

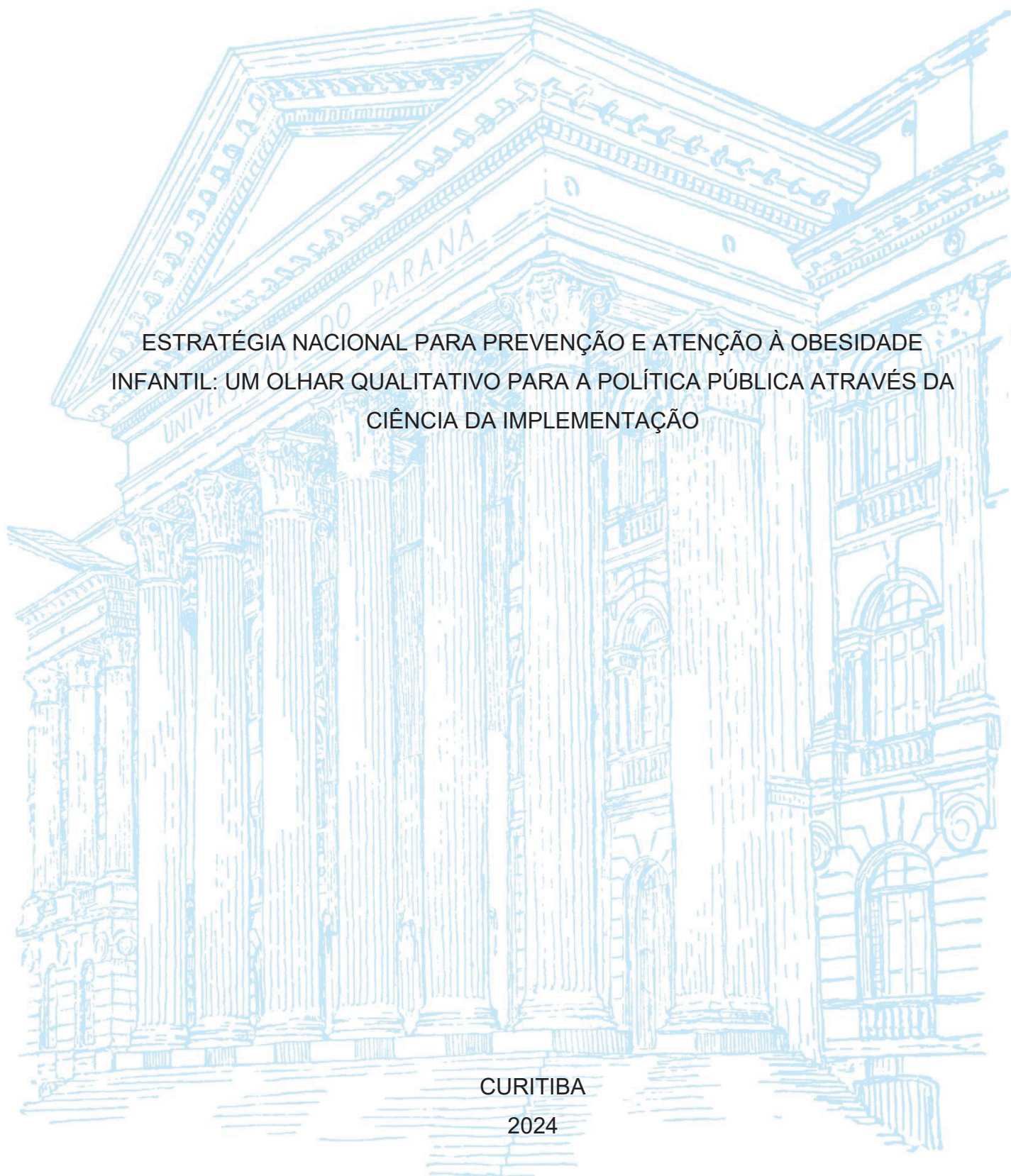
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHARLISE FRASSON PEREIRA

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE
INFANTIL: UM OLHAR QUALITATIVO PARA A POLÍTICA PÚBLICA ATRAVÉS DA
CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

CURITIBA

2024



CHARLISE FRASSON PEREIRA

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE
INFANTIL: UM OLHAR QUALITATIVO PARA A POLÍTICA PÚBLICA ATRAVÉS DA
CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rubia Carla Formighieri Giordani

Coorientador: Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira

CURITIBA

2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Pereira, Charlise Frasson

Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil : um olhar qualitativo para a política pública através da ciência da implementação / Charlise Frasson Pereira. – Curitiba, 2024.

1 recurso on-line : PDF.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Rubia Carla Formighieri Giordani.

Coorientador: Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira.

1. Política pública. 2. Saúde pública - Avaliação. 3. Difusão de inovações. 4. Saúde pública - Administração. 5. Obesidade em crianças. I. Giordani, Rubia Carla Formighieri. II. Silveira, Jonas Augusto Cardoso da. III. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IV. Título.

Bibliotecária: Maria Lidiane Herculano Graciosa CRB-9/2008



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

ATA Nº102

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

No dia vinte e quatro de junho de dois mil e vinte e quatro às 09:00 horas, na sala Sala de Reuniões DEPECOM, Setor Sociais Aplicadas, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestrand **CHARLISE FRASSON PEREIRA**, intitulada: **IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL (PROTEJA): EXPERIÊNCIAS NA GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA INTERSETORIAL POR ATORES DA SAÚDE EM CIDADES DE PEQUENO PORTE**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), RISIA CRISTINA EGITO DE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS), ROBERTO EDUARDO BUENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: A banca sugeriu a alteração do título para: **ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL: UM OLHAR QUALITATIVO PARA A POLÍTICA PÚBLICA ATRAVÉS DA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO**

CURITIBA, 24 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

03/07/2024 14:17:13.0

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

12/07/2024 16:27:50.0

RISIA CRISTINA EGITO DE MENEZES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS)

Assinatura Eletrônica

03/07/2024 18:01:11.0

ROBERTO EDUARDO BUENO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedicatória

In memoriam Almerindo Frasson e Generosa Muraro Frasson

AGRADECIMENTOS

Sou grata por ter chegado neste momento que é fruto de todo esforço e dedicação de meus pais Giselda e Valdir em proporcionar uma formação de vida e de escolaridade que agradeço imensamente por todo apoio e ajuda durante este período do mestrado que foi turbulento, desde a preparação a seleção ainda num período de pandemia e durante as aulas e infindáveis horas de estudos conciliadas com trabalho. Agradeço também a Kauan, Théo, Anderson e Jo, as minhas tias, tios e primos pelo apoio, orações e paciência nas minhas diversas ausências.

Agradeço a professora Rubia Carla Formighieri Giordani por ter aceitado ser minha orientadora e ao professor Jonas Augusto Cardoso da Silveira por ter embarcado conosco e ajudado a moldar esta pesquisa. Agradeço as aulas, ensinamentos e orientações dos professores do 4P, em especial professor Huáscar Fialho Pessali, ao professor Roberto Eduardo Bueno e professora Risia Cristina Egito de Menezes por terem aceitado ser minha banca. Agradeço as Universidades Federais do Paraná e de Alagoas pelas bolsas concedidas e por proporcionar conhecimento de qualidade, gratuito, inclusivo e que promove a igualdade.

Agradeço aos colegas da pós-graduação pelos inúmeros cafés, *happy hours* e trocas de ideias e conversas, sem vocês não teria graça. Agradeço aos colegas apoiadores locais e regionais do PROTEJA, em especial a Manuela Dias que foi uma honra poder tê-la substituído e a Vanessa Daufenback Ramos por ter ajudado na coleta de dados e por ter sido minha terceira orientadora. Agradeço os diversos responsáveis técnicos que pude acompanhar no esforço diário de atuar e fortalecer o Sistema Público de Saúde, em especial a Isabel Cristina e Sâmela do Ceará e a Bárbara da Bahia que pude trocar ideias da pesquisa.

Agradeço não menos importante a Divina Trindade por ter me atendido e sustentado ao longo desse tempo, agradeço a minha comunidade religiosa Santa Rita de Cássia, que a ausência neste tempo se justifica, por fim agradeço e dedico aos meus avós, meu avô Almerindo que com sua história de vida inspirou a minha profissão e minha avó Generosa que sempre perguntava como iam os meus estudos.

É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança
(Provérbio Africano)

RESUMO

A implementação de uma política pública é um fenômeno social complexo e interativo de diversos atores governamentais e não governamentais e com fatores facilitadores ou barreiras a sua execução. O objetivo desta pesquisa de implementação foi analisar a concretização da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) do Ministério da Saúde através das experiências dos atores da saúde na gestão da política pública com ação intersetorial em municípios brasileiros com menos de 30 mil habitantes dentro do âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Para isso utilizou-se metodologia sistemática da Ciência da *Implementação Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) para identificar os aspectos positivos ou negativos a implementação da inovação como propostos por Damschroder. A estrutura consolidada foi utilizada para compor as perguntas do roteiro semiestruturado, a codificação e análise qualitativa temática dos dados que seguiu a lógica da codificação simultânea de Miles, Huberman e Saldaña. Para demonstração da operacionalização dos processos de implementação do PROTEJA realizou-se a análise de coocorrência em relação aos subprocessos de implementação de Draibe e para avaliar o papel do PROTEJA na interação intrassetorial e intersetorial para estratégias de prevenção e atenção à obesidade infantil se correlacionou com as variáveis de resultados da implementação de Proctor. A pesquisa teve um universo amostral de 35 municípios contemplados no ciclo de 2021 a 2023 da implementação da política pública transversal e estavam distribuídos em todas as macrorregiões geográficas do Brasil e que resultaram em 728 páginas transcritas de 31 horas de conversação, a coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras com experiência em pesquisas qualitativas. Os dados foram tratados com auxílio *software qualitative data analysis* ATLAS.ti versão 24, os resultados apresentam as redes de correlações entre as percepções dos burocratas de nível de rua quanto aos aspectos da inovação, do ambiente interno e externo, dos indivíduos implementadores e dos processos de trabalho da implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. Constatou-se que o PROTEJA apresentou mais fatores favoráveis do que obstáculos a sua implementação no âmbito local, tendo vantagem em relação a programas similares, adaptabilidade e compatibilidade da estratégia a realidade local, aumento da articulação intersetorial e percepção do problema público da obesidade infantil, além da capacitação para a gestão de políticas de promoção à saúde e de políticas alimentação e nutrição. Por fim, o PROTEJA contribuiu com a construção de rede de atenção nutricional na atenção primária à saúde, na promoção de ambientes alimentares saudáveis e promotores de atividade física, assim, fortalecendo as Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição, de Promoção da Saúde e de Atenção Básica em municípios brasileiros de pequeno porte.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde 1. Difusão de Inovações 2. Administração em Saúde Pública 3. Colaboração Intersetorial 4. Burocratas de Nível de Rua 5.

ABSTRACT

The implementation of a public policy is a complex and interactive social phenomenon involving various governmental and non-governmental actors and factors that facilitate or hinder its execution. The objective of this implementation research was to analyze the implementation of the National Strategy for the Prevention and Care of Childhood Obesity (PROTEJA) of the Ministry of Health through the experiences of health actors in the management of public policy with intersectoral action in Brazilian municipalities with less than 30 thousand inhabitants within the scope of Primary Health Care of the Unified Health System. For this purpose, a systematic methodology from the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) was used to identify the positive or negative aspects of implementing the innovation as proposed by Damschroder. The consolidated structure was used to compose the questions of the semi-structured script, the coding and thematic qualitative analysis of the data, which followed the logic of simultaneous coding by Miles, Huberman and Saldaña. To demonstrate the operationalization of PROTEJA implementation processes, a co-occurrence analysis was carried out in relation to Draibe's implementation sub-processes and to evaluate the role of PROTEJA in intrasectoral and intersectoral interaction for prevention strategies and care for childhood obesity correlated with the Proctor implementation outcome variables. The research had a sample universe of 35 municipalities covered in the 2021 to 2023 cycle of the implementation of transversal public policy and were distributed across all geographic macro-regions of Brazil and resulted in 728 transcribed pages of 31 hours of conversation, data collection was carried out by two researchers with experience in qualitative research. The data were processed using the qualitative data analysis software ATLAS.ti version 24, the results present networks of correlations between the perceptions of street-level bureaucrats regarding aspects of innovation, the internal and external environment, implementing individuals and processes work for the implementation of the National Strategy for the Prevention and Care of Childhood Obesity. It was found that PROTEJA presented more favorable factors than obstacles to its implementation at the local level, having an advantage in relation to similar programs, adaptability and compatibility of the strategy to the local reality, increased intersectoral coordination and perception of the public problem of childhood obesity, in addition to training for the management of health promotion policies and food and nutrition policies. Finally, PROTEJA contributed to the construction of a nutritional care network in primary health care, promoting healthy eating environments and promoting physical activity, thus strengthening National Food and Nutrition Policies, Health Promotion and Care Basic in small Brazilian municipalities.

Keywords: Program Evaluation 1. Diffusion of Innovation 2. Public Health Administration 3. Intersectoral Collaboration 4. Street level bureaucrats 5.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MACROESTRUTURA DA IMPLEMENTAÇÃO.....	38
FIGURA 2 – MOBILIDADE DO DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AOS GRAUS DE EFICÁCIA EM 2022 E 2023.....	52
FIGURA 3 – CODIFICAÇÃO DOS DOMÍNIOS E CATEGORIAS DO CFIR, SUBPROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E VARIÁVEIS DE RESULTADO.....	56
FIGURA 4 - EXEMPLIFICAÇÃO DE CODIFICAÇÃO SIMULTÂNEA CONFORME MILES, HUBERMAN E SALDAÑA.....	57
FIGURA 5 - CORRELAÇÕES ENTRE A INOVAÇÃO E O RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	70
FIGURA 6 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DA REDE INTERSETORIAL DO AMBIENTE EXTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	77
FIGURA 7 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DE POLÍTICAS E LEIS DO AMBIENTE EXTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	80
FIGURA 8 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO AMBIENTE INTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	91
FIGURA 9 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	104

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DESEMPENHO E METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS DOS PARTICIPANTES.....	53
GRÁFICO 2 - COORRÊNCIAS DA INOVAÇÃO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO	69
GRÁFICO 3 - COORRÊNCIAS DO AMBIENTE EXTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO	75
GRÁFICO 4 - FREQUÊNCIA DOS FATORES FACILITADORES E DAS BARREIRAS DAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES.....	82
GRÁFICO 5 - COOCORRÊNCIAS DO AMBIENTE INTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO	90
GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA DOS FATORES FACILITADORES E DAS BARREIRAS DAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES.....	92
GRÁFICO 7 - COOCORRÊNCIAS DAS CARACTERÍSITCAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO.....	102
GRÁFICO 8 - COOCORRÊNCIAS DOS ATORES-IMPLEMENTADORES COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO	106
GRÁFICO 9 - COOCORRÊNCIAS DAS CATEGORIAS DE IMPLEMENTAÇÃO COM MAIOR INTERAÇÃO COM OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	115
GRÁFICO 10 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A COMPATIBILIDADE À INOVAÇÃO	116
GRÁFICO 11 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A COMUNICAÇÃO À INOVAÇÃO.....	118

GRÁFICO 12 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO AOS RECURSOS DISPONÍVEIS	121
GRÁFICO 13 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A REDE INTERSETORIAL.....	123
GRÁFICO 14 - COOCORRÊNCIAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO	127
GRÁFICO 15 - COOCORRÊNCIAS DO PROCESSO GERENCIAL/DECISÓRIO..	135
GRÁFICO 16 - COOCORRÊNCIA DO PROCESSO DE DIVULGAÇÃO/INFORMAÇÃO	136
GRÁFICO 17 - COOCORRÊNCIAS DO PROCESSO LOGÍSTICO/OPERACIONAL	136

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	39
QUADRO 2 - VARIÁVEIS DE RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO	43
QUADRO 3 - DEFINIÇÕES DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	45
QUADRO 4 - IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS A IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO	87
QUADRO 5 - IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS QUANTO A PRIORIDADE RELATIVA.....	96
QUADRO 6 - PERCEPÇÕES QUANTO A AUTORIDADE E LIBERDADE DE AÇÃO DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA.....	113
QUADRO 7 - PERCEPÇÕES DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA QUANTO AS BARREIRAS DOS RECURSOS DISPONÍVEIS A IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO	122
QUADRO 8 - PERCEPÇÕES DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA QUANTO AOS INDIVÍDUOS FACILITADORES DE IMPLEMENTAÇÃO	125
QUADRO 9 - BARREIRAS A EXECUÇÃO DA INOVAÇÃO.....	130
QUADRO 10 - FATORES FACILITADORES A EXECUÇÃO DA INOVAÇÃO	131

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	49
TABELA 2 - DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS NOS ANOS DE 2022 E 2023 EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS E GRAUS DE EFICÁCIA.....	51
TABELA 3 - NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRAU DE EFICÁCIA EM 2022 E 2023 COM RELAÇÃO AS METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS ..	52
TABELA 4 - NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO DE DESEMPENHO EM RELAÇÃO AS METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS EM 2022 E 2023.	53
TABELA 5 - FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AS CATEGORIAS DOS DOMÍNIOS DA IMPLEMENTAÇÃO	59
TABELA 6 - FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AOS SUBPROCESSOS, VARIÁVEIS DE RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO E CÓDIGOS INDUTIVOS	60
TABELA 7 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DA INOVAÇÃO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES.....	60
TABELA 8 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO AMBIENTE EXTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES.....	72
TABELA 9 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES.....	81
TABELA 10 - FREQUÊNCIA DAS CITAÇÕES DOS INDIVÍDUOS POR GRUPOS DE DESEMPENHO.....	105
TABELA 11 - CORRELAÇÕES DAS CITAÇÕES SOBRE OS BUROCRATAS DE MÉDIO ESCALÃO	108
TABELA 12 - CORRELAÇÕES ENTRE BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E CATEGORIAS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	114
TABELA 13 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	127

TABELA 14 - ANO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO POR GRUPO DE DESEMPENHO.....	128
TABELA 15 - COCORRÊNCIA ENTRE SUBPROCESSOS E CATEGORIAS DA IMPLEMENTAÇÃO	134

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

A/N	- Alimentação e Nutrição
AC	- Ações Complementares
AE	- Ações Essenciais
ApL	- Apoiadores Locais
ApR	- Apoiadores Regionais
APS	- Atenção Primária à Saúde
ATAN	- Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição
BME	- Burocratas Médio Escalão
BNR	- Burocratas Nível de Rua
CFIR	- <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CGAN/MS	- Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
CI	- Ciência da Implementação
CMS	- Conselho Municipal da Saúde
CT	- Câmaras Técnicas
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
FAN	- Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição
GTI	- Grupos de Trabalho Intersectoriais
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ISAN	- Insegurança Alimentar e Nutricional
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PA	- Plano de ação
PBF	- Programa Bolsa Família
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
PROTEJA	- Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	- Programa Saúde na Escola
QDA	- <i>Qualitative Data Analysis</i>
RAG	- Relatório Anual de Gestão
RT	- Responsável Técnico

SISAB	- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	- Unidade Federativa
UFAL	- Universidade Federal de Alagoas
US	- Unidades de Saúde
VAN	- Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	22
1.2 CONTEXTO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL (PROTEJA)	24
1.3 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL (PROTEJA)	27
1.4 MÉTODOS E PROPÓSITO DA PESQUISA	29
1.5 OBJETIVOS	30
1.5.1 Objetivo geral	30
1.5.2 Objetivos específicos	30
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE A FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	33
2.2 AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	36
2.3 PESQUISA DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	40
2.3.1 Estrutura consolidada para pesquisa de implementação	40
2.3.2 Critérios de avaliação da implementação	42
2.4 ATORES E REDE INTERSETORIAL	43
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	46
3.1 DESENHO METODOLÓGICO	46
3.1.1 Universo Amostral	47
3.2 COLETA DE DADOS	54
3.2.1 Processos de implementação	54
3.2.2 Entrevista semiestruturada	55
3.3 ANÁLISE DE DADOS	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 INOVAÇÃO	60
4.1.1 Vantagem Relativa da Inovação	61
4.1.2 Complexidade da Inovação	64
4.1.3 Adaptabilidade à Inovação	65
4.1.4 Análise de Coocorrência da Inovação	68

4.2 AMBIENTE EXTERNO.....	71
4.2.1 Rede Intersetorial	72
4.2.2 Políticas e Leis	73
4.2.3 Análise de Coocorrência do Ambiente Externo	75
4.3 AMBIENTE INTERNO	81
4.3.1 Características Estruturais do Ambiente Interno	82
4.3.1.1 Rede Intrassetorial.....	83
4.3.1.2 Recursos Disponíveis	85
4.3.1.3 Comunicações.....	87
4.3.1.4 Análise de Coocorrência das Características Estruturais	89
4.3.2 Características Específicas do Ambiente Interno	92
4.3.2.1 Tensão pela Mudança	93
4.3.2.2 Prioridade Relativa	94
4.3.2.3 Compatibilidade.....	97
4.3.2.4 Acesso ao Conhecimento e Informação	99
4.3.2.5 Análise de Coocorrência das Características Específicas.....	102
4.4 INDIVÍDUOS	105
4.4.1 Burocratas de Médio Escalão.....	107
4.4.2 Burocratas de Nível de Rua	111
4.4.2.1 Interação Burocrata de Nível de Rua e Compatibilidade à Inovação.....	115
4.4.2.2 Interação Burocrata de Nível de Rua e Comunicação.....	117
4.4.2.3 Interação Burocrata de Nível de Rua e Recursos Disponíveis	120
4.4.2.4 Interação Burocrata de Nível de Rua e Rede Intersetorial	123
4.4.3 Facilitadores Externos de Implementação.....	124
4.5 PROCESSOS DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	126
4.5.1 Planejamento	128
4.5.2 Execução.....	130
4.5.3 Monitoramento e Avaliação	132
4.6 PROCESSOS DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTEJA.....	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS.....	143
APÊNDICE 1 – DEFINIÇÕES DOS DOMÍNIOS E CATEGORIAS COM BASE NA CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)^A.	

