



Promoção de um estilo de vida ativo e saudável em usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo do Programa VAMOS com base na ferramenta RE-AIM

Promoting an active and healthy lifestyle among users of Primary Health Care in Brazil: a study of the VAMOS Program based on the RE-AIM tool

AUTORES

Nayara Queiroz de Santana¹
Lisandra Maria Konrad¹
Elaine Cristina Maciel¹
Paula Fabrício Sandreschi¹
Camila Tomicki¹
Emanuele Naiara Quadros¹
Tânia Rosane Bertoldo Benedetti¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Educação Física, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

CONTATO

Nayara Queiroz de Santana
nayaraqueiroz_go@hotmail.com
Rua Prédio Administrativo do Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
CEP: 88040-900.

DOI

10.12820/rbafs.31e0426



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

Copyright© 2026 Nayara Queiroz de Santana, Lisandra Maria Konrad, Elaine Cristina Maciel, Paula Fabrício Sandreschi, Camila Tomicki, Emanuele Naiara Quadros, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti.

RESUMO

Objetivo: Foi avaliar a adoção, o alcance e a efetividade do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS, versão 2.0) implantado na Atenção Primária à Saúde de diferentes regiões do Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma intervenção comunitária composta por 12 encontros conduzidos por profissionais de saúde, com avaliações realizadas no baseline e pós-intervenção. **Resultado:** A taxa de adoção pelos profissionais foi de 72,7% (n = 8). O alcance das estratégias de recrutamento foi de 0,34% (n = 231), o alcance da intervenção foi de 61% (n = 141) e a taxa de retenção dos participantes foi de 75,8% (n = 107). Observou-se aumento no tempo dedicado à atividade física total, redução do comportamento sedentário, melhora no consumo de alimentos saudáveis, redução da circunferência da cintura e aumento da percepção positiva de qualidade de vida (p < 0,05). **Conclusão:** O Programa VAMOS apresentou taxas elevadas de adoção e alcance, além de efetividade na promoção de mudanças positivas em atividade física, alimentação saudável, medidas corporais e percepção positiva da qualidade de vida, evidenciando seu potencial como estratégia de promoção da saúde na Atenção Primária.

Palavras-chave: Saúde pública; Promoção da saúde; Estilo de vida; Comportamento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the adoption, reach, and effectiveness of the Active Life Improving Health Program (Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS, version 2.0) implemented in Primary Health Care across different regions of Brazil. **Methods:** This community-based intervention consisted of 12 sessions conducted by health professionals, with assessments performed at baseline and post-intervention. **Results:** The adoption rate among professionals was 72.7% (n = 8). The reach of the recruitment strategies was 0.34% (n = 231), the intervention reach was 61.0% (n = 141), and the participant retention rate was 75.8% (n = 107). Increases were observed in total physical activity time, reductions in sedentary behavior, improvements in healthy food consumption, decreases in waist circumference, and enhanced perceived quality of life (p < 0.05). **Conclusion:** The VAMOS Program demonstrated high adoption and reach rates, as well as effectiveness in promoting positive changes in physical activity, healthy eating, body measurements, and perceived quality of life, highlighting its potential as a health promotion strategy within Primary Health Care.

Keywords: Public health; Health promotion; Lifestyle; Behavior.

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis têm afetado aproximadamente 70% da população mundial¹. Entre os fatores de risco comportamentais modificáveis, des-

tacam-se a inatividade física e alimentação inadequada, que constituem as principais causas associadas às doenças e agravos não transmissíveis². Em decorrência disso, políticas públicas têm direcionado esforços para

promover mudanças no estilo de vida, com ênfase no incentivo à promoção da atividade física e ao consumo de alimentos saudáveis³. No entanto, no Brasil, 37% da população adulta não atingem níveis adequados de atividade física, e 78,6% não consomem a quantidade mínima de frutas e hortaliças recomendada pela Organização Mundial da Saúde⁴.

Intervenções no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) têm recebido prioridade nas agendas de promoção da saúde. Neste contexto, diversas metas têm sido estabelecidas, incluindo o desenvolvimento de programas comunitários voltados à promoção da atividade física e da alimentação saudável^{3,5}. A literatura aponta que aproximadamente 54% desses programas abordam essas duas temáticas⁶, no entanto, há dificuldades em quantificar o impacto dessas intervenções na saúde pública. Tal limitação, ocorre, sobretudo, devido à insuficiência de informações relativas à avaliação de fatores considerados essenciais, como a adoção dessas intervenções pelos profissionais da saúde, o alcance das ações na população-alvo e a efetividade dos programas⁷.

O Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS (versão 2.0) é uma intervenção comunitária voltada à promoção de um estilo de vida ativo e saudável. Sua abordagem fundamenta-se na educação como elemento central para mudança de comportamento, com ênfase nas práticas de atividade física e alimentação saudável⁸. Sua efetividade já foi comprovada em diferentes contextos⁹⁻¹¹. No entanto, o processo de adoção organizacional, o recrutamento da população-alvo e alcance da intervenção ainda carecem de investigação no âmbito da APS, dado que esses fatores influenciam diretamente na efetividade do programa.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar as dimensões da ferramenta RE-AIM¹²: adoção, alcance e efetividade, considerando a implantação do Programa VAMOS (versão 2.0) na APS de diferentes regiões do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo de intervenção comunitária desenvolvido entre 2017-2019 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de diferentes regiões do Brasil. O projeto foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer nº 1.394.492, protocolo nº 475075/2012-9), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina.

O protocolo de intervenção - Programa VAMOS (versão 2.0) - foi direcionado para adultos e idosos, sem

aplicação de critérios de exclusão pelos multiplicadores ou da equipe responsável pela condução do estudo. A intervenção consistiu em 12 encontros presenciais realizados de forma semanal ou quinzenal, ao longo de três a cinco meses, com acompanhamento de manutenção após 12 meses do término da intervenção⁸. O programa baseou-se na metodologia de educação em saúde e foi conduzido por um profissional da saúde (multiplicador), previamente capacitado por meio do "Treinamento On-line para Multiplicadores do Programa VAMOS"¹³.

O multiplicador que aceita implantar o programa em seu local de trabalho recebe gratuitamente o material didático (12 cadernos com conteúdo sobre atividade física e alimentação saudável) e o material de divulgação (cartazes, flyers, cartões de visita) para convidar a comunidade. Para a implantação do VAMOS, foram encaminhados convites para 44 profissionais da saúde, certificados pelo treinamento on-line, que atuavam na APS em diferentes regiões do país. Esses profissionais foram capacitados durante a formação on-line e, após avaliação e aprovação, certificados como multiplicadores do Programa VAMOS¹³. Após o aceite do convite por parte do profissional, os materiais de divulgação foram enviados. Em todos os locais, utilizou-se o mesmo período para divulgação da intervenção (15-30 dias) e as mesmas estratégias: fixação de cartazes nas UBS e em locais da comunidade, convite verbal aos usuários realizados pelos profissionais das equipes de saúde, entrega de cartões de visita durante as consultas e distribuição de flyers pelos agentes comunitários de saúde em centros comunitários, igrejas e visitas domiciliares.

