo de consentimento, gravador e celulares, equipe condutora e disposição de água, café e lanche para os participantes. A equipe de condução organizou o espaço com cadeiras arrumadas em forma de círculo, permitindo um olhar direcionado e envolvimento de todos os ACS presentes, bem como a equipe de condução. Utilizou-se um gravador central e dois celulares em extremos do círculo organizado, a fim de captar as falas dos participantes com maior qualidade.

O grupo focal foi conduzido por uma moderadora (profissional de educação física), treinado, que não teve nenhum contato prévio com os participantes e dois observadores (alunos da graduação em fisioterapia, sendo um do sexo feminino e outro masculino), que anotaram as observações e expressões dos ACS durante a realização do GF.

Inicialmente, utilizou-se uma dinâmica de apresentação e aquecimento entre os ACS participantes. Na sequência, os participantes foram estimulados a expressarem suas percepções acerca Programa. As perguntas interpeladas foram: Como foi para vocês participarem do Programa Transformação? Qual a percepção do Programa para vocês? O que o Programa trouxe para vocês? E uma pergunta livre para quem quisesse colocar alguma questão/temática diferente que não tinha sido abordada? O grupo levou em média 1 hora e 29 minutos de discussão desde os momentos informativos até a finalização.

Desse modo, respaldado pelas concepções de Minayo (2017), não se utilizou técnicas de saturação de dados, nem quantitativo de realização de grupos focais a priori, mas sim, a observação e interlocução do pesquisador acerca do objeto do estudo e objetivos estabelecidos no roteiro previamente, para a pesquisa em questão. Na perspectiva da autora *“uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de um determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e interações em todo decorrer do processo”* (Minayo, 2017, Pág. 10).

Assim, diálogos e aproximações foram estabelecidas entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, não obstante, essa etapa permitiu uma continuidade e aprofundamento da temática investigada, quer seja com o mesmo pesquisador ou outros que desejam entender o mesmo objeto de pesquisa em estudos futuros. Isto é, a pesquisa não exauriu com o grupo focal realizado, mas o GF foi fundamental para entendimento das questões internas que permearam a avaliação da efetividade/eficácia do Programa Transformação sob a ótica dos participantes (Minayo, 2017).

Os participantes presentes no grupo focal foram capazes de interpelarem aspectos individuais e coletivos na abrangência de suas falas. Ainda assim, considerou-se o número de interlocutores presentes, visando às repetições e acréscimos de novas informações, na perspectiva de compreensão dos fenômenos intrínsecos na pesquisa a partir do discurso dos ACS participantes. A riqueza das falas foi considerada, pensando na qualidade, homogeneidade e intensidade das informações levantadas na pesquisa (Minayo, 2017).

Os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos na íntegra com auxílio do software Transkriptor (<https://transkriptor.com>), adotando os preceitos éticos de sigilo dos participantes. Buscando melhorar a qualidade das transcrições, dois pesquisadores realizaram a revisão das falas dos participantes, escutando as gravações realizadas. Não houve a etapa de devolução das transcrições para os participantes realizarem comentários e/ou correções.

Na sequência, os conteúdos textuais foram processados no programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ versão 0.8 alpha 7). O material textual, contendo as falas dos participantes do GF, foi organizado em um corpus textual monotemático, e, posteriormente, analisado, por meio dos recursos metodológicos do *software*. A análise lexicográfica permitiu identificar a quantidade de palavras e as frequências médias do corpus. O Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi aplicado, a fim de realizar uma análise multivariada com os segmentos de texto oriundos do GF (Camargo; Justo, 2021). Com a CHD, o IRAMUTEQ organizou as palavras em um dendograma, que permitiu compreender as relações existentes entre as classes, bem como o cálculo dos segmentos de textos mais característicos em cada classe. A análise Fatorial de Correspondência (AFC) possibilitou a comparação entre as classes.

Após a etapa de processamento pelo IRAMUTEQ, as falas dos ACS participantes foram interpretadas pelos pesquisadores e avaliadas mediante a análise de conteúdo de Bardin (2011)

(Bardin, 2011). Assim, a análise dos dados, procedeu seguindo as etapas de: 1) pré-análise, que se subdivide em quatro etapas: a leitura flutuante; escolha do material (guiado pelas regras da exaustividade, pertinência e homogeneidade); formulação e/ou reformulação das hipóteses e objetivos; e formulação dos indicadores 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Bardin, 2011).

Dois pesquisadores realizaram a categorização das informações textuais, análise do conteúdo e escolha dos relatos, conforme a distribuição das classes estabelecidas pelos IRAMUTEQ e um terceiro pesquisador atuou na decisão de possíveis divergências, seguindo a triangulação para validade de estudos qualitativos (Guion; Diehl; McDonald, 2011). Para manter o anonimato dos participantes do GF, optou-se por trazer os relatos, seguido pelos scores de saída do sistema, já que optou-se por identificação dos participantes apenas no momento de apresentação, dando sequência das falas sem incorreções de interrupções durante os discursos dos sujeitos.

Por ser tratar de um estudo com abordagem qualitativa, foi utilizada a lista de verificação do Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), visando realizar a descrição detalhada do estudo (Souza, Virginia Ramos dos Santos *et al.*, 2021; Tong; Sainsbury; Craig, 2007). A lista consta com 32 itens, resumido em três domínios a seguir: Características da equipe de pesquisa e reflexividade; Desenho do estudo; Análise e conclusões do estudo, os quais foram detalhados ao longo da descrição do estudo.

Os itens correspondentes aos indicadores de saúde e a qualidade de vida foram aferidas por meio do autorrelatos dos participantes, medidas realizadas presencialmente. Utilizou-se três perguntas do questionário IPAQ curto, para avaliar a atividade física (Matsudo *et al.*, 2012): (1) Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (2) Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? (3) No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? (em horas e minutos). A variável foi categorizada e classificou os ACS em: Insuficientemente Ativo (menor 150 minutos/semana); Ativo ( $\geq 150$  minutos/semana) a depender do nível de realização de atividade física reportado.

O comportamento alimentar foi avaliado por meio de seis questões extraídas do VIGITEL (utilizadas como marcadores do Programa Vamos (Souza, Paulo Vitor De *et al.*, 2020). Considerou-se alimentos saudáveis: (frutas, verduras/saladas - *in natura*, verduras/saladas –

cozido); e os não saudáveis (refrigerante, doces e alimentos processados e ultraprocessados). A partir disso, foi calculado o percentual de participantes que consumia cada item alimentar em 5 ou mais dias da semana.

A Qualidade de Vida (QV) e a Satisfação com a Saúde (SS) foram avaliadas por meio de perguntas do WHOQOL Bref (Fleck *et al.*, 2000; The Whoqol Group, 1998): A SS foi avaliada por duas perguntas, contendo cinco opções de resposta, variando de muito satisfeito a muito insatisfeito e a QV variou de muito bom a muito ruim. Para fins de análise, as variáveis SS e QV foram dicotomizadas, para a percepção positiva houve o agrupamento das respostas (muito satisfeito, satisfeito e neutro) e percepção negativa (insatisfeito e muito insatisfeito). Já a QV positiva agrupou-se (muito boa, boa e neutra) e a negativa (ruim e muito ruim) (Fleck *et al.*, 2000; The Whoqol Group, 1998). A avaliação do Sono (AS) foi avaliada a partir da pergunta: tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você avalia o seu sono? Na análise, a variável foi dicotomizada em: AS positiva (muito boa, boa e neutra) e AS negativa (ruim e muito ruim).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi estimado a partir da razão entre o peso (quilos) e o quadrado da altura (metros) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), dicotomizado em adequado (valores entre 18,5 e 24,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) e inadequado – Sobrepeso/Obesidade (valores iguais ou maiores a 25,0  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (Brasil, 2006). A Circunferência da Cintura (CC) foi estimada a partir da medida abdominal, medida em centímetros (cm), sendo categorizada em adequada (valores  $<80$  cm para mulheres e  $<94$  cm para homens) e inadequada (valores  $\geq 80$  cm para mulheres e  $\geq 94$  cm para homens) (Brasil, 2006). A Glicemia Capilar de Jejum (GCJ) foi aferida partir de uma gota de sangue, verificando-se a concentração de glicose nos vasos utilizando um glicosímetro (Glicochek Multilaser Hc487), sendo expressa em miligramas por decilitro (mg/dl)(Xavier; Alves; Gamba, 2023), com sua respectiva média e desvio padrão. A Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) foram mensuradas no braço, com o ACS em sedestação, com os pés apoiados no chão, com o braço apoiado na mesa no mesmo nível do coração. A medição foi feita com um monitor automático de pressão arterial (Omrom HEM-724INT), sendo expressa em milímetros de mercúrio (mmHg) (Brasil, 2006) com suas respectivas médias e desvios padrão.

A avaliação quantitativa da intervenção foi realizada com base na comparação dos valores de medidas relativas às características de saúde dos participantes, nos momentos pré e pós-intervenção. Foram apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e

medidas de tendência central (média e desvio padrão) das variáveis quantitativas. As diferenças foram estimadas utilizando os testes de McNemar (proporções antes e depois) e teste t para amostras pareadas (médias antes e depois), considerando um nível de significância de 5% ( $p$  valor  $<0,05$ ). Utilizou o software SPSS, versão 20.0 para avaliação das variáveis quantitativas.

Esta pesquisa teve aprovação do comitê de ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, segundo o protocolo 4.046.824. Os ACS participantes assinaram o termo de consentimento, consentido a gravação de suas falas durante o GF.

## **Resultados**

A média de idade dos participantes foi de 49,40 ( $\pm 8,57$ ) anos. A maioria era do sexo feminino (80,0%), com grau de escolaridade médio/técnico (40,0%), de raça/cor parda (80,0%), eram casados (80,0%), e tinham 15 a 29 anos de ocupação laboral como ACS. A respeito da renda 50% dos participantes tinham renda entre 2,1 a 6 salários mínimos (Tabela 1).

A avaliação dos indicadores de saúde e qualidade de vida demonstrou que após a intervenção houve mudança de comportamento em relação à prática de atividade física, tornando um ACS suficientemente ativo (Tabela 2). Foi observado que a satisfação geral com a vida e a avaliação do sono passou a ser positiva para um ACS após a intervenção. Houve redução da média do IMC (29,8 vs 29,4kg/m<sup>2</sup>) e da circunferência da cintura (95,7 vs 93,0cm), assim como da pressão arterial diastólica (82,9 vs 80,2mmHg) após intervenção. As diferenças observadas não apresentaram significância estatística (Tabela 2).

Ao realizar a análise por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a partir do corpus geral organizado em texto único, os resultados obtidos foram: 344 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 87,21% dos ST (300), demonstrando um percentual de retenção acima do mínimo e dos ST na análise lexicográfica (75%) (Camargo e Justos, 2021). Emergiram 11.582 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 1.690 palavras distintas e 210 formas suplementares, conforme demonstra a Figura 1.

A Figura 2 ilustra a apresentação do dendrograma, sendo a leitura realizada cima para baixo, exibindo assim as palavras contidas nos segmentos de textos associados a cada uma das classes encontradas. É possível visualizar a frequência (%), o resultado do teste Qui-quadrado ( $X^2$ ) e a lista das principais palavras identificadas para cada uma das seis classes semânticas

identificadas no corpus. Considerou-se, no dendograma, a inclusão dos termos que obtiveram o valor de qui-quadrado ( $X^2 \geq 3,84$  ( $p < 0,05$ )) e frequência nas classes igual ou maior a 5,62.

No geral, em relação às classes, observa-se cinco ramificações, a qual foi organizada em subeixos. Assim, o subeixo A foi composto pela Classe 1; o subeixo B referente as Classes 4 e 5; o subeixo C composto pela Classe 2, enquanto o subeixo D, referente as Classes 6 e 3 (Figura 2).

Após a leitura e interpretação do corpus textual e dos dados extraídos do IRAMUTEQ acerca da distribuição das classes, identificaram-se três eixos temáticos, a saber: Eixo I – Reflexões sobre Mudança de Comportamento e Impactos Positivos à Saúde, representada pela classe 1; Eixo II – Mudança do Estilo de Vida: alimentação e atividade física – expressas pelas classes 4 e 5 e o Eixo III – Percepção acerca do Programa Transformação: incentivo, adaptações e impactos positivos no autocuidado e no cuidado com a comunidade, identificado nas classes 2, 3 e 6 (Figura 2).

A seguir, serão descritos, cada eixo, nomeando suas classes, apresentando as principais palavras identificadas no dendograma (Figura 2), bem como os exemplos de trechos que emergiram na CHD.

### **Eixo I: Reflexões sobre Mudança de Comportamento Alimentar e Impactos Positivos à Saúde**

A classe 1 nomeada “Autogestão: Controle Glicêmico, de Pressão e de Alimentos”, foi constituída por 50 (ST), representaram 16,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o terceiro lugar de todo o corpus em termos de tamanho e o primeiro lugar em relação às prevalências.

O teste Qui-quadrado ( $X^2$ ) apontou maior grau de significância estatística para as palavras na classe 1. Essa situação sugere que os termos encontrados possuem forte relação com esta classe. Assim, a classe 1 apresenta-se como a mais prevalente na análise gerada, sendo caracterizada pelas palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 135$  (açúcar) e  $X^2 = 9,93$  (hipertensão). Essa classe foi composta por palavras como: “glicemia” ( $X^2 > 51,5$ ), “suco” ( $X^2 > 50,25$ ), “café” ( $X^2 > 46,39$ ), “doce” ( $X^2 > 40,5$ ), “medicação” ( $X^2 > 30,6$ ), “pressão” ( $X^2 > 15,2$ ), “diabetes” ( $X^2 > 11,0$ ), “perceber” ( $X^2 > 11,0$ ), dentre outras.

Ao realizar as interpretações das falas, ficou evidente que o Programa suscitou ideias e tentativas do autogerenciamento entre os participantes, na ingestão do açúcar, no controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial, trazendo aspectos culturais enraizados acerca da alimentação, bem como das influências sociais para a manutenção de hábitos alimentares saudáveis. Contudo, as percepções e reflexões sobre as mudanças de hábitos alimentares, fomentados pelo Programa Transformação, geraram impactos positivos à saúde dos ACS, no controle de doenças crônicas, a exemplo, da hipertensão e diabetes. Os trechos abaixo reforçam e enfatizam esta classe.

*“[...] não tirei 100 por cento do açúcar, mas assim diminuir o açúcar” (score : 190.34).*

*“[...] aí quando foi um dia só que eu sou viciada em café e o meu café é doce quando eu fui perceber eu estava tomando uma garrafa de café por dia e seis colheres de açúcar”. (score : 297.78).*

*“[...] a gente sabe que não é correto você ingerir açúcar e nem sal, mas abriu mais a nossa mente incentivou que a gente mudasse (socorre 138.29).*

*“[...] porque minha mãe era diabética eu tenho dois irmãos diabéticos o uso do açúcar é uma ação cultural uma ação que a gente não precisa desse açúcar pra viver porque já tem nos alimentos.” (score: 187.48).*

*“[...] foi muito bom e graças a Deus através desse programa minha pressão foi controlada hoje eu só tomo duas medicações de dez medicações hoje eu não tomo mais antidepressivo ou alprazolam.” (score:138.42).*

*“[...] desse olhar cuidadoso de cuidar da nossa saúde então eu vim perceber depois do projeto que eu estava com a glicemia de 529 e eu não sabia que eu era diabética.” (score:82.88).*

## **Eixo II: Mudança do Estilo de Vida: Alimentação e Atividade física**

A classe 4 nomeada como “Implementação de Comportamentos Alimentares Saudáveis”, constituída por 41 (ST), representaram 13,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o

quinto lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Composta por palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 63,8$  (mudar) e  $X^2 = 8,30$  (problema). Essa classe é composta por palavras como: “alimentar” ( $X^2 > 37,9$ ), “entender” ( $X^2 > 26,2$ ), “hábito” ( $X^2 > 19,1$ ), “evitar” ( $X^2 > 18,9$ ) “comer” ( $X^2 > 17,0$ ), “peso” ( $X^2 > 12,9$ ), dentre outras.

Os trechos descritos abaixo retratam as mudanças e melhorias percebidas após a realização do Programa Transformação no comportamento alimentar. Atitudes de substituições, cessações de alimentos e hábitos não saudáveis pela aquisição de outros considerados saudáveis. Modificações estas que apesar de difícil, geraram percepções e melhorias na saúde, bem-estar pessoal e além de transformações que impactaram na atuação laboral dos ACS diante da sua comunidade.

*“[...] mas eu mudei a forma de me alimentar eu comia a massa mudei bastante aí quando eu vou no mercado onde eu compro eu vou comer só uma vez no mês esse tipo de massa aqui.” (score: 162.48).*

*“[...] eu foquei bastante foi na questão da alimentação eu mudei radicalmente apesar de assim não ter problema de peso, mas eu mudei essa questão de você evitar determinado tipo de alimentos.” [...] (score: 152.74).*

*“[...] como serviu pra mim vai servir pra minha comunidade também e a gente vê muitas pessoas que precisa está acima do peso, está obeso sedentarismo, então a gente começa a mudar a gente tenta.” (score: 112.39).*

*“[...] e eu falava já aí nisso eu comecei a comer mais devagar quando você come mais devagar você assim às vezes até um pouco de comida que mesmo sendo pouco você vai acabar que mastigar os alimentos melhor tudo isso eu não fazia.” (score: 85.68).*

*“[...] ali eu consegui mesmo assim tomar um suco na hora que eu estava comendo eu evitei porque almoçando lá fala que você tem que tomar 30 minutos antes ou 30 minutos depois.” (score: 49.06).*

*“porque eu mudei muito minha forma de me alimentar eu gostava de refrigerante tirei” (score : 143.61).*

*“[...]com relação a questão de alimentos refrigerante não vou dizer que tirei 100 por cento porque eu acredito que não consegue (score: 101.90).*

*“[...] com uma forma carinhosa mudar o hábito de alimentar é muito difícil tem que querer e dá estresse (score: 150.39).*

*“[...]comer muitas saladas legumes frutas a questão de se alimentar aquela coisa de eu mesmo chegar para almoçar assim triturava que às vezes até meu filho falava pai você já almoçou (score : 94.43).*

*“[...] mas eu fui saber que pão integral era a mesma coisa do pão branco então eu tirei o pão integral eu falei pra que se eu estou também me sabotando com a comida tirei (score: 12.42).*

A classe 5 nomeada como “Atividade física: Início e Possibilidades ”, constituída por 44 (ST), tendo 14,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o quarto lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Formada por palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 58,1$  (“atividade”) e  $X^2 = 8,19$  (“subir”). Essa classe é composta por palavras como “minuto” ( $X^2 > 34,88$ ), “físico” ( $X^2 > 27,0$ ), “espelho” ( $X^2 > 23,5$ ), “preciso” ( $X^2 > 18,4$ ), “esforço” ( $X^2 > 17,3$ ), “começar” ( $X^2 > 14,3$ ), “transformar” ( $X^2 > 13,2$ ), “vida” ( $X^2 > 9,32$ ), dentre outras.

A classe 5 se ramifica diretamente com a classe 4, isto é, são interligadas, trazendo elementos comuns e de compartilhamento que impactam no estilo de vida. A característica peculiar dessa classe, evidenciada, de fato, pela efetivação das mudanças dos ACS, por meio dos conteúdos educativos disponibilizados pelo programa, foi possível estabelecer elementos de reflexões e introdução da mudança de rotina, a exemplo de atividade física. As narrativas abaixo apresentam o contexto explicitado.

*“[...] que pra gente fazer atividade eu não preciso começar longo eu posso começar com pouco e o que foi que eu fiz eu comecei a tirar 10 minutos de frente ao espelho.” (score : 162.44).*

*“[...]quando a gente cai a gente levanta a gente hoje não vai mas amanhã a gente vai tem um tempo que a gente tem que dar um dia um tempo 1 hora uns 30 minutos mas já é o suficiente mas desistir jamais”. (score : 46.96).*

*“[...] a gente tem a noite para dormir mas se você souber gerenciar o seu tempo você tem como tirar às vezes 15, 10, 20 minutos, 30 minutos para você fazer uma atividade física.” (score: 139.92).*

*“[...] e aí eu varrendo o quintal derramei suor então ali é uma atividade ali varrendo e pegando as folhas de manga com a pá então*

*assim quando eu vi quase tomava banho até frio porque eu tinha suado.” (score : 58.13).*

*“[...] a atividade depois que cheguei depois do trabalho de 6 às 7 e meia 8 horas à noite eu faço lá tem uma rua lá que o prefeito agora completou”.*  
(score: 111.62).

*“[...] então assim ele veio transformar completamente tanto no meu estado físico quanto mental porque eu passei a me sentir melhor parei de passar mal e eu passava mal o tempo todo”. (P ; score: 73.05).*

### **Eixo III: Percepção acerca do Programa Transformação: incentivo, barreiras, adaptações e impactos positivos no autocuidado e no cuidado com a comunidade.**

A classe 2 nomeada como “Reconhecimento e Impactos do Programa”, constituída por 59 (ST), representaram 19,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o primeiro lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 46,6$  (maravilhoso) e  $X^2 = 12,3$  (abençoado). Essa classe é composta por palavras como: “bom” ( $X^2 > 44,4$ ), “Deus” ( $X^2 > 35,2$ ), “participar” ( $X^2 > 33,5$ ), “quilo” ( $X^2 > 29,2$ ), “perder” ( $X^2 > 28,1$ ), “grupo” ( $X^2 > 25,0$ ), “agradecer” ( $X^2 > 20,7$ ), “lembrar” ( $X^2 > 15,7$ ) “programa” ( $X^2 > 12,5$ ), dentre outras.