APÊNDICE 02 – PARECER CONSUSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA.....	153
APÊNDICE 03 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM ATORES DA SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTEJA COM BASE NO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)	158
APÊNDICE 04 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161
APÊNDICE 05 – LIVRO DE CÓDIGOS	164
APÊNDICE 06 – ARTIGO (NO PRELO).....	166

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos a velocidade no aumento do peso corporal na população em todas as faixas de renda, sexo, idades e, principalmente, no ambiente urbano vem trazendo preocupações e *status* de pandemia por atingir todo o globo ou quando não em sindemia global em associação a má nutrição e mudança climática, as quais repercutem concomitantemente no tempo e local e nos níveis biológicos, psicológicos e sociais (Downs *et al.*, 2020; Swinburn *et al.*, 2019).

Ao longo desse tempo a condição da obesidade vem ganhando espaço na agenda pública, porém as medidas adotadas até então foram pouco eficientes, concretas e estruturantes, uma vez que os casos de obesidade em adultos, crianças e jovens continuaram aumentando. As repercussões do excesso de peso, sobretudo em crianças e adolescentes se não acompanhadas, podem trazer problemas no curto, médio e longo prazo, assim surge a necessidade de elaborar e implementar políticas públicas que de fato previnam e controlem o excesso de peso (Castro, 2017; Dias *et al.*, 2017).

Em 1999 a primeira edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) já destacava que o acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda na população brasileira poderia em vinte anos nos levar a um patamar de até 70% da população com aumento de peso, principalmente se medidas de controle e prevenção não fossem implementadas. Compreendia-se que ações intersetoriais e ambientais deveriam ser realizadas para auxiliarem no comportamento alimentar dos indivíduos e da sociedade, assim ampliando a perspectiva de cuidado para além do modelo biomédico através de diretrizes para a organização das ações de prevenção e cuidados no sistema público de saúde (Brasil, 1999).

Logo, tomar atitudes efetivas que possam deter o avanço da prevalência de obesidade são necessárias. Para tal, alternativas de intervenções surgem como a abordagem socioambiental da saúde que objetiva a adoção de ações intersetoriais, interdisciplinares e de articulações entre políticas públicas com o intuito de promover ambientes saudáveis à população (Branco, Batista e Thomaz, 2022; Dias *et al.*, 2017).

Por consequência, esta abordagem também auxilia na garantia do acesso a alimentação adequada, saudável e sustentável e a proteção social frente a má

nutrição. Contudo essa perspectiva repercute em desafios de operacionalização e gestão de políticas públicas, uma vez que a implementação de intervenções integradas requer uma ampla presença de atores, ideias, negociações e barganhas para solucionar um problema público (Brasil, 2021; Mazzei e Farah, 2020).

Esta pesquisa se direciona ao estudo da análise qualitativa de uma política pública com ação intersetorial concomitante a sua execução e através da perspectiva híbrida interativa (*top-down e bottom-up*) por já pressupor que os atores-implementadores locais são peças-chaves na efetividade e nos resultados gerados por ela.

1.1 OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade é reconhecida como um problema de saúde pública de múltiplos determinantes tanto individuais como os comportamentais quanto fatores biológicos, sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos que se potencializam em função de um sistema alimentar mundial que dificulta o acesso a alimentos mais saudáveis, logo, a solução desse problema social é um desafio para a administração pública e requer esforço coletivo público e privado, da sociedade civil e da academia (Castro, 2017; Dias *et al.*, 2017).

Segundo Kingdon (2014) uma condição só se torna um problema público quando ela de fato requer ação dos formuladores de políticas para solucioná-la. Muitas vezes os formuladores influenciados por indicadores, que demonstram a magnitude e a tendência temporal do estado nutricional da população, outras vezes devido os custos que afetam os sistemas de saúde bastante elevados do tratamento da obesidade e suas comorbidades. Assim a convergência de fatores ao longo do tempo atraem a atenção dos governantes, que passaram a reconhecer a obesidade como um problema público, somente após isso é que ela adentra na agenda governamental (Capella, 2005; Dias *et al.*, 2017; Kingdon, 2014).

Na agenda pública brasileira a obesidade começou a ganhar destaque quando o governo brasileiro lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), assim se reconheceu o excesso de peso como um fator de risco a saúde. O Plano

tinha como metas deter o crescimento da obesidade em adultos e reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes (Brasil, 2011).

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que havia 340 milhões de jovens entre 5 e 19 anos com sobrepeso e obesidade no mundo. Para contornar essa situação a OMS recomendou que ações transversais tanto a nível global, regional quanto local fossem adotadas com a intenção de combater a obesidade infantil. Algumas correspondiam as promoções de alimentação saudável, prática de atividade física e de ambientes saudáveis, além do cuidado durante a gestação e os anos iniciais de vida (Dias *et al.*, 2017; WHO, 2016, 2021).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 demonstra o perfil antropométrico da população brasileira adulta nas últimas duas décadas através das prevalências de excesso de peso e obesidade das Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 e PNS de 2013 e 2019. Houve aumento na prevalência do excesso de peso de 43,3% para 60% no sexo masculino e de 43,2% para 63,3% no feminino, a obesidade aumentou de 9,6% para 22,8% nos homens e de 14,5% para 30,2% nas mulheres, em números absolutos 96 milhões de brasileiros e brasileiras adultos apresentaram sobrepeso e obesidade, o que correspondia a, aproximadamente, 60% da população (IBGE, 2020, p.38).

Na população infantojuvenil mundial a prevalência da obesidade foi de 10% em 2000 para quase 20% em 2016 (UNICEF, 2019, p. 45). Dados do Global Burden of Disease (GBD) de 2015 estimam que para o ano de 2025 quase 268 milhões de crianças e adolescentes estarão com excesso de peso e 124 milhões com obesidade em 195 países. Destes, estima-se que do total das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), aproximadamente, 75% delas ocorrerão nos países de baixa e média renda como o Brasil (GBD, 2017; Swinburn *et al.*, 2019).

Segundo relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC) por idade em 2019 entre as crianças brasileiras de 5 a 9 anos, que estiveram nas Unidades de Saúde (US), havia com sobrepeso 14,96% (672.496) e com obesidade 13,19% (592.590), ambos resultam em 28,15% (1.265.086) de excesso de peso de um total de 4.494.806 de crianças acompanhadas. Para as crianças menores de 5 anos havia com risco de sobrepeso 17,06% (842.787), com sobrepeso 7,82% (386.304) e obesidade com 6,95% (343.512) (FAO, 2021; Ministério da Saúde, 2019).

O excesso de peso é uma das formas de má nutrição, tanto quanto a desnutrição, as carências nutricionais e as DCNT relacionadas à alimentação. Logo, a obesidade também se caracteriza como uma das faces da insegurança alimentar e nutricional (ISAN) (Brasil, 2021; UNICEF, WHO e Word Bank, 2020).

1.2 CONTEXTO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL (PROTEJA)

Diante da prevalência de excesso de peso e em consonância com metas globais para a Década de Ação da Nutrição (2016-2026), o Brasil em 2021 reconhece a obesidade infantil como um problema prioritário de saúde pública e assume o compromisso de controlar a tendência de aumento da prevalência, sobretudo através de ações intersetoriais de promoção de saúde, de alimentação saudável e da prática de atividade física (Bortolini *et al.*, 2022). Assim, através da Portaria nº 1.862, de 10 de agosto de 2021 a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) instituiu a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, mais conhecida como PROTEJA (Brasil, 2021a).

Ela é uma proposta de intervenção e articulação intersetorial pautada em evidências científicas que visam deter o avanço da obesidade infantil, nesta ótica buscando a prevenção dessa condição, bem como a melhoria e promoção da saúde e da nutrição das crianças através da atenção e cuidado individual e comunitário que ocorrem através de ações intrassetoriais no âmbito da saúde e intersetoriais pela transformação dos espaços de convívio das pessoas para ambientes mais propícios a prática de alimentação saudável e de atividade física (Brasil, 2021a).

Logo articulações e parcerias públicas são necessárias para a efetivação e concretização da política (Bortolini *et al.*, 2021, 2022). Desta forma, o PROTEJA visa ações individuais e coletivas que ocorrem através dos eixos de atuação intrassetorial e intersetorial como ações em: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), promoção da saúde em escolas através consumo alimentar e da prática de atividade física; promoção de informações corretas e educação permanente para a população e aos profissionais que prestam assistência a comunidade local; e promoção de ambientes favoráveis a alimentação saudável e prática de atividade física nas cidades. (Brasil, 2021a).

Para a sua implementação foi firmado uma parceria de execução descentralizada com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que através da extensão universitária a operacionalizou com apoio técnico aos municípios que aderiram a proposta, além de pesquisas sobre o processo de implementação do PROTEJA. A parceria visou o fortalecimento das políticas e programas que possuam interface com o tema da obesidade¹, sobretudo, nas diretrizes da Organização da Atenção Nutricional e da Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição da PNAN (Brasil, 2013, 2019).

Conforme os critérios de elegibilidade previstos no artigo 3º da Portaria GM/MS 1.863, de 10 de agosto de 2021², ao todo 1320 municípios distribuídos pelo país fizeram a adesão ao programa e foram contemplados com o incentivo financeiro para a concretização das ações essenciais (AE) e ações complementares (AC) da Estratégia. As primeiras correspondem a 20 ações efetivas e obrigatórias que visam organizar e qualificar a atenção e o cuidado em relação ao excesso de peso, especialmente na atenção básica, além de fortalecer a atuação intersetorial para a promoção da saúde. Já, as segundas são ao todo 41 ações de caráter interdisciplinar, intersetorial e eletivo, uma vez que no momento da adesão à Estratégia o gestor municipal deveria escolher pelo menos 5 delas, não havendo limite máximo de ações adotadas (Brasil, 2022, 2021b).

Ressalta-se que as ações essenciais foram apresentadas no manual de Orientações Técnicas de modo que se formasse o acrônimo 'PROTEJA'. Cada letra dele representa um eixo de atuação, sendo eles: Primário contato (ações de diagnóstico e cuidado na atenção primária à saúde - APS); Responsabilização (compromisso); Organização (gestão); Transformação (educação alimentar e nutricional e promoção da atividade física); Educação (formação); Janela de oportunidade (comunicação) e Ambientes (Brasil, 2022).

¹ Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Crescer Saudável e Programa Bolsa Família (PBF).

² Art. 3º da Portaria GM/MS 1.863/2021 - Critérios de elegibilidade de municípios: I – porte populacional menor de 30 (trinta) mil habitantes; II – valor maior ou igual a 15% (quinze por cento) de prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 (dez) anos, no ano de 2019, segundo SISVAN; III – valor maior ou igual a 50% (cinquenta por cento) de cobertura de avaliação do estado nutricional em crianças menores de 10 (anos), no ano de 2019, segundo SISVAN; e IV – registro de avaliação de marcadores de consumo alimentar em crianças menores de 10 (dez) anos, no ano de 2019, segundo SISVAN.

Desta forma, para o desfecho da reversão da obesidade infantil no país as ações agem sobre os níveis individual, interpessoal, comunitário e social, neste sentido o PROTEJA volta o olhar para os determinantes socioecológicos da saúde, ou seja, para as características do ambiente que influenciam na saúde do indivíduo e comunidade sobretudo no âmbito das cidades (Downs *et al.*, 2020; Kumanyika, 2022; WHO, 2020). Assim, subentende-se que a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil através das articulações intersetoriais promovidas pela saúde também tem como objetivo a promoção de cidades saudáveis por combater os ambientes obesogênicos.

A parceria visou validar, apoiar a implementação e avaliar a Estratégia. Para isso, a UFAL forneceu apoio técnico através de acompanhamento, capacitações e monitoramento das atividades executadas pelos municípios contemplados no primeiro ciclo de adesão (2021-2023) ao PROTEJA. Desta forma, criou-se uma equipe de apoiadores técnicos, sendo 4 (quatro) Apoiadores Regionais (APR) e 30 (trinta) Apoiadores Locais (APL) distribuídos pelos estados brasileiros com trabalho remoto que acompanhavam e tiravam dúvidas sobre o desenvolvimento das atividades propostas para a implementação da Estratégia em nível municipal, bem como monitoravam e avaliavam os resultados dos indicadores pactuados.

A cooperação também realizou um estudo de experimento natural prospectivo cuja meta principal foi avaliar a efetividade da intervenção proposta pelo PROTEJA na redução da prevalência da obesidade infantil nos municípios menores que 30 mil habitantes. Dessa forma, após as análises da relação exposição-resposta, o estudo propôs classificar os municípios em relação ao grau de adesão a implementação. Contudo, ao longo do acompanhamento às gestões locais da Estratégia, notou-se que a avaliação deveria avançar para além das avaliações quantitativas.

Assim, surge esta dissertação que através da abordagem qualitativa pretende analisar como a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) está sendo implementada através das percepções dos atores da saúde na gestão da política, principalmente, porque se identificou que pode haver uma diversidade de processos decisórios em relação ao planejamento e execução da implementação da política e das ações essenciais e complementares apresentados pelos municípios.

1.3 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL (PROTEJA)

A proximidade com os atores-implementadores locais da Estratégia, além dos levantamentos realizados pela equipe técnica nas oficinas de apoio a gestão municipal, me permitiu observar algumas barreiras e fatores facilitadores que dificultam, ou não, a concretização ou atrasam a conclusão das ações do PROTEJA nos municípios acompanhados. Notou-se que para alguns houve dificuldades de criar os espaços de debate intersetorial, seja na etapa inicial de articulação ou na posterior de manutenção desses espaços, como também para outros houve ausência de apoio da gestão municipal e falta de interesse de algumas secretarias, conseqüentemente, isso repercutiu nas dificuldades de elaboração dos planos de ação (PA).

Outros obstáculos foram relacionadas a: - Força de trabalho em relação ao quantitativo de recursos humanos disponíveis devido demanda aumentada de trabalho e rotatividade de profissionais ao longo do ciclo devido ao regime de contratação de trabalho; - Recursos disponíveis como a falta de equipamentos antropométricos e a dificuldade de acesso aos incentivos financeiros da Estratégia; e - Sistemas de Informação em relação a questão da usabilidade³ como acesso, registro de dados, período de monitoramento e ausência de profissional para digitalização.

Assim, observa-se que um dos principais problemas foi a questão da intersetorialidade. Uma vez que a articulação intersetorial é parte constituinte do PROTEJA e está prevista no 2º artigo da Portaria nº 1.862/2021. Desta forma, acredita-se que o ponto central a ser estudado são os Eixos da Responsabilização (compromisso) e da Organização (gestão) da Estratégia considerando que estes são determinantes para que os outros eixos venham a se concretizar e por fazerem parte das funções administrativas propostas por Fayol as quais preveem, comandam, coordenam e controlam as atividades para que se alcance o objetivo da Inovação (Chiavenato, 2003, p.82).

³ Fonte: Dicionário Online de português. Usabilidade: facilidade com a qual um equipamento ou programa de informática pode ser usado. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>, acessado em 29.08.2023.

Uma baixa colaboração intersetorial pode comprometer a efetividade da implementação da Estratégia. Desta forma, compreender como as diferentes formas de organização dos municípios é um modo de verificar se a diferença entre o que foi planejado pela CGAN/MS e o que foi executado pelos gestores locais pode afetar no objetivo da Estratégia de deter o avanço da obesidade infantil e melhorar a saúde e nutrição das crianças.

O artigo 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999 confere aos municípios a competência de planejar e organizar as ações e serviços de saúde em seu território (Brasil, 1990) e a CGAN/MS junto com a equipe de apoio a implementação elaboraram documentos para auxiliar os gestores locais no planejamento e execução das ações, além de recomendações de organização intersetorial da Estratégia (Brasil, 2022, 2023). Desta forma, ela propôs um fluxo de trabalho e metas de compromisso e responsabilização em relação a implementação do PROTEJA através do Manual do Gestor, no qual a gestão local poderia ter como base para iniciar as atividades da Estratégia (Brasil, 2024).

Previa-se que após a adesão à Estratégia o município criasse espaços de debate entre diversos entes públicos, para apresentar a proposta de intervenção e planejar as responsabilidades e atividades de cada setor, para isso os municípios poderiam construir novos espaços de debate ou reorganizar Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) ou Câmaras Técnicas (CT) já existentes de outras políticas⁴. Porém, através das observações enquanto apoiadora local, esta etapa não foi elaborada logo nos primeiros meses de adesão a Estratégia em alguns municípios acompanhados. Sendo uma das últimas metas a serem executadas ao longo dos 3 anos do ciclo de implementação do PROTEJA, quando muito, alguns municípios nem se quer os criaram ou, se criaram não houve a formalização, como também, houve poucas reuniões intersetoriais.

Desta forma, considerando a Estratégia como uma política pública transversal supõem-se que a forma como a intersetorialidade foi incorporada a ela, pode ter influenciado na concretização dos objetivos e dos impactos do PROTEJA em território local. Mesmo o setor da saúde tendo grandes responsabilidades e a função de

⁴ Por exemplo: Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Municipal de Saúde (CMS); Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) do Programa Saúde na Escola (PSE); Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA).

articulador, o compromisso da prevenção e atenção não é exclusividade dele dentro da administração pública, uma vez que o enfrentamento da obesidade infantil requer a atuação de diversos atores.