O monitoramento da intervenção foi realizado à distância pela equipe de pesquisa do VAMOS diretamente com os multiplicadores. A comunicação entre pesquisadores e multiplicadores ocorreu por meio de contato telefônico e e-mail. Para a coleta dos dados referentes as características dos participantes no baseline e no pós-intervenção, os multiplicadores receberam um vídeo explicativo sobre o preenchimento dos formulários on-line (*Google Forms*[®]). Todos os multiplicadores e participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido após a leitura do documento.

Para estimar o impacto na saúde pública, o programa VAMOS utiliza a ferramenta RE-AIM, que avalia as ações em cinco dimensões: adoção, alcance, efetividade, implementação e manutenção da intervenção⁷. Neste estudo foram analisadas a adoção organizacio-

nal, o alcance e a efetividade do programa.

A adoção refere-se a uma medida em nível organizacional de participação, que considera o número absoluto, relativo e a representatividade dos locais e/ou profissionais interessados em implementar uma intervenção, em comparação com os elegíveis. A taxa de adoção dos profissionais foi obtida pela divisão do número de profissionais que ofertaram a intervenção pelo número de profissionais elegíveis, multiplicada por 100.

Para avaliar o alcance do programa, foram calculadas três taxas distintas. Considerando os participantes do estudo, foi calculada uma taxa referente às estratégias de recrutamento da intervenção, obtida pela divisão do número de usuários que manifestaram interesse em participar da intervenção pelo número de usuários potencialmente elegíveis (expostos à divulgação), multiplicado por 100.

O alcance da intervenção, por sua vez, constitui uma medida em nível individual de participação, que leva em conta o número absoluto, relativo e a representatividade dos indivíduos que aceitaram participar em comparação com os elegíveis. A taxa de alcance foi obtida pela divisão do número de usuários que iniciaram a intervenção pelo número de elegíveis, multiplicado por 100. Além disso, foi calculada a taxa de retenção dos participantes, correspondente à divisão do número de usuários que concluíram a intervenção pelo número de usuários que a iniciaram, multiplicada por 100.

A efetividade refere-se a uma medida em nível individual e avalia o impacto da intervenção sobre os desfechos primários analisados. Neste estudo, as variáveis foram examinadas a partir das avaliações realizadas no baseline e no pós-intervenção. Os participantes foram avaliados por meio de um questionário¹⁴ desenvolvido especificamente para avaliar os marcadores primários (nível de atividade física e comportamento alimentar) e os marcadores secundários (circunferência da cintura e percepção da qualidade de vida) do Programa VAMOS.

O nível de atividade física foi mensurado pelo “*International Physical Activity Questionnaire - IPAQ*”, versão curta¹⁵, que estima o tempo despendido (minutos/semana) em comportamento sedentário e em atividade física total (soma das atividades realizadas de intensidade moderada e vigorosa).

O comportamento alimentar foi avaliado por 12 questões extraídas do inquérito “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico”⁴. Para análise, foi gerado um escore

geral de alimentação saudável a partir da soma dos alimentos, variando de zero a cinco pontos, em que os escores mais altos indicam comportamentos alimentares mais saudáveis. As respostas consideram a frequência de consumo de determinados alimentos, categorizadas em: “nunca; quase nunca; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; todos os dias” (incluindo sábado e domingo).

A circunferência da cintura foi aferida com fita métrica inelástica, com precisão de 0,1 cm, posicionada entre o ponto médio da última costela e a crista ilíaca, seguindo o protocolo da *International Society for the Advancement of Kinanthropometry*¹⁶.

A percepção da qualidade de vida foi analisada pela questão “Considerando as duas últimas semanas, como você avaliaria a sua qualidade de vida?” extraída do questionário WHOQOL BREF¹⁷. As opções de resposta foram “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”. A partir disso, calculou-se o percentual de participantes com qualidade de vida negativa (muito ruim ou ruim) ou positiva (nem ruim nem boa, boa e muito boa).

Na análise descritiva, as variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão, enquanto as categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. Na análise inferencial, a distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação dos dados do baseline e do pós-intervenção, aplicaram-se o teste t de Student para amostras pareadas e o teste de Wilcoxon. Adotou-se nível de significância de 5% em todas as análises. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 22.0 e a variável qualidade de vida foi analisada pelo software MedCalc®, versão on-line. Todas as análises foram conduzidas por protocolo, ou seja, considerando apenas os participantes avaliados nos dois momentos do estudo (baseline e pós-intervenção).

Resultados

Adoção

Foram convidados 44 profissionais da saúde, certificados pelo treinamento on-line, para implantar o programa VAMOS. Destes, 23 não retornaram aos e-mails e 10 não aceitaram por diferentes motivos: afastamento de maternidade (n = 1), férias e/ou desligamento do serviço (n = 7) ou impossibilidade em razão de outras atividades da agenda na UBS (n = 2). No total, 11 profissionais demonstraram interesse em implantar a in-

tervenção na UBS onde estavam vinculados. Após o envio dos materiais de divulgação, oito profissionais da saúde efetivamente implantaram o programa, correspondendo a uma taxa de adoção de 72,7%.

O VAMOS foi implantado em municípios da região Sul (n = 4), Sudeste (n = 2) e Nordeste (n = 2). Entre os oito municípios, três eram considerados de pequeno porte (2.617 a 3.527 habitantes), dois de médio porte (12.609 a 62.263 habitantes), e três de grande porte (138.572 a 157.743 habitantes). Os profissionais de saúde eram das áreas da Educação Física (n = 4), Psicologia (n = 2), Nutrição (n=1) e Fisioterapia (n=1), com tempo médio de atuação na APS de 3,5 anos (DP = 2,0). A maioria eram mulheres (62,5%; n = 5), casados (62,5%; n = 5), com média de idade de 36,5 anos (DP = 5,5) e renda entre 5 e 10 salários-mínimos (62,5%; n = 5).

Alcance

A população-alvo do estudo compreendeu usuários de oito UBS (n = 66.706). A taxa de alcance das estratégias de recrutamento foi de 0,34% (n = 231). Destes, 141 iniciaram o programa, resultando em uma taxa de alcance da intervenção de 61%. Ao final da intervenção, a retenção foi de 75,8% (n = 107) (Figura 1).