As falas retratam a importância do Programa ter sido direcionado para o cuidado dos ACS, reverberando sentimentos de gratidão e perseverança, que extrapolam para além do pessoal, alcançando a família, amigos e a comunidade, na qual eles exercem suas atividades laborais. Os trechos que expressam esse contexto são apresentados a seguir:

*“[...] então assim é importante a prática da atividade física e aprendi muito me ajudou muito na alimentação e até comentei com uma colega aqui perdi uns quilos no início graças a deus eu seguia arrisca.” (score : 147.21).*

*“[...] e graças a deus que pensaram em nós porque quando pensa no ACS não está pensando só no ACS está pensando na comunidade inteira porque aquilo que é bom pra gente a gente leva pra nossa comunidade.” (score : 134.68).*

*“[...] gratidão e essa frase eu quero eu posso eu consigo e esse é o meu lema que eu trouxe pra mim através desse programa.” (score : 72.83).*

A classe 3 nomeada como “Valorização do Autocuidado”, constituída por 53 (ST), representaram 17,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o segundo lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Organizada por palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 56,7$  (cuidar) e  $X^2 = 6,40$  (precisar). Essa classe é composta por palavras como: “pensar” ( $X^2 > 37,0$ ); “esquecer” ( $X^2 > 32,3$ ) e “tarefa” ( $X^2 > 23,6$ ).

Ressalta-se nesta classe o contexto e a proposta do Programa em fomentar a educação e mudanças dos ACS, nos quesitos alimentação e atividade física. Para além dos pilares proporcionados pelo Programa, às reflexões e reconhecimento sobre a importância de iniciar mudanças no estilo de vida, a valorização do “eu”, remetendo a prática do autocuidado e consequentes benefícios com a saúde física e mental, já que as preocupações do trabalho, da rotina da área foram referidas como algo que impactam de forma singular na adoção de comportamentos saudáveis, atividades de lazer, e, portanto, na saúde desses trabalhadores. Os trechos das falas abaixo detalham os aspectos mencionados acima.

*“[...] que a gente cuidava e cuida dos outros e a gente esquecia na verdade da gente tem dias que você chega em casa arrasado porque trabalhar com gente não é fácil.” (P ; score : 127.10).*

*“[...] que tem lazer tem que ter tempo pra gente a gente tem que se cuidar porque às vezes a gente fica tão atarefada, tão preocupado e aí a mente da gente isso aí adocece também.” (score: 92.92).*

*“[...] transformação mostrou uma coisa assim nada assim de novidade, mas reforçou e reanimou também porque é um incentivo para que nós podemos estar cada dia mais nos cuidando fisicamente mentalmente porque serve tudo o que foi ensinado.” (score: 79.14).*

A classe 6 nomeada como “Resultados do Programa na Prática Cotidiana”, constituída por 53 (ST), tendo 17,7% das palavras codificadas no conjunto, ocupando o segundo lugar de todo o corpus em termos de tamanho. Organizada por palavras e radicais no intervalo entre  $X^2 = 47,0$

(“senhor”) e  $X^2 = 8,19$  (“falar”). Essa classe é composta por palavras como: “casa” ( $X^2 > 34,8$ ), “televisão” ( $X^2 > 28,5$ ), “filho” ( $X^2 > 28,2$ ), “caminhada” ( $X^2 > 20,6$ ), “óleo” ( $X^2 > 15,3$ ), “assistir” ( $X^2 > 13,5$ ), “incentivar” ( $X^2 > 12,7$ ), dentre outras.

Constatou-se a partir das falas dos ACS que para implementarem um estilo de vida saudável, perpassa desde mudanças nas escolhas dos alimentos, a organizar a rotina e direcionar tempo para a realização de atividades físicas. Assim, com o Programa Transformação, os ACS compreenderam e conseguiram gerenciar o tempo, realizar atividade física em momentos oportunos no próprio domicílio. Acrescenta-se também o gerenciamento do uso do celular durante as refeições, dar pausas aos assistir televisão e o olhar cuidadoso de como intervir na cultura alimentar imbricada na comunidade, provocando e promovendo, assim, mudanças saudáveis.

*“[...] porque você corre pra área chega em casa tem criança tem marido tem casa tem tantas outras coisas tem gente que não só trabalha como ACS tem outra atividade.” (score: 87.69).*

*“[...] e pra gente fazer exercício eu não preciso só estar na academia não uma escada de casa a gente desce, desce, desce.” (score: 48.51).*

*“[...] o celular serve pra tudo o que você quiser fazer, mas ele toma muito seu tempo se você não souber. A gente quando almoça lá em casa o celular tem que ficar lá fora.” (score: 55.97).*

*“[...] ai hoje assim eu me policio nesse negócio de sentar pra assistir eu só assisto um capítulo e desligo a televisão.” (score : 60.17).*

*“[...] e aí esse programa também me incentivava até na hora que eu estava na televisão assistindo e aí olha está na hora de eu dar uma caminhada aqui em frente ao programa mesmo.” (score: 75.49).*

*“[...] eu cheguei na casa de uma mulher ela assim muito cuidadosa comigo e aí um dia eu chego lá e eu falei meu deus o que eu vou falar pra essa senhora que ela está só fritando coisa com óleo.” (score: 158.85).*

*“[...]vou pra eventos de aniversário de formatura essas coisas e ali eu vejo que a gente a mente da gente fica sadia e é muito bom e eu já vi tem refrigerante tem os bolos eu não quero”. (score : 45.73).*

*“[...]aí meu filho falou minha mãe está estranha está diferente por que você fica fazendo atividade em casa”. (score : 88.88).*

Aplicou-se também no presente estudo a Análise Fatorial de Correspondência – AFC, que foi realizada a partir da CHD, a qual representa por meio de um plano cartesiano, os conteúdos e as relações entre as classes (Figura 4).

A figura bidimensional evidencia as aproximações e ou distanciamentos entre as classes de acordo com a disposição nos quadrantes. Assim, observa-se, mais proximidade entre as classes 3 (verde), 5 (azul escuro) e 6 (rosa), evidentes no quadrante superior esquerdo, que se sobrepõem no eixo X e, extrapolam para o quadrante inferior esquerdo, principalmente as classes 6 e 3. Do mesmo modo, ao observar o quadrante superior esquerdo e direito, as classes 4 (azul claro) e 5 (azul escuro), se aproximam no eixo Y, principalmente a 4 (azul claro), com grande concentração das palavras no quadrante superior direito e sobrepostas ao eixo Y. Por outro lado, os distanciamentos estão evidentes fortemente no quadrante inferior esquerdo e direito, os quais contem fortemente as classes 1(vermelha) e 2 (cinza), sendo que há um avanço de algumas palavras da primeira no eixo X, enquanto observa-se uma concentração no quadrante inferior esquerdo da segunda, alcançando o eixo Y.

Deste modo, no plano cartesiano, ficam evidenciadas as palavras formadoras de cada classe e o grau de importância de cada uma, com destaque para as palavras das Classes 3 e 4, “cuidar” no eixo X e “alimentar e mudar” no eixo Y, respectivamente. É possível identificar também as palavras mais frequentes: “açúcar”, “mudar”, “atividade”, “cuidar” e “maravilhoso”, representadas na sequência pelas classes, 1, 4, 5, 3 e 2. Deste modo, visualmente percebe-se as interligações fortemente expressas no gráfico entre as classes, fato que, remete a mudança de comportamento implementada pelo Programa Transformação.

## **Discussão**

Este estudo avaliou a efetividade de uma intervenção no estilo de vida de ACS em um Município baiano. Os dados de caracterização geral dos ACS apontam para maioria mulheres, meia idade, casadas/união estável, parda, com escolaridade de nível médio e técnico completo, com renda mensal variando de 2,1 a 6 SM. A literatura aponta índices de inatividade física no

tempo livre, independente da renda, entre as mulheres, pessoas na faixa etária de 40 anos ou mais, residentes em localidades carentes de espaços públicos destinados a tais práticas e que com possuem níveis baixo de percepção da saúde (Brasil, 2018). Tais dados são convergentes com o presente estudo, divergindo apenas no aspecto relacionado à satisfação com a saúde que se revelou positiva entre os ACS.

A avaliação dos indicadores de saúde, evidenciou algumas mudanças após a intervenção. Os resultados qualitativos apontam na mesma direção que para além dos desfechos primários do cuidado em si com a alimentação e a realização de atividade física diária, reflexões sobre o reconhecimento e valorização desse trabalhador em relação ao autocuidado e suas representações na comunidade, gerenciamento do tempo para o autocuidado, controle glicêmico e de pressão.

Percebeu-se redução do IMC e da circunferência da cintura, assim como da pressão arterial diastólica entre os ACS avaliados após a intervenção. Estas variáveis são utilizadas como marcadores de doenças crônicas (OMS, 2024b). A OMS define as doenças crônicas como aquelas que se perpetuam por longos períodos, ocasionando consequências irreversíveis, já que uma vez instalada exigem atuação ampliada e tratamento contínuo, contudo podem ser passíveis de prevenção, com monitoramento e intervenções efetivas no estilo de vida (OMS, 2005). Dentre as mais citadas estão: as doenças cardiovasculares, o diabetes, e os transtornos mentais comuns (OMS, 2005). No presente estudo os ACS assinalaram ter histórico familiar para diabetes e temiam o diagnóstico da doença, enfrentavam continuamente o estresse do trabalho e, considerando esses aspectos, reconheceram o Programa oportuno para promover o autocuidado e mudanças de comportamento.

Os ACS apresentaram baixos níveis de consumo de álcool e tabaco, refeririam perda de peso, tiveram redução média de IMC e CC abdominal. Tais dados são divergentes com literatura que aponta prevalência elevada excesso de peso corporal, uso de tabaco, inatividade física e alimentação rica em alimentos ultraprocessados (Bernardes *et al.*, 2021). Ao olhar para os fatores de risco para as DCNT, na população geral, observa-se que mudanças que atuam no estilo de vida, conseguem incidir para a redução dos níveis glicêmicos, pressão arterial, colesterol LDL, sobrepeso e obesidade, por se tratar das principais causas evitáveis (OMS, 2005). Na percepção dos ACS observou-se o controle da glicemia e pressão arterial, redução do uso de medicamentos do peso, do IMC ao realizarem mudanças na alimentação e atividade física, identificadas nos eixos I, II e na análise fatorial.

Estudo realizado para verificar o progresso das propostas estabelecidas para o cumprimento das metas globais para enfrentamento das DCNT até 2030 evidencia avanços na América, contudo insuficientes de resultados diretos na saúde (Luciani *et al.*, 2023). Dentre os temas assinalados com prioridade de fortalecimento, incluem promover uma alimentação saudável, pois o estímulo exagerado por alimentos ultraprocessados só crescem, impactando no aumento das DCNT, das doenças musculoesqueléticas e na qualidade de vida das pessoas (Luciani *et al.*, 2023). Entre os ACS estudados os hábitos alimentares pré e pós intervenção se mantiveram bons e atitudes de escolhas alimentares saudáveis foram reportadas nas falas dos participantes.

Atualmente, é crescente a preocupação por estudos que revelam os desfechos diretos para a redução dos riscos das DCNT (Luciani *et al.*, 2023) e, por vezes, a natureza e as interpretações epidemiológicas precisam ser amparadas por estudos qualitativos, a fim de trazer à tona as singularidades e significados nos discursos dos participantes a partir de um “recorte”, consegue aprofundar na temática (Minayo, 2017). Estudos qualitativos, permite o entendimento para além dos números e dos resultados observados, a partir das percepções, motivações, atitudes dos participantes de forma detalhada (Holtrop; Rabin; Glasgow, 2018). Assim, o presente estudo trouxe não somente a efetividade do programa no estilo de vida, mas como isso foi possível dentro do contexto individual dos ACS. Assim, ressalta-se a importância e validade dos estudos qualitativos, por conseguir elucidar elementos explicativos tais como: “o que aconteceu, porque e como chegou ao desfecho”, entendendo para além dos números os resultados observados, a partir das percepções, motivações, atitudes dos participantes de forma detalhada (Holtrop; Rabin; Glasgow, 2018).

Estudo qualitativo conduzido por Quadros et al, (2022)(Quadros *et al.*, 2022), conseguiu elucidar a efetividade do Programa Vamos por meio de um estudo qualitativo, levantando as percepções e resultados observados, na atividade física e alimentação e peso corporal e qualidade de vida secundariamente avaliados. Tais achados corroboram com o presente estudo, já que foi possível identificar também, por meio dos relatos dos ACS, a efetividade do Programa Transformação para mudanças no consumo e escolhas dos alimentos, iniciativas na prática de atividade física diária, manutenção da satisfação com à saúde, redução do peso, sensação de bem-estar, além do controle glicêmico e de pressão arterial e atenção plena no ato de se alimentar.

Em relação a alimentação, na atual conjuntura globalizado, de alta conectividade, massificação de propagandas, informações equivocadas e estímulo exacerbado por fast foods, alimentações rápidas, ultraprocessadas e hipercalóricas, tem sido intensificada e é visível o impacto negativo de tais comportamentos nos moldes e alimentação atual em todas as faixas etárias (Alvarenga *et al.*, 2024). No presente estudo alguns comportamentos relacionados à insegurança alimentar foram minimizados, mas não excluídos, a exemplo do uso de refrigerantes.

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), regulamentada em 2010, traz a promoção da segurança alimentar e nutricional como um direito humano, que deve ser acessível e universal a todos, à alimentação adequada no Brasil. No plano de elaboração geral da PNSAN, foi posto como critério para elaboração de metas a temática de educação para segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2010). O programa transformação trabalhou nessa perspectiva ao promover aos ACS práticas educacionais, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, respeitando as diversidades individual e cultural.

Apesar desse direcionamento, percebe-se, que ainda é desafiador promover uma alimentação adequada e saudável no Brasil, haja vista que necessita da integração de ações que perpassam desde a educação alimentar e nutricional, que sejam capazes de incentivar escolhas alimentares mais saudáveis pelos indivíduos, necessidade de fixação de medidas regulatórias eficientes, que consiga estabelecer limites e regras, na produção de alimentos, adequados à promoção da alimentação adequada, saudável e acessível (Brasil, 2017, 2017).

A atenção plena no ato de alimentar-se foi outro ponto referido pelos ACS no presente estudo. Assim, ressalta que realização de refeições, concomitante ao desenvolvimento de outras atividades, como: escutar áudio, assistir audiovisual ou manusear *smartphone*, impactam na quantidade ingerida do alimento, tendendo ao aumento no consumo alimentar. Estudo realizado por (Shin, 2024) apontou aumento no tempo destinado as refeições significativamente, sobretudo, com o uso de celulares, que exige a manipulação das mãos, tão quanto o ato de comer. Ademais, a distração impacta na saciedade alimentar, visto que reduz a saciedade, contribuindo para maior ingestão de alimento (Shin, 2024). Assim, de forma geral, os distratores presentes no ato de alimentação, a exemplo do telefone, fortemente identificada na presente pesquisa, exprime um olhar diferente desse trabalhador durante suas refeições, trazendo a discussão e reflexão acerca da atenção plena no ato de alimentar-se. É relevante pensar que na vertente biológica, o alimento para ser processado, passa por três fases (fase cefálica, fase gástrica e fase intestinal), que são

integrados e regulados por estímulos neurais, visando o metabolismo ideal dos alimentos, confluindo para homeostasia e nutrição do organismo humano (Silverthorn, 2017). Assim, o comer rápido, sem observar o alimento, o não estabelecimento de rotina alimentar, dificulta o processo fisiológico de integração e controle do organismo no quanto se come (Brasil, 2014). Nesse universo, comer devagar, degustando e saboreando os alimentos foi um ponto abordado nos conteúdos educativos durante o Programa Transformação. As falas explicitadas pelos ACS no grupo focal assinalam o entendimento e aplicação de tais mudanças na sua rotina de vida.

No presente estudo, outro ponto levantado pelos participantes foi o gerenciamento da ingestão de líquidos durante as refeições. A literatura aponta que este hábito pode provocar consequências no processo de digestão, ocasionando doenças e aumento da obesidade (Salari-Moghaddam *et al.*, 2020). Observou-se também a presença de problemas gastrointestinais em adultos que possuem o hábito de ingestão de líquidos pós-refeição (Salari-Moghaddam *et al.*, 2020). A fala do ACS exprime a sua atitude, posto ao conhecimento adquirido. “[...] *ali eu consegui mesmo assim tomar um suco na hora que eu estava comendo eu evitei porque almoçando lá fala que você tem que tomar 30 minutos antes ou 30 minutos depois.*” (score: 49.06).

Salienta-se assim, como proposto no guia de alimentação para população brasileira, que alimentar-se, não obstante, engloba a ingestão de nutrientes necessários ao funcionamento do organismo humano, requer escolhas e combinações saudáveis e adequadas, um olhar para preparação dos alimentos e o ato de comer em si. Imbuído nesse contexto, acrescenta-se o envolvimento cultural e social presentes no processo de alimentação (Brasil, 2014). Dessa maneira, conforme caracterizado por Alvarenga *et al.* (2024) “*Comer é um ato complexo, que envolve capacidade de decisão, de percepção dos sinais internos, de escolha, de relação com o outro e com o mundo de forma mais ampla*” (Saddi; Timerman; Alvarenga, 2024; pág. 53). Ao reportar as mudanças dos hábitos alimentares verificou-se tais componentes perpassaram entre os ACS desde as escolhas durante as compras ao ato de alimentar-se.

À luz desses conceitos e teorias, as percepções levantadas de mudanças de comportamento alimentar evidenciadas no presente estudo, quando os ACS relataram atitudes de escolhas alimentares saudáveis, não pode ser entendida apenas na visão simplista se hábitos foram desconstruídos e novos comportamentos alimentares implementados, que enfatiza e respalda apenas a visão biomédica de ser, da prevenção, da cura do corpo, do biológico.

Paradoxalmente, é preciso ampliar olhar e visualizar as mudanças transcorridas pelos costumes familiares, o contexto local, as condições sociais e financeiras, a comensalidade que incidem nas escolhas e perspectivas de mudanças duradouras no comportamento alimentar.

Outro ponto que requer ênfase no presente estudo, é que o Programa Transformação estimulava as reflexões e metas com base na condição individual dos participantes, abarcando seu contexto de vida. Com essa proposta de metas, trouxe o impulsionamento da autonomia no ato de alimentar dos ACS, e a capacidade e percepção das escolhas dos alimentos e da sua alimentação, não fixados por dietas programadas, engessadas em si. Cada avanço nas escolhas, mesmo que mínima, os foram estimulados a honrar e reconhecer, além de buscar apoios, familiar e social, para fortalecer.

Com base nessas experiências, o olhar para as intervenções de mudança no estilo de vida requer promover alimentação saudável e também a atividade física, identificando possibilidades e ambientes estimuladores. Destaca-se que a atividade física regular promove inúmeros benefícios à saúde. Atua na prevenção de agravos crônicos de ordem física e mental, proporcionado bem estar geral. Além de melhorar a força muscular, a sinergia articular, flexibilidade e relaxamento das estruturas corporais, permitindo equilíbrio corpo/mente (Kalfin; Yuningsih; Prabowo, 2024).

Conforme proposto pela da OMS a atividade física é vista como qualquer movimento corporal realizado que requer ação muscular, considerando o contexto dinâmico do ser humano, envolvendo deslocamentos, atividades domésticas, de lazer ou trabalho (OMS, 2024a). Atualmente, há uma diversidade de modalidades de práticas, que favorecem o movimento do corpo (musculação, caminhada, natação, hidroginástica, vôlei, futsal, pilates, dentre outras, que, normalmente, são acessadas mediante pagamento a empresas particulares, gerando um investimento mensal (Knuth; Antunes, 2021). Em síntese, o fator socioeconômico, por vezes, pode impactar nas escolhas de modalidades da atividade física que o indivíduo seja adepto ou anseia em realizar, ficando muito na ordem do desejo e aquém do poder aquisitivo das pessoas (Crochemore-Silva *et al.*, 2020).

É preciso pensar na promoção da atividade física no contexto social dos indivíduos, não enveredando apenas no discurso do risco e na vertente simplista de responsabilidade das pessoas (Crochemore-Silva *et al.*, 2020), ainda mais no Brasil, que é um país com disparidades regionais, que prevalece distintas desigualdades sociais, inclusive para a atividade física (Brasil, 2019). E os índices por si só falam revelam os fatores imbricados para as dificuldades da adoção da atividade

física. Como exemplo, a fala explicitada por participante do presente estudo “[...] *porque você corre pra área chega em casa tem criança, tem marido tem casa, tem tantas outras coisas, tem gente que não só trabalha como ACS tem outra atividade.*” (P; score : 87.69).

Diante do contexto social desta população, evidenciada pela sobreposição de múltiplos papéis, isto é, demandas do trabalho, do serviço doméstico, cuidados com os filhos, os quais influenciam no tempo destinado para a realização de atividades física e de lazer. Pinheiro e et al., 2019 (Pinheiro *et al.*, 2019) realizou um estudo com ACS, que suscitaram tal necessidade “*a gente ter um tempo pra fazer uma academia, uma caminhada, um exercício físico...*”. Tais particularidades corroboraram com as barreiras diárias para inclusão da atividade física no cotidiano identificadas entre os ACS estudados. Isso revela fortemente as desigualdades sociais e a presença ainda limitada das mulheres nesses espaços no tempo livre (Brasil, 2019). Entretanto, enfrentando tal cenário, observou-se atitudes de mudança, que começar devagar, o entendimento de autogerenciamento do tempo e automotivação foi permeada por adaptações e especificidades que transformaram a realidade individual dos ACS, mesmo que gradualmente, todavia, significativas para eles, no que diz respeito à atividade física, identificada no eixo II.