1.4 MÉTODOS E PROPÓSITO DA PESQUISA

Inicialmente, foi necessário conhecer o contexto de cada realidade. Para isso, foram realizados estudos de casos múltiplos em uma amostra não probabilística dos municípios contemplados pela Estratégia. A utilização de mecanismos estruturados como o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) da Ciência da Implementação permitirá conhecer as percepções dos atores da saúde na gestão da inovação e sobre os ambientes internos e externos a secretaria de saúde, a atuação dos indivíduos e os processos de trabalho da implementação e como esses fatores influenciaram na concretização da Estratégia (Damschroder *et al.*, 2022a).

Essa pesquisa ocorre após 24 meses da instituição da Estratégia, desta forma se questiona: a diversidade de contextos e a discrepância na prestação do serviço entre o planejado e o executado influenciaram nos resultados da implementação da política? Neste sentido, diante da variedade de processos de implementação, busca-se conhecer quais barreiras e fatores facilitadores que permitiram a articulação intersetorial na gestão local do PROTEJA. Conseqüentemente, se entenderá se a colaboração intersetorial é um fator decisivo para o alcance dos resultados esperados.

Assim, os propósitos de analisar a concretização de ações que visam a prevenção e atenção a obesidade infantil no âmbito da saúde pública são de contribuição com a formulação de políticas públicas baseadas em evidências, de fortalecimento da intersetorialidade e da responsabilidade da gestão local. Conseqüentemente, qualificando e ampliando as políticas públicas da área de Alimentação e Nutrição (A/N), de Promoção da Saúde e da Prática de Atividade Física, especialmente, as de enfrentamento a obesidade infantil.

Logo, se colaborará com a aprendizagem e desenvolvimento da fase de implementação dentro dos ciclos das políticas públicas por demonstrar as potencialidades e fragilidades que surgem ao se replicar o mesmo modelo de intervenção diante da diversidade de contextos nos municípios brasileiros. (Peters, Tran e Adam, 2013).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Analisar a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) na perspectiva dos atores locais da saúde, sob a de responsáveis técnicos na gestão da política pública com articulação intersetorial em municípios de pequeno porte.

1.5.2 Objetivos específicos

Identificar as barreiras e os fatores facilitadores da implementação do Proteja no âmbito local.

Descrever a operacionalização geral dos processos de implementação do Proteja no âmbito local.

Avaliar o papel do Proteja na interação intrassetorial e intersetorial como impulsionador de estratégias de prevenção e atenção à obesidade infantil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos das Políticas Públicas iniciaram nos Estados Unidos com Harold Lasswell, por volta da década de 1950, que passa utilizar o termo *Policy Analysis* para diferenciar os estudos das políticas públicas em relação aos objetos de estudos da ciência política, como o poder, por exemplo (Araújo e Rodrigues, 2017, p. 13). A obra de Lasswell e Lerner - *The Policy Sciences* – foi a base da ciência das políticas públicas e que através do pragmatismo apoiado em teorias identificava e dava soluções para os problemas públicos (Torgerson, 2007, p.15). Desse modo, a *Policy Analysis* estuda o processo de elaboração de políticas e subsidia com informações a tomada de decisão dos formuladores de política (Fischer, Miller e Sidney, 2007, p.19).

Na língua inglesa o termo “política” adquire significados diferentes ao das línguas latinas, apresentando três dimensões: a primeira é sobre o ambiente político-institucional e das estruturas políticas (*Polity*); a segunda do processo de negociação ou dinâmica política (*Politics*); e a terceira dimensão do material, do agir e das decisões políticas (*Policy*). Esta última é a mais parecida com o que se entende na língua portuguesa como ‘Política Pública’ (*Public Policy*) (Frey, 2000, p. 219; Secchi, Coelho e Pires, 2019, p.2).

Assim, Dye (2014, p.3, tradução livre) define que política pública é “algo que o governo decide fazer ou não fazer”⁵, cujo significado segundo Schleicher e Marques (2017, p. 392) é que a ação governamental é a tomada de decisão através do indivíduo representante do Estado ou através da instituição. Já, para Hill (2005, p.8) uma política pública é uma sucessão de decisões, logo formando uma rede de complexas decisões que se estendem ao longo do curso da política, portanto sendo dinâmicas e podendo mudar durante a implementação da política, como também, influenciando ou sendo influenciada por outras políticas. O autor também a considera como a não decisão, ou seja, a omissão que pode manter o *status quo*, no caso a não percepção ou manutenção da prevalência da obesidade infantil.

Para os autores brasileiros Secchi, Coelho e Pires (2019, p.2) as políticas públicas são diretrizes que guiam as atividades para a solução ou a redução de um problema público. Enquanto para Celina Souza (2006, p.26) as políticas públicas são

⁵ Texto original: *Public policy is whatever governments choose to do or not to do.*

um campo multidisciplinar composto de várias teorias e metodologias que analisam e propõe mudanças a ação governamental. Uma delas é o campo da Análise de Políticas Públicas que as estuda através de métodos sistemáticos e objetivos com propósito de gerar informações aos tomadores de decisão especialmente sobre o impacto, a sustentabilidade e correções de políticas públicas para que ocorra a mudança do problema público (Araújo e Rodrigues, 2017; Costa e Castanhar, 2003).

Embora haja diversas metodologias de análise, a do Ciclo de Políticas Públicas (*Policy Cycle*) entende que as políticas ocorrem por etapas sucessivas, conectadas, cíclicas e que se dividem em fases como a agenda, formulação, implementação e avaliação. Assim, não se quer analisar todo o ciclo do objeto de estudo, tampouco ao se analisar apenas a implementação se quer reduzir a complexidade das políticas públicas, mas sim aprofundar o entendimento sobre o que é a implementação de políticas que é um processo social e dinâmico (Araújo e Rodrigues, 2017; Schleicher e Marques, 2017, p.390).

O campo de estudos sobre implementação de políticas públicas iniciou nos anos de 1970, principalmente após a obra de Pressman e Wildavsky (1973) que estudaram as falhas de implementação de um caso específico (Pülzl e Treib, 2007, p.89). Os autores reconheceram a complexidade desta fase do ciclo político, sendo difícil captar todas os fatores que a influenciam. Deste modo, eles sugeriram que houvesse avaliações constantes durante a implementação para compreender a interação entre os atores e o contexto da política (Schleicher e Marques, 2017, p. 393).

Deste modo, a implementação de políticas públicas carece de mais teorias, até mesmo por considerar os complexos e diversos elementos envolvidos nelas, diferentemente dos estudos de implementação da área da Saúde que a tempos investigam através da Ciência da Implementação como as intervenções de saúde, por exemplo, novos tratamentos clínicos, se operacionalizam dentro do cotidiano dos serviços (Nilsen *et al.*, 2013).

Gabriela Lotta (2010) reforça que há um crescente interesse em estudos sobre os processos de implementação e que eles podem tanto analisar o conteúdo político e do processo de tomada de decisão, os resultados e a efetividade da política pública quanto a compreensão da operacionalização das políticas e sua relação com a organização administrativa. Desta forma, esta dissertação destina-se a analisar a operacionalização dos processos e dos resultados de implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) considerando

os atores da saúde como tomadores de decisão e gestores de uma política pública, mesmo não dotados de autoridade administrativa formal como a dos secretários de saúde e os prefeitos.

Para isso, tem-se como referencial teórico narrativo uma literatura que correlaciona os temas sobre: pesquisa e ciência da implementação, intersectorialidade ou colaboração intersectorial e atores (força de trabalho ou burocratas de nível de rua). Embora a coleta de referências não seja sistematizada, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol para busca da literatura nas bases de dados Web of Science, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, além das referências disponibilizadas pela organização de pesquisa CFIR *Research Team-Center for Clinical Management Research*⁶. Optou-se pela literatura de obras com acesso aberto.

2.1 EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE A FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A palavra ‘implementar’ tem origem latina e significa cumprir ou levar ao efeito. Seria pôr um ato em prática ou de executar uma intenção, de realizar ou produzir algo com algum objetivo (Sousa, Batista e Helal, 2022). Para Sônia Draibe (2001) a implementação corresponde às atividades-meio de desenvolvimento e fim de execução da política, porém antes de tornar-se rotineira aos serviços.

Já, para Pressman e Wildavsky (1973) apud Hill (2005) a “implementação é um processo de interação entre uma gama de objetivos e as ações definidas para atingi-los”. Deste modo, a implementação de políticas públicas é um fenômeno social cuja interação dos atores pode refletir nos resultados delas. Por conseguinte, é possível construir conhecimento sobre a implementação de políticas a partir da prática dos atores na execução delas (Peters *et al.*, 2014; Schleicher e Marques, 2017).

Nos anos de 1970, as primeiras análises de políticas públicas direcionavam-se do topo a base, caracterizando a abordagem *top-down*, cujo sentido era prescritivo e de levantamento dos problemas técnicos ou administrativos de execução das

⁶ Disponível em: <https://cfirguide.org/>

políticas. O objetivo da análise era que o desenho das políticas fosse seguido pelo nível local tal qual o planejado pelo nível superior de gestão, numa perspectiva de controle do processo de implementação em relação aos resultados e as falhas de implementação (*implementation gap*), de maneira que as regras administrativas e ordem hierárquica do processo deveriam ser seguidas pelos burocratas do baixo escalão (Lotta *et al.*, 2018; Sousa, Batista e Helal, 2022).

Evidenciar a diferenciação entre o planejado pelos formuladores e executado pelos implementadores de acordo Lima e D'Ascenzi (2014) era visto como um processo problemático. Já, a discricionariedade, que permite aos atores locais tomadas de decisões diferentes daquelas elaboradas pelos superiores, segundo Lotta *et al.* (2018), também, era visto como um fator desviante da finalidade original.

Desta forma, as críticas ao modelo *top-down*, que previa que as decisões dos formuladores eram decisivas para o sucesso da implementação das políticas, é que se desconsiderava o papel dos atores locais e das redes intersetoriais na modelagem da implementação das políticas públicas (Lima e D'Ascenzi, 2013a; Mazzei e Farah, 2020; Sousa, Batista e Helal, 2022).

No Brasil, por volta dos anos de 1980, os estudos e avaliações de políticas tinham como o foco o controle dos gastos governamentais analisando-os sobre o olhar da eficácia, eficiência, efetividade, equidade, sustentabilidade, satisfação dos usuários-beneficiários e da relação custo-efetividade (Correa e Ramos, 2020; Costa e Castanhar, 2003; Tumilowicz *et al.*, 2019).

Já mundialmente, nesta época, surgia a análise de políticas públicas da base ao topo hierárquico caracterizada como abordagem *bottom-up* que considerava os fatores que influenciam no processo de implementação como o ambiente e as relações entre os atores envolvidos com a política ou programa (Lotta *et al.*, 2018). Fato corroborado por Sabatier (1986) apud Mazzei e Farah (2020, p. 316-7) que acreditava que o sucesso do programa “dependia mais dos indivíduos específicos presentes na estrutura local de implementação do que do esforço do governo central”.

Logo se reconheceu que a execução em nível local da política pela rede de atores e por suas discricionariedades são desejáveis para que ocorram adaptações no desenho original da política, podendo surgir novos processos de formulação, implementação e reformulação das políticas, diante da perspectiva do ciclo de políticas.

Porém, nacionalmente, é a partir dos anos de 2010 que os estudos, embora ainda poucos, se direcionam para a atuação dos burocratas de nível de rua (BNR), para as interações entre os setores, a coordenação em redes e a descentralização de políticas (Lotta *et al.*, 2018; Sousa, Batista e Helal, 2022).

Ao se reconhecer que cada indivíduo ao implementar tem seus próprios objetivos, estratégias, atividades, contatos e múltiplas pressões sobre a execução das atividades, os estudos sobre a implementação das políticas no *bottom-up* destacaram como os processos de execução ocorreriam (Lotta, 2019; Lotta *et al.*, 2018; Mazzei e Farah, 2020; Sousa, Batista e Helal, 2022).

Segundo Lipsky (2019), que atribui ao ator local a denominação de BNR sendo aquele indivíduo que diretamente presta serviço a população, os fatores como:

“condições de tempo limitadas; a limitação de informações e de custo para levar as informações aos trabalhadores; sua capacidade de absorver e avaliar as informações; as condições de trabalho, infraestrutura e recursos necessários para o desenvolvimento adequado do trabalho; interpretação própria da política; aceitação ou questionamento de práticas e de políticas; o nível de complexidade do processo de implementação e o processo de interação com os beneficiários da política” (Lipsky, 1980 apud Mazzei e Farah, 2020, p. 326).

Assim, estes fatores são decisivos para que haja flexibilização do processo de implementação. Porém, isso pode repercutir em autoritarismo e clientelismo por parte dos burocratas de nível de rua ou em personalização e adequação da política ao contexto em que se insere (Mazzei e Farah, 2020).

Como o modelo *top-down* centrava-se nas normas, planos e decisões superiores com ênfase no problema como parte de um processo administrativo organizacional e o *bottom-up* na atuação dos atores, na autonomia das suas ações e nas interrelações cujo problema de implementação seria solucionado pela cooperação entre os implementadores. Ambas as abordagens (*top-down* e *bottom-up*) quando aplicadas isoladamente não conseguiam demonstrar a complexidade do processo de implementação das políticas (Hill, 2005).

Logo, a junção de ambas sob forma de uma abordagem híbrida, reconheceu a importância tanto do planejamento (*top-down*) como dos processos de execução (*bottom-up*) das políticas, sobretudo por compreender que a implementação não é uma fase isolada, dentro do ciclo de políticas públicas, mas que diversos fatores internos e externos, inclusive a presença de múltiplos atores e setores exercem

influência sobre a operacionalização e concretização das políticas (Arretche, 2001; Mazzei e Farah, 2020 e Schabbach, 2020).

Nesta abordagem Marta Arretche (2001) reforça que tanto o desenho da política quanto o papel dos atores-implementadores são decisivos para o processo de implementação. Devido ao conhecimento do programa ou política que implementam, bem como quanto a clareza e aceitação dos objetivos e regras traçados pela gestão superior e as condições que as organizações local, regional e nacional oferecem para que ocorra o processo de implementação (Mazzei e Farah, 2020). Em contrapartida, um grupo de autores reconhece que apenas a abordagem híbrida não seria suficiente para analisar a implementação de uma política ou programa, pois não se soma a ela a análise dos subprocessos de implementação (Correa e Ramos, 2020; Lima e D'Ascenzi, 2013a; Lotta *et al.*, 2018).

Desta forma, uma abordagem baseada na interação da estrutura normativa da política, dos recursos disponíveis oriundos do topo hierárquico (modelo *top-down*), com as decisões e rotinas de trabalho dos burocratas de nível de rua e as características do contexto local de implementação (modelo *bottom-up*) somado à análise dos processos de implementação elevam a importância da fase de implementação das políticas públicas, como também, auxilia na compreensão dessa etapa como uma sucessão de decisões por diversos atores e organizações numa perspectiva de governança multinível (Correa e Ramos, 2020; Lima e D'Ascenzi, 2013a; Lotta *et al.*, 2018).

2.2 AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Os estudos sobre implementação de políticas públicas ocorrem sob duas teorias, uma sobre os impactos gerados pela política e a outra sobre os processos de implementação da política. Isto é, a primeira visa entender a relação dos objetivos da intervenção que resultam na mudança social desejada, já a segunda verifica a execução das atividades de trabalho propostos pela política, juntamente com a geração de dados para uma possível reprogramação e, principalmente, a identificação de obstáculos e/ou fatores facilitadores os quais influenciam positiva ou negativamente nas metas e objetivos da política e que, conseqüentemente, podem influenciar no desempenho dos resultados/impactos esperados pela política pública.

(Costa e Castanhar, 2003; Draibe, 2001; Grol *et al.*, 2007; Rossi, Lipsey e Freeman, 2004; Trevisan e Van Bellen, 2008).

Assim, ao analisar como ocorrem os processos de implementação, também chamados como processos de concretização ou execução das políticas, é possível compreender como ocorreu o desempenho do Estado, tanto no controle, prestação de serviço e resultados da política (Lotta *et al.*, 2018). Uma vez que a Ciência da Implementação tem como premissa que para a concretização de uma política bem-sucedida a qualidade do processo de implementação é pré-condição fundamental para a geração dos impactos esperados e a avaliação da política. O que reforça a inter-relação entre as fases do ciclo político, assim a análise dos processos de implementação descreve o “como” e explica o “porque” a política pública acontece (Damschroder *et al.*, 2022b; Frey, 2000; Mazzei e Farah, 2020).

Segundo levantamento realizado por Grol *et al.* (2007) as teorias do processo dividem-se em dois planos, um referente a organização e outro a utilização da política. No Organizacional analisa-se como as atividades foram planejadas e organizadas em busca da eficácia, no plano da Utilização como o público-alvo usufrui das atividades da política. Desta maneira, ao conhecer quais foram as estratégias organizacionais de implementação é possível verificar ao longo da concretização da política que fatores influenciaram na eficácia do desenho, organização e execução dela (Costa e Castanhar, 2003; Draibe, 2001; Trevisan e Van Bellen, 2008).

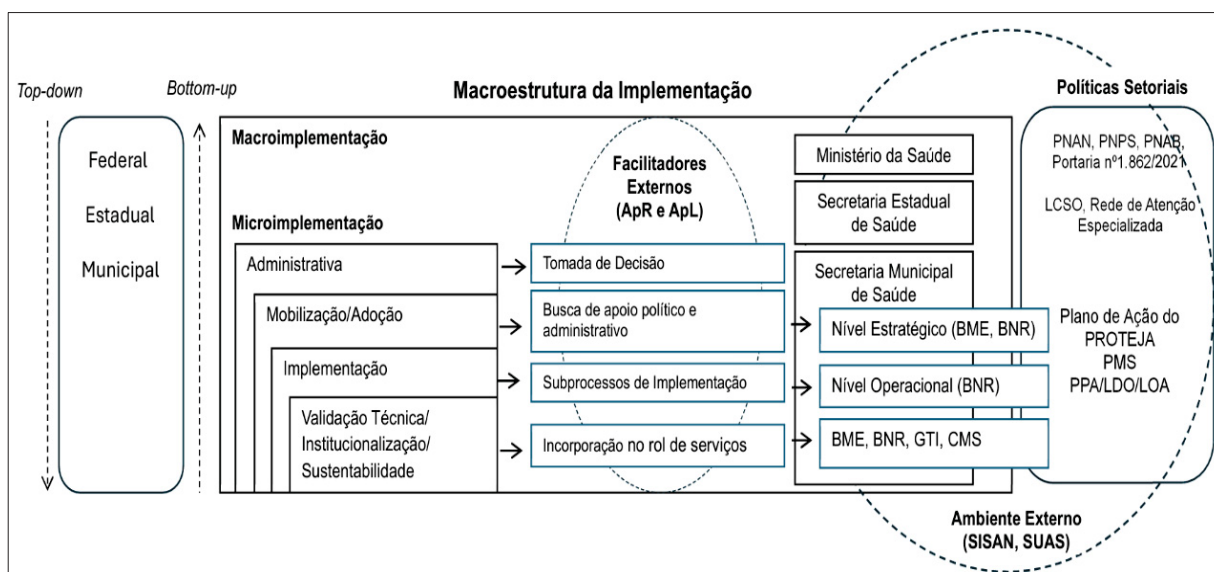
Normalmente, as pesquisas sobre os processos de implementação são concomitantes a execução da política o que corresponde a dimensão temporal de análise. Esta pode ser incremental, com visão de longo prazo na qual as estratégias de implementação se desdobram em várias etapas de execução, ou de choque na qual a temporalidade corresponde a um único momento de implementação da política. De acordo com Berman (2007, p. 295) há uma macroestrutura de implementação de políticas que é “composta por organizações, atores, dinâmicas, regras e padrões de comportamento” que se estendem desde o nível federal (macroimplementação) ao local (microimplementação) em uma série de quatro etapas, não necessariamente lineares e obrigatórias.

