

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⁽¹⁾. 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⁽²⁾.

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⁽⁵⁻⁷⁾.

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)⁽⁸⁾.

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 ^(8,9). 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 ^(5,10). 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) ⁽¹¹⁻¹³⁾.

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 ^(14,15). 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 ⁽¹⁶⁾.

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 ⁽¹⁷⁾, 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⁽¹⁸⁾. 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 *online*, 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)⁽¹⁹⁾. 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)⁽²⁰⁾.

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⁽²¹⁾.

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^(22,23). 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⁽²⁴⁾.

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)⁽²⁵⁾ com idosas evidenciou taxa de alcance de 27,5%. Borges et al, (2019)⁽⁹⁾ 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)⁽²⁷⁾, 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⁽²⁵⁾. 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⁽²⁸⁾.

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⁽²⁹⁾. 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)^(29,30,31).

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⁽¹⁰⁾.

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)⁽²⁷⁾ 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⁽³³⁾. 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^(9,34). Estudo realizado por Jung et al (2018)⁽³⁴⁾ 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⁽⁹⁾.

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⁽⁹⁾, 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 ^(37,38)). 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 ⁽³⁹⁾. 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⁽⁴⁰⁾. Adicionalmente, percebe-se, normalmente iniciativas pontuais, carentes de envolvimento organizacional, desarticulados do protagonismo do trabalhador e as ações de vigilância e processo de trabalho ⁽⁴¹⁾. Logo, há necessidade de programas sustentáveis capazes de provocar mudanças, que envolvam o trabalhador para que assim se mantenham ao longo do tempo ^(41,42).

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):e0023123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202329010023123>

- 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
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Em: Análise de conteúdo [Internet]. 70^o 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
 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/>