Na atenção básica, com a inclusão do NASF, atual eMulti, e com a expansão de Programas, houve um avanço expressivo da participação da comunidade na promoção da atividade física. Entretanto, salienta-se que são práticas pontuais, estruturadas, às vezes descontinuas ao longo do tempo, que requerem supervisão, horários pré-definidos e que não conseguem abarcar toda a comunidade (Carvalho; Nogueira, 2016; Silva, Caroline Ramos De Moura *et al.*, 2020; Silva, Alanna Gomes da; Prates; Malta, 2021), a exemplo dos trabalhadores do território, incluindo aqui os ACS.

Pensado no cenário supracitado, as propostas desenvolvidas com o ACS no Programa Transformação foi fundamentada na teoria de sociocognitiva de Bandura (2021)(Bandura; Azzi; Polydoro, 2021), que reconhece o indivíduo como um todo, autônomo e capaz de autorregular-se. Assim, trabalhou as temáticas na vertente educacional por meio de informações adequadas, na promoção de estímulos, reflexões, estabelecimentos e aplicação de metas para atividades físicas projetadas pelo próprio participante, sem requerer prescrições profissionais de tipo de exercício, tempo e local. Este formato de promover a atividade física em ambientes comunitários tem evidências de resultados efetivos no estilo de vida e qualidade de vida dos participantes (Quadros *et al.*, 2022; Souza, Paulo Vitor de *et al.*, 2020; Tomicki *et al.*, 2021).

Assim, o Programa, a partir da identificação do ACS, no seu contexto local, onde a vida acontece, foi estimulado há mudanças paulatinas e progressivas, com autonomia e empoderamento. O presente estudo identificou que toda partilha de conhecimento e práticas foi pertinente e oportuno para os ACS, que mesmo tendo informação e atuação na área de saúde, não era aplicável na sua vida. Deste modo, é vertente de escopo desse trabalhador a abordagem as famílias dentro do território por meio de ações educativas, assim, o Programa Transformação, além de suscitar as mudanças pessoais, agregou conhecimento que refletiu em estratégias de orientação na comunidade no que tange à atividade física e à alimentação, identificadas no eixo III.

Deste modo, no presente estudo os ACS pontuaram, que mesmo estando em contato direto com as ações de promoção da saúde diariamente, adotá-las “*gera estresse e é difícil*” (P; score: 150.39). Foram identificadas atitudes e percepções de mudanças na alimentação e atividade física e que apesar do “*conhecimento não ser novo do uso de sal e açúcar*”, o Programa suscitou a adoção de mudanças individuais, nos quesitos da alimentação e atividade física de forma gradual e progressiva. Estas reverberaram positivamente para o autocuidado, o cuidado com a saúde da comunidade, para a identificação de patologias crônicas individuais até então imperceptíveis.

A literatura também embasa que a frequência da atividade física ela pode ser somada ao longo do dia, contrapondo a ideia que o benefício da atividade física só é percebido nas atividades programadas em um tempo determinado do dia (Andrade, 2023; OMS, 2022). Igualmente, a intensidade pode ser elevada não somente com equipamentos, a exemplo de academias com acréscimo de pesos, halteres. A intensidade pode ser elevada em uma caminhada aumentando a cadência dos passos, trotar, correr, entre outros (Nahas, 2017).

Nessa perspectiva de (Andrade, 2023), menciona que “*não há pílulas para fortalecer os músculos cardíacos ou esqueléticos e ossos; para melhorar a estabilidade e o equilíbrio; para reduzir o risco de câncer e outras doenças; e para melhorar outros resultados de saúde*”. Para o autor, tudo isso só é possível por meio do movimento, enfatizando a importância e respostas positivas da atividade regular e contínua à saúde. Assim, a pílula é traduzida pela incorporação e atitudes de escolhas diárias de atividade física no contexto real das pessoas.

Evidenciou-se no presente estudo tais comportamentos por parte dos ACS, que iniciaram a prática de atividade física gradualmente, conforme o contexto real e dinâmico da vida,

observando as especificidades de saúde, as condições individuais internas e externas, e contexto social. Muitos começaram com pequenos gestos e atitudes até mesmo em casa, estabelecendo pausas ao assistir TV, realizando caminhadas antes ou após o expediente de trabalho, optando por subir e descer degraus de escadas, ao limpar a casa, ao realizar caminhadas nas proximidades da sua residência. Mesmo nas pequenas mudanças a sensação de bem-estar e melhoras na saúde foram percebidas e pontuadas pelos ACS.

Conjectura assim, que a mudança de comportamento para a prática de atividade física, deve ser vista também na sua complexidade e completude, de maneira abrangente e buscando integralidade do ser, por ser circundada por questões não só intrínseca ao homem, na ordem do desejo, do tempo, mas também extrínseca, do contexto cultural, social, econômico e ambiental, os quais impactam implicitamente nas escolhas saudáveis. É válido salientar que dispor de informações, estímulos motivacionais, identificação de ambientes favorecedores (exemplo praças e avenidas arborizadas, e apoio social), as pessoas podem sim enfrentar os obstáculos, encontrando o prazer, o relaxamento e bem-estar geral no ato de exercita-se.

Nessa projeção, o Programa Transformação vislumbra o olhar para os trabalhadores na perspectiva de promover saúde, entrando no ponto crucial de promover atividade física e alimentação saudável. Tal ponto levanta o papel da universidade pública de olhar para o trabalhador, estimulou esses trabalhadores a reflexões sobre a sua saúde e se compromete em dar visibilidade as evidências, levando também para o poder público local, a fim de direcionar olhares, investimentos e outras as ações intervencionistas voltadas para o trabalhador da saúde. O ambiente do trabalho do ACS é multifacetado, exigindo também ações intersetoriais plausíveis de dar visibilidade á saúde desse trabalhador.

Destarte, possivelmente, empoderar, fornecer estratégias e promover a esse trabalhador um olhar para seu cuidado e o entendimento sobre as práticas de saúde requer paciência, ruptura de costumes, crenças e aquisição de novas rotinas e hábitos, estimulados por meio do conhecimento e suporte de cuidados, mas que façam a diferença na vida, nas escolhas dos alimentos e no tempo dedicado ao movimento do corpo desses trabalhadores. Neste prisma, é preciso estimular a promoção de hábitos saudáveis, mas também refletir porque trabalhadores da saúde tem esse entendimento e não consegue estabelecer esse tipo de cuidado para si?

Pontua-se como limitação do presente estudo a dificuldade em acessar os ACS participantes para realização de mais de um grupo focal. Contudo, seguiu-se o rigor

metodológico de pesquisas de natureza qualitativa, envolvimento de mais de um pesquisador na interpretação do *corpus* e escolhas das falas, utilizou-se o software de acesso livre, IRAMUTEQ, para as análises lexicográfica e multivariada (CHD), o que parece incipiente nos estudos realizados no Brasil que utilizam as dimensões do modelo RE-AIM com a abordagem qualitativa.

É possível também a ocorrência de viés de confirmação, isto é, os participantes terem o desejo de fazer o resultado ser positivo. Para minimizar tal viés a condutora do grupo focal tinha experiência com a metodologia utilizada. Acrescenta-se também que a etapa de reavaliação dos participantes (grupo focal) ocorreu 15 dias após a última seção de conteúdo do programa. Ressalta-se que os dados quantitativos apesar de não serem significativos deram subsídios aos dados emergidos das falas dos participantes.

Por fim, salienta-se os pontos fortes levantados pelo estudo, ao permitir entender as singularidades dos ACS participantes do Programa Transformação, destacando a promoção do estilo de vida e os benefícios à saúde. Isso implica no estabelecimento de estratégias para a sustentabilidade do programa de intervenção em andamento e a viabilidade de outros possíveis estudos com essa categoria profissional, por entender os avanços na adoção da alimentação saudável, prática de atividade física e em melhores indicadores de saúde

### **Considerações Finais**

O presente estudo conseguiu avaliar a efetividade de um programa de mudança desenvolvido por um aplicativo *on-line* a partir do olhar dos participantes. Deteve-se no levantamento das singularidades dos ACS, em um grupo focal, e se mostrou efetivo em promover alimentação saudável e atividade física. Observou-se também iniciativas individuais para o autocuidado, controle glicêmico e da pressão arterial, gestão do tempo para inserção de novos hábitos, que confluíram em melhorias na saúde física e mental, além de reverberar na prática laboral para a comunidade que assistem. Ao comparar os dados pré e pós intervenção, identificou-se melhoras em indicadores comportamentais.

Com os resultados evidenciados na pesquisa, acredita-se que esta intervenção é promissora na implementação de programas que visam mudança de comportamento projetados *on-line*, podendo ser replicada em outros cenários com trabalhadores de saúde. O presente estudo avança o conhecimento no Brasil com o uso do modelo RE-AIM, por incorporar uso do *software*

IRAMUTEQ para realização da análise qualitativa, permitindo evidenciar palavras e suas relações que remeteram sentidos as mudanças do estilo de vida e saúde dos ACS estudados.

## Referências

ALMEIDA, Fabio Araujo; BRITO, Fabiana Almeida; ESTABROOKS, Paul Andrew. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 6–16, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497950346002/html/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ALVARENGA, Marle; FIGUEIREDO, Manoela; TIMERMAN, Fernanda; CYNTIA, Antonaccio. Nutrição comportamental. 2024. Disponível em: [https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520460177/epubcfi/6/26\[%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter02\]!/4](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520460177/epubcfi/6/26[%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter02]!/4). Acesso em: 1 abr. 2025.

ANDRA, João Vitor; SILVEIRA, Cristiane Aparecida; TERRA, Fábio de Souza. A cronicidade e o seu impacto na saúde do trabalhador: uma chamada para ações concretas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 76, p. e76suppl301, 4 dez. 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202376suppl301pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T8ftkfGXFKbZRxPGnVDD6wk/?lang=pt>. Acesso em: 1 abr. 2025.

ANDRADE, Chittaranjan. Physical Exercise and Health, 2: Benefits Associated With Different Levels and Patterns of Activity. 2023. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/physical-exercise-and-health-2-benefits-of-different-levels-of-activity/>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BANDURA, Alberto; AZZI, Roberta G; POLYDORO, Soely. **Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos**. [S. l.]: Artmed, 2021.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: [s. n.], 2011. v. 70, p. 279–279. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668601>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BERNARDES, Milena Serenini; CRUZ, Janaína de Cássia Souza; BERNARDES, Renan Serenini; SANTOS, Matheus Henrique dos; SILVA, Ana Caroline; TOLONI, Maysa Helena de Aguiar. Fatores de risco para doenças crônicas em agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais, Brasil | **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2661>. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece o parâmetro para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e dá outras providências. Decreto n. 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Diário Oficial da União, 25 ago. 2010. 2010. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm). Acesso em: 9 abr. 2025.

**BRASIL. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. : il. ISBN. [S. l.]: Ms, 2018.**

BRASIL, 2006. **Hipertensão Arterial Sistêmica Para O Sistema Único De Saúde - Fasc. 14.** [S. l.]: Ms, 2006(Série a - Normas E Manuais Técnicos: Cadernos De Atenção Básica 14).

BRASIL, 2017. **Plano nacional de segurança alimentar e nutricional - plansan 2016-2019.** [S. l.]: Ministério da Cidadania - MC, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à. **Guia alimentar para população brasileira.** [S. l.]: Ms, 2014(Articulação Interfederativa).

BRASIL, Ministério da Saúde-Sec de Vigilância em. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** [S. l.]: Ms, 2018.

BRASIL, Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Atenção. **Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).** [S. l.]: Ms, 2006. v. 12, (Série a. Normas E Manuais Técnicos; Cadernos De Atenção Básica).

CAMARGO, Brígido Virzeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial IRaMuTeQ em português\_22.11.2021.pdf — IRaMuTeQ. 22 nov. 2021. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view). Acesso em: 29 mar. 2025.

CAMPBELL, Donald T.; STANLEY, Julian C. **Experimental and quasi-experimental designs for research.** Belmont, CA: Wadsworth, 2011.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, p. 1829–1838, jun. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CTg65zvsnsFwJR5YJyrSWXw/>. Acesso em: 4 abr. 2025.

CROCHEMORE-SILVA, Inácio; KNUTH, Alan G.; MIELKE, Gregore Iven; LOCH, Mathias Roberto. Promotion of physical activity and public policies to tackle inequalities: considerations based on the Inverse Care Law and Inverse Equity Hypothesis. **Cadernos De Saude Publica**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. e00155119, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>.

FLECK, Marcelo PA; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”.

**Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, p. 178–183, abr. 2000. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2025.

GERAGE, Aline Mendes; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; CAVALCANTE, Bruno Remígio; FARAH, Breno Quintella; RITTI-DIAS, Raphael Mendes. Efficacy of a behavior change program on cardiovascular parameters in patients with hypertension: a randomized controlled trial. **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, [s. l.], v. 18, p. eAO5227, 2020. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO5227](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5227).

GERAGE, Aline Mendes; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; RITTI-DIAS, Raphael Mendes; DOS SANTOS, Ana Célia Oliveira; DE SOUZA, Bruna Cadengue Coêlho; ALMEIDA, Fábio Araujo. 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**, [s. l.], v. 14, n. 12, p. 943–952, 1 dez. 2017. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0268>.

GLASGOW, R E; VOGT, T M; BOLES, S M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 89, n. 9, p. 1322–1327, set. 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

GUION, Lisa A.; DIEHL, David C.; MCDONALD, Debra. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies: FCS6014/FY394, rev. 8/2011. **EDIS**, [s. l.], v. 2011, n. 8, p. 3–3, 26 ago. 2011. DOI 10.32473/edis-fy394-2011. Disponível em: <https://journals.flvc.org/edis/article/view/126893>. Acesso em: 29 mar. 2025.

HARDEN, Samantha M.; SMITH, Matthew Lee; ORY, Marcia G.; SMITH-RAY, Renae L.; ESTABROOKS, Paul A.; GLASGOW, Russell E. RE-AIM in Clinical, Community, and Corporate Settings: Perspectives, Strategies, and Recommendations to Enhance Public Health Impact. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 6, p. 71, 22 mar. 2018. DOI 10.3389/fpubh.2018.00071. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5874302/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

HOLTROP, Jodi Summers; RABIN, Borsika A.; GLASGOW, Russell E. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 177, 13 mar. 2018. DOI 10.1186/s12913-018-2938-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>. Acesso em: 28 mar. 2025.

KALFIN, Kalfin; YUNINGSIH, Siti Hadiaty; PRABOWO, Agung. Significant Positive Impact of Regular Exercise on Mental and Physical Health. **International Journal of Health, Medicine, and Sports**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 89–93, 29 ago. 2024. DOI 10.46336/ijhms.v2i3.126. Disponível em: <https://ejournal.corespub.com/index.php/ijhms/article/view/126>. Acesso em: 17 abr. 2025.

KNUTH, Alan G.; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 30, p. e200363, 28 maio 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CJfPgSktxtJGcP8HX5kWg9L>. Acesso em: 17 abr. 2025.

LUCIANI, Silvana; NEDERVEEN, Leendert; MARTINEZ, Ramon; CAIXETA, Roberta; CHAVEZ, Carolina; SANDOVAL, Rosa C.; SEVERINI, Luciana; CERÓN, Diana; GOMES, Adriana B.; MALIK, Sehr; GOMEZ, Fabio; ORDUNEZ, Pedro; MAZA, Mauricio; MONTEIRO, Maristela; HENNIS, Anselm. Noncommunicable diseases in the Americas: a review of the Pan American Health Organization's 25-year program of work. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 47, p. e13, 25 abr. 2023. DOI 10.26633/RPSP.2023.13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10128884/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

MATSUDO, Sandra; ARAÚJO, Timóteo; MATSUDO, Victor; ANDRADE, Douglas; ANDRADE, Erinaldo; OLIVEIRA, Luis Carlos; BRAGGION, Glaucia. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUPO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5–18, 15 out. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 13 abr. 2025.

MEURER, Simone Teresinha; LOPES, Aline Cristine Souza; ALMEIDA, Fabio Araujo; MENDONÇA, Raquel de Deus; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. 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**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 406–416, jun. 2019. <https://doi.org/10.1177/1090198118820095>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 1 abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 1 abr. 2025.

NAHAS, Markus Vinicius. ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. 2017. Disponível em: <https://www.google.com>. Acesso em: 1 abr. 2025.

OMS. Actividad física. 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 4 abr. 2025.

OMS. Atividade física - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. 26 jun. 2024b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atividade-fisica>. Acesso em: 4 abr. 2025.

OMS. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>. Acesso em: 1 abr. 2025.

OMS. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. **World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/367912>. Acesso em: 1 abr. 2025.

OMS, World Health Organization-. Preventing chronic diseases: a vital investment. [s. l.], 2005. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/). Acesso em: 1 abr. 2025.

PINHEIRO, Luciana Da Silva; MEDEIROS, Thais Cristina Souza; VALENÇA, Cecilia Nogueira; DANTAS, Debora Kaynara Ferreira; SANTOS, Maria Aparecida Paulo Dos. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 180–187, 2019. DOI 10.5327/Z1679443520190315. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/449/pt-BR/melhorias-para-a-qualidade-de-vida-e-trabalho-na-visao-dos-agentes-comunitarios-de-saude>. Acesso em: 4 abr. 2025.

QUADROS, Emanuele Naiara; MACIEL, Elaine Cristina; KONRAD, Lisandra Maria; RIBEIRO, Cezar Grontowski; LOPES, Aline Cristine Souza; MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO “VAMOS” NO CONTEXTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO. **Movimento**, [s. l.], v. 26, p. e26023, 10 jan. 2022. DOI <https://doi.org/10.22456/1982-8918.94432>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mov/a/WCQxKw8MVzYyX4GpqJrPVNw/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SADDI, Luciana; TIMERMAN, Fernanda; ALVARENGA, Marle. Mentalidade de dieta e a subjetividade no comportamento alimentar. In: Alvarenga (org.). *Nutrição comportamental*. 3. ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. p.46. 2024. Disponível em: <https://encurtador.com.br/u9KKq>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SALARI-MOGHADDAM, Asma; HASSANZADEH KESHTELI, Ammar; ESMAILLZADEH, Ahmad; ADIBI, Peyman. Water consumption and prevalence of irritable bowel syndrome among adults. **PloS One**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. e0228205, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228205>.

SHIN, Sukkyung. Effects of distractions such as audio, audiovisual, and hand-use on food intake and satiety ratings. **Journal of Nutrition and Health**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 275–281, 1 jun. 2024. DOI 10.4163/jnh.2024.57.3.275. Disponível em: <https://doi.org/10.4163/jnh.2024.57.3.275>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SILVA, Caroline Ramos De Moura; BEZERRA, Jorge; SOARES, Fernanda Cunha; MOTA, Jorge; BARROS, Mauro Virgílio Gomes De; TASSITANO, Rafael Miranda. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. e00081019, 2020. DOI 10.1590/0102-311x00081019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000405011&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405011&tlng=pt). Acesso em: 30 mar. 2025.

SILVA, Alanna Gomes da; PRATES, Elton Junio Sady; MALTA, Deborah Carvalho. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, p. e00277820, 17 maio 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00277820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4q6dVKGSJtrS9yh7dXsJTVg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017(7).

SOUZA, Paulo Vitor de; TOMICKI, Camila; KONRAD, Lisandra Maria; SANDRESHI, Paula Fabricio; RIBEIRO, Cezar Grontowski; MACIEL, Elaine Cristina; RECH, Cassiano Ricardo; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 25, p. 1–9, 9 nov. 2020. DOI 10.12820/rbafs.25e0135. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14298>. Acesso em: 29 mar. 2025.

SOUZA, Paulo Vitor De; TOMICKI, Camila; KONRAD, Lisandra Maria; SANDRESHI, Paula Fabricio; RIBEIRO, Cezar Grontowski; MACIEL, Elaine Cristina; RECH, Cassiano Ricardo; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 25, p. 1–9, 9 nov. 2020. DOI 10.12820/rbafs.25e0135. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14298>. Acesso em: 13 abr. 2025.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. eAPE02631, 15 mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties1. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 15 jun. 1998. DOI 10.1016/S0277-9536(98)00009-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094>. Acesso em: 16 abr. 2025.

THOMAS, Jerry R; NELSON, Jack K; SILVERMAN, Stephen J. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. 2012. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327143/pageid/353>. Acesso em: 29 mar. 2025.

TOMICKI, Camila; RECH, Cassiano Ricardo; GERAGE, Aline Mendes; CORRÊA, Elizabeth Nappi; KONRAD, Lisandra Maria; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Active and healthy lifestyle in Brazilian Primary Health Care user’s: A pragmatic clinical trial about “VAMOS” behavior change program. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 13, p. e21101320382–e21101320382, 3 out. 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i13.20382. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20382>. Acesso em: 1 abr. 2025.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349–357, 1 dez. 2007. DOI 10.1093/intqhc/mzm042. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 29 mar. 2025.