Dos 107 participantes do programa, a maior proporção foi de mulheres (93,4%; n = 100), na faixa etária entre 18 a 40 anos (42,9%; n = 46), da cor parda (48,6%; n = 52), casadas (54,2%; n = 58), ensino médio completo (31,7%; n = 34), baixa renda (de 1 a 2 salários-mínimos) (34,5%; n = 37) e economicamente ativos (35,1%; n = 38).

Efetividade

A Tabela 1 apresenta os dados da avaliação no baseline e no pós-intervenção em cada UBS, considerando os marcadores do Programa VAMOS. De forma geral, observou-se aumento estatisticamente significativo no tempo despendido em atividade física total, redução no tempo total de comportamento sedentário, melhora no consumo de alimentos saudáveis, diminuição da circunferência da cintura e melhora na percepção da qualidade de vida ($p < 0,05$).

Em relação à atividade física, participantes de sete UBS aumentaram o tempo total de prática. A média semanal passou de 1.105,9 minutos/semana (DP = 1.239,8) no baseline para 1.351,2 minutos/semana (DP = 1.455,5), no pós-intervenção, representando um aumento de 22,3 %. Em quatro UBS (UBS 1, UBS 6,

UBS 7 e UBS 8), 50% dos participantes aumentaram o tempo total despendido em comportamento sedentário, embora sem significância estatística. Considerando a média geral, o tempo em comportamento sedentário reduziu de 492,8 minutos/semana (DP = 268,0) para 482,0 minutos/semana (DP = 247,4).

No que se refere ao comportamento alimentar, verificou-se melhora estatisticamente significativa nas escolhas alimentares em pelo menos 75% dos participantes das UBS. O escore de alimentação saudável aumentou de 31,7 pontos (DP = 6,5) no baseline para 34,1 pontos (DP = 5,3) no pós-intervenção.

Outro marcador utilizado no programa é a medida da circunferência da cintura. Em 75% das UBS houve redução após a intervenção. A média passou de 90,4 centímetros no baseline para 88,6 centímetros no pós-intervenção, representando uma diminuição de 2%, ainda que discreta, porém um efeito positivo.

Por fim, na percepção da qualidade de vida, observou-se melhora em 87,5% das UBS. O percentual de participantes que relataram qualidade de vida positiva aumentou de 61,2% (n = 63) no baseline para 80,6% (n = 83) no pós-intervenção, correspondendo a um aumento de 19,4% nos participantes do VAMOS.

Discussão

A implementação do Programa VAMOS demonstrou resultados positivos nas três dimensões avaliadas. Na adoção, dos 44 profissionais de saúde convidados, oito efetivamente implantaram a intervenção, resultando em uma taxa de 72,7%, distribuídos em diferentes regiões do país e com diversidade de formações. Quanto ao alcance, o programa envolveu usuários de oito UBS, atingindo 231 interessados, dos quais 141 iniciaram e 107 concluíram a intervenção (retenção de 75,8%), com predominância de mulheres, pardas, casadas, de baixa renda e escolaridade média. Na dimensão da efetividade, observaram-se ganhos significativos, incluindo aumento do tempo de atividade física, redução do comportamento sedentário, melhora nas escolhas alimentares, diminuição da circunferência da cintura e melhora da percepção positiva da qualidade de vida, indicando impacto relevante tanto em marcadores objetivos quanto subjetivos de saúde.

Adoção

As informações sobre a taxa de adoção e as características das organizações que concordaram em implantar uma intervenção são fundamentais, pois influenciam

diretamente o processo de implementação, especialmente quando se trata de diferentes contextos⁷. A literatura não apresenta consenso quanto aos pontos de corte para uma boa taxa de adoção, sendo que essa dimensão depende da realidade local. Estudos de intervenções comunitárias que utilizaram o modelo RE-AIM encontraram taxas de adoção organizacional variando entre 28%¹⁸ e 100%¹⁹.

Além disso, a quantidade de itens reportados sobre essa dimensão pode diferir significativamente. Em uma revisão sistemática, apenas 25% dos estudos apre-

sentaram dados relacionados à adoção, sendo os itens mais reportados nos artigos: descrição do público-alvo (57%); critérios de inclusão e exclusão (17%); descrição do local da intervenção (33%); taxa de participação (15%) e método utilizado nos estudos (9%)²⁰. Outra revisão sistemática que avaliou programas de mudança de comportamento no Brasil indicou que apenas 17% dos estudos relataram elementos da adoção, 37% descreveram a equipe e 23% detalharam o local da intervenção⁶.

No presente estudo, não houve interesse em implantar o Programa VAMOS por profissionais de saú-

