

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 aromoterapia 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 subseqüentes, 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 subseqüente 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. 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. 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.; KUHLMHEY, 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. 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.