XAVIER, Antonia Tayana da Franca; ALVES, Bárbara Shibuya; GAMBA, Mônica Antar. **ORIENTAÇÕES SOBRE GLICEMIA CAPILAR PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Sociedade Brasileira de Diabetes Departamento de Enfermagem Gestão 2022-2023.** [S. l.: s.

*n.*], 2023. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes\\_Glicemia\\_SBD.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Glicemia_SBD.pdf). Acesso em: 13 abr. 2025.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, de estilo de vida e de trabalho dos ACS participantes da intervenção. Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Idade	Média 49,5	DP 7,7
Idade mínima	39	
Idade máxima	63	
Sexo		
Feminino	8	72,7
Masculino	3	27,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto e completo	1	9,0
Médio/Técnico incompleto	2	18,0
Médio/Técnico completo	4	36,5
Superior completo e incompleto	4	36,5
Pós-Graduação	0	0,0
Raça/Cor		
Branca	1	9,1
Preta	1	9,1
Parda	9	81,2
Amarela	0	0,0
Indígena	0	0,0
Situação Conjugal		
Casado / União Estável	8	72,7
Solteiro	1	9,1
Separado	1	9,1
Viúvo	1	9,1
Consumo atual de tabaco		
Nunca fumou	8	72,7
Não	3	27,3
Sim	0	0,0
Consumo atual de álcool		
Não	7	63,6
Sim	4	36,4
Tempo Ocupação ACS		
15 a 18 anos	4	36,4
22 a 29 anos	7	63,6
Renda Mensal		
1 a 2 SM*	6	54,6
2,1 a 4 SM	5	45,4
4,1 a 6 SM	0	0,0

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

\*Salário mínimo no Brasil em 2024 (R\$ 1.412,00, equivalente a US\$ 291,00).

**Tabela 2.** Avaliação dos indicadores de saúde e qualidade de vida dos ACS participantes nos períodos pré e pós-intervenção. Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

Variáveis	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		p-valor*
	n	%	n	%	
Consumo regular alimentos saudáveis					1,000
Não	11	100,0	11	100,0	
Sim	0	0,0	0	0,0	
Consumo regular alimentos não saudáveis					1,000
Não	11	100,0	11	100,0	
Sim	0	0,0	0	0,0	
Atividade Física semanal					1,000
Insuficiente (<150 minutos)	4	36,4	3	27,3	
Suficiente (≥150 minutos)	7	63,6	8	72,7	
Satisfação geral com a saúde					1,000
Positiva	9	81,8	9	81,8	
Negativa	2	18,2	2	18,2	
Satisfação geral com a vida					1,000
Positiva	6	54,6	7	63,6	
Negativa	5	45,4	4	36,4	
Qualidade de vida					1,000
Positiva	10	90,9	10	90,9	
Negativa	1	9,1	1	9,1	
Avaliação do sono					1,000
Positiva	9	81,8	10	90,9	
Negativa	2	18,2	1	9,1	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )					
Média/Desvio padrão	29,8	± 5,3	29,4	± 5,1	0,163
Adequado	3	27,3	3	30,0	1,000
Inadequado (sobrepeso/obesidade)	8	72,7	7	70,0	
Circunferência da cintura (cm)					
Média/Desvio padrão	95,7	± 11,3	93,0	± 12,1	0,077
Adequada	2	18,2	2	18,2	1,000
Inadequada (≥80 mulheres/≥94 homens)	9	81,2	9	81,8	
Glicemia de jejum (mg/dl)					
Média/Desvio padrão	113,5	± 35,6	141,5	± 57,9	0,156
Pressão arterial sistólica (mmHg)					
Média/Desvio padrão	129,6	± 14,1	137,0	± 26,6	0,114
Pressão arterial diastólica (mmHg)					
Média/Desvio padrão	82,9	± 7,5	80,2	± 10,1	0,765

**Fonte:** Elaborada pelos autores, 2025.

\*Valor de p calculado pelos testes McNemar ou teste t pareado.

**Figura 1.** Principais pontos da CHD a serem considerados dos ACS participantes do grupo focal – Jequié, Bahia, Brasil, 2025.

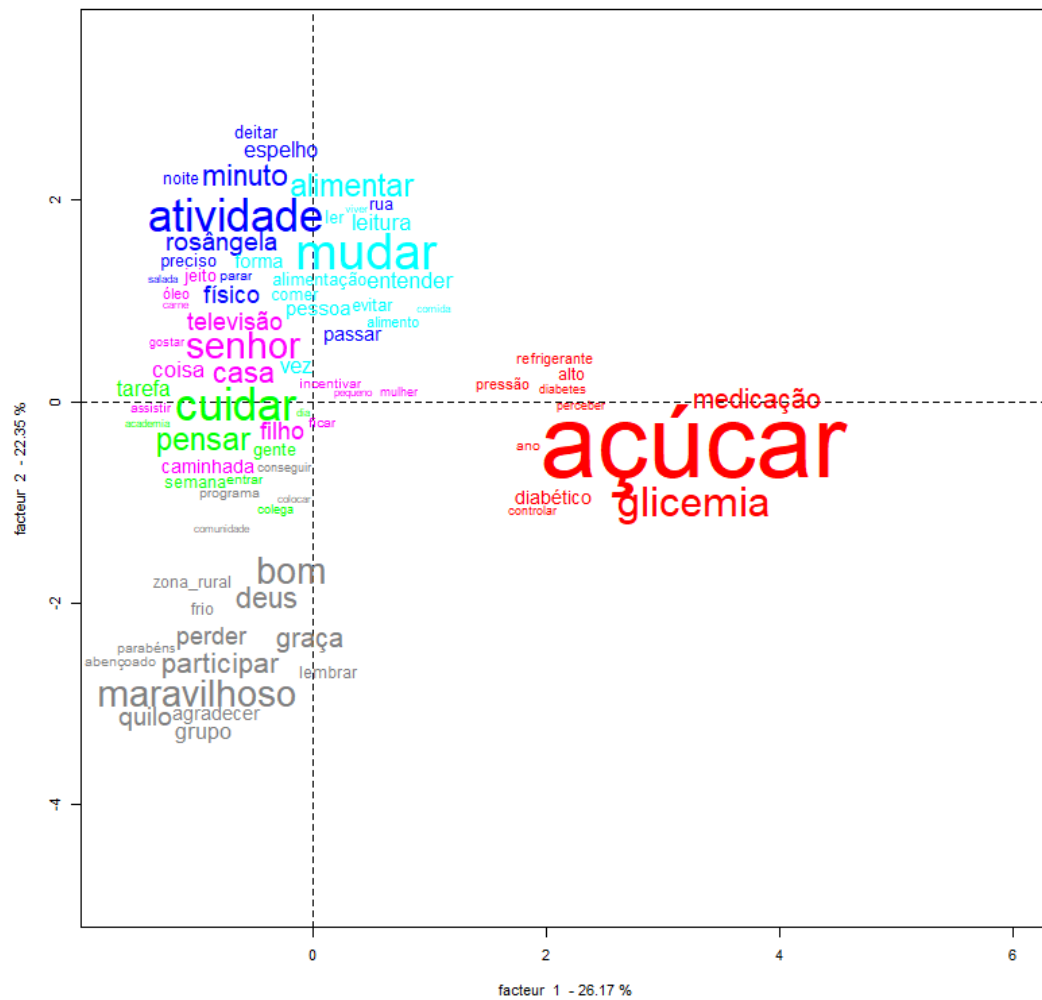
```
Número de textos: 1
Número de ST: 344
Número de formas: 1690
Número de ocorrências: 11582
Número de lemas: 1130
Número de formas ativas: 912
Número de formas suplementares: 210
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 292
Média das formas por segmento: 33.668605
Número de classes : 6
300 Segmentos classificados em 344 (87.21%)

#####
tempo : 0h 1m 7s
#####
```

**Fonte:** Software Iramuteq versão 0,8 alpha 7.



**Figura 3** – Plano Fatorial das classes temáticas, referente aos ACS participantes do grupo focal – Jequié, Bahia, Brasil, 2025.



**Fonte:** Software Iramuteq versão 0,8 alpha 7.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com os objetivos desta tese, entende-se que a implementação do Programa Transformação *on-line* é um modelo empírico viável para a promoção da saúde e a mudança de comportamento entre os trabalhadores ACS, com alta possibilidade de alcance dos participantes e adoção dos serviços. Além disso, mostrou-se eficaz nos indicadores de saúde e nas iniciativas de mudança na prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, impactando positivamente tanto a saúde individual quanto a da comunidade. A abordagem com métodos mistos, ancorada na estrutura do modelo RE-AIM, permitiu identificar fragilidades, potencialidades e pontos para avançar na ciência da implementação, especialmente no contexto da promoção da saúde ocupacional.

O primeiro artigo teve como objetivo realizar uma revisão de escopo para avaliar as publicações brasileiras que desenvolveram intervenções voltadas aos trabalhadores da atenção primária. O estudo identificou lacunas na descrição estrutural dos 21 itens recomendados pelo modelo RE-AIM para as intervenções avaliadas. De modo geral, os estudos apresentaram baixa qualidade nas dimensões de Adoção, Implementação e Manutenção, um ponto comum em outras pesquisas dessa natureza. Além disso, os achados ressaltam a importância de planejar e desenvolver intervenções estruturadas voltadas à saúde do trabalhador, evidenciada pelo reduzido número de manuscritos encontrados. O estudo também levanta a reflexão sobre a necessidade de ampliar as propostas de cuidado e promoção da saúde para os trabalhadores do SUS.

O segundo artigo abordou as estratégias de recrutamento, o alcance e a adoção do Programa Transformação. Os resultados indicam que os ACS foram recrutados de diferentes formas e que o apoio oferecido pelos gerentes dos serviços foi fundamental para as taxas de alcance observadas. O alcance proporcional dos serviços foi positivo entre os ACS localizados na zona rural, revelando que a realização do baseline presencial foi essencial no início do programa. Os dados qualitativos permitiram compreender a perspectiva organizacional (gerente/coordenador) acerca do programa, destacando principalmente a receptividade dos ACS ao Programa Transformação, além de alguns posicionamentos negativos e sugestões para melhorar o alcance.

O terceiro manuscrito teve como objetivo detalhar o desenho da implementação do programa, os custos e as adaptações realizadas ao longo de sua execução, sem perder de vista o

objetivo central. A baixa escolaridade, o formato do programa por plataforma, que exigia o uso da internet, e as dificuldades no manuseio foram apontadas como barreiras à participação dos ACS residentes na zona rural. As atividades e tarefas foram percebidas como repetitivas. Os conteúdos abordados foram considerados importantes para o conhecimento individual sobre atividade física e alimentação saudável, além de utilizarem uma linguagem simples e de fácil compreensão; contudo, foram apontados como excessivos. A análise de similitude permitiu identificar as conexões entre as palavras e as convergências entre os grupos pesquisados, destacando-se a preferência dos ACS por atividades presenciais. O programa também promoveu o autocuidado e o crescimento profissional, conforme foi evidenciado nas falas dos três grupos envolvidos. A equipe de entrega demonstrou dificuldades no acompanhamento dos participantes devido à falta de feedbacks. Além disso, o mecanismo de registro no site dificultou o acompanhamento em tempo real do Programa.

O último artigo abordou a efetividade do programa em relação a indicadores de saúde e qualidade de vida, considerando dados pré e pós-intervenção, bem como as percepções dos envolvidos. Os resultados revelaram mudanças no desfecho principal, que foi a prática de atividade física, tornando um ACS suficientemente ativo, além de um aumento na satisfação geral com a vida e uma avaliação positiva do sono após a intervenção. Houve também redução na média do IMC, na circunferência da cintura e na pressão arterial diastólica após a intervenção. Apesar dos percentuais de melhora apresentarem valores baixos, os resultados qualitativos foram convergentes. Observou-se, ainda, iniciativas individuais voltadas ao autocuidado, controle glicêmico e da pressão arterial, além da gestão do tempo para a inserção de novos hábitos, trazendo respostas positivas para a saúde física e mental, além de refletirem na prática laboral e na comunidade atendida.

Assim, no cenário real, este estudo trouxe as percepções e inter-relações observadas pelos grupos envolvidos na intervenção (ACS, equipe de entrega e coordenadores/gerentes dos serviços). Ele permitiu analisar as diferentes facetas que contribuíram ou interferiram na adesão e na implementação do programa de promoção da saúde realizado de forma online com esses trabalhadores. Isso destaca a complexidade das questões que permeiam o processo e que podem ter impactado na adoção do programa.

O estudo contribui para o avanço de intervenções voltadas aos trabalhadores da atenção primária no Brasil; desafia as barreiras físicas que dificultam a oferta de cuidado de forma

equitativa à população de locais de difícil acesso, como as zonas rurais, demonstrando que, mesmo diante dessas dificuldades, os ACS puderam ser alcançados. Além disso, avança na abordagem com métodos mistos, utilizando o modelo RE-AIM. Contou com análises qualitativas, complementadas por uma abordagem estatística multivariada para representar os dados encontrados.

Os dados limitam-se aos ACS que finalizaram o programa. As barreiras relacionadas ao alcance não foram investigadas do ponto de vista dos desistentes. A taxa de retenção foi baixa, quando comparada às de adoção e alcance, o que levanta reflexões para estudos posteriores. Apesar de alguns relatarem problemas familiares e falhas no aplicativo adotado no Programa, é possível que outras questões também tenham influenciado a adesão. A dimensão manutenção não foi avaliada, tornando impossível compreender os resultados a longo prazo.

Sugere-se a avaliação da manutenção, mudanças nos mecanismos de registros do aplicativo VAMOS, incluindo mecanismos de estímulos e feedback mais dinâmicos, de forma a acompanhar os progressos. A inserção de alternativas híbridas pode ser uma possibilidade em próximos estudos, permitindo a resolução de dificuldades e maior engajamento, com contatos, diálogos e compartilhamento das experiências vivenciadas pelos participantes. Por fim, envolver articulação e o apoio da gestão municipal para pensar em propostas com viabilidade de ser sustentada no contexto de trabalho dos ACS estudados.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M. A. D.; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 41, n. 0, 2016. DOI 10.1590/2317-6369000106014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 12 abr. 2025.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s. l.], v. 1, n. 1, 27 nov. 2013. DOI 10.18554/refacs.v1i1.602. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/602>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ALMEIDA FILHO, N. de; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. [S. l.]: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2009.
- ALVES, J. de S.; SILVA, V. M. da; SILVESTRE, G. C. da S. B.; ROCHA, R. P. S.; GAIVA, F. A.; FARIA, N. B. Estado nutricional e condições de saúde de Agentes Comunitários de Saúde / Nutritional status and health conditions of Community Health Agents. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 12, n. 2, 11 ago. 2022. DOI 10.15210/jonah.v12i2.21631. Disponível em: <https://periodicos-old.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21631>. Acesso em: 17 abr. 2025.
- ANDRADE, M. S.; GOMES, M. F.; LIMA, A. D. S. R. D.; FEITOZA, L. D. S.; PONTES-NETTO, V. B.; NASCIMENTO, R. D. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 1 out. 2015. DOI 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3574-3586. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5185>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- AZZI, R. G. **Introdução à teoria social cognitiva**. 2. ed. Belo horizonte, MG: Artesã Editora, 2021.
- BANDURA, A.; AZZI, RG.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- BARBOSA, A. M.; LACERDA, D. A. L. de. ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 189–196, 26 jun. 2017. DOI 10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n3.25321. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/25321>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Análise de conteúdo. 70. ed. São Paulo: [s. n.], 2011. v. 70, p. 279–279. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668601>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BARRETO, I. C. de H. C.; PESSOA, V. M.; SOUSA, M. de F. A. de; NUTO, S. de A. S.; FREITAS, R. W. J. F. de; RIBEIRO, K. G.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; ANDRADE, L. O. M. de. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em debate**, [s. l.], v. 42, p. 114–129, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/114-129>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; GOMEZ, L. S. R.; CHODZKO-ZAJKO, W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s. l.], v. 14, n. 6, p. 723–737, 16 nov. 2012a. DOI 10.5007/1980-0037.2012v14n6p723. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/25473>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; GOMEZ, L. S. R.; CHODZKO-ZAJKO, W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, [s. l.], v. 14, p. 723–737, dez. 2012b. DOI <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n6p723>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/TmssvTgmK8hVzGGdDsJv5xP/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BERNARDES, M. S.; CRUZ, J. D. C. S.; BERNARDES, R. S.; SANTOS, M. H. D.; SILVA, A. C.; TOLONI, M. H. D. A. Fatores de risco para doenças crônicas em agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 16, n. 43, p. 2661, 29 dez. 2021. DOI 10.5712/rbmfc16(43)2661. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2661>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BORGES, R. A.; TOMICKI, C.; ALMEIDA, F. A.; SCHWINGEL, A.; CHODZKO-ZAJKO, W.; BENEDETTI, T. R. B. Alcance do programa “VAMOS” na atenção básica - barreiras e facilitadores organizacionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, p. e180225, 9 set. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180225>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7ZQwNm4wKbRXVNvs54HZzFv/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL, 2006. **Hipertensão Arterial Sistêmica Para O Sistema Único De Saúde** - Fasc. 14. [S. l.]: Ms, 2006(Série a - Normas E Manuais Técnicos: Cadernos De Atenção Básica 14).

BRASIL, 2011. **Política nacional de atenção básica**. [S. l.]: Ms, 2012(E. legislação em saúde).

BRASIL, 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). 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL, 2023. **Projeto Mais Saúde com Agente** | Parceria da UFRGS com Ministério da Saúde e Conasems para oferecimento de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, para os Agentes de Combate às Endemias (ACE). [s. d.]. Disponível em: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [S. l.]: Ms, 2006. v. 12, (Série a. Normas E Manuais Técnicos; Cadernos De Atenção Básica).

BRASIL, M. da S. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL, M. da S. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. [S. l.]: Ms, 2018.

BRASIL, M. da S. **PORTARIA Nº 2.436**. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 13 abr. 2025.

BRIATICO, D.; REILLY, K. C.; TUCKER, P.; IRWIN, J. D.; JOHNSON, A. M.; PEARSON, E. S.; BOCK, D. E.; BURKE, S. M. Using the RE-AIM framework to evaluate the feasibility of a parent-focused intervention targeting childhood obesity. **Pilot and Feasibility Studies**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 38, 13 mar. 2023. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01248-8>.

BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B.; TOMICKI, C.; KONRAD, L. M.; SANDRESCHI, P. F.; MANTA, S. W.; ALMEIDA, F. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 1–8, 21 nov. 2018a. DOI 10.12820/rbafs.23e0033. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13531>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B.; TOMICKI, C.; KONRAD, L. M.; SANDRESCHI, P. F.; MANTA, S. W.; ALMEIDA, F. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 1–8, 21 nov. 2018b. DOI 10.12820/rbafs.23e0033. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13531>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial IRaMuTeQ em português\_22.11.2021.pdf** — IRaMuTeQ. 22 nov. 2021. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view). Acesso em: 29 mar. 2025.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Belmont, CA: Wadsworth, 2011.

CANTON-MARTÍNEZ, E.; RENTERÍA, I.; MACHADO-PARRA, J. P.; REYES, R. A.; MONCADA-JIMÉNEZ, J.; JOHNSON, D. K.; GONZALEZ, O. M.; DEL VALLE, A. S.; JIMÉNEZ-MALDONADO, A. A virtually supervised exercise program improved fitness and mental wellness in healthy and comorbidity older adult individuals during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 12, 23 abr. 2024. DOI 10.3389/fpubh.2024.1328518. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1328518/full>. Acesso em: 14 mar. 2025.

COSTA, E. F.; GUERRA, P. H.; SANTOS, T. I. D.; FLORINDO, A. A. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 81, p. 114–121, dez. 2015. DOI 10.1016/j.ypmed.2015.08.007. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515002595>. Acesso em: 10 abr. 2025.

DOPP, E. V. de O.; NASCIMENTO, W. G.; CHRISTOFOLETTI, A. E. M.; NAKAMURA, P. M. Ações educativas para promoção de atividade física por meio do agente comunitário de saúde: limitações e potencialidades. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 363–373, 15 jul. 2021. DOI 10.11606/issn.1981-4690.v35i2p363-373. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/189684>. Acesso em: 16 abr. 2025.

EBERT, B.; STREICHER, H.; NOTTHOFF, N. Online exercise during the COVID-19 pandemic and factors promoting or hindering participation in adults: a scoping review. **International Journal of Sport and Exercise Psychology**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–32, [s. d.]. DOI 10.1080/1612197X.2024.2314107. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1612197X.2024.2314107>. Acesso em: 14 mar. 2025.

FLECK, M. P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, p. 178–183, abr. 2000. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2025.

GERAGE, A. M.; BENEDETTI, T. R. B.; RITTI-DIAS, R. M.; DOS SANTOS, A. C. O.; DE SOUZA, B. C. C.; ALMEIDA, F. A. Effectiveness of a Behavior Change Program on Physical Activity and Eating Habits in Patients With Hypertension: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Physical Activity and Health**, [s. l.], v. 14, n. 12, p. 943–952, 1 dez. 2017. DOI 10.1123/jpah.2016-0268. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/14/12/article-p943.xml>. Acesso em: 13 abr. 2025.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. D. V. C.; NORONHA, L. D. V. C.; CARVALHO, J. C. D. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2012. DOI 10.7476/9788575413494. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 16 abr. 2025.