A primeira etapa corresponde a Administrativa que é composta pela decisão política do programa de governo; a segunda a da Adoção na qual o programa de governo é adotado como projeto pelas respectivas esferas governamentais; a terceira a da Microimplementação há a adoção do projeto que se traduz em ações práticas a

nível local e, por fim a da Validação Técnica em que as práticas locais produzem enfim um resultado (Berman, 2007; Schabbach, 2020) (FIGURA 1).

Porém, é sobretudo no nível da microimplementação que as presenças das organizações locais e dos atores locais ganham destaque. Tanto para Berman (2007) quanto para Damschroder *et al.* (2022b) ela se ramifica em três fases: Mobilização ou Adoção; Implementação; e Institucionalização ou Sustentabilidade. Na mobilização/adoção ocorrem a tomada de decisão de adotar, ou não, a política, a busca de apoio político e administrativo e a entrega da política; na implementação ocorre a execução em si da política e na institucionalização/sustentabilidade ocorre a incorporação da política no rol dos serviços públicos e a continuidade das atividades, independentemente, da presença ou não de financiamento (Schabbach, 2020).

FIGURA 1 - MACROESTRUTURA DA IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: Elaborada pela Autora (2024) a partir dos conceitos de Berman (2007).

LEGENDA: ApR: Apoiadores Regionais; ApL: Apoiadores Locais; BME: Burocratas de Médio Escalão; BNR: Burocratas de Nível de Rua; GTI: Grupo de Trabalho Intersetorial; CMS: Conselho Municipal de Saúde; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; LCISO: Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade; PMS: Plano Municipal de Saúde; PPA: Plano Plurianual; LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA: Lei Orçamentária Anual; SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e SUAS: Sistema Único de Assistência Social.

Ainda em relação as análises das estratégias organizacionais de implementação destacam-se as outras três dimensões, sendo elas: os atores estratégicos; as parcerias e rede de apoio e os subprocessos de implementação. O exame dos atores tem o sentido de conhecer quem são, que poderes decisórios possuem, quanto aceitam ou resistem à política e como cooperam entre si para a

sustentabilidade da política a ser implementada; o levantamento das parcerias e redes de apoio tem a preocupação de conhecer os interesses e as suas relações com a política a ser implementada; e os subprocessos da implementação, descritos no QUADRO 1, são o cerne da avaliação de implementação, uma vez que na sua identificação é que se descobre quais são:

“Os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva e negativamente, o cumprimento das metas e objetivos. Tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais dos resultados” (DRAIBE, 2001, p.30).

Os subprocessos ou sistemas de implementação propostos por Draibe (2001) podem ser utilizados como um recurso teórico-metodológico como fizeram Correa e Ramos (2020) para analisar a implementação local de uma política pública nacional de assistência estudantil. Diante disso, acredita-se que esta proposta metodológica poderá auxiliar na identificação das barreiras e dos fatores facilitadores da implementação do PROTEJA bem como, se descreverá a operacionalização da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil no âmbito local de municípios brasileiros de pequeno porte.

QUADRO 1 - SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Subprocessos		Características observadas na análise
Gerenciais e Decisórios		Estrutura organizacional; Graus de (des)centralização; Competência dos gestores (legitimidade); Capacidade de decisão (autonomia); Regime de trabalho.
Divulgação e Informação		Adequação dos meios de divulgação as partes interessadas; Qualidade (clareza) e quantidade (suficiência); Acesso à informação (agilidade de fluxos de informação); Grau de conhecimento da política.
Seleção		Publicização; Formas de recrutamento e seleção partes interessadas (atores e beneficiários); Adequação dos selecionados aos objetivos do programa.
Capacitação		Treinamento para operacionalização; Conteúdo, qualidade, quantidade, duração dos cursos, frequência entre capacitações; Segurança para agir após.
Logísticos e Operacionais		Suficiência de recursos (financeiros, materiais e humanos); Prazos, fluxos; Qualidade da infraestrutura.
Monitoramento e Avaliação Internos	Monitoramento	Regularidade, abrangência, agilidade na identificação de desvios e correções; Divulgação dos resultados; Correções de procedimentos.
	Avaliação	Regularidade, abrangência; Grau de participação e comprometimento; Efetividade (em extrair e promover melhorias); Divulgação dos resultados; Promoção da aprendizagem institucional

FONTE: Adaptado de Correa e Ramos (2020) e Draibe (2001).

Para melhor identificação dos subprocessos, por conseguinte, as barreiras e os fatores facilitadores da implementação do PROTEJA optou-se pela metodologia da Ciência da Implementação com auxílio de uma estrutura consolidada para pesquisa de implementação para a coleta de dados, codificação e análise.

2.3 PESQUISA DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A pesquisa da implementação é um estudo científico com base em diversas disciplinas e que amplamente explora os aspectos influenciadores, os contextos, os processos e os resultados da implementação. Dentro da Ciência da Implementação, normalmente o objeto de estudo é chamado de intervenção ou estratégia, porém nesta dissertação para não confundir com o nome da política – Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) – o objeto será denominado como ‘Inovação’, também respeitando as atualizações dos estudos sobre implementação (Damschroder *et al.*, 2022a; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013).

2.3.1 Estrutura consolidada para pesquisa de implementação

Diante da diversidade de termos e definições empregadas nas teorias e estudos sobre implementação, Laura Damschroder e colaboradores em 2009 padronizaram uma taxonomia para facilitar a identificação e compreensão das investigações sobre implementação e criaram uma estrutura consolidada para pesquisa que reúne uma série de domínios que influenciam na execução de políticas, programas e intervenções. Esta estrutura é mundialmente conhecida como *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).

A padronização permitiu comparar e verificar o que, onde e como as variáveis respondem seja de forma positiva ou negativa aos múltiplos contextos, possibilitando tanto uma avaliação qualitativa quanto quantitativa, bem como o progresso da implementação e dos seus resultados de implementação das inovações com base na gestão da qualidade (Damschroder *et al.*, 2009, 2022b; Poole *et al.*, 2023).

Porém, o CFIR isoladamente não explica os fatores influenciadores, mas pode auxiliar na previsão e identificação das barreiras e fatores facilitadores, vistos como

variáveis independentes. Deste modo, é possível explicar retrospectivamente e prospectivamente a implementação através da análise dos seus processos ou resultados. Desta forma o CFIR está organizado em cinco domínios: Inovação; Ambiente Interno; Ambiente Externo; Indivíduos e Processo de Trabalho de Implementação (APÊNDICE 01) (Damschroder *et al.*, 2022a; Nevedal *et al.*, 2020; Padoveze *et al.*, 2021).

A Inovação reflete “a coisa” em si que se quer implementar, neste caso o próprio PROTEJA. Toda inovação é composta por um ‘núcleo central’ (elemento essencial e indispensável) e uma ‘periferia adaptável’ (elementos, estruturas e sistemas adaptáveis relacionados à intervenção e organização na qual está sendo implementada).

O Ambiente Interno são as características estruturais, políticas e culturais nas quais ocorrem os processos de implementação. Já, o Ambiente Externo pode influenciar a implementação em função do contexto econômico, político e social dos quais a organização principal que implementa a inovação está inserida, bem como a rede de apoio.

Os Indivíduos são aqueles que estão envolvidos no processo de implementação desde os atores estatais aos usuários. Porém, nesta pesquisa optou-se por pesquisar no nível de indivíduo, os burocratas de nível de rua, por serem eles os responsáveis diretos pela execução da política. Assim, se excluiu elementos socioeconômicos, políticos e culturais que podem interferir na questão do acesso dos usuários ao PROTEJA.

Por fim, o quinto domínio diz respeito aos Processos de Trabalho da Implementação, que se desdobram em subprocessos, não lineares e obrigatórios, mas que atuam em diversos níveis como o individual, correspondente ao profissional da saúde, até o organizacional, corresponde a secretarias e a prefeitura do município.

Desta forma, a taxonomia do CFIR servirá como base para compreender como ocorreram os processos de implementação, assim, subentende-se que uma estrutura consolidada para pesquisa de implementação abrirá a caixa preta dos elementos da implementação, sobretudo das barreiras e fatores facilitadores existentes. Logo, o CFIR é uma base para compreender os processos de concretização do PROTEJA (Damschroder *et al.*, 2009; Grol *et al.*, 2007).

Como esta pesquisa ocorre concomitantemente a política, os resultados da implementação revelam (retrospectivamente) o sucesso ou fracasso da Inovação até

o momento da coleta de dados, ou seja, aos 24 meses da implementação. Porém, em um primeiro momento de análise qualitativa da implementação do PROTEJA, bem como diante do tamanho amostral e pelas limitações impostas a coleta de informações de forma virtual, optou-se por trabalhar apenas com os resultados extraídos dos prestadores (atores da saúde), que estão diretamente envolvidos com a entrega da inovação (Damschroder *et al.*, 2022b).

A coleta de dados pelo CFIR quer prever e/ou explicar os resultados da implementação com base nos seus determinantes. Desta maneira, esta pesquisa não está centrada nos impactos que a inovação pode dar, sendo eles a redução da prevalência da obesidade infantil e a melhora na nutrição e saúde das crianças assistidas.

2.3.2 Critérios de avaliação da implementação

A qualidade da implementação pode ser medida por critérios de avaliação que guiarão os tomadores de decisão para a necessidade, ou não, de correções na política, bem como a continuidade ou extinção dela. Como esta pesquisa qualitativa visa complementar o projeto maior de avaliação da implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, a análise da eficácia dos processos de concretização do PROTEJA pode revelar se os objetivos e metas da política foram alcançados.

Nesta perspectiva a descrição dos subprocessos revelará como as ações governamentais resultaram em uma implementação bem-sucedida ou não através da medida dos fatores facilitadores ou das barreiras à concretização da política (Correa e Ramos, 2020; Costa e Castanhar, 2003; Draibe, 2001; Proctor *et al.*, 2011).

Soma-se a isso a avaliação dos resultados da implementação sobre como os atores aceitaram, adequaram, viabilizaram e rotinizaram os processos de implementação do PROTEJA. O QUADRO 02 demonstra as definições das variáveis dos resultados e os termos correlatos utilizados nas pesquisas de implementação (Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011).

QUADRO 2 - VARIÁVEIS DE RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Variáveis	Definição das variáveis	Termo correlacionados
Aceitabilidade	Percepção de quanto a inovação é agradável pelos atores	Vantagem relativa, credibilidade
Adequação	Percepção da relevância da inovação frente a um problema ou ao público específico	Adaptabilidade, utilidade percebida, relevância
Viabilidade	Percepção de como a inovação pode ser realizada num determinado ambiente ou organização.	Praticidade, utilidade, teste piloto
Sustentabilidade	Percepção da manutenção ou institucionalização da inovação num determinado ambiente	Manutenção, continuação, rotinização,

FONTE: adaptado de Peters *et al.*, (2014); Peters, Tran e Adam (2013); Proctor *et al.* (2011)

2.4 ATORES E REDE INTERSETORIAL

Como os processos de implementação são diversos e complexos, um componente essencial para a sua compreensão é a presença e influência de atores implementadores da política. Uma vez que são indivíduos dotados de interesses próprios e que podem estar alinhados, ou não, com as regras da organização e da política a ser implementada, o que pode resultar em autoritarismo e clientelismo ou aceitação, motivação e adequação a política a ser implementada (Mazzei e Farah, 2020; Schleicher e Marques, 2017).

Bem como as decisões são influenciadas pela posição hierárquica que o ator ocupa, há uma série de escolhas e negociações que eles precisam tomar conforme os suas condições, estruturas de trabalho, regras administrativas e informações disponíveis (Arretche, 2001; Schleicher e Marques, 2017).

Desta forma, a diversidade de atores governamentais e não governamentais e de contextos locais são fatores diretamente relacionados ao sucesso da implementação, levando em conta ainda o poder de discricionariedade que podem conferir diferentes formas de execução da política. Sendo esta indispensável para que os subprocessos da implementação aconteçam, até mesmo porque os atores implementadores possuem vasto conhecimento sobre o território (Arretche, 2001; Correa e Ramos, 2020; Lima e D'Ascenzi, 2013; Mazzei e Farah, 2020).

Nas palavras de Lotta *et al.* (2018, p.788) os “agentes implementadores não são simples seguidores de regras, eles as interpretam, alteram e decidem”, em função desse poder podem surgir práticas inovadoras e criativas da política que está sendo

implementada. Mesmo que o controle do processo de implementação ocorra pelas organizações superiores, pela maior fidelidade a política inicial elaborada, daí a importância de analisar o papel do PROTEJA na interação intersetorial, portanto na interação entre atores, para compreender como as estratégias de prevenção e atenção à obesidade infantil se comportam quando há diversidade de decisões sobre a política (Mazzei e Farah, 2020).

Como a Inovação visa ações intersetoriais é inevitável que haja interação entre diversos atores governamentais no âmbito local que, por consequência, também interagem com os usuários (atores não governamentais). Desta forma, a cooperação é fundamental, porém ela segue um fluxo temporal próprio, que nem sempre condiz com o fluxo temporal da própria política (Mazzei e Farah, 2020).

Para que as interações sejam produtivas e resolutivas é necessário que exista uma coordenação ou instância decisória que direcione os trabalhos, mesmo quando uma política pública com ação intersetorial esteja presente entre vários níveis de governança (cooperação vertical) ou entre diversas instâncias de mesmo nível (cooperação horizontal). Desta forma, algum ente governamental acaba canalizando os processos de implementação e os padrões de relações entre os atores, caracterizando uma governança multinível em forma de rede ou *policy network* (Arretche, 2001; Lima e D'Ascenzi, 2013; Lotta *et al.*, 2018; Mazzei e Farah, 2020; Schabbach, 2020).

Como a operacionalização do PROTEJA ocorre no âmbito municipal por diversas secretarias, a cooperação horizontal ou intragovernamental é complexa e requer uma estrutura de compartilhamento de decisões (Brasil, 2022; Mazzei e Farah, 2020). Porém, de acordo com Peters (2004) apud Schabbach (2020) quando há ausência de cooperação, a implementação da política pode ser interrompida, reduzida ou até tenha duplicação ou ausência de tarefas e, até mesmo, aumento de conflitos e competições internas pelo poder.

Todavia, uma atuação conjunta de diversos setores, embora seja um grande desafio, também pode potencializar a solução de problemas públicos, como o da obesidade infantil. Logo, quando há compartilhamento de responsabilidades, interesses, recursos e culturas organizacionais há uma melhor promoção do objetivo comum, porém se faz necessário manutenção da cooperação durante toda a fase de implementação da política (Schabbach, 2020).

Para Bronzo (2010) a intersectorialidade consiste em uma estratégia de gestão integrada de políticas e que, muitas vezes, exige uma alteração das estruturas institucionais tais como gestão em rede ou matricial. De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a PNAN a intersectorialidade e a intrasetorialidade são princípios, respectivamente, definidos como (QUADRO 3):

QUADRO 3 - DEFINIÇÕES DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERSETORIALIDADE		INTRASETORIALIDADE
“processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenção compartilhada, que estabelece vínculos, corresponsabilidades e cogestão para objetivos comuns” ^a	“Articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas” ^b	“exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” ^c

ELABORAÇÃO: A autora (2024) a partir de: ^a Brasil, 2014, art.4º, inciso V; ^b Brasil, 2013, p. 72; ^c Brasil, 2014, art.4º, inciso VI.

Isso demonstra que a intersectorialidade pode ser um *modus operandi* estratégico para o Setor Saúde, dada a complexidade multifatorial dos problemas de saúde pública que requerem uma descentralização da organização e distribuição do poder para que as políticas de assistência possam ser operacionalizadas da melhor maneira possível nos sistemas locais de saúde. Em vista disso, a articulação e a integração de diferentes conhecimentos e atuações técnicas aliados em um objetivo comum, podem contribuir com a organização das ações da Inovação (Santos, Silva e Lacerda, 2021).

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 DESENHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo sobre a Avaliação do PROTEJA, tendo o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas como local de submissão e cuja aprovação se deu em 22 de junho de 2023 conforme o parecer 6.135.172 (APÊNDICE 02). Assim, como um *continuum* ao estudo ela visa a ampliação e qualificação do conhecimento pelo aprofundamento qualitativo exploratório e descritivo dos processos de implementação das ações e da articulação intersetorial executados pelos atores da saúde de municípios de pequeno porte brasileiros, no contexto da implementação do PROTEJA.

Diante do problema apresentado o propósito do uso da pesquisa qualitativa é compreender o que as pessoas fazem e pensam, assim, dentro das ciências sociais ela permite entender diversas realidades através das percepções, experiências, atitudes e opiniões existentes na relação dialética entre o sujeito (atores da saúde) e o objeto (PROTEJA). Desta forma, ao levantar a experiência individual do informante-chave (ator da saúde) será possível compreender o contexto coletivo da gestão pública, uma vez que a sua singularidade e aprendizagens em relação a implementação da Inovação são moldadas pelo ambiente em que ele se insere (Creswell, 2007; Knauth e Leal, 2014; Minayo e Sanches, 1993; Minayo, 2012; Strauss e Corbin, 2008)

Como as inovações são vistas como as políticas, programas ou práticas individuais, o PROTEJA é uma nova forma de deter o avanço da obesidade por prestar assistência à saúde infantil, não somente através de práticas prescritivas, mas também ambientais (Damschroder *et al.*, 2022a). Assim, o propósito da pesquisa da implementação segundo Peters *et al.* (2014) é entender o que, o porquê e como as inovações se comportam em ambientes reais. Uma vez que estas são formuladas em laboratórios ou imaginadas em um mundo ideal de funcionamento, porém na prática, quando implementadas em ambientes reais se comportam de forma diferente da intenção original.

3.1.1 Universo Amostral

A Portaria nº1.863/2021 elencou quais municípios poderiam participar da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, sendo locais com porte populacional menor de 30 (trinta) mil habitantes, que tivessem uma prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 (dez) anos no valor maior ou igual a 15% (quinze por cento); uma cobertura maior ou igual a 50% (cinquenta por cento) de avaliação do estado nutricional em crianças menores de 10 (dez) anos e registro de avaliação de marcadores de consumo alimentar em crianças menores de 10 (dez) anos (Brasil, 2021b, art. 3º).

Diante do quantitativo total de municípios participantes do PROTEJA, optou-se pela estratégia de estudo de múltiplos casos, mas não se quer generalizar as conclusões deste estudo para todos os municípios participantes da Inovação, em função da diversidade de contextos locais, mas sim traçar um panorama que seja representativo de municípios que possuam semelhanças intrarregionais e/ou de desempenho (Gil, 2008; Yin, 2001).

Assim, foram considerados elegíveis para participar da Inovação 1.331 municípios ao longo de todo o país, porém 1.320 (99,1%) fizeram a adesão e receberam três repasses financeiros para o ciclo de 2021-2023 de implementação da Estratégia. O total de municípios por macrorregiões geográficas brasileiras era de: Norte com 5,9% (78 municípios); Nordeste com 41,4% (547 municípios); Centro-oeste com 4,5% (60 municípios); Sudeste com 37% (488 municípios) e Sul com 11,1% (147 municípios).