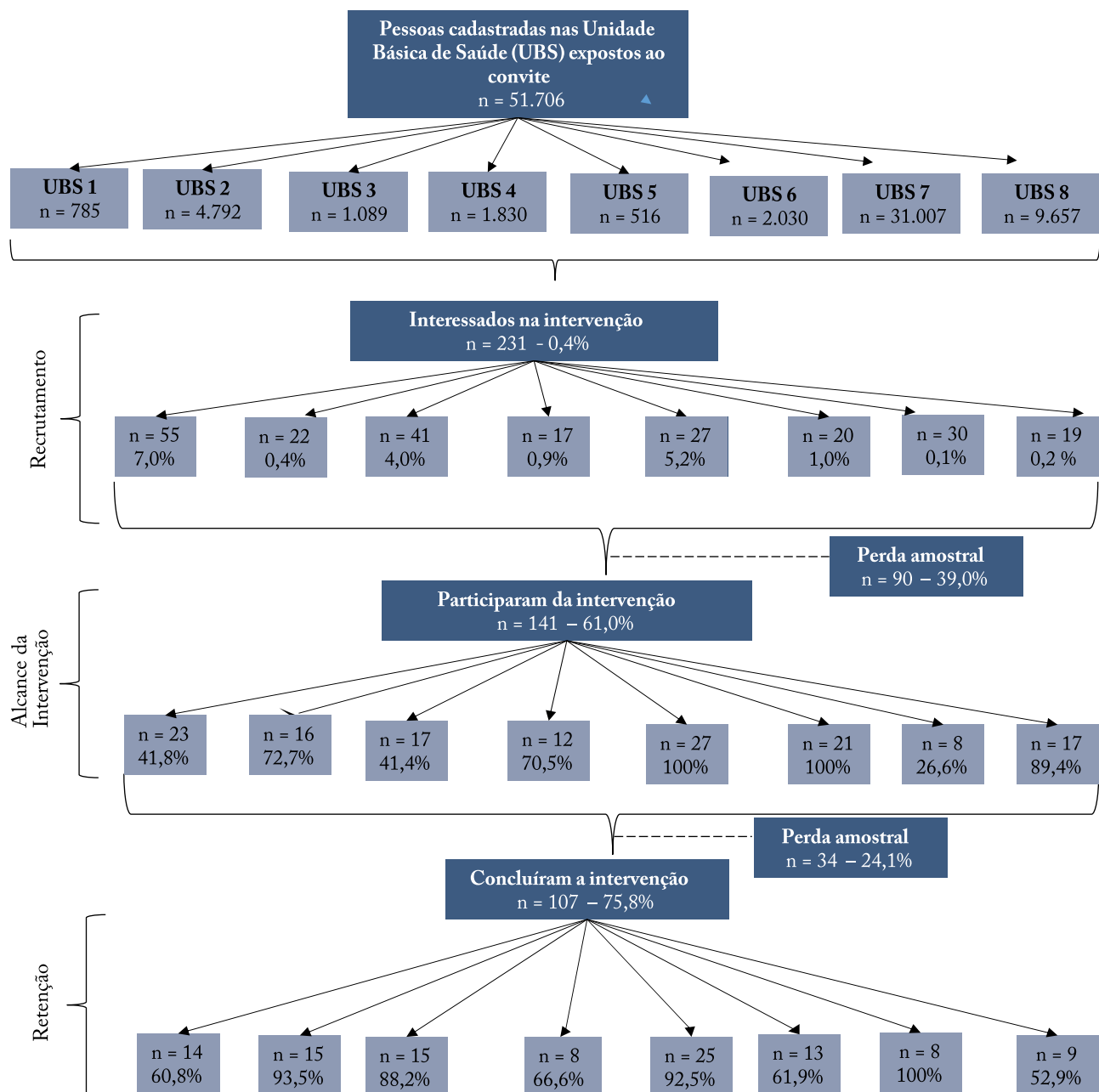


Figura 1 – Taxas de recrutamento, alcance e retenção dos participantes do Programa VAMOS (versão 2.0) na Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2019.

Tabela 1 – Efetividade do Programa VAMOS (versão 2.0) na Atenção Primária à Saúde (n = 103), Brasil, 2019.

Cidade	Atividade física total (minutos/semana)			Comportamento sedentário (minutos/semana)			Alimentação (escore)			Circunferência da cintura (centímetros)		
	Média (desvio padrão)			Média (desvio padrão)			Média (desvio padrão)			Média (desvio padrão)		
	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p	Pré	Pós	p
Unidade Básica de Saúde 1 (n = 14)	832,14 (933,1)	743,58 (856,3)	0,99	432,14 (178,0)	469,29 (186,6)	0,40	32,08 (5,6)	34,08 (5,1)	0,001*	85,64 (17,4)	80,71 (17,6)	0,001*
Unidade Básica de Saúde 2 (n = 15)	698,48 (538,9)	732,67 (322,5)	0,60	430,00 (211,6)	362,00 (112,5)	0,08	33,40 (6,4)	37,47 (4,1)	0,001*	84,30 (9,5)	81,80 (8,4)	0,001*
Unidade Básica de Saúde 3 (n = 13)	1228,39 (1306,5)	2771,08 (2379,5)	0,001*	492,30 (253,3)	406,15 (193,5)	0,001*	33,08 (6,5)	34,53 (4,4)	0,20	91,00 (14,2)	87,80 (12,9)	0,001*
Unidade Básica de Saúde 4 (n = 6)	1056,66 (955,0)	1731,67 (2013,6)	0,99	424,14 (169,6)	390,09 (168,6)	0,10	30,67 (3,6)	35,17 (3,3)	0,09	84,00 (11,0)	82,67 (10,1)	0,08
Unidade Básica de Saúde 5 (n = 25)	1755,80 (1753,8)	1558,20 (1487,8)	0,20	588,80 (250,3)	514,80 (159,6)	0,001*	28,37 (8,3)	31,44 (6,6)	0,001*	89,82 (11,3)	87,28 (12,3)	0,90
Unidade Básica de Saúde 6 (n = 13)	821,92 (1183,1)	988,07 (1107,0)	0,40	685,39 (434,7)	823,84 (402,2)	0,50	29,39 (4,0)	32,53 (4,1)	0,001*	90,82 (9,5)	92,58 (12,0)	0,30
Unidade Básica de Saúde 7 (n = 8)	1007,12 (875,3)	1178,75 (749,2)	0,60	356,25 (147,3)	375,00 (131,2)	0,60	35,25 (3,1)	35,25 (3,4)	0,999	98,88 (15,5)	99,75 (16,3)	0,60
Unidade Básica de Saúde 8 (n = 9)	760,55 (695,4)	1125,55 (675,8)	0,99	315,00 (144,2)	383,33 (186,6)	0,40	36,67 (3,7)	36,22 (4,4)	0,70	105,44 (12,9)	105,31 (12,8)	0,30
Todos (n = 103)	1105,91 (1239,8)	1351,23 (1455,5)	0,001*	492,84 (268,0)	482,05 (247,4)	0,30	31,76 (6,5)	34,12 (5,3)	0,001*	90,43 (13,7)	88,62 (14,6)	0,001*

p = valor de probabilidade; * p < 0,01

de das regiões Norte e Centro-Oeste. Na região Norte, não foi certificado nenhum multiplicador, enquanto na região Centro-Oeste, nenhum dos dois profissionais certificados adotou o programa. Os principais motivos relatados pelos profissionais foram a falta de disponibilidade para implantar a intervenção e falta de apoio da gestão/equipe de saúde.

O desenvolvimento de ações na APS depende do engajamento da gestão, das equipes de saúde e da infraestrutura disponível. O modelo lógico do programa prevê a sua inserção em diferentes contextos⁸ e oferece um treinamento on-line gratuito, destinado a capacitar profissionais da saúde de qualquer UBS do país. Essa formação funciona como ferramenta de facilitação, permitindo o desenvolvimento de ações de promoção da saúde em diferentes regiões e contextos, além de apoiar a formação continuada dos profissionais de saúde e fortalecer a implementação de estratégias que promovem a promoção da saúde pública²¹.

Dados de monitoramento do Ministério da Saúde indicam que a maioria das ações na APS concentra-se nas regiões Nordeste (35,8%), Sudeste (31,2%) e

Sul (19%), enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os menores percentuais, entre 6 e 8%²². Assim, estratégias específicas envolvendo gestores e profissionais de saúde destas regiões são necessárias para ampliar a implementação de ações inovadoras de promoção à saúde.

Portanto, a adoção organizacional é uma dimensão central para potencializar intervenções comunitárias, aumentar o alcance populacional e ampliar o impacto maior na saúde pública⁷.