GLASGOW, R E; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 89, n. 9, p. 1322–1327, set. 1999. DOI 10.2105/AJPH.89.9.1322. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.89.9.1322>. Acesso em: 12 abr. 2025.

GLASGOW, Russell E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; RABIN, B.; SMITH, M. L.; PORTER, G. C.; ORY, M. G.; ESTABROOKS, P. A. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 7, p. 64, 29 mar. 2019a. DOI 10.3389/fpubh.2019.00064. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00064/full>. Acesso em: 12 abr. 2025.

GLASGOW, Russell E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; RABIN, B.; SMITH, M. L.; PORTER, G. C.; ORY, M. G.; ESTABROOKS, P. A. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 7, p. 64, 29 mar. 2019b. DOI 10.3389/fpubh.2019.00064. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00064/full>. Acesso em: 10 abr. 2025.

GUION, L. A.; DIEHL, D. C.; MCDONALD, D. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies: FCS6014/FY394, rev. 8/2011. **EDIS**, [s. l.], v. 2011, n. 8, p. 3–3, 26 ago. 2011. DOI 10.32473/edis-fy394-2011. Disponível em: <https://journals.flvc.org/edis/article/view/126893>. Acesso em: 29 mar. 2025.

HARDEN, S. M.; GALAVIZ, K. I.; ESTABROOKS, P. A. Expanding methods to address RE-AIM metrics in hybrid effectiveness-implementation studies. **Implementation Science Communications**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 123, 4 nov. 2024a. DOI 10.1186/s43058-024-00646-0. Disponível em: <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-024-00646-0>. Acesso em: 12 abr. 2025.

HARDEN, S. M.; GALAVIZ, K. I.; ESTABROOKS, P. A. Expanding methods to address RE-AIM metrics in hybrid effectiveness-implementation studies. **Implementation Science Communications**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 123, 4 nov. 2024b. DOI 10.1186/s43058-024-00646-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43058-024-00646-0>. Acesso em: 8 abr. 2025.

HARDEN, S. M.; SMITH, M. L.; ORY, M. G.; SMITH-RAY, R. L.; ESTABROOKS, P. A.; GLASGOW, R. E. RE-AIM in Clinical, Community, and Corporate Settings: Perspectives, Strategies, and Recommendations to Enhance Public Health Impact. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 6, p. 71, 22 mar. 2018a. DOI 10.3389/fpubh.2018.00071. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00071/full>. Acesso em: 12 abr. 2025.

HARDEN, S. M.; SMITH, M. L.; ORY, M. G.; SMITH-RAY, R. L.; ESTABROOKS, P. A.; GLASGOW, R. E. RE-AIM in Clinical, Community, and Corporate Settings: Perspectives, Strategies, and Recommendations to Enhance Public Health Impact. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 6, p. 71, 22 mar. 2018b. DOI 10.3389/fpubh.2018.00071. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5874302/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

HOLTROP, J. S.; RABIN, B. A.; GLASGOW, R. E. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 177, 13 mar. 2018a. DOI 10.1186/s12913-018-2938-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>. Acesso em: 28 mar. 2025.

HOLTROP, J. S.; RABIN, B. A.; GLASGOW, R. E. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 177, 13 mar. 2018b. DOI 10.1186/s12913-018-2938-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>. Acesso em: 14 abr. 2025.

HURTADO, S. L. B.; SILVA-MACAIA, A. A.; VILELA, R. A. G.; QUEROL, M. A. P.; LOPES, M. G. R.; BEZERRA, J. L. C. Intervenções em saúde do trabalhador - contexto, desafios e possibilidades de desenvolvimento: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Saúde**

**Ocupacional**, [s. l.], v. 47, p. e15, 2022. DOI 10.1590/2317-6369/21120pt2022v47e15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572022000100302&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572022000100302&tlng=pt). Acesso em: 12 abr. 2025.

JACKSON FILHO, J. M.; PINA, J. A.; VILELA, R. G. de A.; SOUZA, K. R. de. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 43, p. e13s, 3 dez. 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/2317-6369AP0141218>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/z9VkpSP8rZrLKKypGFmL9z/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

JEQUIÉ (BA) | **CIDADES E ESTADOS** | IBGE. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/jequie.html>. Acesso em: 15 abr. 2025.

JONES, J.; JOHNSTON, J. S.; NDIAYE, N. Y.; TOKAR, A.; SINGLA, S.; SKINNER, N. A.; STREHLOW, M.; UTUNEN, H. Health Care Workers' Motivations for Enrolling in Massive Open Online Courses During a Public Health Emergency: Descriptive Analysis. **JMIR medical education**, [s. l.], v. 10, p. e51915, 19 jun. 2024. <https://doi.org/10.2196/51915>.

JOSÉ, H. P. M.; KONRAD, L. M.; RIBEIRO, C. G.; BENEDETTI, T. R. B. Validação do treinamento on-line para multiplicadores do programa vida ativa melhorando a saúde (VAMOS). **Journal of Physical Education**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. e-3040, 23 maio 2019. DOI 10.4025/jphyseduc.v30i13040. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/42574>. Acesso em: 16 abr. 2025.

KONRAD, L. M.; RIBEIRO, C. G.; MACIEL, E. C.; TOMICKI, C.; BRITO, F. A.; ALMEIDA, F. A.; BENEDETTI, T. R. B. 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**, [s. l.], v. 10, p. 726021, 2022. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.726021>.

KONRAD, L.; TOMICKI, C.; SILVA, M.; ALMEIDA, F.; BENEDETTI, T. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 439–449, 2017. DOI 10.12820/rbafs.v.22n5p439-449. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/11068>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KOORTS, H.; GILLISON, F. Mixed method evaluation of a community-based physical activity program using the RE-AIM framework: Practical application in a real-world setting. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1102, 6 nov. 2015. DOI 10.1186/s12889-015-2466-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2466-y>. Acesso em: 16 abr. 2025.

KRUG, S. B. F.; DUBOW, C.; SANTOS, A. C. D.; DUTRA, B. D.; WEIGELT, L. D.; ALVES, L. M. S. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 771–788, dez. 2017. DOI 10.1590/1981-7746-sol00078. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300771&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 12 abr. 2025.

LESSA, R. S.; FERNANDES, R. D. C. P. Dor nas extremidades inferiores, demandas físicas e psicológicas em trabalhadores da limpeza urbana: estudo transversal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 47, p. e2, 2022. DOI 10.1590/2317-6369000019919. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572022000100201&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572022000100201&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

LEVY, B. S.; WEGMAN, D. H.; BARON, S. L.; SOKAS, R. K. (Orgs.). **Occupational and Environmental Health**. [S. l.]: Oxford University Press, 2017. v. 1, . DOI 10.1093/oso/9780190662677.001.0001. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/26056>. Acesso em: 12 abr. 2025.

LOPES, F. Q. R. D. S.; ARAÚJO, T. M. D.; CERQUEIRA, S. S. B.; DA SILVA GOMES, A.; SILVA, E. A. L.; FREITAS, P. D. S. P.; HELIOTÉRIO, M. C. Condições de trabalho e saúde dos agentes de saúde: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. e50911326585, 5 mar. 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i3.26585. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26585>. Acesso em: 12 abr. 2025.

LUCIANI, S.; NEDERVEEN, L.; MARTINEZ, R.; CAIXETA, R.; CHAVEZ, C.; SANDOVAL, R. C.; SEVERINI, L.; CERÓN, D.; GOMES, A. B.; MALIK, S.; GOMEZ, F.; ORDUNEZ, P.; MAZA, M.; MONTEIRO, M.; HENNIS, A. Noncommunicable diseases in the Americas: a review of the Pan American Health Organization's 25-year program of work. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 47, p. 1, 25 abr. 2023. DOI 10.26633/RPSP.2023.13. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57388>. Acesso em: 12 abr. 2025.

MACHADO, L. M.; MATTOS, K. M. de; COLOMÉ, J. S.; FREITAS, N. Q.; SANGOI, T. P. Estratégia Saúde da Família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 1105–1112, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Karen-Margutti/publication/281429723\\_bEstrategia\\_saude\\_da\\_familia\\_a\\_percepcao\\_do\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude\\_quanto\\_a\\_sua\\_atuacaob/links/5988633745851560584f4952/bEstrategia-saude-da-familia-a-percepcao-do-agente-comunitario-de-saude-quanto-a-sua-atuacaob.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Karen-Margutti/publication/281429723_bEstrategia_saude_da_familia_a_percepcao_do_agente_comunitario_de_saude_quanto_a_sua_atuacaob/links/5988633745851560584f4952/bEstrategia-saude-da-familia-a-percepcao-do-agente-comunitario-de-saude-quanto-a-sua-atuacaob.pdf). Acesso em: 14 mar. 2025.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 1375–1386, maio 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000500023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUPO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5–18, 15 out. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 13 abr. 2025.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. 1º. [S. l.]: Conass, 2015.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010. DOI 10.1590/S1413-81232010000500005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

MEURER, S. T.; LOPES, A. C. S.; ALMEIDA, F. A.; MENDONÇA, R. D. D.; BENEDETTI, T. R. B. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. **Health Education & Behavior**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 406–416, jun. 2019. DOI 10.1177/1090198118820095. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198118820095>. Acesso em: 13 abr. 2025.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 1 abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 1 abr. 2025.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 4719–4726, dez. 2014. DOI 10.1590/1413-812320141912.02512013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204719&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204719&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

MOTA, D. de N.; TORRES, R. A. M.; GUIMARÃES, J. M. X.; MARINHO, M. N. A. de S. B.; ARAÚJO, A. F. de. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **Journal of Health Informatics**, [s. l.], v. 10, n. 2, 11 maio 2018. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/563>. Acesso em: 15 mar. 2025.

NORDBERG, S. S.; JASO-YIM, B. A.; SAH, P.; SCHULER, K.; EYLLON, M.; PENNINE, M.; HOYLER, G. H.; BARNES, J. B.; MURILLO, L. H.; O'DEA, H.; ORTH, L.; ROGERS, E.; WELCH, G.; PELOQUIN, G.; YOUN, S. J. Evaluating the Implementation and Clinical Effectiveness of an Innovative Digital First Care Model for Behavioral Health Using the RE-AIM Framework: Quantitative Evaluation. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. e54528, 30 out. 2024. DOI 10.2196/54528. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e54528>. Acesso em: 29 mar. 2025.

OMS. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>. Acesso em: 12 abr. 2025.

OMS. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022**. 1st ed. Geneva: World Health Organization, 2022.

PAULA, Í. R.; MARCACINE, P. R.; CASTRO, S. S. D.; WALSH, I. A. P. D. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 152–164, mar. 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000100012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100152&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100152&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

QUADROS, E. N.; MACIEL, E. C.; KONRAD, L. M.; RIBEIRO, C. G.; LOPES, A. C. S.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Avaliação da efetividade do “VAMOS” no contexto do programa academia da saúde: um estudo qualitativo. **Movimento**, [s. l.], v. 26, p. e26023, 10 jan. 2022. DOI <https://doi.org/10.22456/1982-8918.94432>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mov/a/WCQxKw8MVzYyX4GpqJrPVNw/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

RE-AIM. [s. d.]. Disponível em: <https://re-aim.org/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

RE-AIM.ORG. **Reach – RE-AIM**. [s. d.]. Disponível em: <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/reach/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

REIS, Z. S. N. **Panorama da Saúde Digital na APS: educação permanente para enfermeiros, médicos da equipe de saúde da família, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais**. Panorama da Saúde Digital na APS: educação permanente para enfermeiros, médicos da equipe de saúde da família, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais. [S. l.: s. n.], 2023. p. 124–124. Disponível em: <https://www.bu.ufmg.br/imagem/00002e/00002ee7.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RIBEIRO, C. G. **Desenvolvimento e avaliação do Programa VAMOS 3.0 implementado na Atenção Primária à Saúde: atividade física e alimentação saudável**. [s. l.], n. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2021. .

RIBEIRO, C. G.; KONRAD, L. M.; TOMICKI, C.; ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; BENEDETTI, T. R. B. Evaluation of the teaching material of the “active life improving health” Program (VAMOS), version 3.0. **e-Revista LOGO**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 71–92, 30 abr. 2021. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/erevistalogo/article/view/6042>. Acesso em: 16 abr. 2025.

RIBEIRO, C. G.; KONRAD, L. M.; TOMICKI, C.; BRITO, F. A.; RECH, C. R.; ALMEIDA, F.; BENEDETTI, T. **Alcance e eficácia do programa “vida ativa melhorando a saúde” (VAMOS 3.0), implementado na Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina, Brasil**. 2024.

Disponível em:

[https://www.google.com/search?q=ALCANCE+E+EFIC%C3%81CIA+DO+PROGRAMA+%E2%80%9CVIDA+ATIVA%0D%0AMELHORANDO+A+SA%C3%9ADE%E2%80%9D+%28VAMOS+3.0%29%2C+IMPLEMENTADO+NA%0D%0AATEN%C3%87%C3%83O+PRIM%C3%81RIA+%C3%80+SA%C3%9ADE+EM+SANTA+CATARINA%2C+BRASIL&sca\\_esv=3950e0ef5dbf53c6&sxsrf=AHTn8zrYGgnijoM1Car5-an3jPX3TLOjLw%3A1743343678054&source=hp&ei=PIDpZ89o3NrWxA\\_z4vf4DQ&iflsig=ACkRmUkAAAAAZ-leTvYsXZucuWRiNwnYbVvtyeE5Wqb\\_&ved=0ahUKEwjP\\_5il\\_bGMAxVcrZUCHXPxHd8Q4dUDCBg&uact=5&oq=ALCANCE+E+EFIC%C3%81CIA+DO+PROGRAMA+%E2%80%9CVIDA+ATIVA%0D%0AMELHORANDO+A+SA%C3%9ADE%E2%80%9D+%28VAMOS+3.0%29%2C+IMPLEMENTADO+NA%0D%0AATEN%C3%87%C3%83O+PRIM%C3%81RIA+%C3%80+SA%C3%9ADE+EM+SANTA+CATARINA%2C+BRASIL&gs\\_lp=Egdnd3Mtd2l6IpkBQUxDQU5DRSbfIEVGSUPDgUNJQSBETyBQUk9HUKFNQSDigJxWSURBIEFUSVZBCK1FTEhPUkFORE8gQSBTQcOaREXigJ0gKFZBTU9TIDMuMCksIEINUExFTUVOVEFETy](https://www.google.com/search?q=ALCANCE+E+EFIC%C3%81CIA+DO+PROGRAMA+%E2%80%9CVIDA+ATIVA%0D%0AMELHORANDO+A+SA%C3%9ADE%E2%80%9D+%28VAMOS+3.0%29%2C+IMPLEMENTADO+NA%0D%0AATEN%C3%87%C3%83O+PRIM%C3%81RIA+%C3%80+SA%C3%9ADE+EM+SANTA+CATARINA%2C+BRASIL&sca_esv=3950e0ef5dbf53c6&sxsrf=AHTn8zrYGgnijoM1Car5-an3jPX3TLOjLw%3A1743343678054&source=hp&ei=PIDpZ89o3NrWxA_z4vf4DQ&iflsig=ACkRmUkAAAAAZ-leTvYsXZucuWRiNwnYbVvtyeE5Wqb_&ved=0ahUKEwjP_5il_bGMAxVcrZUCHXPxHd8Q4dUDCBg&uact=5&oq=ALCANCE+E+EFIC%C3%81CIA+DO+PROGRAMA+%E2%80%9CVIDA+ATIVA%0D%0AMELHORANDO+A+SA%C3%9ADE%E2%80%9D+%28VAMOS+3.0%29%2C+IMPLEMENTADO+NA%0D%0AATEN%C3%87%C3%83O+PRIM%C3%81RIA+%C3%80+SA%C3%9ADE+EM+SANTA+CATARINA%2C+BRASIL&gs_lp=Egdnd3Mtd2l6IpkBQUxDQU5DRSbfIEVGSUPDgUNJQSBETyBQUk9HUKFNQSDigJxWSURBIEFUSVZBCK1FTEhPUkFORE8gQSBTQcOaREXigJ0gKFZBTU9TIDMuMCksIEINUExFTUVOVEFETy)

BOQQpBVEVOW4fDg08gUFJJTcOBUKIBIMOAIENBw5pERSBFTSBTQU5UQSBDQVRBUklOQSwgQIJBU0IMSABQAFgAcAB4AJABAJgBAKABAKoBALgBA8gBAPgBAvgBAZgCAKACAJgDAJIHAKAHAA&scient=gws-wiz. Acesso em: 30 mar. 2025.

RIBEIRO, E. H. C.; GARCIA, L. M. T.; SALVADOR, E. P.; COSTA, E. F.; ANDRADE, D. R.; LATORRE, M. do R. D. de O.; FLORINDO, A. A. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, p. 56, 26 jun. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006654>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dSDFwJLVc5fLR8GJqBZmYBS/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

ROCHA, S. V.; SACHETO, R. M.; LESSA, R. S.; SQUARCIN, C. F. R.; DIAS, M. F.; SANTOS, M. de C.; RODRIGUES, T. das M.; BRAGA, P. dos S.; SANTOS, C. A. dos. Comportamento sedentário entre trabalhadores da saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [s. l.], v. 31, n. 1, 2023. DOI 10.31501/rbcm.v31i1.14914. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/14914>. Acesso em: 16 abr. 2025.

ROUQUAYROL, M. Z. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: MedBook, 2017.

SÁ, G. B. A. R. de; DORNELLES, G. C.; CRUZ, K. G.; AMORIM, R. C. de A.; ANDRADE, S. S. C. de A.; OLIVEIRA, T. P.; SILVA, M. M. A. da; MALTA, D. C.; SOUZA, M. de F. M. de. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, p. 1849–1860, jun. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GKJqmfSpNC3kxb9PbyL3Gqf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SALUD, C.; TECNOLOGÍA, A.; FADARE, S.; GULANES, A.; LA, A.; TORRES, C.; GUIAO, M.; TAGAYLO, E. Enhancing Physical Activity Through Information Technology: Current Trends and Future Directions. *Salud*. **Salud, Ciencia y Tecnología**, [s. l.], v. 4, p. 1–8, 9 maio 2024. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024950>.

SANTOS, R. C. dos; SILVA, L. I. M. da; SANTOS, L. D. P. de J.; MÉLLO, L. M. B. de D. e; SANTOS, L. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 21, p. e02146220, 10 jul. 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zPLgc86qj6bLNMd8Vn9Xn6M/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SANTOS, K. da S.; RIBEIRO, M. C.; QUEIROGA, D. E. U. de; SILVA, I. A. P. da; FERREIRA, S. M. S. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 655–664, 3 fev. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SANTOS, L. T.; SOUZA, F. D. O.; PINHO FREITAS, P. D. S. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. **Revista de**

**Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 61, 9 dez. 2019. DOI 10.13037/ras.vol17n61.5600. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5600](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5600). Acesso em: 12 abr. 2025.

SANTOS, T.; GUERRA, P.; ANDRADE, D.; FLORINDO, A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 165–165, 4 set. 2015a. DOI 10.12820/rbafs.v.20n2p165. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5049>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SANTOS, T.; GUERRA, P.; ANDRADE, D.; FLORINDO, A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 165, 4 set. 2015b. DOI 10.12820/rbafs.v.20n2p165. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/5049>. Acesso em: 11 abr. 2025.

SCHERER, F. C.; GERAGE, A. M.; BORGES, L. J.; BORGES, R. A.; MELO, F. C. de; TEIXEIRA, D. de C.; BENEDETTI, T. R. B. Efeito de dois programas na promoção da atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 1–9, 21 nov. 2018. DOI 10.12820/rbafs.23e0034. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/12724>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SHELTON, R. C.; CHAMBERS, D. A.; GLASGOW, R. E. An Extension of RE-AIM to Enhance Sustainability: Addressing Dynamic Context and Promoting Health Equity Over Time. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 8, p. 134, 12 maio 2020. DOI 10.3389/fpubh.2020.00134. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00134/full>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SILVA, E. S. da; SOUZA, C. L. de; MATOS, R. da S.; MAGALHÃES, D. L.; PRATES, J. L.; SOUZA, A. de O.; LIMA, A. L. A.; BOTELHO, B. C. Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: Revisão integrativa da literatura / Community agent's performance in health promotion in basic care: An integrative literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 14878–14893, 21 out. 2020. DOI 10.34119/bjhrv3n5-279. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/18586>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, K. C. M.; SANTOS, L. V. A.; DIAS, C. R. C.; ROCHA, S. V.; SACHETO, R. M. Fatores associados ao nível de atividade física em agentes comunitários de saúde: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 3, p. e13611–e13611, 20 jun. 2022. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/13611>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SILVA, M. H. F.; DIAS, T. S. C.; BRAGA, B. D. A. C.; LUCENA, B. T. L. D.; OLIVEIRA, L. F. D.; TRIGUEIRO, J. V. S. Analysis of the sociodemographic, work profile and occupational risks of community health agents / Análise do perfil sociodemográfico, laboral e dos riscos ocupacionais de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**

**Online**, [s. l.], v. 14, p. 1–7, 16 jul. 2022. DOI 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11144. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11144>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SILVEIRA, F. de C.; FERNANDES, C. G.; ALMEIDA, M. D. de; ALDRIGHI, L. B.; JARDIM, V. M. da R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, p. e2019447, 24 ago. 2020. DOI <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/NqnBM8GW3hbw779MtVtfF9w/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2025.

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, K. C. M. de. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 1–19, jun. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2025.