Em vista disso, para delimitar quais municípios seriam convidados para participar das entrevistas, foram elencados 4 (quatro) critérios de seleção, sendo: a) Responsável Técnico (RT) atuante desde o ano de 2021 ou 2022; b) número de municípios proporcional a participação por Unidade Federativa (UF) por macrorregiões geográficas brasileiras, totalizando 42 municípios; c) destes em caso de desistência, não contatação ou não aceite de participação houve a substituição de município conforme a proporcionalidade por UF, totalizando outros 17 municípios; d)

convite para municípios considerados como experiências exitosas que participaram dos webinários⁷ nacionais ou regionais, totalizando 13 municípios.

Desta forma, foram convidados 72 municípios para participar das entrevistas cujos convites foram enviados por programa de mensagens e por e-mail. Como a coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2023 a março de 2024, este período foi um fator limitante para o número de participantes. Consentiram em participar da amostra não probabilística de 35 (trinta e cinco) municípios, totalizando em 48,61% dos convidados.

Cada município recebeu um código de 'P' de Participante e um número, assim garantindo o anonimato. A TABELA 01 apresenta as características dos municípios e dos informantes chave que participaram das entrevistas. Por macrorregião geográfica a amostra ficou caracterizada como: Norte com 14,28% (5 municípios); Nordeste com 31,42% (11 municípios); Centro-oeste com 11,42% (4 municípios); Sudeste com 22,85% (8 municípios) e Sul com 20% (7 municípios). Entre os municípios participantes o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ficou caracterizado como: Alto com 22,86% (8 municípios); Médio com 45,71% (16 municípios); Baixo e Muito Baixo com 31,43% (11 municípios).

Dos informantes a maioria era de nutricionistas com 21 (60%), seguida de enfermeiros 8 (23%), depois por fisioterapeutas 4 (12%). A média de formação era de 12 anos, sendo o maior com 24 anos e a menor com 2 anos e meio. O gênero, predominantemente era o feminino. Quanto ao tempo de atuação no município, a maioria tinha menos 5 anos sendo 14 participantes (40%), entre 5 e 10 anos havia 11 (31%), entre 10 e 20 anos havia 5 (14%) e com mais de 20 anos, também, havia 5 (14%). Quanto a experiência profissional havia 21 participantes (60%) com experiência em coordenação prévia ou atual e com assistência havia 14 (40%).

⁷ Como atividade de apoio técnico pela UFAL à implementação do PROTEJA eram realizados oficinas on-line (webinários) nacionais e regionais para troca de experiências entre os municípios pactuados, tendo como expositores municípios com destaques positivos.

TABELA 1 - PERFIL DOS PARTICIPANTES

Código	Características do Município			Características do Informante				
	Macro-região ^a	IDHM 2010 ^b	FAIXA IDHM	Gênero ^c	Profissão	Tempo Formação ^d	Tempo Atuação ^d	Experiência de Função
P1	N	0,653	Médio	F	Nutricionista	6	6	Assistência
P2	N	0,561	Baixo	F	Nutricionista	6	6	Coordenação
P3	N	0,481	Muito baixo	F	Nutricionista	8	7	Coordenação
P4	NE	0,582	Baixo	F	Enfermeira	15	3	Coordenação
P5	NE	0,62	Médio	F	Enfermeira	14	2	Coordenação
P6	NE	0,546	Baixo	F	Nutricionista	4	4	Assistência
P7	NE	0,564	Baixo	F	Enfermeira	14	3	Coordenação
P8	NE	0,6	Médio	F	Fisioterapeuta	7	3	Coordenação
P9	CO	0,722	Alto	F	Nutricionista	7	6	Assistência
P10	CO	0,702	Alto	F	Gestão Pública	5	29	Coordenação
P11	NE	0,599	Baixo	F	Nutricionista	10	7	Assistência
P12	SE	0,583	Baixo	F	Nutricionista	13	7	Assistência
P13	SE	0,664	Médio	F	Nutricionista	13	5	Assistência
P14	SE	0,686	Médio	F	Enfermeira	24	24	Coordenação
P15	SE	0,658	Médio	M	Nutricionista	6	5	Coordenação
P16	SE	0,65	Médio	F	Nutricionista	11	11	Assistência
P17	SE	0,732	Alto	F	Assistente Social	12	22	Coordenação
P18	SE	0,648	Médio	F	Nutricionista	14	3	Assistência
P19	CO	0,643	Médio	F	Enfermeira	15	3	Coordenação
P20	CO	0,692	Médio	F	Nutricionista	24	3	Coordenação
P21	N	0,541	Baixo	F	Nutricionista	12	4	Coordenação
P22	NE	0,609	Médio	F	Enfermeira	12	8	Coordenação
P23	NE	0,566	Baixo	F	Fisioterapeuta	7	6	Assistência
P24	NE	0,565	Baixo	F	Nutricionista	15	13	Coordenação
P25	S	0,687	Médio	F	Nutricionista	20	19	Assistência
P26	S	0,711	Alto	F	Nutricionista	15	12	Coordenação
P27	S	0,621	Médio	F	Nutricionista	6	2	Coordenação
P28	NE	0,566	Baixo	F	Nutricionista	3	3	Assistência
P29	S	0,773	Alto	F	Nutricionista	20	11	Assistência
P30	S	0,694	Médio	M	Enfermeira	6	4	Coordenação
P31	S	0,756	Alto	F	Fisioterapeuta	22	20	Coordenação
P32	S	0,772	Alto	M	Fisioterapeuta	20	20	Coordenação
P33	NE	0,604	Médio	F	Nutricionista	7	3	Assistência
P34	SE	0,742	Alto	F	Nutricionista	20	7	Assistência
P35	N	0,637	Médio	F	Enfermeira	10	3	Coordenação

FONTE: A autora (2024).

NOTA: ^a Região: N = Norte, NE = Nordeste, CO = Centro-oeste, SE = Sudeste e S = Sul; ^b IDHM = Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>; ^c Gênero: F = Feminino e M = Masculino; ^d Tempo = em anos, segundo relatos nas entrevistas.

Para que os municípios pactuados com o PROTEJA recebessem o incentivo financeiro para a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil era necessário o cumprimento de indicadores obrigatórios, previstos no art. 7º da Portaria GM/MS nº 1.863/2021. Os municípios tinham como meta aumentar o resultado de cada indicador em relação aos resultados do ano anterior para que recebessem o repasse integral, partindo do ano base de 2020.

Os indicadores eram: I – número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado; II – número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; e III – número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças (Brasil, 2021b).

Os incentivos financeiros foram distribuídos ao longo do ciclo de implementação, sendo o primeiro logo após a adesão à inovação em 2021, o segundo ao 12º mês (2022) e o terceiro ao 24º mês (2023) da implementação. Assim, a cada ciclo anual de implementação realizava-se o monitoramento do desempenho. Quanto a segunda e terceira parcela os municípios receberiam proporcional ao atingimento das metas.

Assim, com o monitoramento dos indicadores é possível classificar o desempenho do município em relação as metas cumpridas através de Graus de Eficácia, sendo baixo quando se cumpriu 0 (zero) ou 1(uma) meta, moderado com 2 (duas) metas e alto com 3 (três) metas (Damschroder e Lowery, 2013).

Desta forma, com os resultados de monitoramento divulgados por meio de notas técnicas⁸ pelo Ministério da Saúde, que utilizava os relatórios públicos dos sistemas de informação da APS como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para o levantamento do cumprimento das metas sobre o consumo alimentar e atendimentos individuais, mais a extração de dados dos relatórios públicos do SISVAN em relação ao estado nutricional⁹, foi possível extrair informações auxiliares às

⁸ Nota Técnica nº 122/2022-CGAN/DEPROS/SAPS/MS - Divulgação dos resultados do monitoramento final dos indicadores previsto na Portaria nº 1.863/2021, para o ano de 2022 e Nota Técnica nº 193/2023-CGAN/DEPROS/SAPS/MS - Divulgação dos resultados do monitoramento final dos indicadores previsto na Portaria nº 1.863/2021, para o ano de 2023.

⁹ Relatórios de Acesso Público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Relatório Estado Nutricional através dos filtros de busca: Ano de referência (2020, 2022 e 2023), Mês de referência (todos), Agrupado por (município), Fases da Vida (criança), Idade (0 < 5 anos e 5 > 10 anos), Índice (IMC x Idade).Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

análises sobre como foi o processo de implementação do PROTEJA a nível local. A TABELA 02 apresenta o desempenho dos municípios para os anos de 2022-2023.

TABELA 2 - DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS NOS ANOS DE 2022 E 2023 EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS E GRAUS DE EFICÁCIA

Código	Metas Cumpridas (2022)	Grau de Eficiência (2022)	Metas Cumpridas (2023)	Grau de Eficiência (2023)
P1	3	Alto	1	Baixo
P2	3	Alto	0	Baixo
P3	1	Baixo	3	Alto
P4	3	Alto	2	Moderado
P5	3	Alto	2	Moderado
P6	3	Alto	2	Moderado
P7	2	Moderado	1	Baixo
P8	3	Alto	3	Alto
P9	3	Alto	1	Baixo
P10	2	Moderado	1	Baixo
P11	2	Moderado	1	Baixo
P12	3	Alto	1	Baixo
P13	1	Baixo	3	Alto
P14	1	Baixo	2	Moderado
P15	3	Alto	2	Moderado
P16	3	Alto	1	Baixo
P17	3	Alto	3	Alto
P18	3	Alto	1	Baixo
P19	3	Alto	3	Alto
P20	3	Alto	3	Alto
P21	3	Alto	2	Moderado
P22	3	Alto	2	Moderado
P23	3	Alto	0	Baixo
P24	3	Alto	2	Moderado
P25	2	Moderado	2	Moderado
P26	3	Alto	1	Baixo
P27	3	Alto	3	Alto
P28	2	Moderado	2	Moderado
P29	3	Alto	2	Moderado
P30	2	Moderado	2	Moderado
P31	3	Alto	2	Moderado
P32	2	Moderado	2	Moderado
P33	2	Moderado	3	Alto
P34	3	Alto	3	Alto
P35	2	Moderado	0	Baixo

FONTE: A Autora (2024), com base nas Notas Técnicas nº 122/2022 e nº 193/2023 da CGAN/DEPROS/SAPS/MS e Relatórios de Acesso Público do SISVAN.

Quando comparados os dois anos de avaliação, houve alteração quanto ao grau de eficácia (TABELA 03), em que um percentual de 22,86% (8 municípios) manteve mesmo grau de eficácia entre as duas avaliações, em contrapartida 77,14% (27 municípios) apresentaram mobilidade. Destes, 22,22% (6 municípios) aumentaram o número de metas e 77,78% (21 municípios) reduziram o número de metas atingidas (FIGURA 02).

TABELA 3 - NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRAU DE EFICÁCIA EM 2022 E 2023 COM RELAÇÃO AS METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS

Grau de Eficácia ^a	2022		2023	
	n	%	n	%
Baixo	3	8,57	12	34,29
Moderado	9	25,71	13	37,14
Alto	23	65,71	10	28,57

FONTE: A autora (2024).

NOTA: ^a Grau Baixo: 0 (zero) ou 1 (uma) meta; Grau Moderado: 2 (duas) metas; Grau Alto: 3 (três) metas.

FIGURA 2 – MOBILIDADE DO DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AOS GRAUS DE EFICÁCIA EM 2022 E 2023.



FONTE: A autora (2024).

NOTA: Cor Azul = Grau Baixo: 0 (zero) ou 1 (uma) meta; Cor Vermelha = Grau Moderado: 2 (duas) metas; Cor Verde = Grau Alto: 3 (três) metas.

Após, optou-se por classificar os participantes em grupos de desempenho quanto ao grau de eficácia para poder descrever a operacionalização dos processos de implementação, bem como, identificar as barreiras e dos fatores facilitadores em relação ao ambiente interno e externo, a inovação, os atores envolvidos e os processos de concretização das ações de implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil no âmbito local em municípios de pequeno porte.

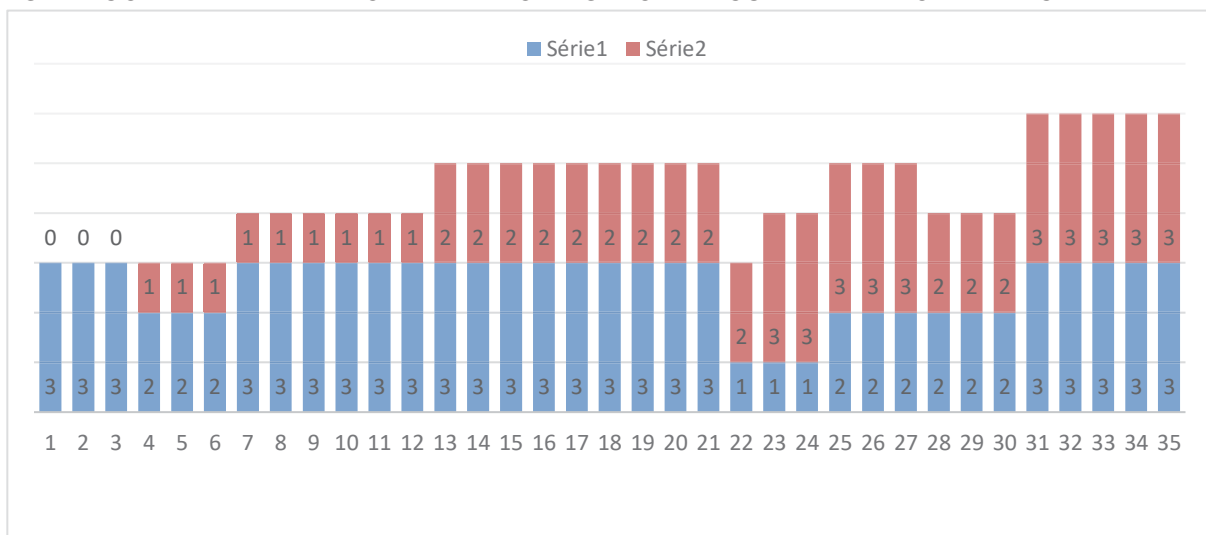
Assim, os grupos foram organizados conforme a comparação entre a avaliação de 2022 com a de 2023 (TABELA 04). Sendo o grupo de desempenho-declínio corresponde aqueles que reduziram o número de metas, o grupo desempenho-manutenção corresponde aqueles que mantiveram os números de metas nas duas avaliações e o grupo desempenho-evolução aqueles que aumentaram o número (Damschroder e Lowery, 2013). O GRÁFICO 1 demonstra o comportamento dos participantes por grupos de desempenho e número de metas cumpridas em cada ano.

TABELA 4 - NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO DE DESEMPENHO EM RELAÇÃO AS METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS EM 2022 E 2023.

Grupos de Desempenho	2022		2023	
	n	%	n	%
Declínio	15	42,86	21	60,00
Manutenção	14	40,00	8	22,86
Evolução	6	17,14	6	17,14

FONTE: A autora (2024).

GRÁFICO 1 – DESEMPENHO E METAS OBRIGATÓRIAS CUMPRIDAS DOS PARTICIPANTES



FONTE: A autora (2024).

3.2 COLETA DE DADOS

3.2.1 Processos de implementação

A implementação faz parte do ciclo de política públicas (*policy cycle*), havendo uma interdependência entre as fases, porém neste estudo o foco é o processo da implementação ou concretização da política, sobretudo através do enfoque híbrido, com destaque maior para o papel dos atores locais do que o planejamento da política pelas instâncias superiores. Uma vez que esses indivíduos são peça-chave para o “sucesso do programa” (Sabatier, 1986 apud Mazzei e Farah, 2020, p. 316-7), do mesmo modo para Arretche o sucesso da implementação é dependente da cooperação entre os diversos atores, seja governamentais e os não-governamentais, além dos beneficiários da política (Barreira e Carvalho, 2001, p. 321).

Conforme levantamento feito por Mazzei e Farah (2020) diversos autores reforçam que o processo de implementação é resultante da diversidade de contextos de operacionalização, sejam eles culturais, sociais, políticos e econômicos de cada local no qual a política pública está sendo executada, além das estruturas administrativas na qual os atores-implementadores estão inseridos.

Desta forma, para descobrir como a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, se comporta frente a diversidade de contextos locais dos municípios brasileiros de pequeno porte se utilizará a abordagem sistematizada da ciência da implementação para embasar o roteiro das entrevistas semiestruturadas para coleta dos dados primários, correspondentes às experiências dos atores-implementadores (Damschroder *et al.*, 2022a).

Assim, com a utilização de uma estrutura consolidada para pesquisa de implementação se extrairá do cotidiano do ator-implementador municipal (informante-chave) de forma retrospectiva como foi o processo de concretização da política que visa a prevenção e atenção à saúde de crianças com obesidade através das experiências dos indivíduos que atuaram sobre o processo de gestão da implementação, ou seja, as relações sociais e históricas se revelam na fala das pessoas, significando os fatos que se manifestam nas ações humanas (Bruyne, Herman e Schoutheete, 1977; Minayo e Sanches, 1993).

3.2.2 Entrevista semiestruturada

Inicialmente, foi realizado um teste piloto do roteiro de entrevista para verificação de ajustes das perguntas. O teste foi aplicado em um município da região do Nordeste em que se prestou apoio técnico local à implementação, cuja escolha se deu por conveniência devido a facilidade de comunicação por meio digital. Após o teste piloto, foram realizados ajustes no roteiro, principalmente na forma da escrita da pergunta e alteração de ordem delas. Após, ele passou por revisão entre os pesquisadores do estudo maior e foi aprovado.

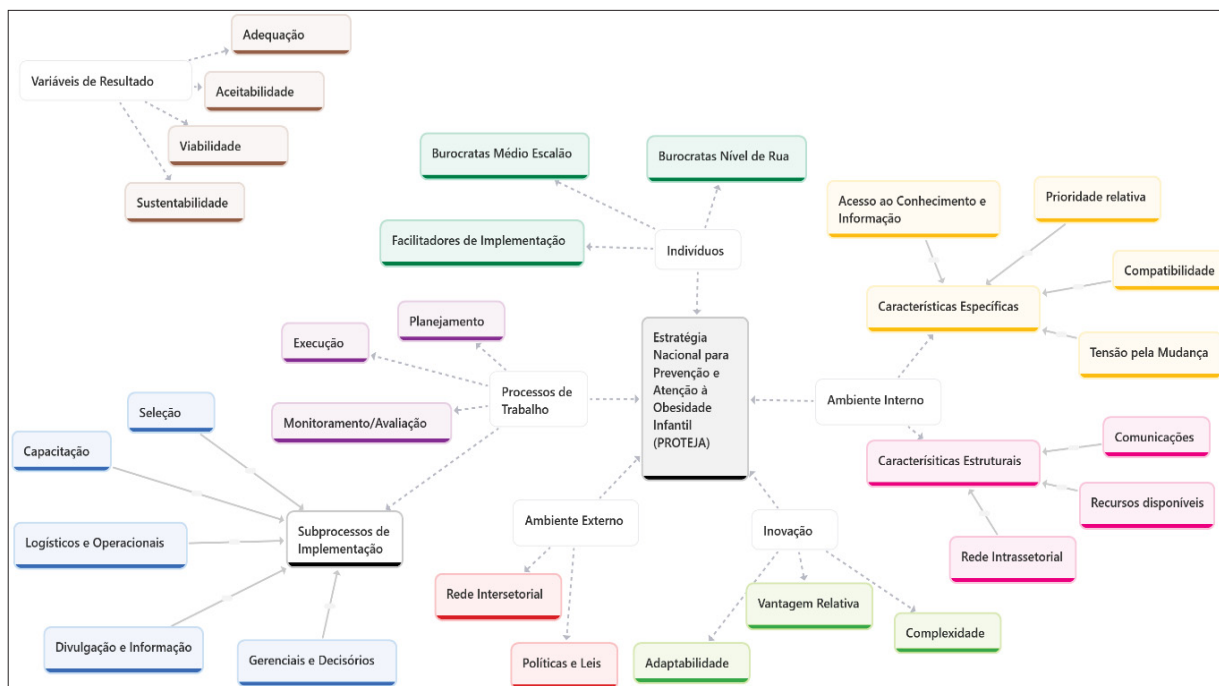
O roteiro semiestruturado foi composto por 60 (sessenta) perguntas não havendo a obrigatoriedade e a exaustividade de responder a todas as sentenças. As respostas esperadas, de acordo com os objetivos da questão, podem ser conferidas ao longo da fala do entrevistado. As perguntas foram elaboradas com base no CFIR e estão apresentadas no APÊNDICE 03.