Alcance

Conhecer o alcance de um programa é fundamental para compreender como uma intervenção pode ser aprimorada a fim de aumentar o número de pessoas contempladas⁷. Uma revisão sistemática de estudos internacionais revelou que 89% deles apresentaram informações sobre esta dimensão²³. Na América Latina, outra revisão identificou que aproximadamente 90% dos estudos relataram dados sobre o alcance²⁰. No contexto nacional, de acordo com a revisão citada⁷, 61% dos 26 estudos avaliados incluíram informações sobre o

alcance, sendo os itens mais descritos: população-alvo (96%), método de identificação (64%) e taxa de participação (38%).

Um estudo realizado na região Sul do Brasil, envolvendo 146 municípios, investigou o alcance de intervenções de atividade física na saúde pública. Os resultados apontaram que 56,8% dos municípios registraram menos de 100 usuários nas intervenções de atividade física, 13,7% tiveram entre 100 e 199 usuários, 17,8% tiveram entre 200 a 400 pessoas, e somente 6,2% relataram mais de 500 participantes. A média de alcance foi de 3,8%²⁴. Diferentemente desses estudos, o presente estudo apresentou três taxas de alcance, destacando não apenas a população que participou do estudo de intervenção, mas também as taxas de alcance das estratégias utilizadas de recrutamento da população-alvo.

Assim como ocorre com a dimensão da adoção, o alcance é influenciado por diferentes contextos. Embora não haja consenso na literatura quanto aos critérios ideais de alcance, a ferramenta RE-AIM orienta o planejamento e a condução das ações na saúde pública. Para que os resultados sejam positivos, é necessário que a organização contemple todas as dimensões do RE-AIM, uma vez que é essencial para a efetividade e a sustentabilidade de uma intervenção⁷.

Efetividade

Com relação à efetividade, embora seja possível que as pessoas alterem hábitos de atividade física, aumentando os níveis diários, há dificuldade em reduzir o comportamento sedentário²³. De forma geral, pesquisas que utilizaram protocolos semelhantes apresentaram resultados consistentes. Mesmo com aumento do nível e do tempo dedicados à atividade física, os participantes do programa VAMOS tendem a aumentar principalmente os níveis de atividades leves em suas rotinas, com redução mínima do comportamento sedentário^{9,11}.

A literatura aponta o comportamento sedentário como um fator de risco à saúde, independentemente da prática de atividade física. Revisão sistemática demonstrou forte associação entre o tempo sentado e a mortalidade por todas as causas em adultos, mesmo entre as pessoas fisicamente ativas²⁵.

Com relação ao comportamento alimentar, estudos anteriores^{11,26}, que utilizaram os protocolos semelhantes, ainda que com estratégias de implementação diferenciadas, observaram resultados consistentes na população de adultos e idosos. O programa VAMOS baseia-se no “Guia Alimentar para a População Brasi-

leira”, abordando aspectos que vão desde a escolha até o preparo dos alimentos mais saudáveis, incentivando maior consumo de frutas e verduras e alimentos in natura ou minimamente processados ao mesmo tempo em que reduz o consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Os dados deste estudo corroboram os achados anteriores^{9,27}, mostrando aumento no consumo de alimentos *in natura* e água, e redução no consumo de sal, açúcar e óleo.

Políticas e programas voltados à alimentação saudável da população brasileira têm sido implementados no Brasil, com mais de 70% das ações realizadas no Sistema Único de Saúde²⁸. Para a atividade física, observou-se um aumento de 1,9 vezes nos polos do Programa de Academia Saúde entre 2015 (856) e 2017 (1.664)²², reforçando estratégias que buscam desenvolver competências individuais, promover ações coletivas e criar ambientes alimentares diversos e saudáveis²⁹.

A circunferência da cintura está associada diretamente ao consumo alimentar e ao comportamento sedentário, sendo uma medida central para avaliar o risco de doenças cardiovasculares da síndrome metabólica³⁰. No contexto do programa VAMOS, os desfechos secundários, como a circunferência da cintura, são avaliados para monitorar efeitos da intervenção e apoiar os profissionais de saúde no acompanhamento do risco cardiovascular.

Por fim, a percepção da qualidade de vida, embora subjetiva e influenciada por vários fatores externos, é utilizada como parâmetro para avaliar os efeitos adversos e o impacto das intervenções em saúde pública⁷. No estudo¹¹, que aplicou o mesmo protocolo em usuários da APS de Belo Horizonte, observou-se aumento aproximado de 20% na percepção da qualidade de vida.

O programa VAMOS estimula a autoconfiança e a autonomia de seus participantes, promovendo mudanças no estilo de vida e, como consequência direta, melhorias na qualidade de vida. Este marcador constitui um resultado relevante da intervenção, especialmente sob a perspectiva da saúde pública, por fornecer uma avaliação crítica do impacto do programa²⁰.

Embora a literatura enfoque predominantemente a efetividade dos programas, considerando a probabilidade do sucesso da implementação, é igualmente essencial avaliar os resultados relacionados a outras dimensões, fundamentais para a sustentabilidade dessas intervenções e replicação em diferentes contextos³¹. A ferramenta RE-AIM tem demonstrado aplicabilidade para avaliar intervenções em múltiplas realidades, per-

mitindo a projeção dos efeitos sobre todos os envolvidos no programa, desde os agentes multiplicadores até os participantes, bem como sobre os benefícios das ações implementadas.

Apesar de inédito, por apresentar um protocolo adaptável e contemplar populações de diferentes regiões do país, o estudo apresenta algumas limitações. Entre elas, destacam-se a ausência de coleta de dados qualitativos junto aos gestores, multiplicadores e participantes do programa, a inexistência de grupo controle para comparar a efetividade e a falta de medidas objetivas para avaliar a atividade física. Esses fatores poderiam qualificar ainda mais as análises, reforçando o potencial do programa VAMOS 2.0 como estratégia promissora de promoção da saúde na realidade da Atenção Primária brasileira.

Algumas lacunas permanecem, como a não participação das regiões Norte e Centro-Oeste e a baixa adesão do público masculino ao Programa VAMOS. Embora relevantes, essas questões não foram abordadas nas dimensões analisadas neste estudo.