SOUZA, P. V. D.; TOMICKI, C.; KONRAD, L. M.; SANDRESHI, P. F.; RIBEIRO, C. G.; MACIEL, E. C.; RECH, C. R.; BENEDETTI, T. R. B. Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 25, p. 1–9, 9 nov. 2020. DOI 10.12820/rbafs.25e0135. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14298>. Acesso em: 13 abr. 2025.

SOUZA, V. R. dos S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. eAPE02631, 15 mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

SQUARCINI, C. F. R.; MACEDO, D. de A.; FORTALEZA, B. S.; SOUZA, J. V. de; OHARA, D.; ROCHA, S. V. Programas de atividade física para pré-diabéticos e saúde pública: revisão sistemática utilizando o modelo RE-AIM. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, p. e15072–e15072, 14 fev. 2023. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/15072>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SQUARCINI, C. F. R.; ROCHA, S. V.; MUNARO, H. L. R.; BENEDETTI, T. R. B.; ALMEIDA, F. A. Physical activity programs for elderly persons: an evaluation of Brazilian scientific production using the RE-AIM framework. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 909–920, dez. 2015. DOI 10.1590/1809-9823.2015.14103. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000400909&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400909&lng=en&tlng=en). Acesso em: 12 abr. 2025.

SUYAMA, E. H. T.; LOURENÇÃO, L. G.; CORDIOLI, D. F. C.; CORDIOLI JUNIOR, J. R.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 30, p. e2992, 2022. DOI 10.1590/2526-8910.ctoao22692992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102022000100205&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102022000100205&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2025.

TEIXEIRA, C. R. de S.; ZANETTI, M. L.; ALMEIDA, F. B.; ALMEIDA, F. A. MODELO RE-AIM NA PERSPECTIVA DAS INTERVENÇÕES TELEFÔNICAS EDUCATIVAS EM DIABETES. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e20170264, 21 mar. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0264>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NJtFHZTPWtZGHRWSFd3G6cG/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties1. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 15 jun. 1998. DOI 10.1016/S0277-9536(98)00009-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094>. Acesso em: 16 abr. 2025.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 2012. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327143/pageid/353>. Acesso em: 29 mar. 2025.

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**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349–357, 1 dez. 2007. DOI 10.1093/intqhc/mzm042. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 29 mar. 2025.

TRANSKRIPTOR: TRANSCREVER ÁUDIO PARA TEXTO - TRANSCRIÇÃO AI. [s. d.]. **Transkriptor**. Disponível em: <https://transkriptor.com/pt-br/discover/>. Acesso em: 1 abr. 2025.

VAMOS.UFSC.BR. **Vamos**. [s. d.]. Disponível em: <https://vamos.ufsc.br/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

XAVIER, A. T. da F.; ALVES, B. S.; GAMBA, M. A. **Orientações sobre glicemia capilar para profissionais de saúde**. Sociedade Brasileira de Diabetes Departamento de Enfermagem Gestão 2022-2023. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes\\_Glicemia\\_SBD.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Glicemia_SBD.pdf). Acesso em: 13 abr. 2025.

ZAMBON, M. H.; RIBEIRO, N. F.; PEREIRA, M. M.; NEVES, L. F.; PINHO, L. de. Estágios de mudança de comportamento para atividade física e consumo alimentar em profissionais da atenção primária à saúde. **RBNE - Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, [s. l.], v. 17, n. 104, p. 282–292, 26 jul. 2023. Disponível em: <https://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/2130>. Acesso em: 30 mar. 2025.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DA COLETA INICIAL



**APÊNDICE B – INSTRUMENTO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR ACS**

# Intervenção de sintomas musculosqueléticos em agentes comunitários de saúde: uma análise com base no modelo RE-AIM.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO****Coordenadora Geral:**

Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela  
Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha  
Doutoranda Rosângela Souza Lessa  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
Pós - Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES

**Equipe de Coleta**

Caio Fernando dos Santos da Cruz  
Graziela dos Santos Sousa  
Gustavo Sarmento de Souza

**Núcleo de Estudos em Saúde da População - NESP**

Grupo de estudos em Epidemiologia, Atividade Física e Saúde - GEAFS  
Programa de Pós - Graduação em Enfermagem e Saúde- PPGES  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
Faculdades Santo Agostinho - Vitória da Conquista - BA

\* Indicates required question

---

1. Email \*

---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE \*  
Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

*Mark only one oval.*

Aceito por livre e espontânea vontade participar desse estudo.

## **BLOCO I- INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

### IDENTIFICAÇÃO GERAL

3. 1. Nome completo do participante: \*

*Exemplo: João Assis da Silva*

---

4. 2. Sexo do participante \*

*Mark only one oval.*

Feminino

Masculino

5. 3. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? \*

*Mark only one oval.*

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

6. 4. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria seu Estado Civil \*

*Mark only one oval.*

- Casado(a)/ União Estável
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Separado(a)

7. 5. Data de Nascimento \*

---

8. 6. Na escola, qual o último nível de ensino que você concluiu? \*

*Mark only one oval.*

- Sem escolaridade
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio/Técnico incompleto
- Médio/Técnico completo
- Superior completo
- Superior incompleto
- Pós-graduação
- Other: \_\_\_\_\_

9. 6a. Qual o curso Técnico e/ou Superior marcado na descrição acima?

Incluir todos os cursos de nível técnico e superior que o trabalhador tenha cursado ou esteja em curso.

---

---

---

---

---

10. 7. Sua ocupação é \*

*Mark only one oval.*

- Trabalhador (a)
- Do lar
- Desempregado (a)
- Aposentado (a)
- Outro

11. 7.a Se respondeu trabalhador, qual o seu CARGO/FUNÇÃO? \*
- Responder a atividade que ele faz na unidade. Exemplos: ACS, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, etc.

---

12. 8. Há quanto tempo você está trabalhando nesta CARGO/FUNÇÃO? \*
- Exemplo: 2 anos e 3 meses*

---

13. 9. Qual seu turno de trabalho \*

---

14. 10. Qual a sua jornada total neste trabalho no município? \*

---

15. 11. Você possui outro trabalho? \*

*Mark only one oval.*

Sim

Não

16. 11.1 Caso sua resposta tenha sido sim na pergunta anterior, onde?  
*Caso tenha assinalado "não" na pergunta anterior, deixe essa questão em branco*

---

17. 12. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando \*  
todas as suas atividades que geram renda?  
*Exemplo: 8 horas semanais (responder apenas com o número)*

---

18. 13. Qual a renda mensal total da família (número de salários mínimos): \*

*Check all that apply.*

- Menor que 1
- De 1 a 2
- De 2,1 a 4
- De 4,1 a 6
- Mais de 6
- Não quero responder

### **BLOCO II - Qualidade de Vida - questionário Vamos**

Por favor, escolha a opção que melhor responde a percepção sobre a sua saúde e qualidade de vida.

19. 14. Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito você está com a sua saúde? \*

*Mark only one oval.*

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Neutro
- Satisfeito
- Muito satisfeito

20. 15. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida? \*

*Mark only one oval.*

- Muito ruim
- Ruim
- Neutro
- Boa
- Muito boa

**BLOCO III - Qualidade de Vida no Trabalho - QWLQ-bref**

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha.

Por favor, tenha em mente as **duas últimas semanas** para responder as questões.

21. 16. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

22. 17. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você avalia sua motivação para trabalhar? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

23. 18. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avalia a \*  
igualdade de tratamento entre os funcionários?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

24. 19. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você \*  
avalia o seu sono?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

25. 20. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avalia sua \*  
liberdade de expressão no seu trabalho?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

26. 21. Tomando como referência as duas últimas semanas, você se sente realizado com o trabalho que faz? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

27. 22. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você possui orgulho da organização/setor na qual trabalha? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

28. 23. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

29. 24. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você \*  
avalia o orgulho pela sua profissão?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

30. 25. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avalia a \*  
qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

31. 26. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida sua \*  
família avalia o seu trabalho?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

32. 27. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você <sup>\*</sup> está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da sua empresa/setor?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

33. 28. Tomando como referência as duas últimas semanas, você está satisfeito <sup>\*</sup> com o seu nível de responsabilidade no trabalho?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

34. 29. Tomando como referência as duas últimas semanas, você se sente <sup>\*</sup> satisfeito com os treinamentos dados pela organização/município?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa

35. 30. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você \*  
é respeitado pelos seus colegas e superiores?

*Mark only one oval.*

- Muito baixa  
 Baixa  
 Média  
 Boa  
 Muita boa

36. 31. Tomando como referência as duas últimas semanas, você se sente \*  
satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?

*Mark only one oval.*

- Nada  
 Pouco  
 Médio  
 Bastante  
 Completamente

37. 32. Tomando como referência as duas últimas semanas, suas necessidades \*  
fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?

*Mark only one oval.*

- Nada  
 Muito pouco  
 Mais ou Menos  
 Bastante  
 Extremamente

38. 33. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Muito baixa
- Baixa
- Média
- Boa
- Muita boa

39. 34. Tomando como referência as duas últimas semanas, em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou Menos
- Bastante
- Extremamente

40. 35. Tomando como referência as duas últimas semanas, o quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou Menos
- Bastante
- Extremamente

#### **BLOCO IV - ALIMENTAÇÃO**

Por favor, escolha a opção que melhor responde ao seu consumo alimentar habitual/normal.

41. 36. Em quantos dias da semana você costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

42. 37. Em quantos dias da semana você costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

43. 38. Em quantos dias da semana você costuma comer frutas? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

44. 39. Em quantos dias da semana você costuma tomar refrigerante ou suco artificial (suco em pó; suco de caixinha; suco de garrafa com adição de açúcar; água tônica; água saborizada industrializada)? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

45. 40. Em quantos dias da semana você costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

46. 41. Em quantos dias da semana você costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

47. 42. Quantos copos de água você costuma consumir **por dia** (1 copo = 250 ml)? \*

*Mark only one oval.*

- Não consome água
- Menos de 1 copo
- De 2 a 4 copos (500 a 1L/dia)
- De 4 a 6 copos (1L a 1,5L/dia)
- De 6 a 8 copos (1,5L a 2L/dia)
- Acima de 2 litros

## **BLOCO V - AVALIAÇÃO DA DOR**

Avalie e classifique a dor, caso tenha.

48. 43. Você sente dor? \*

*Mark only one oval.*

- Sim
- Não

**BLOCO V - AVALIAÇÃO DA DOR**

Avalie e classifique a dor, caso tenha.

48. 43. Você sente dor? \*

*Mark only one oval.*

Sim

Não

**Escala analógica visual da dor - início****BLOCO VII ATIVIDADE FÍSICA - questionário VAMOS**

As perguntas a seguir estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física no **LAZER**, no esporte ou no exercício. Por favor, responda as questões abaixo.

49. 50. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? \*

*Mark only one oval.*

Sim

Não

50. 51. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? \*

*Mark only one oval.*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias da semana
- Mais de 6 dias da semana

51. 52. No dia que você pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? \*

*Tempo em minutos. Exemplo: 120 minutos (2 horas)*

---

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

52. 53. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? \*

*Mark only one oval.*

- Menos de 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Entre 5 e 6 horas
- Mais de 6 horas

53. 54. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de fim de semana? \*

*Mark only one oval.*

- Menos de 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Entre 5 e 6 horas
- Mais de 6 horas

**BLOCO IX - HÁBITOS DE VIDA**

Sobre seu estilo de vida

**TABAGISMO**

54. 55. O (a) senhor (a) fuma cigarros atualmente? \*

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim  
 Nunca fumei

55. 56. Qual local você convive com fumantes? \*

Pode selecionar mais de uma das alternativas abaixo

*Check all that apply.*

- Em Casa  
 No trabalho  
 No automóvel  
 Não convivo

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

56. 57. Você consome bebida alcoólica? \*

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

**BLOCO X - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE**

57. 58. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você \* considera o seu estado de saúde?

*Mark only one oval.*

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

58. 59. Você possui **DIAGNÓSTICO MÉDICO** para uma das doenças listadas abaixo? \*

Mark only one oval per row.

	Sim	Não
<b>Alergia/ eczema</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anemia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Angina</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Artrite/ reumatismo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Asma/bronquite</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Câncer</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cefaleia /enxaqueca</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Colesterol alto</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Constipação intestinal</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Depressão</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Disfonia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Distúrbios do sono</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Doença renal</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gastrite</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hepatite</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hérnia de disco</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hipertensão/Pressão alta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Infarto do miocárdio</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

injecção urinária Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lombalgia Lombalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinite/ sinusite Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizes Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratura Fratura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. 59a. Especifique a alternativa "outro(s)" (na questão anterior)

---



---



---

60. 59b. Dos problemas listados na questão 65 e 65a, você poderia nos fornecer a data (mês e ano) e do **DIAGNÓSTICO MÉDICO?**

**DESCRIÇÃO:** adicionar cada doença por linha e data entre parênteses, exemplo **Angina (07/2017)**.

---



---



---



---



---

61. 60. Em caso, de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? \*  
(Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

*Check all that apply.*

- na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar
- por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença me causa alguns sintomas
- não há impedimento / eu não tenho doença

62. 60b. Especifique a alternativa "outro(s)" (na questão anterior)

---



---



---



---



---

#### **BLOCO XV - MARCADORES FISIOLÓGICOS**

91. Considerando os últimos exames que o senhor (a) realizou, qual o valor de:

## 63. 91.a. Glicemia em Jejum - autorreferida

*Digite o valor da sua glicemia em jejum, considerando os últimos exames.*

*Exemplo: 11,1*

*Observação: caso*

*não se lembre ou não saiba, deixe em branco*

---

## 64. 91.b. Pressão Arterial (mm Hg) - autorreferida

*Digite o valor da sua Pressão Sistólica (mm Hg), considerando os últimos exames*

*Exemplo: 120.80 mmHg*

*Observação: caso não se lembre ou não*

*saiba, deixe em branco*

---

## 65. 92. Glicemia capilar no momento da entrevista \*

*Digite o valor da sua glicemia em jejum, considerando o momento da coleta.*

*Exemplo: 11,1*

## 66. 93. Medida da Pressão Arterial no momento da entrevista (mm Hg) \*

*Digite o valor da sua Pressão Sistólica e Diastólica (mm Hg)*

*Exemplo: 120.80 mmHg*

---

**BLOCO XVI - MEDIDAS CORPORAIS**

67. 94. Qual a sua altura/estatura? Medida autorreferida. \*

Altura em centímetro

Use o ponto ao invés da vírgula. Exemplo: 1.69 cm

*Observação: caso não saiba, digite "não sabe"*

---

68. 94.a. Qual a sua altura/estatura? Medida pelo entrevistador. \*

Altura em centímetro

Use o ponto ao invés da vírgula. Exemplo: 1.69 cm

---

69. 95. Qual seu peso atual? Medida autorreferida. \*

Exemplo: 59,11 kg

Peso em kilograma

*Observação: caso não saiba, digite "não*

*sabe"*

---

70. 95.a. Qual seu peso atual? Medida realizada pelo entrevistador. \*

Exemplo: 59,11 kg

Peso em kilograma

71. 96.Circunferência da cintura. Medida autorreferida. \*  
Sua circunferência em centímetro.  
Use o ponto ao invés da vírgula. Exemplo: 1.69cm

*Observação: caso não saiba, digite "não sabe"*

---

72. 96.a.Circunferência da cintura. Medida pelo entrevistador. \*  
Sua circunferência em centímetro.  
Use o ponto ao invés da vírgula. Exemplo: 1.69cm
-

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO COORDENADOR/GERENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (INSTRUMENTO COORDENADOR APÊNDICE)

### Questionário semiestruturado - Coordenador ou responsável pelo serviço de saúde

\* Indicates required question

#### Bem - Vindo!

O Programa Transformação - VAMOS é um programa de mudança de comportamento que visa motivar os Agentes de Saúde a adotarem um estilo de vida ativo e saudável.

#### Programa Transformação - VAMOS



2. Nome da Unidade de Saúde que trabalha (ESF José Maximiliano). \*

---

#### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas. Suas respostas deverão refletir sua percepção acerca do Programa Transformação. **É importante para nós a descrição da sua resposta de forma detalhada, não tenha receio da escrita das palavras, de questões relacionados ao uso adequado da língua portuguesa, a profundidade das suas repostas nos ajudará na compreensão dos pontos que podemos avançar.** Assim, solicitamos que não troquem ideias com os colegas antes de responder a este questionário.

#### BLOCO I- INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

##### IDENTIFICAÇÃO GERAL

3. 1. Nome completo do participante: \*

*Exemplo: João Assis da Silva*

---

4. 2. Sexo do participante \*

*Mark only one oval.*

Feminino

Masculino

5. 3. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? \*

*Mark only one oval.*

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

6. 4. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria seu Estado Civil \*

*Mark only one oval.*

- Casado(a)/ União Estável
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Separado(a)

7. 5. Data de Nascimento \*

\_\_\_\_\_

8. 6. Idade \*

\_\_\_\_\_

9. 7. Na escola, qual o último nível de ensino que você concluiu? \*

*Mark only one oval.*

- Sem escolaridade
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio/Técnico incompleto
- Médio/Técnico completo
- Superior completo
- Superior incompleto
- Pós-graduação

10. 8. Qual o seu CARGO/FUNÇÃO no serviço de saúde que trabalha? \*

Responder à atividade que você faz na unidade. Exemplos: ACS, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, etc.

11. 9. Há quanto tempo você está trabalhando nesta CARGO/FUNÇÃO? \*

*Exemplo: 2 anos e 3 meses*

\_\_\_\_\_

12. 10. Qual a sua jornada total neste trabalho no município? \*

\_\_\_\_\_

13. 11. Você possui outro trabalho? \*

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não

14. 11.1 Caso sua resposta tenha sido sim na pergunta anterior, onde?

*Caso tenha assinalado nao na pergunta anterior, deixe essa questao em branco*

---

15. 12. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? \*

*Exemplo: 8 horas semanais (responder apenas com o número)*

---

16. 13. Qual a renda mensal total da família (número de salário mínimo): \*

*Check all that apply.*

- Menor que 1  
 De 1 a 2  
 De 2,1 a 4  
 De 4,1 a 6  
 Mais de 6  
 Não quero responder

17. 14. O contato realizado pela equipe do Programa Transformação com o responsável (gerente, enfermeiro, dentista ou médico) para explicar/organizar a coleta com os ACSs se deu como? \*

*Pode assinalar mais de uma resposta, caso tenha utilizado.*

*Check all that apply.*

- Contato pessoal presencial
- Mensagem de texto via whatsapp
- Telefonema
- Other: \_\_\_\_\_

18. 14.1. Se assinalou outro na pergunta anterior, explique como aconteceu o contato.

---



---

19. 15. Como você enquanto coordenador da unidade de saúde divulgou/convidou os ACS da sua equipe para participarem do Programa Transformação? \*

*Pode assinalar mais de uma resposta, caso tenha utilizado.*

*Mark only one oval.*

- Contato individual
- Grupo de whatsapp
- Reunião de equipe
- Other: \_\_\_\_\_

20. 15.1. Se assinalou outro na pergunta anterior, explique como ocorreu o processo de convite com os ACS na sua unidade.

---

---

---

---

---

21. 16. No momento que você convidou os ACS para participarem da reunião para \*  
apresentação do Programa Transformação, qual foi a sua percepção (positiva  
ou negativa) em relação à receptividade dos ACS a esse convite?

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará  
compreender de forma aprofundada onde podemos avançar. Não tenha receio  
de escrever o que vier a memória.*

---

---

22. 17. Em qual local aconteceu a reunião de apresentação do Programa \*  
Transformação com os ACS da sua unidade? Na sua opinião o local facilitou  
ou dificultou a adesão dos ACS ao Programa Transformação?

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará  
compreender melhor de forma aprofundada onde podemos avançar.*

---

---

---

23. 18. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em comparecer \*  
à reunião de apresentação do Programa Transformação agendada na unidade  
de saúde?

---

---

---

---

---

24. 19. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até  
o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação que aconteceu  
on-line?

---

---

---

---

---

25. 20. Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os \*  
profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações  
você faria?