Durante a fase de convite para a participação da entrevista remota por videochamada, os informantes-chave receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 04), bem como foram informados sobre a gravação da imagem e som durante a entrevista, os riscos e benefícios de participar dela. Após o consentimento, as entrevistas foram agendadas e realizadas em ambiente virtual, nesta fase houve a colaboração de outra pesquisadora. Ao todo as entrevistas resultaram, aproximadamente, em 31 horas de conversação, em 86 horas de transcrição e em 728 páginas ao todo. Em média, foram 53 minutos de conversação, 2h30min de transcrição e 20 páginas transcritas em papel A4, fonte Arial, tamanho 12 e espaçamento simples por participante.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se a análise temática para descrever e explorar os dados tendo em vista a perspectiva as possíveis barreiras e fatores facilitadores na implementação entre o que foi formulado e o executado. Assim, os temas foram os próprios domínios e categorias do CFIR (FIGURA 3), cujos nomes e significados deram origem aos códigos descritivos e avaliativos (APÊNDICE 01) (Bardin, 2016; Miles, Huberman e Saldaña, 2014).

FIGURA 3 – CODIFICAÇÃO DOS DOMÍNIOS E CATEGORIAS DO CFIR, SUBPROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E VARIÁVEIS DE RESULTADO.



FONTE: Elaborado pela autora (2024) através do ATLAS.ti.

Os códigos foram atribuídos aos recortes das falas (unidades de registro) dos informantes e conferiram significados simbólicos a eles. Trabalhou-se com codificação simultânea, ou seja, diversos códigos foram aplicados a mesma unidade de registro (citação) conferindo densidade e correlações entre eles, logo resultando em significados analíticos. Também realizou-se a codificação em níveis que conferiu valoração as falas, o primeiro nível (descritivo) identificou a categoria analisada (categorias dos domínios da implementação) e o segundo (avaliativo) complementava o primeiro e correspondeu as subcategorias das barreiras e fatores facilitadores, ou seja, valor negativo ou positivo a concretização da Inovação, a FIGURA 4 exibe a codificação simultânea (Miles, Huberman e Saldaña, 2014).

FIGURA 4 - EXEMPLIFICAÇÃO DE CODIFICAÇÃO SIMULTÂNEA CONFORME MILES, HUBERMAN E SALDAÑA

ID	Referência	Nome	Conteúdo de Texto	Documento	Densidade	Códigos
23:7	p 2		Sim, sim, porque você não tem o apoio, está entendendo? Eu achei que s	P23	3	[Aceitabilidade] [Gerenciais e Decisórios] [Rede Intrasetorial: Barr

Sim, sim, porque você não tem o apoio, está entendendo? Eu achei que são fáceis, porém se tornam complicadas devido ao apoio que você não tem da gestão

Aceitabilidade	→	Variáveis de resultados de implementação
Gerenciais e Decisórios	→	Processos de Implementação
Rede Intrasetorial: Barreira	→	Categoria (código descritivo): subcategoria (código avaliativo) da Implementação

FONTE: A autora a partir do software ATLAS.ti (2024).

Para auxiliar na análise dos dados qualitativos das percepções dos atores locais sobre as barreiras e fatores facilitadores do PROTEJA e a descrição dos processos de implementação, foi elaborado um livro de códigos com os critérios de inclusão e exclusão das respostas e suas respectivas referências (APÊNDICE 05). Para armazenar, organizar, analisar e exibir os dados utilizou-se o *software qualitative data analysis* (QDA) ATLAS.ti versão 24.1 e programa da Microsoft Excel versão 24 para elaboração de tabelas e gráficos (Bardin, 2016; Batsis *et al.*, 2020 e Souza Neto *et al.*, 2019).

Com objetivo de aumentar a objetividade da análise dos dados seguiu-se os fluxos simultâneos de atividades analíticas propostos por Miles, Huberman e Saldaña (2014, p.31) que seguem um processo cíclico iterativo de codificação, condensação, exibição, desenho e verificação da conclusão dos dados. A coleta de dados resultou em *corpus* de 35 documentos com 1.341 citações e com 69 códigos sendo 65 dedutivos oriundos da própria revisão da literatura da ciência da implementação e 4 indutivos¹⁰ que surgiram durante a análise dos próprios dados.

Quanto a condensação de dados optou-se por uma unidade de registro estendida para compreender o contexto da fala do informante que recebeu as codificações correspondentes a ela. A exibição dos dados está exposta em matrizes (tabelas, gráficos e redes de correlações) elaborados a partir das variáveis quantitativas dos domínios, subprocessos e resultados da implementação que foram analisados pelas frequências absolutas entre código-documento e por correlações

¹⁰ Códigos Indutivos: Aprendizagem organizacional; Comparação com Pares; Responsabilização do Cuidado Coletivo; e Usuários. Inclusão de Código Dedutivo: Burocratas de Médio Escalão (Domínio - Indivíduos)

entre os códigos (coocorrência). Os fluxos simultâneos de análises permitiram o desenho e verificação da conclusão pela interpretação dos padrões e fluxos causais (Miles, Huberman e Saldaña, 2014; Peters et al., 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor et al., 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação das barreiras, dos fatores facilitadores, a descrição da operacionalização dos processos de implementação e a avaliação do papel da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil na interação intrasetorial e intersetorial foram extraídas das experiências dos atores da saúde na gestão da política pública com ação intersetorial. Quando possível, os múltiplos casos foram agrupados conforme o desempenho dos participantes em relação as metas obrigatórias pactuadas pela Portaria GM/MS 1.863, de 10 de agosto de 2021 e/ou conforme as macrorregiões geográficas (Brasil, 2021b).

Os resultados estão descritos por domínios da implementação (Inovação, Ambiente Interno, Ambiente Externo, Indivíduos e Processo de Trabalho) seguidos da apresentação da frequência de codificação pelas análises entre código-documento e de coocorrência, das unidades de registros estendidas e da rede de correlações. As falas foram importadas do ATLAS.ti versão 24. As TABELAS 05 e 06 expõem a frequência total com que cada código foi utilizado nas análises dos dados qualitativos.

TABELA 5 - FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AS CATEGORIAS DOS DOMÍNIOS DA IMPLEMENTAÇÃO

DOMÍNIO DA IMPLEMENTAÇÃO	CÓDIGOS	FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÃO
Inovação	Adaptabilidade	87
	Vantagem Relativa	86
	Complexidade	41
Ambiente Interno	Recursos disponíveis	138
	Compatibilidade	187
	Rede Intrasetorial	127
	Tensão pela Mudança	121
	Prioridade relativa	108
	Comunicações	108
	Acesso ao Conhecimento e Informação	107
Indivíduos	Burocratas de Nível de Rua	223
	Burocratas Médio Escalão	139
	Facilitadores de Implementação	80
Processos de Trabalho	Planejamento	116
	Execução	102
	Monitoramento e Avaliação	21
Ambiente Externo	Rede Intersectorial	238
	Políticas e Leis	33

FONTE: A autora (2024).

TABELA 6 - FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AOS SUBPROCESSOS, VARIÁVEIS DE RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO E CÓDIGOS INDUTIVOS

	CÓDIGOS	FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÃO
SUBPROCESSOS DA IMPLEMENTAÇÃO	Capacitação	103
	Divulgação/Informação	295
	Gerencial/Decisório	321
	Logístico/Operacional	281
	Monitoramento/Avaliação	37
	Seleção	85
VARIÁVEIS DE RESULTADOS DE IMPLEMENTAÇÃO	Aceitabilidade	279
	Adequação	351
	Sustentabilidade	69
	Viabilidade	274
CÓDIGOS INDUTIVOS	Aprendizagem organizacional	33
	Comparação com Pares	26
	Responsabilização do Cuidado Coletivo	20
	Usuários	12

FONTE: A autora (2024).

4.1 INOVAÇÃO

O domínio da Inovação trata da própria estratégia para prevenção e atenção à obesidade infantil, nele buscou-se saber como os municípios compreenderam o desenho da implementação através das categorias que descreviam a vantagem da inovação em relação a outras intervenções, como ela poderia ser adaptada para atender as necessidades locais e quanto foi complexo a execução das etapas de implementação. Foram identificados mais fatores facilitadores do que barreiras para as três categorias analisadas em relação a Inovação (TABELA 07).

TABELA 7 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DA INOVAÇÃO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES

Inovação		Desempenho			Totais
Categorias	Subcategorias	Declínio	Evolução	Manutenção	
Vantagem Relativa	Barreira	9	2	4	15
	Facilitador	42	18	13	73
Complexidade	Não-Percebida (Barreira)	5	5	4	14
	Percebida (Facilitador)	15	4	9	28
Adaptabilidade	Barreira	9	1	7	17
	Facilitador	39	5	26	70

FONTE: A autora (2024).

4.1.1 Vantagem Relativa da Inovação

A categoria tinha como objetivos de identificar qual era a vantagem, ou não, de implementar a inovação em relação a outros programas similares disponíveis no âmbito local, nas entrevistas a maioria dos participantes compararam o PROTEJA com o Programa Saúde na Escola (PSE) e/ou Programa Crescer Saudável. Outro de verificar a ideia geral da política e da intersectorialidade, porém diversas percepções foram sobre os impactos que o programa trazia aos beneficiários, não sendo o objetivo desta pesquisa. Apesar da divergência essas percepções foram quantificadas como fator facilitador da vantagem relativa por estar atrelada a pergunta chave do roteiro.

Houve 73 codificações favoráveis a inovação e 15 desfavoráveis. Assim, os atores consideraram como facilidades da inovação a função de promover a intersectorialidade, o conhecimento do diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional no território e o apoio técnico ofertado durante o ciclo de implementação. Pela análise de coocorrência a Inovação conferiu um caráter de rotinização das atividades de trabalho permitindo a sustentabilidade do programa a nível local. Desta maneira, sendo mais viável, logo vantajosa, do que os outros programas como no relato de P15.

Bom, aqui eu consegui envolver mais a intersectorialidade e as atividades de forma mais contínua com o PROTEJA. O PSE a gente sempre faz também, a semana da saúde na escola, a gente sempre desenvolve todos os anos, mas era uma coisa mais distante, tinha atividade e depois acabava e era aquilo, entendeu? Com o PROTEJA não. Com o PROTEJA gente ficou mais próximo, o vínculo é muito maior. ¹¹

Desse modo, houve a percepção do atores-implementadores quanto a vantagem clara de implementar o PROTEJA considerando o caráter intersectorial que permitiu a continuidade do monitoramento da situação alimentar e nutricional do território do que os outros programas similares, o que facilitou a adoção da implementação da inovação segundo Greenhalgh *et al.* (2004, p. 594).

Outra vantagem foi a adequação da inovação na percepção do problema público da obesidade, pois para o ator P13 o PROTEJA foi adequado como fonte de informação para a tomada de decisão.

¹¹ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Pra mim o PROTEJA, foi o melhor programa que existiu, porque foi o primeiro momento que eu tive a oportunidade de ver os meus indicadores, que a gente não tem tempo de parar de fazer. A gente coleta o dado e lança, mas parar, fazer mapeamento, conhecimento de território. Foi o PROTEJA, que me oportunizou. Para desenvolver todas as ações que eu consegui. [...] Porque foi onde eu pude identificar o bairro que eu tinha maior número de obesidade, foi onde eu pude identificar a escola, para desenvolver as ações nos locais certos. Foi onde eu tive a oportunidade de fazer um mapeamento dos locais onde eu tinha oferta de atividade, onde não teve. Onde que a gente pode desenvolver a parte da alimentação saudável.¹²

Para Kochevar e Yano (2006, p. 26) a complexidade de uma implementação pode ser reduzida através da realização de diagnósticos ou avaliação das necessidades, assim a produção de informações que os atores realizaram através do diagnóstico situacional e dos mapeamentos dos espaços promotores de alimentação saudável e para prática de atividade física contribuíram para a tomada de decisão orientada para as soluções dos problemas detectados, logo evitando dificuldades ou obstáculos futuros do processo de implementação pela ausência de informações.

A Inovação também se mostrou viável de ser realizada nos municípios analisados, pois para o ator P24 a capacitação através do apoio técnico prestado facilitou a implementação.

Eu assim, de vantagem eu vejo, porque eu não sei se é porque eu já estou há muito tempo é na saúde, esses outros programas é assim, tem uma coisa muito solta. É, por exemplo, Programa Saúde na Escola é uma adesão que ela é de 2 anos e aí assim, jogam aquelas atividades para a gente fazer e não tem um acompanhamento como o PROTEJA tinha, da reunião com alguém para nos apoiar, para tirar dúvidas. E os outros programas, não tem essa mesma vantagem grande do PROTEJA em relação a isso, ao apoio. Porque os outros programas a gente fica procurando alguém para tirar uma dúvida.¹³

O apoio técnico e monitoramento através dos facilitadores externos, da gestão do MS e estados foi uma estratégia para potencializar a adoção, a implementação e a sustentabilidade do PROTEJA, fortalecendo as Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição (ATAN) nos estados e municípios, uma vez que é comum as organizações locais não terem a capacidade suficiente para promover a mudança esperada pela Inovação, necessitando de um auxílio externo que ofereça a transferência de habilidades ou conhecimentos aos burocratas de nível de rua (Berman, 2007; Damschroder et al., 2022a; Ritchie, Parker e Kirchner, 2020).

¹² P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

¹³ P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Quanto a barreira a implementação da Inovação, nos três grupos de desempenho foi identificada como desvantagem a utilização dos recursos financeiros, no relato de P26 do grupo de desempenho-declínio, cujas atividades foram prejudicadas pela ausência de recursos disponíveis como equipamentos para as atividades de rotina de trabalho, tende-se que:

A vantagem é a verba eu acho que é bem, bem alta, é um valor muito bom. Mas a desvantagem é só a gente não conseguir usar o dinheiro no lugar certo. [...] Tanto que a gente fez várias reuniões já, mas ainda temos todo o dinheiro pra gastar, sabe? Porque pela questão de licitações, a gente não consegue gastar esse dinheiro, aqui no município eles fizeram adesão da nova lei de licitações e a gente não consegue gastar esse valor sem ter licitação. É muito burocrático. [...] E a licitação, essa nova licitação, nova lei de licitação faz com que a gente fique bem amarrado assim pra usar o recurso. Até mesmo pra consertar uma balança, tem que ter três orçamentos e o pessoal não manda orçamento. Daí não dá. Não consigo usar.¹⁴

Fato reforçado por P14 do grupo de desempenho-evolução que a viabilidade do uso do recurso acabou limitando a aquisição de equipamentos de aferição do peso corporal e da estatura.

Eu fiquei um pouquinho chateada nisso, porque o dinheiro que vem é um pouco amarrado. [...] Então eu acho que poderia estar revendo essas verbas e deixar ou fazer uma outra verba pra gente conseguir comprar esses materiais, porque toda a verba que vem já é meio fechada, específica pra cada coisa, entendeu? [...] se a gente tivesse mais recursos para a gente tá indo de casa em casa, pesando não só as crianças, pesando a família toda.¹⁵

A viabilidade do acesso ao recurso financeiro também limitou a execução de atividades de educação alimentar e nutricional para a promoção da saúde de P24 do grupo de desempenho-declínio.

Em relação aos recursos, a desvantagem que eu vi em relação aos gastos. Porque se é algo que dá certo no município, eu acho que devia ter uma abertura maior em relação ao que gastar, como utilizar o dinheiro do PROTEJA. [...] desvantagem que eu achei negativa foi em relação aos recursos, porque eu acho que sim, que é um recurso. O valor é bom? É. Mas assim eu acho que deveriam ter tido um olhar mais, porque às vezes a gente precisava de um recurso, que tinha aquele dinheiro para comprar.¹⁶

¹⁴ P26: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

¹⁵ P14: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

¹⁶ P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Há fortes evidências que a presença de financiamento para a Inovação pode facilitar a implementação e rotinização dela segundo Greenhalgh et al. (2004, p.611), desse modo as barreiras de acesso aos recursos financeiro pode alterar as atividades organizacionais dificultando ou impedindo as atividades de educação alimentar e nutricional e o clima da implementação desmotivando o ator-implementador, bem como o impacto esperado da Inovação (Gelman et al., 2023, p. 10).

4.1.2 Complexidade da Inovação

Esta categoria visava como a ator-implementador identificava as etapas necessárias à implementação, portanto como ele compreendia o desenho da implementação. A maioria dos entrevistados teve como percepção inicial que a Inovação seria difícil, complicada ou complexa, porém com a execução das atividades a percepção final foi que ela não era tão complicada.

Então, no início, como foi novo, era muita coisa, GTI que que era trabalhar com GTI, de passar numa Câmara. Então, assim, né. E era diversas questões, pra gente dar conta, mas quando você começa a fazer, aí você entende por que desse processo, essas etapas e você vê o quanto foi importante [...] as etapas elas são necessárias para você ter ali as ações para ser desenvolvido, para você conquistar, chegar no que foi estabelecido. [...] Então ela foi de extrema importância. Elas parecem ser muitos, mas quando você começa a colocar toda, cada etapa, ela é muito automática de se realizar e seguir um fluxo natural. Então aí ela já funciona por si só, quando você consegue fazer uma.¹⁷

Em levantamento realizado por Greenhalgh *et al.* (2004, p. 596) a percepção da complexidade ao longo do fase de implementação se altera em função de praticar à Inovação, com efeito reduzindo-a, conseqüentemente, facilitando a execução do programa. Quando uma inovação é composta por diversas etapas ela requer uma implementação planejada e sistemática para reduzir os impactos da complexidade da Inovação. Deste modo, um processo de implementação baseado na perspectiva dos atores-implementadores (burocratas de nível de rua e de médio escalão), os quais deveriam estar envolvidos em todos as etapas desde a adoção a sustentabilidade, pode facilitar a concretização da Inovação (Grol *et al.*, 2007, p.99).

¹⁷ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

De acordo com a análise entre código-documento houve 14 casos que não perceberam a complexidade do número de etapas. Subestimando o número de etapas necessárias para implementar. Nestes a percepção inicial é que seria fácil a implementação, porém durante a concretização da Inovação perceberam que ela era complexa e que necessitava de uma rede de apoio intra e intersetorial.