Podemos concluir no presente estudo, que o Programa apresentou taxas elevadas nas dimensões de adoção e alcance, além de efetividade na promoção de mudanças positivas em atividade física, alimentação saudável, medidas corporais e percepção da qualidade de vida. Assim, o Programa VAMOS (versão 2.0) proporcionou alterações nos marcadores avaliados, refletindo diretamente na melhoria da condição de saúde dos participantes, demonstrando potencial para ser incorporado como estratégia de promoção da saúde em diferentes cenários da Atenção Primária.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Contribuição dos autores

Santana NQ e Benedetti TRB: Conceitualização; Metodologia; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Validação de dados e experimentos; Análise de dados; Pesquisa; Disponibilização de ferramentas; Curadoria de dados; Supervisão; Administração do projeto; Design da apresentação de dados; Recebimento de financiamento; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Konrad LM: Conceitualização; Disponibilização

de ferramentas; Curadoria de dados; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Maciel EC: Conceitualização; Metodologia; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Sandreschi PF: Desenvolvimento, implementação e teste de software; Validação de dados e experimentos; Análise de dados; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Tomicki C e Quadros EN: Conceitualização; Disponibilização de ferramentas; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito.

Declaração quanto ao uso de ferramentas de inteligência artificial no processo de escrita do artigo

Os autores não utilizaram ferramentas de inteligência artificial para elaboração do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde dos municípios pela colaboração na implementação do Programa VAMOS nas Unidades Básicas de Saúde. Aos gestores, aos profissionais das equipes de saúde, aos multiplicadores e aos usuários da APS envolvidos nesse estudo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Progress Monitor. Geneva: WHO; 2017. Available from: <<http://www.who.int/nmh/publications/en/>>. [2019 October].
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
3. Malta D, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(3):286-99. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Available from: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf> [2024 June].
5. Becker LA, Gonçalves PB, Reis RS. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2016;21(2):110-22. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n2p110-122>

6. Konrad LM, Tomicki C, Silva M. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017;22(5):439-49. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n5p439-449>
7. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2013;1(1):6-16. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v1i1.602>
8. Benedetti TRB, Manta SW, Gomez LSR, Rech C. Logical model of a behavior change program for community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017;22(3):309-13. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n3p309-313>
9. Gerage AM, Benedetti TRB, Ritti-Dias RM, Santos ACO, Souza BCC, Almeida FA. Effectiveness of a behavior change program on physical activity and eating habits in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *J Phys Act Health*. 2017;14(12):943-52. doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0268>
10. Konrad LM, Tomicki C, Ribeiro CG, Bezerra JB, Maciel EC, Rech CR, Gondim FJ, Benedetti TRB. Length of stay in a behavior change program in primary health care: “VAMOS” program. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2019;24:e0090. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0090>
11. Meurer ST, Lopes ACS, Almeida FA, Mendonça RD, Benedetti TRB. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. *Health Educ Behav*. 2019;46(3):406-16. doi: <https://doi.org/10.1177/1090198118820095>
12. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
13. José HPM, Konrad LM, Ribeiro CG, Benedetti TRB. Validação do treinamento on-line para multiplicadores do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS). *J Phys Educ*. 2019;30:e3040:1-11. doi: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v39i1.3040>
14. Silva MC, Ribeiro CG, Benedetti TRB. Programa VAMOS: instrumentos para medida de atividade física, alimentação e antropometria. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2020;22:e58256. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-0037.2020v22e58256>
15. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001;6(2):5-18. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
16. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, Ridder H. *International Standards for Anthropometric Assessment*. 3rd ed. Lower Hutt, New Zealand: ISAK; 2011. Available from: <https://www.isak.global/> [2015 June].
17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
18. Jung ME, Bourne JE, Gainforth HL. Evaluation of a community-based, family-focused healthy weights initiative using the RE-AIM framework. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15:13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0638-0>
19. Shaw RB, Sweet SN, McBride CB, Adair WK, Martin Ginis KA. Operationalizing the reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance (RE-AIM) framework to evaluate the collective impact of autonomous community programs that promote health and well-being. *BMC Public Health*. 2019;19(1):803. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7131-4>
20. Galaviz KI, Harden SM, Smith E, Blackman KC, Berrey LM, Mama SK, et al. Physical activity promotion in Latin American populations: systematic review on issues of internal and external validity. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:77. doi: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-77>
21. Almeida AH, Cordeiro I, Soares CB. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde: ensino de educação em saúde emancipatória. *Rev Saúde Transform Soc*. 2018;9(1/2/3). Available from: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/artic/view/4822> [2020 May].
22. Wolker SM, Sandreschi PF, Tomicki C, Konrad LM, Quadros EN, Ribeiro CG, et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. *Rev Andal Med Deporte*. 2020;13(1):16-20. doi: <https://doi.org/10.33155/j.ramd.2019.09.003>
23. Harden SM, Gaglio B, Shoup JA, Kinney KA, Johnson SB, Brito F, et al. Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review. *Syst Rev*. 2015;4:155. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0141-0>
24. Fank F, Petreça DR, Almeida FA, Mazo GZ. Alcance das intervenções em atividade física na saúde pública de Santa Catarina. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2018;23:e0066. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0066>
25. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014;9(8):e105620. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>
26. Scherer FC, Gerage AM, Borges LJ, Borges RA, Melo FC, Teixeira DC, et al. Efeito de dois programas de promoção da atividade física em idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2018;23:e0034. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0034>
27. Gerage AM, Benedetti TRB, Cavalcante BR, Farah BQ, Ritti-Dias RM. Efficacy of a behavior change program on cardiovascular parameters in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Einstein (Sao Paulo)*. 2020;18:eAO5227. doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5227
28. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):837-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249>
29. Costa BVL, Oliveira CDL, Lopes ACS. Ambiente alimentar de frutas e hortaliças no território do Programa Academia da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(Suppl 1):59-69. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027114>
30. Cembranel F, Hallal ALC, González-Chica DA, d’Orsi E. Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00136616. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136616>


31. Forman J, Heisler M, Damschroder LJ, Kaselitz E, Kerr EA. Development and application of the RE-AIM quest mixed methods framework for program evaluation. *Prev Med Rep.* 2017;6:322-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.04.002>

Recebido: 31/01/2025
Revisado: 25/04/2025
Aprovado: 06/11/2025

Editor Chefe

Átila Alexandre Trapé 
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,
São Paulo, Brasil.

Editora de Seção

Maria Cecília Marinho Tenório 
University of Illinois Urbana-Champaign,
Illinois, Estados Unidos.

Como citar este artigo:

Santana NQ, Konrad LM, Maciel EC, Sandreschi PF, Tomicki C, Quadros EN, Benedetti TRB. Promoção de um estilo de vida ativo e saudável em usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo do Programa VAMOS com base na ferramenta RE-AIM. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde.* 2026;31:e0426. doi: [10.12820/rbafis.31e0426](https://doi.org/10.12820/rbafis.31e0426)

Avaliação dos pareceristas

Avaliador A

Anônimo

Formato

- O artigo atende às regras de preparação de manuscritos para submissão à Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde?

Sim

- Em relação aos aspectos formais, o manuscrito está bem estruturado, contendo as seções: introdução, métodos, resultados e discussão (conclusão como parte da discussão)?