---

---

---

---

26. 21. Você poderia relatar o que ouviu de comentários dos ACS (positivo ou negativo) a respeito Programa Transformação? \*

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar.*

---

---

---

---

---

27. 22. Você tem algum outro comentário? Alguma sugestão para pontuar acerca do Programa Transformação? \*

---

---

---

---

---

## APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES COLETA ON-LINE ZONA URBANA



PROGRAMA  
Transformação



### Orientações para aplicação de formulário on-line – Zona Urbana

1. Professora Rosângela disponibilizará no drive o nome e o telefone dos agentes comunitários para os monitores responsáveis, identificando-os por ACS da **zona urbana** ou rural.
2. O monitor/entrevistador deverá organizar os horários disponíveis em sua rotina para aplicação do formulário, no mínimo 1 hora. Não combine aplicações de formulário para mais de um ACS em horários próximos, uma vez que o tempo de aplicação é variável e pode gerar atrasos. Anteriormente, avalie sua agenda para depois entrar em contato com os ACS, perguntando quais as possibilidades de horários, acordando, assim, um horário bom para ambos. Pode ser agendando qualquer horário o dia da semana, incluindo sábado domingo e feriado, caso monitor/ACS tenham disponibilidades.
3. O monitor/entrevistador deverá criar uma sala no aplicativo **Google Meet** e enviar o link para o ACS via whatsapp no mínimo 15 minutos antes da reunião.
4. Será criado um vídeo rápido com o objetivo de orientar aos ACSs a maneira que eles irão acessar a plataforma Google Meet (entrar, ativar som, vídeo, compartilhamento de tela, visualizar bate-papo e uso da tela cheia), buscando ampliar a tela do dispositivo e, conseqüentemente, melhor a visualização do questionário.
5. O monitor/entrevistador deverá orientar para o ACS utilizar fones de ouvido, isso facilitará a comunicação.
6. O monitor/entrevistador deverá orientar caso o ACS tenha computador, tablet ou notebook para usá-los ao invés do celular (a tela ficará maior para que ele possa visualizar melhor as perguntas do formulário).
7. O monitor/entrevistador deverá orientar o ACS a buscar um local tranquilo e de preferência longe de outras pessoas, já que tem perguntas relacionadas à saúde e devemos preservar o sigilo.
8. O monitor deverá checar se o ACS já iniciou o formulário ou não. Para os ACSs que já iniciaram iremos dar prosseguimento do local (pergunta) que parou e, assim, finalizar o formulário. Nesses casos o monitor deverá realizar a entrevista com o ACS logado no seu e-mail Gmail (cadastrado no dia da entrevista presencial, caso

tenha mais de um e-mail gmail deverá testar todos até achar o formulário preenchido) e seguirá a orientação de compartilhamento de tela descrito nos itens 09 e 10. O monitor deverá atentar-se, pois caso o ACS não tenha iniciado o questionário presencial a opção descrita nos itens 11 e 12 deverão ser utilizadas para a entrevista e caso não consiga finalizar utilize a sequência explicitada no item 13 e 13.1.

9. O monitor/entrevistador munido com seu computador/notebook orientará o ACS acessar o formulário por meio do link <https://forms.gle/8jHZLSJxpXk1MCeG6> logado no seu e-mail do Google (Gmail). Atenção! É importante o uso do e-mail Gmail logado, pois apenas dessa maneira é possível salvar as informações/respostas dos entrevistados, podendo ser acessado em outro momento, caso não consiga finalizar a entrevista no mesmo dia.
10. O monitor/ entrevistador deverá orientar o ACS no compartilhamento da tela e ler as perguntas (não se esqueça de testar seu microfone antes de iniciar!) e o próprio ACS irá clicar no formulário na opção de resposta escolheu.
11. O monitor/entrevistador munido com seu computador/notebook irá acessar o formulário por meio do link <https://forms.gle/8jHZLSJxpXk1MCeG6> logado no seu e-mail do Google (Gmail). Atenção! É importante o uso do e-mail Gmail logado, pois apenas dessa maneira é possível salvar as informações/respostas dos entrevistados, podendo ser acessado em outro momento, caso não consiga finalizar a entrevista no mesmo dia.
12. O monitor/ entrevistador irá compartilhar a tela e **ler todas as perguntas para o ACS** (não se esqueça de testar seu microfone antes de iniciar!), e clicará na resposta apontada pelo entrevistado, favor não induzir a resposta.
13. Caso não consiga terminar o formulário no tempo previsto, combine um horário para continuar a aplicação (antes de iniciar o formulário é bom avisar que é grande e caso o ACS fique cansado, irá continuar em outro momento). O cansaço do entrevistado interferirá na qualidade das informações fornecidas, assim, caso perceba sinais de cansaço não insista, simplesmente, remarque para continuar a entrevista em outro momento. Dê preferência à continuidade no próximo dia, se possível, não espere muito esse tempo.

13.1. Como esse formulário não finalizado ficará salvo em seu e-mail, crie um novo Gmail com seu nome (e-mail gmail alternativo exclusivo para as entrevistas), visando realizar a aplicação do formulário com os demais ACS até que seu e-mail principal fique desocupado. O monitor fará sua planilha (modelo existente no drive – **Planilha modelo de agendamento da entrevista on-line ZONA URBANA**),

entrevista com o ACS "X ou Y", etc. E toda vez que finalizar a entrevista com o ACS "X" será apontado ok finalizado, a fim de liberar aquele e-mail para uso com a entrevista com outro ACS. Caso não termine o questionário no mesmo dia, por favor, não utilize o mesmo e-mail na próxima entrevista e anote a pergunta que parou e a data do reagendamento.

14. Atenção monitor/entrevistador! Não faça cara de desestímulo e nem fale quantas questões total o ACS terá que responder. Explique para os mesmos que temos perguntas com similaridade, no entanto, são diferentes. O formulário que iremos aplicar é composto por dados sociodemográficos e contém vários questionários validados, portanto, todas as perguntas precisam ser respondidas com calma. Saliente para o ACS que nosso intuito é fazer um levantamento amplo da saúde (saúde mental, física, dor, atividade física, alimentação e a relação com o trabalho) dele, pois há carência de evidências científicas que tratam da saúde do ACS, dificultando medidas e ações preventivas direcionadas a sua saúde ocupacional.
15. Atenção monitor/entrevistador não apresse e nem tenha pressa para que a pessoa adiante as respostas, apenas tente não dar muito espaço para o ACS explicar a sua escolha a cada pergunta, pois não é essa a intenção do questionário. Acrescenta-se também que o monitor deverá ter cuidado para não induzir a resposta do ACS, sendo necessário esperar a resposta do ACS antes de assinalar a opção escolhida.
16. Atenção ao campo de preenchimento das perguntas no formulário que diz respeito ao endereço do ACS basta descrever rua e bairro.

**Atenciosamente,**

**Rosângela Lessa**

13. Atenção ao campo de preenchimento das perguntas no formulário que diz respeito ao endereço do ACS, pois para os residentes na zona rural seguiremos o padrão especificado abaixo.

Descreva o endereço de sua residência (rua e bairro) \*

Texto de resposta longa

Atenção! Com os ACS da **zona rural** – inserir no campo a localidade/distrito que ele mora/trabalha.

Nome da Unidade de Saúde que trabalha (ESF José Maximiliano). \*

Texto de resposta curta

Atenção! Com os ACS que trabalham no PACS – inserir no campo o nome da enfermeira responsável pela coordenação dele (Ex. PACS – enfermeira Flávia).  
Na ESF descrever o nome da mesma – Waldomiro Borges - Itajurú ou Isabel Andrade-Florestal.

**Atenciosamente,**

**Rosângela Lessa**

## APÊNDICE E – ORIENTAÇÕES PARA COLETA ON-LINE ZONA RURAL



PROGRAMA  
Transformação



### Orientações para aplicação de formulário on-line – Zona Rural

1. Professora Rosângela disponibilizará no drive o nome e o telefone dos agentes comunitários para os monitores responsáveis, identificando-os por ACS da zona urbana ou rural.
2. O monitor/entrevistador deverá organizar os horários disponíveis em sua rotina para aplicação do formulário, no mínimo 1 hora. Não combine aplicações de formulário para mais de um ACS em horários próximos, uma vez que o tempo de aplicação é variável e pode gerar atrasos. Anteriormente, avalie sua agenda para depois entrar em contato com os ACS, perguntando quais as possibilidades de horários, acordando, assim, um horário bom para ambos.
3. O monitor/entrevistador deverá criar uma sala no aplicativo **Google Meet** e enviar o link para o ACS via whatsapp no mínimo 15 minutos antes da reunião.
4. Será criado um vídeo rápido com o objetivo de orientar aos ACSs a maneira que eles irão acessar a plataforma Google Meet (entrar, ativar som, vídeo e uso da tela cheia), buscando ampliar a tela do dispositivo e, conseqüentemente, melhor a visualização do questionário.
5. O monitor/entrevistador deverá orientar para o ACS utilizar fones de ouvido, isso facilitará a comunicação.
6. O monitor/entrevistador deverá orientar caso o ACS tenha computador, tablet ou notebook para usá-los ao invés do celular (a tela ficará maior para que ele possa visualizar melhor as perguntas do formulário).
7. O monitor/entrevistador deverá orientar o ACS a buscar um local tranquilo e de preferência longe de outras pessoas, já que tem perguntas relacionadas à saúde e devemos preservar o sigilo.
8. O monitor/entrevistador munido com seu computador/notebook irá acessar o formulário por meio do link (<https://forms.gle/8jHZLSJxpXk1MCeG6>) logado no seu e-mail do Google (Gmail). Atenção! É importante o uso do e-mail Gmail logado, pois apenas dessa maneira é possível salvar as informações/respostas dos entrevistados, podendo ser acessado em outro momento, caso não consiga finalizar a entrevista no mesmo dia.

9. O monitor/ entrevistador irá compartilhar a tela e ler as perguntas (não se esqueça de testar seu microfone antes de iniciar!) e clicará na resposta apontada pelo entrevistado.
10. Caso não consiga terminar o formulário no tempo previsto, combine um horário para continuar a aplicação (antes de iniciar o formulário é bom avisar que é grande e caso o ACS fique cansado, irá continuar em outro momento). O cansaço do entrevistado interferirá na qualidade das informações fornecidas, assim, caso perceba sinais de cansaço não insista, simplesmente, remarque para continuar a entrevista em outro momento. Dê preferência à continuidade no próximo dia, se possível, não espere muito esse tempo.
  - a. Como esse formulário não finalizado ficará salvo em seu e-mail, crie um novo Gmail com seu nome (e-mail gmail alternativo exclusivo para as entrevistas), visando realizar a aplicação do formulário com os demais ACS até que seu e-mail principal fique desocupado. O monitor fará sua planilha (modelo existente no drive – "Planilha modelo de agendamento da entrevista on-line"), inserindo o nome do ACS e e-mail utilizado pelo monitor para realizar entrevista com o ACS "X ou Y", etc. E toda vez que finalizar a entrevista com o ACS "X" será apontado ok finalizado, a fim de liberar aquele e-mail para uso com a entrevista com outro ACS. Caso não termine o questionário no mesmo dia, por favor, não utilize o mesmo e-mail na próxima entrevista e anote a pergunta que parou e a data do reagendamento.
11. Atenção monitor/entrevistador! Não faça cara de desestímulo e nem fale quantas questões total o ACS terá que responder. Explique para os mesmos que temos perguntas com similaridade, no entanto, são diferentes. O formulário que iremos aplicar é composto por dados sociodemográficos e contém vários questionários validados, portanto, todas as perguntas precisam ser respondidas com calma. Saliente para o ACS que nosso intuito é fazer um levantamento amplo da saúde (saúde mental, física, dor, atividade física, alimentação e a relação com o trabalho) dele, pois há carência de evidências científicas que tratam da saúde do ACS, dificultando medidas e ações preventivas direcionadas a sua saúde ocupacional.
12. Atenção monitor/entrevistador não apresse e nem tenha pressa para que a pessoa adiante as respostas, apenas tente não dar muito espaço para o ACS explicar a sua escolha a cada pergunta, pois não é essa a intenção do questionário. Acrescenta-se também que o monitor deverá ter cuidado para não induzir a resposta do ACS, sendo necessário esperar a resposta do ACS antes de assinalar a opção escolhida.

## APÊNDICE F – ORIENTAÇÕES PARA COLETA PRESENCIAL



PROGRAMA  
TransformAÇÃO



### Instruções para o entrevistador

1. Faça primeiro o cadastro do VAMOS com o e-mail pessoal do ACS (pode ser gmail ou hotmail);
2. Registre o e-mail e senha cadastrados do VAMOS no cartão de acompanhamento do ACS. Aproveite e registre também os dados antropométricos nesse cartão;
3. Explique como usar o cartão de acompanhamento do Programa TransformAÇÃO;
4. Faça a seção 1 do VAMOS com o ACS (não precisa ler tudo, ele fará isso em casa, só apresente superficialmente cada página e registre as informações solicitadas (Avaliação Inicial) na seção 1);
5. Inicie a aplicação do formulário no celular do ACS (questionário google forms no endereço <https://forms.gle/VNFec1mysYMS9KVS8>);
6. **ATENÇÃO!** Antes de iniciar verifique se o formulário está logado com o GMAIL do ACS. Caso ele não tenha gmail, crie um, pois as informações não são salvas automaticamente com outro tipo de e-mail! Caso o entrevistador utilize seu celular para realizar o questionário precisará logar com o e-mail do ACS.
7. Tente evitar que o ACS fique explicando o motivo de cada resposta, isso vai fazer com que o demore mais;
8. Utilize o material que disponível na pasta, pois temos cartões respostas que facilitam a resposta do ACS com perguntas que o padrão de resposta são iguais.
9. Você pode sugerir uma pausa durante o questionário para lanche caso o ACS queira;
10. Qualquer dúvida, pergunte para a coordenadora Rosângela ou algum dos bolsistas.



QRcode VAMOS

[https://vamos\\_sites.ufsc.br/login](https://vamos_sites.ufsc.br/login)



QRcode para formulário

<https://forms.gle/VNFec1mysYMS9KVS8>

## APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO EQUIPE COLETA E DE ENTREGA DO PROGRAMA TRANSFORMAÇÃO

### Questionário semiestruturado - Equipe de entrega do Programa Transformação

\* Indicates required question

---

#### Bem - Vindo!

O Programa Transformação - VAMOS é um programa de mudança de comportamento que visa motivar os Agentes Comunitários de Saúde a adotarem um estilo de vida ativo e saudável.

#### Programa Transformação - VAMOS



## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas. Suas respostas deverão refletir sua percepção acerca do Programa Transformação. **É importante para nós a descrição da sua resposta de forma detalhada, não tenha receio da escrita das palavras, de questões relacionados ao uso adequado da língua portuguesa, a profundidade das suas repostas nos ajudará na compreensão dos pontos que podemos avançar.** Assim, solicitamos que não troquem ideias com os colegas antes de responder a este questionário.

### BLOCO I- INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

#### IDENTIFICAÇÃO GERAL

2. 1. Nome completo do participante: \*

*Exemplo: João Assis da Silva*

---

3. 2. Sexo do participante \*

*Mark only one oval.*

Feminino

Masculino

4. 3. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? \*

*Mark only one oval.*

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

5. 4. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria seu Estado Civil \*

*Mark only one oval.*

- Casado(a)/ União Estável
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Separado(a)

6. 5. Data de Nascimento \*

---

7. 6. Idade \*

---

8. 7. Na escola, qual o último nível de ensino que você concluiu? \*

*Mark only one oval.*

- Superior incompleto  
 Option 2  
 Pós-graduação

9. 8. Qual graduação ou pós-graduação cursa atualmente e a instituição vinculada? \*

Exemplos: Medicina FASA, fisioterapia UESB.

---

10. 9. Na época do acompanhamento dos ACS no Programa qual o seu vínculo com o Projeto Transformação. \*

*Mark only one oval.*

- Bolsista de Iniciação Científica (IC)  
 Voluntário de Iniciação científica  
 Outro

11. 9.1 Caso sua resposta tenha sido outro, especifique.

*Caso tenha assinalado outro na pergunta anterior, deixe essa questão em branco*

---

12. 10. Qual a sua carga-horária total dedicada ao projeto, considerando todas as atividades desenvolvidas? \*

*Exemplo: 8 horas semanais (responder apenas com o número)*

---

13. 11. Qual a instituição custeou a sua bolsa de IC e qual valor da remuneração recebida (número de salário mínimo)? \*

---

---

---

---

---

14. 12. Qual a renda mensal total da família (número de salário mínimo): \*

*Mark only one oval.*

- Menor que 1
- De 1 a 2
- De 2,1 a 4
- De 4,1 a 6
- Mais de 6
- Não quero responder

15. 13. Como você conheceu o Programa Transformação? \*

---

16. 14. Você passou por alguma capacitação para participar como monitor do Programa Transformação? Descreva quantas reuniões e como foi o desenvolvimento das atividades.

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar. Não tenha receio de escrever o que vier a memória.*

---

---

---

---

---

17. 15. Você enquanto equipe de coleta participou do processo de divulgação/convite com os ACS do Programa Transformação. Descreva como. \*

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar. Não tenha receio de escrever o que vier a memória.*

---

---

---

---

---

18. 16. No momento da coleta de dados (momentos presenciais de avaliação, oficinas) qual foi a sua percepção (positiva ou negativa) em relação à receptividade dos ACS a participarem do Programa Transformação? \*

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar. Não tenha receio de escrever o que vier a memória.*

---

---

---

---

---

19. 17. Quais as facilidades e barreiras encontradas no momento da criação do grupo de WhatsApp direcionado para o acompanhamento dos ACS durante os seis meses do Programa.

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar. Não tenha receio de escrever o que vier a memória.*

---

---

---

---

---

20. 18. Você participou das reuniões periódicas de acompanhamento do Programa. \*

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 outro

21. 18.1 Se a resposta foi sim, como foi o desenvolvimento das reuniões.

---

---

---

---

---

22. 19. Quais ESF você ficou responsável pelo acompanhamento? As atividades eram divididas com outro monitor?

---

---

---

---

---

23. 20. Você seguiu o cronograma pré-estabelecido (seções e tempo de realização) para o desenvolvimento do Programa (seis meses) ou precisou realizar adaptações (por que/motivo) em alguma ESF que ficou responsável pelo acompanhamento?

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender melhor de forma aprofundada onde podemos avançar.*

---

---

---

---

---

24. 21. Descreva as dificuldades encontradas (enquanto monitor) durante o acompanhamento dos ACS on-line?

---

---

---

---

---

25. 22. O que você modificaria para despertar o interesse dos ACS em participar até o final (seis meses de intervenção) do Programa Transformação que aconteceu on-line?

---

---

---

---

---

26. 23. Para realizar/implementar o Programa Transformação para todos os profissionais de saúde em Jequié ou outras localidades, quais modificações você faria?

---

---

---

---

---

27. 24. Você poderia relatar o que ouviu de comentários dos ACS (positivo ou negativo) a respeito Programa Transformação?

*Importante! A descrição da sua resposta de forma detalhada nos ajudará compreender de forma aprofundada onde podemos avançar.*

---

---

---

---

---

28. 25. Você tem algum outro comentário? Alguma sugestão para pontuar acerca do Programa Transformação?

---

---

---

---

---

## APÊNDICE I - ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA TRANSFORMAÇÃO

### Instruções para o acompanhamento dos ACSs no Programa Transformação

1. Faça primeiro o contato com a professora Rosângela solicitando a relação com os nomes ACSs que aceitaram participar do Programa e realizaram o cadastro no site do VAMOS (será inserido a foto do arquivo no drive).
2. Crie o grupo de whatzApp com todos os ACSs e insira a professora Rosângela.
3. Crie o Grupo no máximo dois dias após a coleta, lembrando sempre de fazer isso em horário comercial de segunda até sábado às 12h, evitando mensagens em horários e dias inadequados. Evite sempre incomodá-los com excesso de mensagens.
4. Coloque o nome do Grupo Programa TransformAÇÃO – mais o nome da Unidade. Exemplo: Programa TransformAÇÃO – Milton Rabelo.
5. Acrescente na descrição do Grupo o seu nome monitor e o de Rosângela como responsáveis por eles, bem como a data da coleta, que será a data de início dos ACS no Programa para a referida Unidade de Saúde.
6. Logo após utilize o texto padrão para criação e encaminhe a todos (link no drive, contendo o arquivo texto em word padrão para cada semana - [https://docs.google.com/document/d/19b\\_qMIPORLiQNav7XNJ8VjGjqORHV2aRi1jSdxng0rE/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/19b_qMIPORLiQNav7XNJ8VjGjqORHV2aRi1jSdxng0rE/edit?usp=sharing)). **Atenção:** copie o texto da semana de acordo com a semana para sua unidade de saúde.
7. Encaminhe o vídeo de orientação para o uso do site VAMOS (link no drive) para auxiliá-los com as dúvidas, bem como o vídeo e o card do **SEÇÃO 01**. Dê um tempo entre os mesmos para que eles possam ter interesse e tenha atenção em olhar cada um.
8. Chame atenção e esclareça para os ACS que o Programa TransformAÇÃO acontecerá em seis meses, e que deverão seguir o CRONOGRAMA entregue para eles no dia do cadastro e não o exposto/disponível no site do VAMOS. Saliente e deixe claro que o CRONOGRAMA dentro do site é divergente do impresso entregue para eles no dia da coleta.
9. Atenção ao Cronograma proposto – **semana 01 até a 12 ocorrerá semanalmente, da 13 até a 18 quinzenalmente**. Lembrando que para verificar a efetividade na mudança de comportamento é preciso propor mudanças pequenas e paulatinas, além de seguir o Cronograma do Programa conforme proposto/orientado.
10. Semanalmente ou quinzenalmente alimente a planilha da sua unidade com as datas que você encaminhou o vídeo e card, a depender do Cronograma proposto para o Programa na sua unidade. Tenha atenção ao Cronograma proposto para o Programa na unidade que você faz o acompanhamento, encaminhando o arquivo correto.
11. Um dia anterior aos sete dias propostos, isso quando a seção for semanal, mande uma mensagem padrão como lembrete que o tempo programado estará findando para aquela seção. Nas seções

que estão no cronograma para serem realizados quinzenalmente, o monitor deverá mandar mensagem de lembre semanalmente, isto é, repete às informações encaminhadas na abertura da semana, salientando a importância do tempo para realização.