Não, eu achei que ia ser tranquilo, né? A se ele deu para nutricionista fazer, eu dou conta, eu sozinha eu vou dar conta. Aí na hora que você começa a estudar e vê que tem prazo pra entregar, que tem etapa pra ser cumprida, você começa a ver que realmente você sozinha não dá conta. Aí você começa a falar que não dá conta e pedir ajuda pra dar continuidade, ninguém está nem aí.¹⁸

Neste caso o ator-implementador P18 não percebeu como o PROTEJA poderia ser realizado em seu município. O que corrobora o sentimento de estar sozinha durante a execução dele. “Então aí que gera uma maior dificuldade, né? Porque uma pessoa sozinha para realizar um projeto desse tamanho, né? Tanto tempo, a gente acaba até ficando exausta, porque fica só sobrecarregando uma pessoa só”.

De acordo com Grol *et al.* (2007, p.98) a Teoria dos Processos é composta pelo plano organizacional (planejamento) e o da utilização (atividades de execução para atingir os beneficiários), dessa forma é necessário que todas as partes interessadas (atores do ambiente interno e externo) estejam envolvidos, bem como cada etapa seja resolvida de forma sequencial para que a implementação tenha sucesso.

4.1.3 Adaptabilidade à Inovação

A Adaptabilidade verificava se a Inovação poderia ser modificada para atender as necessidades locais. A maioria das citações destacou como positivo a Adaptabilidade, assim facilitando a adoção da Inovação conforme afirma Rogers (1995) *apud* Greenhalgh et al., (2004, p. 593). Desta maneira, a Inovação tanto se

¹⁸ P18: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

adaptou as instituições quanto as instituições se adaptaram a Inovação (Greenhalgh et al., 2004, p. 593)

Sobretudo, a adaptabilidade para ampliar o acesso dos usuários (crianças) aos serviços da saúde o que conferia a viabilidade da implementação. Dos 35 casos, apenas 6 deles (P6, P15, P17, P21, P24, P27) explicitamente relataram que adaptaram a Inovação para aumentar a adesão dos usuários seja através de atendimentos individuais no ambiente escolar ou nas zonas rurais das cidades ao invés das unidades de saúde. A exemplo de P17, RT de um município da região do Sudeste do país que obteve alto grau de eficácia, em ambas as avaliações de metas, permanecendo como grupo-desempenho manutenção, ao longo de todo o ciclo de implementação.

É, é, a gente tem uma parceria intersetorial muito boa com as escolas. Eles cederam o espaço, né... E a gente montou um consultório lá, levou o computador para fazer, está fazendo os marcadores, né...E levou balança pra técnica de enfermagem tá fazendo a antropometria das crianças e o consultório médico é separado da sala de triagem.¹⁹

Este mesmo participante também utilizou outra estratégia para aumentar a adesão dos usuários a Inovação, como ofertar serviços em horários alternativos, como relata a responsável técnica, enfermeira que durante o ciclo de implementação do PROTEJA exercia função de diretora de atenção à saúde, portanto tendo experiência de 22 anos como assistência e coordenação na saúde: “As reuniões que o médico fazia na escola era no horário noturno, porque pra ter adesão dos pais dos que trabalham para ter uma adesão e se teve, e foi bem, é assim efetivo. E ele conseguiu trazer um grande número de pais.”

Outra ampliação ao acesso à saúde foi através do atendimento as comunidades, em seus próprios territórios, principalmente através de atividades de promoção da saúde e de educação alimentar e nutricional, onde a equipe de saúde deslocava-se para realizar a atenção à saúde na zona rural.

¹⁹ P17: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

O próprio programa [PROTEJA] deu todo suporte. Ele nos preparava para que a gente trouxesse resultados e a gente adaptasse a nossa realidade, porque eu tive que adaptar a minha realidade. [...] Foi movimentado educação física, nutrição e psicologia [...] porque se não a gente ia se afundar em atendimento e a gente não ia conseguir dizer a todo mundo, de um a um e nossa fila era enorme. Nós tínhamos fila pra atendimento, pessoas esperando pelo atendimento, enormes porque eram somente nós. Então foi a forma que a gente se organizou pra desafogar.²⁰

Em vista desses ajustes que ocorreram sobre os componentes adaptáveis da Inovação, nestes casos representados pelos locais de atendimento individuais ou coletivos, considerando que o núcleo duro da inovação era o próprio atendimento, houve a reinvenção da Inovação que conferiu um caráter positivo a implementação conforme Rogers (1995) *apud* Greenhalgh et al., (2004, p. 597), logo facilitando a concretização do PROTEJA em função das mudanças necessárias a realidade local.

Porém, notou-se que o fator tempo foi uma barreira tanto para os processos de implementação quanto para os beneficiários da Inovação. Diversos casos relataram a dificuldade de adaptar agenda dos funcionários para reunião da equipe de implementação, como nos dois casos abaixo.

Toda vez que eu marcava pra gente fazer esse GTI. “Não, deixa pra depois que agora eu já vou viajar”. Aí foi empatando. E deixa pra depois, você vai passando, você vai esquecendo muitas vezes, entendeu? Foi isso que aconteceu. Infelizmente.²¹

Desafio foi a agenda, o dia que dava no turno da tarde dava para outro já não dava, aí no outro dia um não estava trabalhando aqui no município, aí já estava em outro município, aí quando não o outro tava resolvendo uma questão pessoal ou o horário não batia, porque enfim era assim. Foi mais desafio agenda dos funcionários.²²

Em alguns municípios o obstáculo foi a não adaptação dos horários de atendimento nas UBS para as consultas individuais das crianças que obrigatoriamente dependiam de algum responsável para comparecer aos serviços de saúde, como no relato de P10.

²⁰ P6: Entrevista realizada pela pesquisadora em março de 2024.

²¹ P35: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

²² P11: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

Olha é o seguinte, igual as crianças dependiam muito dos pais né? Pra ir até mesmo na consulta quando aí a gente ia desenvolver alguma ação. Também teve a questão de é o pai trabalha em tal horário que a criança estuda, então acaba que a adesão também foi pouco em relação a isso também. ²³

Outra barreira foi a questão da disponibilidade de tempo e sobrecarga de serviço dos profissionais da saúde, o que por consequência dificultava a participação das crianças nas práticas de atividades físicas, por exemplo. O mesmo município relata que não adaptou a jornada de trabalho do educador físico.

Ele não tinha muito tempo pra fazer as atividades física com as crianças, geralmente reuniu uma vez por mês e isso você sabe que não resolve. Então não foi muito efetivo pra gente o PROTEJA. Pra te falar a verdade, eu acho que nós não temos nenhum assim que teve ...diminui o peso. ²⁴

Neste caso específico o participante 10 foi classificado no grupo declínio, pois nas duas avaliações do desempenho da implementação ele não cumpriu a meta obrigatória de atendimento da condição avaliada obesidade. Assim, infere-se que o município não percebeu a relevância da inovação frente ao problema público da obesidade infantil. Logo, a não adaptabilidade à inovação conforme a necessidade local não permitiu a correção da política ao longo da fase da implementação, o que confere uma avaliação da implementação do PROTEJA não bem-sucedida (Correa e Ramos, 2020; Costa e Castanhar, 2003; Draibe, 2001; Proctor *et al.*, 2011).

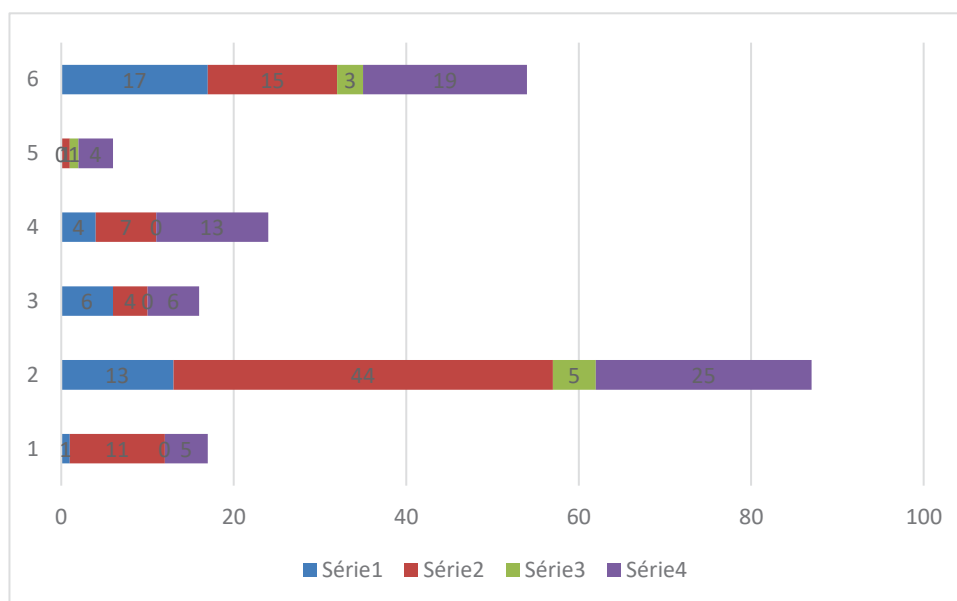
4.1.4 Análise de Coocorrência da Inovação

A avaliação do papel do PROTEJA de acordo com a correlação das categorias da inovação com as variáveis de resultado da implementação (GRÁFICO 02), revelaram que a adaptabilidade da Inovação à realidade local é uma característica decisiva para a implementação da política, pois identificou-se que 87 citações a identificaram como fator facilitador, e destas 44 perceberam que a Inovação tem relevância frente ao problema da obesidade infantil.

²³ P10: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora janeiro de 2024.

²⁴ P10: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

GRÁFICO 2 - COORRÊNCIAS DA INOVAÇÃO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



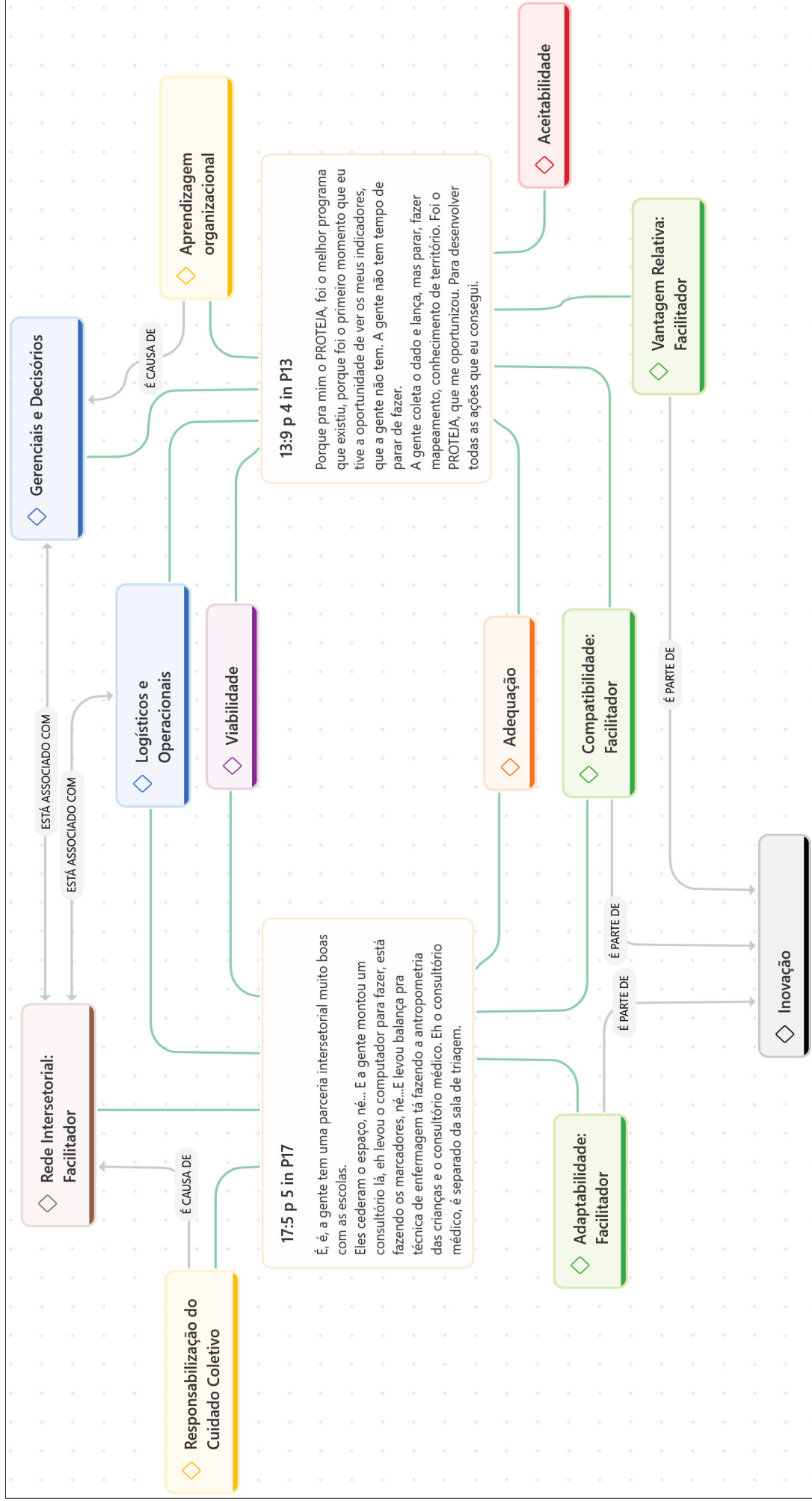
FONTE: A autora (2024).

Logo, a adequação da inovação confere a importância da discricionariedade dos atores - burocratas de nível de rua - cujo conhecimento do território permite a adaptabilidade da política às necessidades locais podendo conferir novas reformulações da política (Sabatier, 1986 apud Mazzei e Farah, 2020, p. 316-7; Lotta *et al.*, 2018).

Outra variável que se destacou nas três categorias da inovação foi a viabilidade a qual mede a utilidade da inovação no ambiente em que está sendo implementada. Desta forma pela análise de coocorrência pode-se afirmar que apesar da complexidade das etapas de concretização, da vantagem relativa sobre os programas similares por permitir o acompanhamento dos usuários e a flexibilidade do PROTEJA a realidade local, a Inovação foi viável de ser implementada nas cidades de pequeno porte (Proctor *et al.*, 2011).

As percepções dos burocratas no nível de rua também demonstram como a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil proporcionou a interação intersetorial. A primeira questão foi a aceitabilidade do programa que permitiu o levantamento de dados e o conhecimento do território, portanto sendo vantajoso. A fala de P13 destacada na rede de correlações descreve o subprocesso Gerencial/Decisório da implementação que permitiu a tomada de decisão equitativa através do conhecimento das partes interessadas (atores e beneficiários) e a oferta de serviços no território municipal (Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001) (FIGURA 5).

FIGURA 5 - CORRELAÇÕES ENTRE A INOVAÇÃO E O RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

A fala da participante 13 complementa que tendo autonomia para tomada de decisão baseada em informações foi possível gerenciar os locais onde ações intersetoriais iriam ocorrer de acordo com os dados epidemiológicos. Essa última experiência também demonstra os subprocessos da Divulgação/Informação e Seleção da implementação o que conferiu a viabilidade e adequação da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil à nível local através da intersetorialidade (Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001). O mesmo ator (P13) munido de informações decidiu em parceria com outro setor os locais onde as ações seriam executadas como a construção de: “2 hortas a serem desenvolvidas com a EMATER”

A inovação também foi viável e adequada para P17, pois o município construiu uma rede intersetorial para a atenção e cuidado às crianças através da expansão dos serviços da saúde, levando para a comunidade escolar uma infraestrutura que conferiu acesso a saúde. Este caso demonstra que os subprocessos Gerencial/Decisório e Logístico/Operacional da implementação fortaleceram a rede intersetorial e a responsabilização do cuidado coletivo à saúde infantil (Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001) (FIGURA 05).

Ambos os casos chegaram ao maior nível de eficácia em relação as metas obrigatórias (TABELA 02). Desta forma, as atividades foram planejadas e organizadas em busca da eficácia (Grol *et al.*, 2007). Também, apresentando um comportamento de aprendizagem e responsabilização. Assim, através das análises das coocorrências foi possível avaliar que a Inovação teve papel importante como política pública com ação intersetorial bem-sucedida.

4.2 AMBIENTE EXTERNO

Este domínio quis saber como o ambiente externo a secretaria municipal da saúde colaborou na intersetorialidade da Estratégia, identificando as parcerias criadas entre a SMS e/ou o ator-implementador com demais setores do Poder Executivo e/ou Legislativo, a sociedade civil ou entes privados e se os dispositivos legais difundiram a inovação através da sustentabilidade do programa.

A TABELA 8 descreve frequências entre código-documentos das barreiras e dos fatores facilitadores do ambiente externo considerando o nível local de atuação do PROTEJA.

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO AMBIENTE EXTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES

Ambiente Externo		Desempenho			Totais
Categorias	Subcategorias	Declínio	Evolução	Manutenção	
Rede Intersetorial	Barreira	29	7	9	45
	Facilitador	108	42	46	196
Políticas e Leis	Barreira	5	0	2	7
	Facilitador	17	0	9	26

FONTE: A autora (2024).

O número elevado de citações (196) revela que rede intersetorial foi fator decisivo que viabilizou a realização do PROTEJA. Porém, as citações (33), considerando tanto os fatores facilitadores quanto as barreiras, revelam a baixa institucionalização da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil o que pode comprometer a continuidade da Inovação.

4.2.1 Rede Intersetorial

A análise entre código-documento foi elevada para fator facilitador em todos os grupos, para o do desempenho-declínio houve 108 citações, para o da evolução houve 42 e para o da manutenção houve 46 (TABELA 8). Dessa forma, interpreta-se que a rede de apoio intersetorial é uma estratégia de gestão integrada com foco no território, assim facilitando a organização logística das ações, logo conferindo uma implementação bem-sucedida à política pública (Bronzo, 2010; Santos, Silva e Lacerda, 2021, p. 205). Quando o ambiente externo da relevância ao problema público da obesidade infantil e compreende a sua utilidade para a execução dos processos de trabalho ele confere estabilidade para a concretização da Inovação.

Às vezes eu me reuni só com a educação. Só com outro, uma Secretária, porque eu não conseguia reunir todo mundo, porque nem sempre todo mundo estava disponível naquele horário. Então, a dificuldade foi essa, mas a parte boa é porque também a gente pode apresentar o que cada um tinha e o que poderia oferecer. E aí, quem não conhecia o trabalho do outro acaba conhecendo e a gente também percebeu, de fato que não se faz nada sozinho. Eu preciso de alguém que precisa de outro que precisa de outro, e isso é uma rede, né. E aí isso foi a parte mais positiva, é de fato foi conhecer o que cada Secretária, até onde poderia ir, entendeu?²⁵

²⁵ P8: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Quanto as barreiras da rede intersetorial a análise entre código-documento apontou 45 frequências de codificações. A fala de P9 expõe a dificuldade da articulação intersetorial seja pela questão da comunicação ou disponibilidade de tempo dos atores convidados a compor o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), fato corroborado por (Santos, Silva e Lacerda, 2021, p.206) de que a dificuldade de diálogos efetivos, bem como a mobilização de recursos humanos acompanhados do baixo quantitativos de profissionais ou equipes são desafios institucionais a articulação intersetorial.

A gente foi até esse grupo de trabalho. A gente quando organizou em realizá-lo era junto ao PSE né? Que também faz necessário e já colocaríamos o PROTEJA, mas a gente não teve um sucesso porque o membro da educação nem na reunião que a gente marcou compareceu. E foram três tentativas que a gente realizou.²⁶

Os atores-implementadores também perceberam que a pouca intersetorialidade foi a barreira para que as ações ambientais acontecessem. Uma vez que a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil visa a proteção dos espaços promotores da alimentação adequada e saudável e da atividade física (Brasil, 2022). Outro fator que pode ter influenciado como obstáculo a intersetorialidade foi a ausência de uma “norma” local como os Planos Municipais de Saúde Uma vez que os demais setores adotam a inovação somente após a institucionalização da Inovação (Greenhalgh et al., 2004, p.609).