Sim

- A linguagem é adequada, o texto é claro, preciso e objetivo?

Sim

- Foi observado algum indício de Plágio no manuscrito?

Não

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Resumo/abstract

- O resumo e o abstract são adequados (contendo: objetivo, informações sobre os participantes do estudo, variáveis estudadas, principais resultados e uma conclusão) e retratam o conteúdo do manuscrito?

Sim

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Introdução

- O problema de pesquisa foi claramente explicitado e delimitado?

Sim

- O problema de pesquisa está adequadamente contextualizado em relação ao conhecimento já disponível, partindo do geral para o específico?

Sim

- As razões que justificam (incluindo as pressuposições dos autores sobre o problema) as necessidades do estudo estão bem estabelecidas na redação?

Sim

- As referências utilizadas para apoiar a apresentação do problema de pesquisa são atuais e pertinentes à

temática?

Sim

- O objetivo foi claramente apresentado?

Sim

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Métodos

- Os procedimentos metodológicos são, de modo geral, adequados ao estudo do problema de pesquisa?

Sim

- Os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo estão suficientemente detalhados?

Sim

- O procedimento adotado para seleção ou recrutamento dos participantes foi adequado para o problema estudado e está descrito de forma suficiente, clara e objetiva?

Sim

- Foram apresentadas informações sobre os instrumentos utilizados na coleta de dados, suas qualidades psicométricas (por exemplo, reprodutibilidade, consistência interna e validade) e, quando pertinente, sobre a definição operacional das variáveis?

Sim

- O plano de análise de dados é adequado e está adequadamente descrito?

Sim

- Os critérios de inclusão e/ou exclusão de participantes da amostra foram descritos e estão adequados para o estudo?

Sim

- Os autores forneceram esclarecimentos sobre os procedimentos éticos adotados para a realização da pesquisa?

- Em parte

Sugestões/comentários:

- Fiquei em dúvida sobre o CEP. Já foi ou não aprovado

Resultados

- O uso de tabelas e figuras é apropriado e facilita a adequada veiculação dos resultados do estudo?

Sim

- A quantidade de ilustrações no artigo está de acor-

do com o que é estabelecido pelas normas para submissão de manuscritos à revista?

Sim

- O número de participantes em cada etapa do estudo, assim como o número e as razões para as perdas e recusas estão apresentadas no manuscrito?

Sim

- As características dos participantes estão apresentadas e são suficientes?

Sim

- Os resultados estão apresentados de forma adequada, destacando-se os principais achados e evitando-se repetições desnecessárias?

Sim

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Discussão

- Os principais achados do estudo são apresentados?

Sim

- As limitações e os pontos fortes do estudo são apresentados e discutidos?

Sim

- Os resultados são discutidos à luz das limitações do estudo e do conhecimento já disponível sobre o assunto?

Sim

- As contribuições potenciais dos principais achados do estudo para o desenvolvimento científico, inovação ou intervenção na realidade são discutidas pelos autores?

Sim

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Conclusão

- A conclusão do estudo foi apresentada de forma adequada e é coerente com o objetivo do estudo?

Sim

- A conclusão do estudo é original?

Sim

Sugestões/comentários:

- Nada a comentar

Referências

- As referências são atualizadas e suficientes?

Sim

- A maior parte é composta de referências de artigos

originais?

Sim

- As referências atendem as normas da revista [quantidade e formato]?

Sim

- A citação no texto é adequada, ou seja, as afirmações no texto citam referências que de fato substanciam tais afirmações?

Sim

Sugestões/comentários:

Nada a comentar

Comentários ao autor

- O texto está bem escrito e claro. Tenho apenas sugestão de realizar as correções apontadas. Encontrei apenas dois erros de espaçamento entre palavras:

- linha 11 da página 1

- linha 26 da página 7

- Fiquei em dúvida sobre o CEP. Já foi ou não aprovado.

Parecer final (decisão)

- Aceito para publicação no formato atual

Avaliador B

Anônimo

Formato

- O artigo atende às regras de preparação de manuscritos para submissão à Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde?

Sim

- Em relação aos aspectos formais, o manuscrito está bem estruturado, contendo as seções: introdução, métodos, resultados e discussão (conclusão como parte da discussão)?

Sim

- A linguagem é adequada, o texto é claro, preciso e objetivo?

Sim

- Foi observado algum indício de Plágio no manuscrito?

Não

Sugestões/comentários:

- O manuscrito atende satisfatoriamente às regras da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde em: Estrutura, Linguagem e Originalidade, sem indícios evidentes de plágio.

Resumo/abstract

- O resumo e o abstract são adequados (contendo: objetivo, informações sobre os participantes do estudo, variáveis estudadas, principais resultados e uma conclusão) e retratam o conteúdo do manuscrito?

Em parte

Sugestões/comentários:

- Tanto no resumo quanto no abstract, há uma conclusão implícita de efetividade e aplicabilidade do programa. No entanto, diante da importância deste estudo, a conclusão precisa ser complementada com uma frase final mais forte, explícita e conclusiva, como: “Os resultados indicam que o programa VAMOS 2.0 é uma estratégia promissora para a promoção da saúde na Atenção Primária.”

Introdução

- O problema de pesquisa foi claramente explicitado e delimitado?

Sim

- O problema de pesquisa está adequadamente contextualizado em relação ao conhecimento já disponível, partindo do geral para o específico?

Sim

- As razões que justificam (incluindo as pressuposições dos autores sobre o problema) as necessidades do estudo estão bem estabelecidas na redação?

Sim

- As referências utilizadas para apoiar a apresentação do problema de pesquisa são atuais e pertinentes à temática?

Em parte

- O objetivo foi claramente apresentado?

Sim

Sugestões/comentários:

- Seria bom citar a fonte original ou mais conhecida da ferramenta RE-AIM no parágrafo final, para fortalecer a fundamentação. Essa referência é considerada a fundadora do modelo RE-AIM, e é importante incluí-la no artigo, considerando que usa a estrutura desta ferramenta como base.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>.
- Outra sugestão é substituir a Ref. 4 (VIGITEL 2014) por uma versão mais recente (como VIGI-

TEL 2021 ou 2022), disponível no site do Ministério da Saúde. Isso ajudará a fortalecer a atualidade dos dados estatísticos descritos neste artigo.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>.

Métodos

- Os procedimentos metodológicos são, de modo geral, adequados ao estudo do problema de pesquisa?

Sim

- Os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo estão suficientemente detalhados?

Sim

- O procedimento adotado para seleção ou recrutamento dos participantes foi adequado para o problema estudado e está descrito de forma suficiente, clara e objetiva?