12. **ATENÇÃO!** O fato do ACS avançar para o próximo livreto ou atrasar em responder o correspondente a semana conforme o planejamento do seu cronograma, não deve ser em hipótese alguma o motivo para ser retirado e/ou desistência do programa, mas sim devemos orientá-los no seguimento correto. Até porque entraremos nos festejos (natal e final do ano), podendo ser um motivo para atrapalhar o seguimento do cronograma proposto, mas isso pode ser justificado na pesquisa.
13. A **SEÇÃO 02** pode ser realizada assim que o ACS finalizar a leitura da seção 01, caso ele opte, já que o primeiro trata do Programa de forma geral, não tendo Atividades e tarefas propostas. No entanto, a partir da seção 02 deve respeitar o tempo estabelecido no Cronograma, já que exige Atividades com projeções de planos traçados pelos ACS, sendo preciso respeitar o tempo para realização.
14. Caso algum ACSs tenha dificuldades no acesso ao site (ex: como sistema travando, falta de acesso ao site, dentre outros) ou dúvidas em cada seção, repasse para Rosângela e registre a informação no arquivo do drive (Dúvidas e Dificuldades no Programa Transformação). Antes de tudo responda para ele no grupo que estamos tentando resolver o problema e que logo mais entraremos em contato com a resposta. Após resolução, oriente o ACS a resolver o problema apontado. Caso a pergunta seja simples ou já tratada em alguma reunião, responda o quanto antes.
15. Nos casos, em que o ACS aponte/decida desistir do Programa, pergunte para ele o motivo no “Privado” e registre-o detalhadamente na sua planilha de acompanhamento.

Se dedique no acompanhamento do Programa VAMOS/TransformAÇÃO, assim alcançaremos o sucesso dos ACS!

## APÊNDICE J – TCLE ACS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução nº 466/12 do CNS

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar do Programa TransformAÇÃO que desenvolverá a pesquisa de intervenção utilizando como base o “Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde em Agentes Comunitários de Saúde: UMA ANÁLISE COM BASE NO MODELO RE-AIM”, na sua versão on-line. Neste estudo, pretendemos avaliar o alcance, adoção e eficácia de uma intervenção em agentes comunitários de saúde por meio do modelo RE-AIM, no município de Jequié/BA. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a carência de programas de intervenções no Brasil que visem propor ações preventivas voltadas para a promoção da saúde em ACS. O estudo tem como objetivo avaliar um programa de intervenção por meio do modelo RE-AIM e, assim, promover programas que possam gerar impactos positivos na prevenção de agravos à saúde dos ACS, melhorando a qualidade de vida destes profissionais no seu contexto de trabalho. Para este estudo, adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Para a realização do estudo de intervenção, teremos uma etapa inicial (avaliação com um questionário), etapa de intervenção (acompanhamento on-line dos ACS participantes) e a etapa de reavaliação (avaliação final). O questionário contém blocos de questões, listados a seguir: a) Informações sociodemográficas; b) Características do trabalho (história ocupacional atual e progressa, tempo de vida laboral total e como ACS); c) Características relacionadas às demandas físicas; d) Problemas de Saúde; e) Estilo de Vida; f) Sintomas musculoesqueléticos; g) Demandas psicossociais no trabalho; h) Alimentação; i) Qualidade de Vida no Trabalho; j) Marcadores fisiológicos; l) Medidas corporais; m) Inquérito hipertensão; n) Inquérito saúde bucal e, o) Questionário de Burnout. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a). O(a) pesquisador(a) tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo de desencadear aspectos emocionais durante a entrevista, porém as pesquisadoras têm o compromisso de interromper a coleta de dados caso seja necessário. Ela retornará após o participante ser acalmado ou, caso queira, você poderá desistir de participar da pesquisa. A exposição das informações pessoais dos pesquisados durante ou após as entrevistas será protegida. As entrevistas serão realizadas individualmente, em um local reservado. Apenas a equipe de pesquisa terá acesso às informações coletadas. Apesar disso, você tem assegurado o direito à compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo são: Reiterar a literatura quanto ao perfil epidemiológico e características específicas dos ACS em Jequié/BA; Evidenciar as condições de saúde dos ACS em Jequié/BA; Avaliar as condições de trabalho e saúde dos ACS para desenvolver práticas e adoção de comportamentos que visem prevenir os distúrbios musculoesqueléticos e promover mudanças relacionadas à saúde. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Declaração de consentimento Fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento por e-mail ou impresso e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Informações de contato Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Pesquisador(a) Responsável: Prof. Alba Benemérita Alves Vilela Telefone: (73) 3528-9600 E-mail: [albavilela@gmail.com](mailto:albavilela@gmail.com) Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA, CEP 45208-091. Pesquisador(a) Responsável: Prof. Rosângela Souza Lessa Telefone: (73) 99122-1212 E-mail: [2020f049@uesb.edu.br](mailto:2020f049@uesb.edu.br) Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA, CEP 45208-091.

**( ) Aceito por livre e espontânea vontade participar deste estudo.**

## APÊNDICE K – TCLE ACS (GRUPO FOCAL)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar do Grupo Focal, cujo o objetivo é fazer emergir a expressão de suas percepções, representações, opiniões e outros dados semelhantes sobre questões relativas ao Programa TransformAÇÃO voltado para Agentes Comunitários de Saúde, que teve como objetivo principal avaliar uma “Intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde: uma análise com base no modelo RE-AIM”.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será realizada nas dependências da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. A coleta de dados será efetuada por meio da gravação do grupo focal, guardada em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão e/ou participar de qualquer procedimento que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, podendo ser publicados posteriormente em periódicos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre sigilo e a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pesquisadora Rosângela Souza Lessa, telefone (73) 99122-1212, no horário de 9 às 18 horas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

**Nome / assinatura voluntário**

---

**Pesquisadora Responsável  
Rosângela Souza Lessa  
Orientadora - Alba Benemérita Alves Vilela**

Jequié, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE L – TCLE GRUPO GERENTES/COORDENADORES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução nº 466/12 do CNS

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da Pesquisa que envolve o Programa Transformação. Neste estudo avaliamos o alcance, a adoção, implementação e a eficácia de uma intervenção em Agentes Comunitários de Saúde por meio do modelo RE-AIM, no município de Jequié-BA. O motivo pelo qual levamos a estudar esse assunto é a carência de programas de intervenções no Brasil que visam proporcionar ações preventivas para promoção da saúde em Trabalhadores, Agentes Comunitários. Neste caso o objetivo que pretendemos alcançar com a sua participação é: verificar as barreiras e facilitadores organizacionais para o alcance do Programa Transformação em Agentes Comunitários de Saúde. Procedimentos: Você participará respondendo um questionário on-line com perguntas para podermos entender como o Programa Transformação tem sido visto pela equipe de saúde. Neste caso, queremos compreender as barreiras e facilidades de execução do Programa Transformação, seu entendimento pelo projeto, qual sua formação, dentre outras questões relacionadas a esta temática. O questionário é semi-estruturado, no qual teremos questões fechadas e abertas, permitindo assim uma explicação ampliada e em profundidade. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá cancelar ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer perigo ou alteração na forma em que for atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo de desencadear aspectos emocionais durante o preenchimento do questionário, porém você pode interromper e retomar quando quiser ou até mesmo não responder à pergunta, ou caso queira, poderá desistir de participar da pesquisa. A exposição das informações pessoais dos pesquisados durante ou após as entrevistas será garantida e apenas a equipe de pesquisa terá acesso às informações coletadas. Apesar disso, você tem garantido o direito à indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Benefícios: Você não terá benefício direto, entretanto contribuirá com informações importantes para compreendermos como a equipe do Programa Transformação vê o projeto e como ele pode ser melhorado. Assim, você será mantido informado(a) a respeito dos resultados do estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Se a qualquer momento posso solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Receba uma cópia deste termo de consentimento por e-mail ou impresso e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Pesquisadora responsável: Profa. Alba Benemerita Alves Vilela – Telefone: (73) 3528-9600 / E-mail: albavilela@gmail.com – Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091. Pesquisadora responsável: Prof. Rosângela Souza Lessa – Telefone: (73) 99122-1212 / E-mail: 2020f049@uesb.edu.br – Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091.

**( ) Aceito por livre e espontânea vontade participar deste estudo.**

## APÊNDICE M – TCLE EQUIPE DE COLETA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução nº 466/12 do CNS

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da Pesquisa que envolve o Programa Transformação. Neste estudo, avaliamos o alcance, a adoção, implementação e a eficácia de uma intervenção em Agentes Comunitários de Saúde por meio do modelo RE-AIM, no município de Jequié-BA. O motivo pelo qual levamos a estudar esse assunto é a carência de programas de intervenções no Brasil que visam proporcionar ações preventivas para promoção da saúde em Trabalhadores, Agentes Comunitários. Neste caso, o objetivo que pretendemos alcançar com a sua participação é: verificar as barreiras e facilitadores organizacionais para o alcance, adoção, eficácia e implementação do Programa Transformação em Agentes Comunitários de Saúde. Procedimentos: você participará respondendo um questionário on-line com perguntas para podermos entender como o Programa Transformação tem sido visto pela equipe de coleta. Neste caso, queremos compreender as barreiras e facilitadores de execução do Programa Transformação, seu entendimento pelo projeto, qual sua formação, dentre outras questões relacionadas a esta temática. O questionário é semi-estruturado, no qual teremos questões fechadas e abertas, permitindo assim uma explicação ampliada e em profundidade. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá cancelar ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer perigo ou alteração na forma em que for atendido(a) pelo pesquisador, que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo de desencadear aspectos emocionais durante o preenchimento do questionário, porém você pode interromper e retomar quando quiser ou até mesmo não responder à pergunta, ou caso queira, poderá desistir de participar da pesquisa. A exposição das informações pessoais dos pesquisados durante ou após as entrevistas será garantida e apenas a equipe de pesquisa terá acesso às informações coletadas. Apesar disso, você tem garantido o direito à indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Benefícios: você não terá benefício direto, entretanto, contribuirá com informações importantes para compreendermos como a equipe do Programa Transformação vê o projeto e como ele pode ser melhorado. Assim, você será mantido(a) informado(a) a respeito dos resultados do estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, posso solicitar novas informações e posso modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento por e-mail ou impresso e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Pesquisadora responsável: Profa. Alba Benemérita Alves Vilela – Telefone: (73) 3528-9600 / E-mail: albavilela@gmail.com – Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA, CEP 45208-091. Pesquisadora responsável: Prof. Rosângela Souza Lessa – Telefone: (73) 99122-1212 / E-mail: 2020f049@uesb.edu.br – Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA, CEP 45208-091.

**( ) Aceito por livre e espontânea vontade participar deste estudo.**

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO VAMOS (INSTRUMENTO/QUESTIONÁRIO VAMOS)

### AVALIAÇÃO

Esta é uma avaliação inicial do Programa VAMOS que vai possibilitar que possamos conhecer você e seus comportamentos. **Não deixe de responder!**



É importante realizar a avaliação para que você acompanhe seus progressos!

#### DADOS DEMOGRÁFICO!

Sexo: \*

- Masculino  
 Feminino

Cor da pele: \*

- Branca  
 Preta  
 Amarela  
 Parda  
 Indígena

Estado civil: \*

- Casado(a) / União estável  
 Solteiro(a)  
 Viúvo(a)  
 Separado(a)

Escolaridade: \*

- Sem escolaridade
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação

Ocupação: \*

- Trabalhador(a)
- Do lar
- Desempregado(a)
- Aposentado(a)
- Outro

Se respondeu trabalhador, qual sua profissão:

Renda mensal total da família (número de salários mínimos): \*

menor que 1

- De 1 a 2
- De 2,1 a 4
- De 4,1 a 6
- Mais de 6
- Não quero responder

CEP

Rua

Número

Complemento

Bairro

Cidade \*

Estado \*

Telefone 1

Telefone 2

E-mail \*

**Continuar**

**QUALIDADE DE VIDA**

Por favor, escolha a opção que melhor responde a percepção sobre a sua saúde e qualidade de vida.

Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito você está com a sua saúde? \*

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Neutro
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida? \*

- Muito ruim
- Ruim
- Neutro
- Boa
- Muito boa

**Continuar**

## ALIMENTAÇÃO

Por favor, escolha a opção que melhor responde ao seu consumo alimentar habitual/normal:

Em quantos dias da semana você costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

Em quantos dias da semana você costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

Em quantos dias da semana você costuma comer frutas? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

Em quantos dias da semana você costuma tomar refrigerante ou suco artificial (suco em pó; suco de caixinha; suco de garrafa com adição de açúcar; água tônica; água saborizada industrializada)? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

Em quantos dias da semana você costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

salgados, pizza ou outros lanches? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias por semana

#### ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas a seguir estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física no **LAZER**, no esporte ou no exercício. Por favor, responda as questões abaixo.

Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? \*

- Sim
- Não

Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? \*

- Nunca
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 ou mais dias da semana

No dia que você pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura essa atividade? \*

Em minutos.

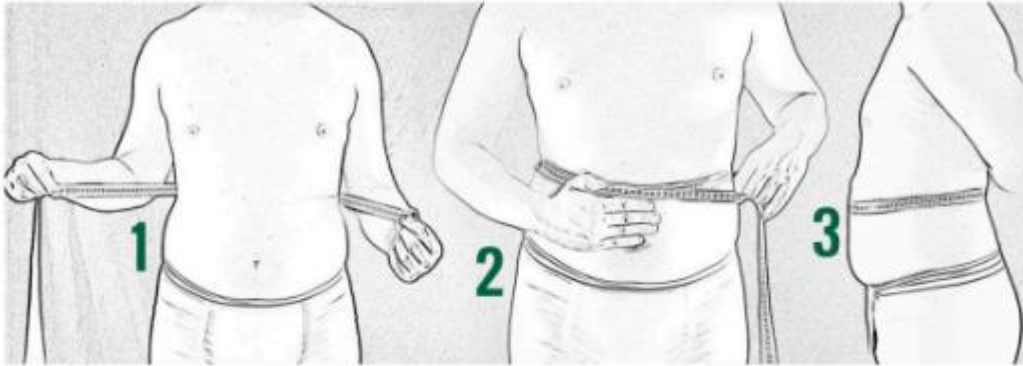
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece **SENTADO** todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. **NÃO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

Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? \*

- Menos de 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Entre 5 e 6 horas
- Mais de 6 horas

Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de fim de semana? \*

- Menos de 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Entre 5 e 6 horas
- Mais de 6 horas



#### MEDIDAS CORPORAIS

Estatura: \*

Sua altura em centímetros.

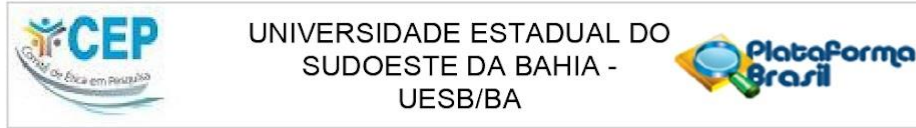
Massa Corporal (peso): \*

Seu peso em quilograma.

Circunferência da Cintura: \*

Sua circunferência em centímetros.

## ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COM BASE NO MODELO RE-AIM

**Pesquisador:** Alba Benemérita Alves Vilela

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30952820.0.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

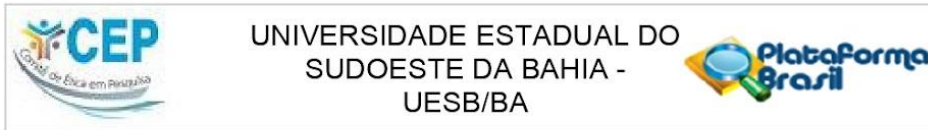
**Número do Parecer:** 4.046.824

#### Apresentação do Projeto:

Segundo as autoras, o Agente comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que exerce suas funções laborativas no mesmo contexto que reside. Tal fato expõe esse trabalhador aos determinantes de saúde presentes na comunidade, bem como aos riscos decorrentes do seu ambiente laboral. A literatura aponta a dor musculoesquelética como problema de saúde frequente entre os ACS, entretanto, há ausência de estudos no Brasil que busquem intervir nos mecanismos de promoção e prevenção da saúde desse agravo entre os ACS. Entre as ferramentas utilizadas para avaliação das ações de saúde, o modelo RE-AIM apresenta-se como um método promissor para avaliar intervenções conduzidas em ambientes não controlados, por ser um método dinâmico que consegue atuar em todas as etapas de uma ação ou programa, isto é, no planejamento, durante a realização e após o término do programa de intervenção, facilitando a replicação no contexto real em diferentes ambientes e condições.

Trata-se de um estudo de avaliação de um ensaio comunitário controlado e randomizado de sintomas musculoesqueléticos voltadas para Agentes comunitários de Saúde. Para tal será realizada primeiramente uma intervenção com o ACS e procederá a avaliação da sua eficácia por meio do modelo RE-AIM.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.824

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a eficácia de uma intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde por meio do modelo RE-AIM, no município de Jequié/ BA.

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde de acordo com as condições sociodemográficas em Jequié/ BA.
- Identificar a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em Agentes Comunitários de Saúde, no município de Jequié/ BA antes e após intervenção.
- Investigar os fatores associados à dor musculoesquelética em Agentes Comunitários de Saúde, no município de Jequié/ BA.
- Realizar um programa de intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde, no município de Jequié/ BA.
- Verificar o alcance, efetividade/eficácia, adoção (nível individual e organizacional), implementação e manutenção (nível individual e organizacional)

de um programa de intervenção de sintomas musculoesqueléticos em agentes comunitários de saúde em Jequié/BA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

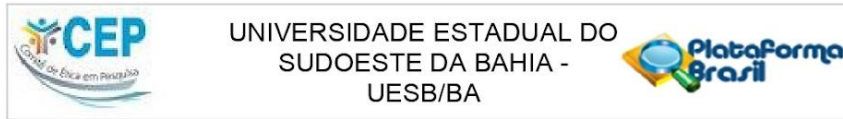
**Riscos:** Segundo as autoras, um primeiro risco é a estigmatização, ou seja, a divulgação de informações quando houver acesso aos dados pessoais de identificação dos participantes. A estratégia adotada para diminuir este risco será identificar os participantes por meio de siglas ou números, além disso, o acesso aos dados será realizado apenas pelos responsáveis pela pesquisa.

Os dados obtidos serão utilizados com fins científicos podendo ser publicados em livros e revistas nacionais e internacionais.

Ainda, será explicado para os participantes, que não haverá obrigatoriedade da participação da pesquisa, esclarecendo também, que eles são livres para desistirem a qualquer momento e que não irão receber pagamento pela participação.

**Benefícios:** Segundo as autoras, a referida pesquisa será de grande relevância para os ACS, pois buscará além de uma avaliação das suas condições de trabalho e saúde desenvolver práticas e adoção de comportamentos que visam prevenir os distúrbios musculoesquelético. E reiterar a literatura quanto ao perfil epidemiológico e características específicas dos ACS em Jequié/BA.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequeizinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.824

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de pós-graduação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Cronograma - 09/04/2020 23:57:45 ok

Autorização para coleta de dados - 09/03/2020 23:23:38OK

Declaração de compromisso - 10/03/2020 00:44:30- OK

Folha de rosto - 09/03/2020 23:22:55- OK

Orçamento - 09/04/2020 23:58:37OK

TCLE - 09/04/2020 23:55:04 OK

**Recomendações:**

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não apresenta pendências éticas e/ou inadequações.

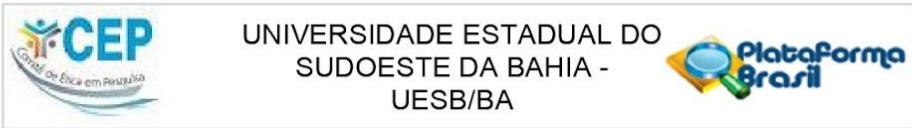
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião dia 22/05/2020, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1522815.pdf	15/04/2020 13:52:14		Aceito
Outros	Termolmagdepdoutorado.doc	15/04/2020 13:51:02	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUESBcep0904.docx	15/04/2020 13:47:46	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Outros	QuestionarioDoutoradoCEP0904.docx	15/04/2020 13:47:06	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Orçamento	Orcamentocpdoutorado.docx	09/04/2020 23:58:37	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Cronograma	Cronogramacepdoutorado.docx	09/04/2020 23:57:45	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.824

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDACSF.pdf	09/04/2020 23:55:04	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaocompDACS.pdf	10/03/2020 00:44:30	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOCOLETADADOSDA CS.pdf	09/03/2020 23:23:38	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostopesquisaDACS.pdf	09/03/2020 23:22:55	ROSANGELA SOUZA LESSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 28 de Maio de 2020

---

**Assinado por:**  
**Douglas Leonardo Gomes Filho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

## ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO 1

11/04/2025, 15:31

ScholarOne Manuscripts

 Epidemiologia e Serviços de Saúde

 Início

 Autor

### Confirmação da submissão

 imprimir

Obrigado pela sua submissão

**Submetido para**

Epidemiologia e Serviços de Saúde

**ID do manuscrito**

RESS-2025-0430

**Título**

Intervenções para Promoção da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária no Brasil: Uma Revisão de Escopo Baseada no Modelo RE-AIM

**Autores**

LESSA, ROSANGELA

Souza, Gustavo

Santana, Gabriel

Sousa, Graziela

Cunha, Alice Cristina

Xavier, Matheus

Nascimento, Abraão

Magalhães, Sabrina Aláise

Rocha, Saulo

Vilela, Alba

**Data da submissão**

11-abr-2025

Painel do autor

---

SCHOLARONE™



© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2025. Todos os direitos reservados.  
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.  
Patentes da ScholarOne Manuscripts n.º 7.257.767 e n.º 7.263.655.

[@ScholarOneNews](#) | [Requisitos de sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de uso](#) |  
[Definições de cookies](#) | [Acessibilidade](#)