Em parte

- Foram apresentadas informações sobre os instrumentos utilizados na coleta de dados, suas qualidades psicométricas (por exemplo, reprodutibilidade, consistência interna e validade) e, quando pertinente, sobre a definição operacional das variáveis?

Sim

- O plano de análise de dados é adequado e está adequadamente descrito?

Sim

- Os critérios de inclusão e/ou exclusão de participantes da amostra foram descritos e estão adequados para o estudo?

Em parte

- Os autores forneceram esclarecimentos sobre os procedimentos éticos adotados para a realização da pesquisa?

Sim

Sugestões/comentários:

- Seleção ou Recrutamento dos Participantes: O re-

crutamento foi realizado por meio de estratégias padronizadas. No entanto, faltam detalhes sobre como os participantes foram abordados individualmente e se houve viés de seleção (por exemplo, predominância de mulheres na amostra). Sugiro a inclusão destes detalhes como os participantes foram abordados individualmente e se houve viés de seleção.

- Critérios de inclusão e/ou exclusão: Os critérios de inclusão/exclusão não estão explicitamente descritos no texto, o que é uma limitação. Página 3, linhas 17-18, é mencionado que o programa foi direcionado a adultos e idosos, mas não há informações sobre exclusões (por exemplo, condições de saúde pré-existentes). Isso poderia afetar a generalização dos resultados. Solicito a inclusão de uma descrição mais detalhada dos critérios de inclusão e/ou exclusão dos participantes, incluindo, se possível, condições de saúde pré-existentes dos participantes.
- Critérios de inclusão e avaliação dos multiplicadores: Página 3, linhas 23-33 descreve sobre os multiplicadores e os treinamentos online. No entanto, não foi descrito se houve algum tipo de avaliação da efetividade do treinamento online dos multiplicadores. Sendo assim, como se sabe se o treinamento a estes multiplicadores foi efetivo? Existiu algum modo de avaliação que evidenciasse o quão aptos os multiplicadores estavam? Se sim, solicito, por gentileza, que incluam alguma evidência sobre a efetividade deste treinamento aos multiplicadores.

Resultados

- O uso de tabelas e figuras é apropriado e facilita a adequada veiculação dos resultados do estudo?
Sim
- A quantidade de ilustrações no artigo está de acordo com o que é estabelecido pelas normas para submissão de manuscritos à revista?
Sim
- O número de participantes em cada etapa do estudo, assim como o número e as razões para as perdas e recusas estão apresentadas no manuscrito?
Em parte
- As características dos participantes estão apresentadas e são suficientes?
Em parte
- Os resultados estão apresentados de forma adequada, destacando-se os principais achados e evitando-se repetições desnecessárias?
Sim

Sugestões/comentários:

- Perdas e recusas: 90 participantes desistiram entre recrutamento e conclusão (39% de perda). Quais foram os motivos relatados por estes participantes? Não há uma análise aprofundada sobre o perfil dos que abandonaram, configurando um viés de seleção. Quais estratégias poderiam ser utilizadas pelos multiplicadores para retenção ou aderência destes participantes? Sugiro incluir os motivos dos participantes que abandonaram o VAMOS.
- Características dos participantes: Não há dados sobre comorbidades ou motivação para participação. Sugiro incluir, se possível, estas informações.

Discussão

- Os principais achados do estudo são apresentados?
Sim
- As limitações e os pontos fortes do estudo são apresentados e discutidos?
Sim
- Os resultados são discutidos à luz das limitações do estudo e do conhecimento já disponível sobre o assunto?
Sim
- As contribuições potenciais dos principais achados do estudo para o desenvolvimento científico, inovação ou intervenção na realidade são discutidas pelos autores?
Em parte

Sugestões/comentários:

- O estudo apresenta seus principais achados de forma clara, discute limitações e pontos fortes, contextualiza os resultados com a literatura existente e destaca contribuições relevantes para a área. No entanto, sugiro que os autores destaquem melhor como os resultados podem orientar políticas públicas, em especial, frente aos os desafios específicos das regiões Norte e Centro-Oeste para adoção do programa e aumento da adesão masculina.

Conclusão

- A conclusão do estudo foi apresentada de forma adequada e é coerente com o objetivo do estudo?
Sim
- A conclusão do estudo é original?
Sim

Sugestões/comentários:

- A conclusão é adequada, coerente e original, reforçando o potencial do Programa VAMOS como es-

tratégia de promoção da saúde na APS.

Referências

- As referências são atualizadas e suficientes?
Sim
- A maior parte é composta de referências de artigos originais?
Sim
- As referências atendem as normas da revista [quantidade e formato]?
Sim
- A citação no texto é adequada, ou seja, as afirmações no texto citam referências que de fato substanciam tais afirmações?
Sim

Sugestões/comentários:

- As referências são atualizadas, relevantes e majoritariamente baseadas em artigos originais, atendendo ao escopo do estudo.
- Pequenos ajustes de formatação como padronizar formato conforme as diretrizes da revista-alvo (ex.: uso de itálico em nomes de revistas, abreviações consistentes).
- A citação no texto é adequada, com raras exceções onde mais referências seriam úteis.
- Além disso, seria bom citar a fonte original ou mais conhecida da ferramenta RE-AIM no parágrafo final, para fortalecer a fundamentação. Essa referência é considerada a fundadora do modelo RE-AIM, e é importante incluí-la no artigo, considerando que usa a estrutura desta ferramenta como base.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Outra sugestão é substituir a Ref. 4 (VIGITEL 2014) por uma versão mais recente (como VIGITEL 2021 ou 2022), disponível no site do Ministério da Saúde. Isso ajudará a fortalecer a atualidade dos dados estatísticos descritos neste artigo.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilân-

cia em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>

Comentários ao autor

Prezado(a) Autor(a),

- Parabéns pelo trabalho! O estudo “Promoção de um estilo de vida ativo e saudável em usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo do Programa VAMOS com base na ferramenta RE-AIM” apresenta contribuições relevantes para a área de saúde pública, com destaque para a avaliação multidimensional do programa e seus impactos na população.
- Além disso, o estudo preenche uma lacuna importante ao avaliar o Programa VAMOS na APS brasileira utilizando a ferramenta RE-AIM, oferecendo insights valiosos para políticas públicas.
- No entanto, pequenos ajustes fortalecerão sua clareza e impacto, dentre eles estratégias para ampliar o alcance, como parcerias com agentes comunitários, uso de tecnologias digitais e explorar os desafios específicos das regiões Norte e Centro-Oeste para adoção do programa, bem como estratégias para aumentar a adesão masculina.
- Vale ressaltar que seu estudo já representa uma importante contribuição para a área, e essas sugestões visam apenas fortalecer ainda mais seu impacto científico e social.

Parecer final (decisão)

- Pequenas revisões necessárias