4.2.2 Políticas e Leis

Esta categoria identificou quais foram as estratégias institucionais e jurídicas adotadas para difundir a inovação, podendo ser criação de leis, regulamentos, diretrizes ou protocolos. Dos 35 entrevistados, houve 26 citações que consideraram os dispositivos legais como um fator facilitador segundo a análise de código-documento, as experiências relatadas foram em relação a aprovação do plano de ação da Inovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Diversos atores expuseram a aprovação pelo CMS e incorporação do PROTEJA nos planos municipais de saúde como fator facilitador, P31 relata que:

²⁶ P9: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

“Sim, apresentamos pro conselho, colocamos nos instrumentos de gestão também. Está no plano municipal de saúde, está no RAG [*relatório anual de gestão*], está em todas as ferramentas no PAS [*programações anuais da saúde*]”.

A apresentação ao conselho resulta do subprocesso de Divulgação/Informação da implementação da política que por consequência colaborou com a rotinização da inovação no âmbito local como expõe P17: “É lei a gente não fez nenhuma, a gente fez só o decreto e colocou no plano anual de saúde a Estratégia de obesidade, né... E passou pelo conselho.”

Do total de entrevistados apenas 7 percepções foram codificadas como barreiras ao ambiente externo, nestes a ausência do subprocesso Divulgação/Informação da implementação pode ter influenciado na execução do PROTEJA no sentido da não rotinização da inovação (Draibe, 2001).

O participante 30 quando questionado se a Inovação foi apresentada ao conselho municipal de saúde revela que: “Não. Nem passou pela minha cabeça. Me falando agora, realmente, ia dar muita diferença, né? É, mas isso não passou.” Na sequência quando questionado sobre apresentar a inovação à Câmara de Vereadores, ele relata.

Da Câmara e do Conselho a gente não chegou há ... na verdade, nem passou pela minha cabeça. Aí quando a gente conversava ninguém: “Ah vamos levar”. Ficou meio assim, só entre o grupo mesmo, vamos dizer, que a parte do Executivo, né? Tirando a parte ali do conselho, foi mais na parte dos setores da prefeitura mesmo.²⁷

Embora o caso P30 tenha tido manutenção no desempenho da implementação, a ausência de aprovação do plano de trabalho do PROTEJA pelo CMS não impactou a viabilidade da inovação no território. Porém, o mesmo não aconteceu com o caso P2 em que ela reconhece a baixa atuação na divulgação e informação da Inovação relatando que: “faltou assim, só um pouco mais de interesse, até meu mesmo como responsável de chegar e apresentar melhor para o conselho”.

Este é um município da região norte e do grupo de desempenho-declínio que em 2022 obteve alto grau de eficácia e em 2023 obteve baixo em relação as metas obrigatórias. Não foi possível identificar as causas da redução do desempenho, porém

²⁷ P30: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

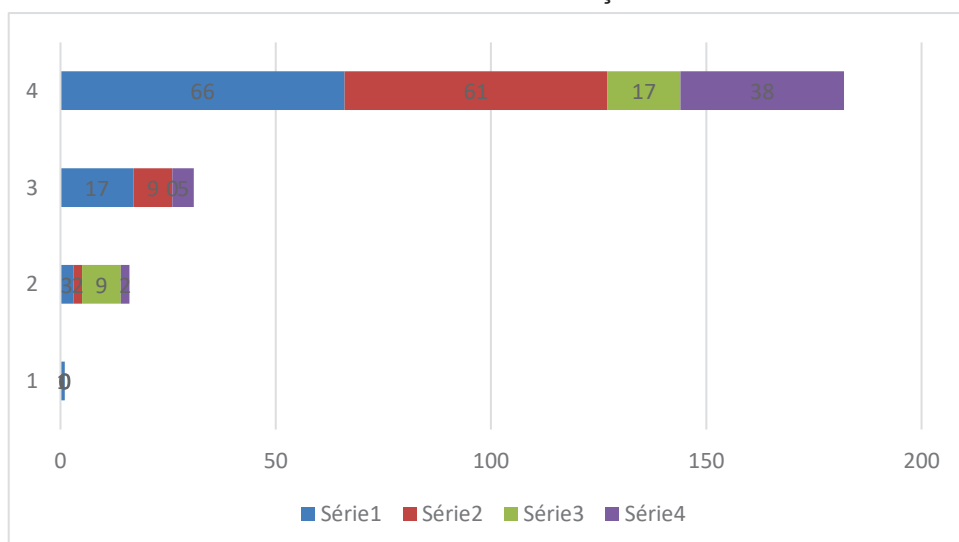
ele reconhece que a ausência de monitoramento interno por parte da equipe de implementação e externo por parte da fiscalização pelo CMS dos indicadores impediu as correções necessárias da implementação da política, segundo relato de P2: “Eu acho que dificultou só no alcance das metas, esse acompanhamento próprio, porque se tivesse ocorrido antes de encerrar o prazo a gente teria conseguido resolver”.

Uma das diretrizes da PNAN é a Participação e Controle Social, como previsto no SUS, assim a ausência da discussão do plano de trabalho do PROTEJA nos espaços deliberativos pode ter influenciado na articulação intersetorial e no fortalecimento da atenção à saúde infantil (Brasil, 2013).

4.2.3 Análise de Coocorrência do Ambiente Externo

A análise de coocorrência permitiu a identificação dos fatores facilitadores e das barreiras da rede intersetorial e das políticas e leis do ambiente externo em relação a qualidade da implementação através das variáveis dos resultados do processo de implementação (GRÁFICO 03) (Peters et al., 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor et al., 2011).

GRÁFICO 3 - COORRÊNCIAS DO AMBIENTE EXTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO



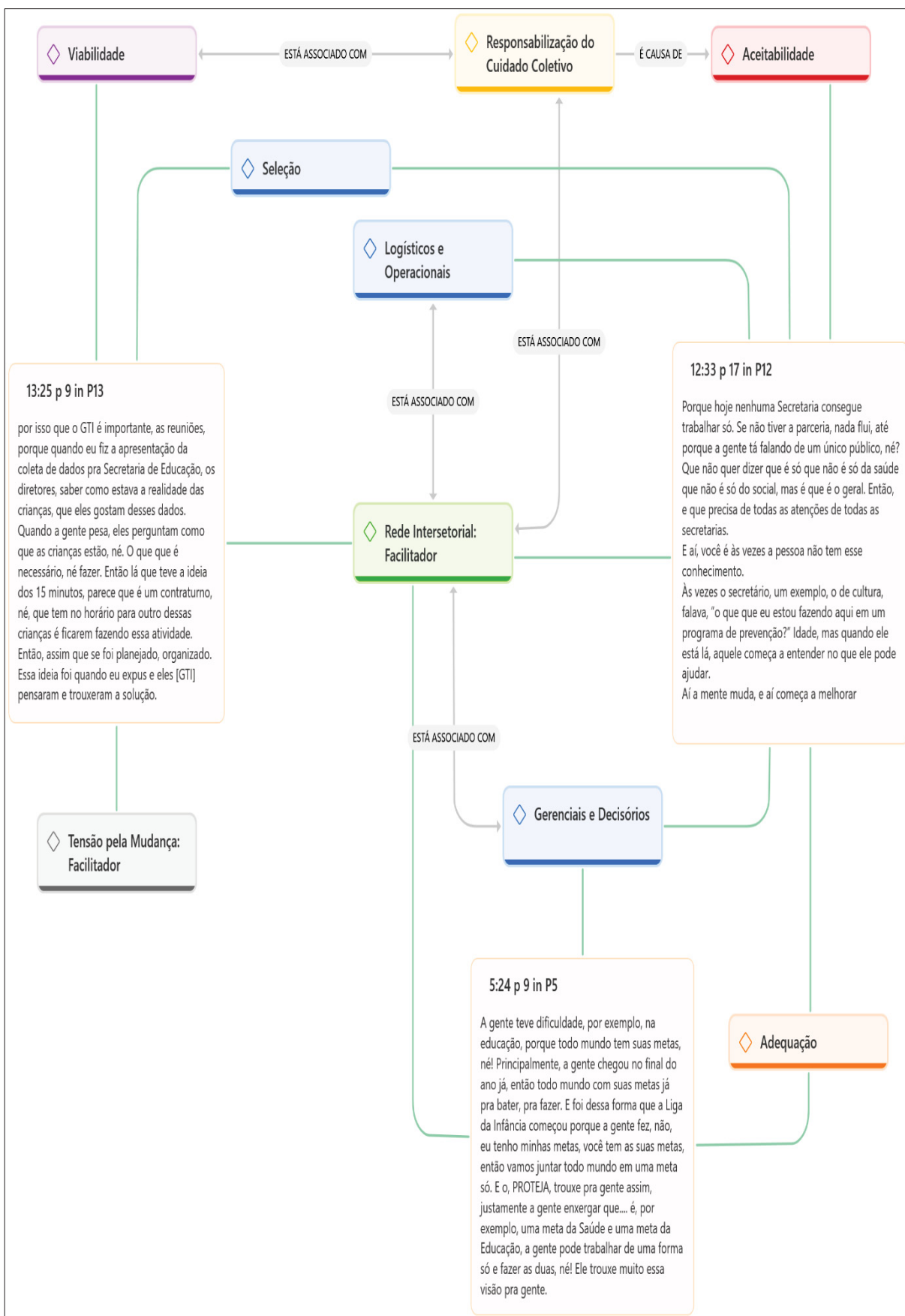
FONTE: A autora (2024).

Para que a intersetorialidade acontecesse a primeira situação era exatamente a aceitação da rede intersetorial que resultou em 66 coocorrências, seguida da adequação com 61, viabilidade com 38 e a sustentabilidade com 17. Estas demonstram

que o ambiente externo pode ter percebido a credibilidade e a relevância da inovação para a prevenção e atenção à obesidade infantil. Já, para políticas e leis houve poucas coocorrências considerando as positivas e negativas sendo 9 para sustentabilidade, 3 para aceitação, 2 para adequação e 2 para viabilidade.

Apesar destas poucas coocorrências as experiências revelaram que a institucionalização da Inovação nas instâncias democráticas participativas como os conselhos gestores de políticas públicas que devem fiscalizar, acompanhar e monitorar a execução das políticas conferiu ao PROTEJA a sustentabilidade dele, portanto, a continuação das atividades de prevenção e atenção a obesidade infantil. A FIGURA 6 demonstra as correlações dos fatores facilitadores da rede intersetorial com as variáveis de resultados e os subprocessos de implementação.

FIGURA 6 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DA REDE INTERSETORIAL DO AMBIENTE EXTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

As experiências descreveram que as articulações intersetoriais permitiram ampliar o cuidado à saúde através da organização do serviço (Santos, Silva e Lacerda, 2021). Desta forma, o PROTEJA trouxe uma responsabilidade coletiva para o problema da obesidade infantil, como identificado no relato de P13.

Então ele possibilitou pra quem quiser desenvolver, fazer o projeto. Foi algo mágico, mágico para poder desenvolver essas ações, conscientizar, ver que não é só saúde. Os outros setores e o cuidado com toda a população e trazer diversos atores para essa rede de apoio que nós tivemos.²⁸

Houve 31 coocorrências como barreira a intersetorialidade, destes 5 que apontaram a inviabilidade da articulação mais por parte do ambiente externo do que o interno como relata P9: “Não é falta de tentativa, mas acaba que a Educação para com a Saúde é muito no âmbito assim, quando precisar eu solicito”. Quanto a percepção da adequação (relevância) da inovação em resolver o problema de saúde pública houve 9 correlações que identificaram dificuldades para a operacionalização como expõe P18

A diretora da atenção primária que tentou, né? Colocar todo mundo pra gente apresentar realmente o projeto, porque se a gente pegar também não falar o que que está acontecendo, né, expor esse aqui é o projeto e tal, mas não teve interesse. A verdade é essa, é falta de interesse.²⁹

De modo geral, a aceitabilidade foi a maior barreira para a intersetorialidade com 17 coocorrências o que segundo Proctor et al. (2011) reflete a resistência dos atores e a não percepção da utilidade deles na prevenção à obesidade infantil.

Desafio. É como eu falei para você, é o meio que é alguns setores, não vê tanto a importância, né? Não é que não vê, não entende. Não compreendem a importância. Alguns setores, quem mais vê, quem mais nos apoia realmente, querendo ou não, é quem está ligado diretamente com os alunos que é educação, né.³⁰

A coocorrência revelou que os municípios buscaram a construção de redes de apoio, porém não obtiveram sucesso. De acordo com Greenhalgh et al. (2004) a qualidade da rede social formada é um forte componente da adoção e disseminação

²⁸ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

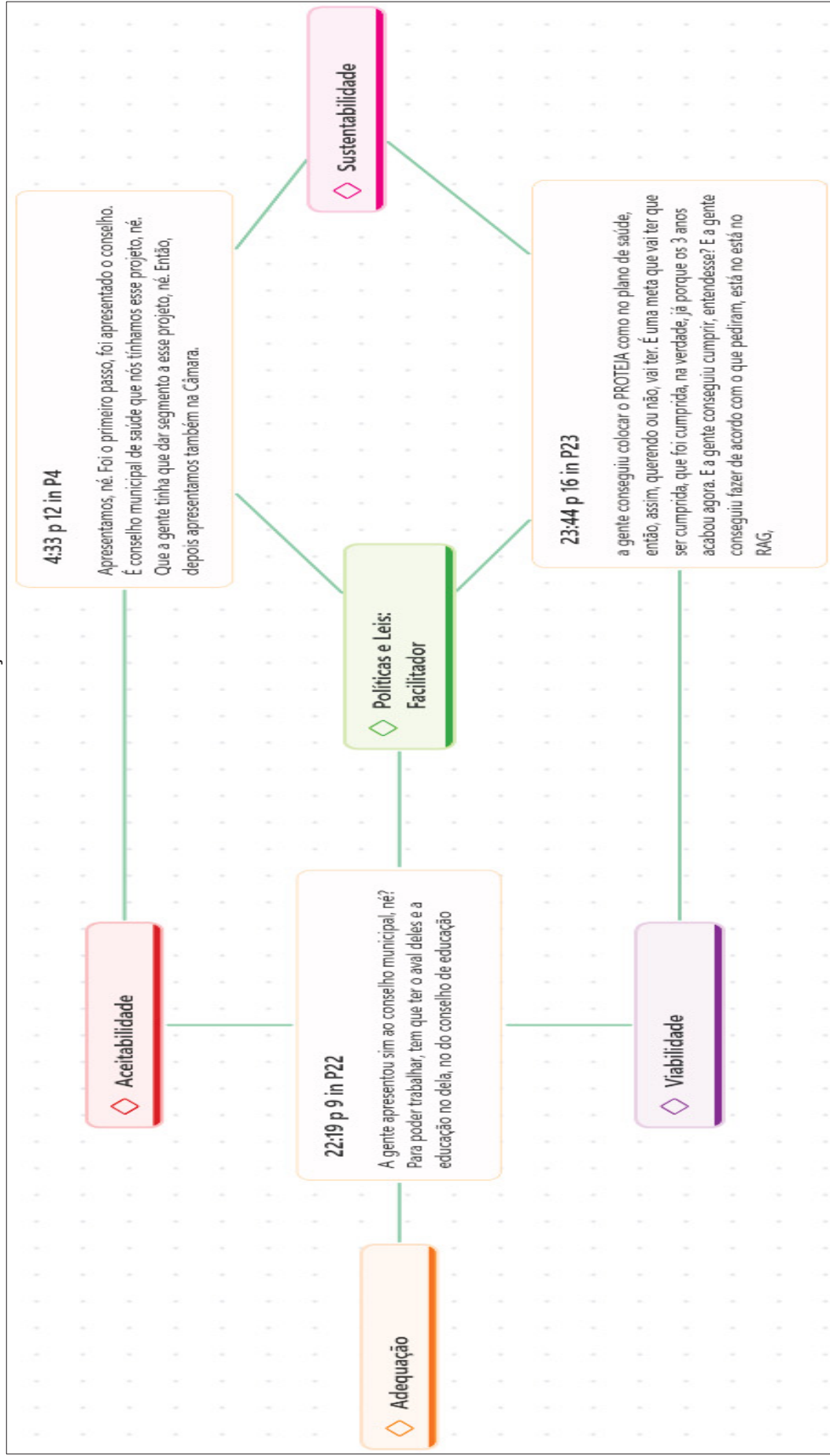
²⁹ P18: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

³⁰ P28: Entrevista realizada pela pesquisadora janeiro de 2024.

da inovação. Tanto que P33, ao ser perguntado sobre a intersectorialidade reconhece que: “O desafio foi... Acho que é a maior dificuldade foi achar um dia específico, assim ter realmente tido a reunião com os secretários. Porque se tivesse tido a reunião, teria desenvolvido de uma maneira mais tranquila”.

Já, as correlações das experiências positivas entre a categoria das políticas e leis e as variáveis do resultado da implementação conferiu, principalmente, a integração da Inovação à cultura organizacional (Proctor et al., 2011). Como também, a adequação e viabilidade do PROTEJA a outras pastas como da Educação, cujo conselho gestor também aprovou a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, conferindo ainda mais o sucesso da implementação da política pública. A FIGURA 7 apresenta as correlações entre os fatores facilitadores das políticas e leis e as variáveis do resultado da implementação.

FIGURA 7 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DE POLÍTICAS E LEIS DO AMBIENTE EXTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

4.3 AMBIENTE INTERNO

O Ambiente Interno é o local onde a Inovação é gerida, portanto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Este domínio é composto por 7 (sete) categorias e suas subcategorias de fatores facilitadores e barreiras. Os resultados são apresentados em relação as categorias relacionadas as características estruturais e específicas da SMS.

As Estruturais são as já existentes e persistentes a SMS, sobretudo prévias a pactuação à Inovação, sendo elas: Comunicações, Recursos Disponíveis, Rede Intrasetorial. As Específicas são as ações diretas sobre o processo de implementação da Inovação, portanto posteriores a pactuação e concomitantes a execução, sendo elas: Acesso ao Conhecimento e Informação, Compatibilidade, Prioridade Relativa e Tensão pela Mudança.

Ao todo houve uma frequência de 909 codificações. Para o grupo de desempenho-declínio houve 535 frequências, para o da evolução houve 207 e para o da manutenção houve 167. A TABELA 9 apresenta as frequências de codificação para os fatores facilitadores e das barreiras do ambiente interno pela análise entre código-documento.

TABELA 9 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES

Domínios da Implementação		Grupos de Desempenho dos Participantes			Totais
Categorias	Subcategorias	Declínio	Evolução	Manutenção	
Acesso ao Conhecimento e Informação	Barreira	9	3	4	16
	Facilitador	55	22	15	92
Compatibilidade	Barreira	41	16	8	65
	Facilitador	66	33	26	125
Comunicações	Barreira	20	9	9	38
	Facilitador	45	13	13	71
Prioridade relativa	Barreira	22	6	3	31
	Facilitador	45	13	21	79
Recursos disponíveis	Barreira	27	14	8	49
	Facilitador	54	23	14	91
Rede Intrasetorial	Barreira	18	11	3	32
	Facilitador	62	16	17	95
Tensão pela Mudança	Barreira	17	8	8	33
	Facilitador	54	20	18	92

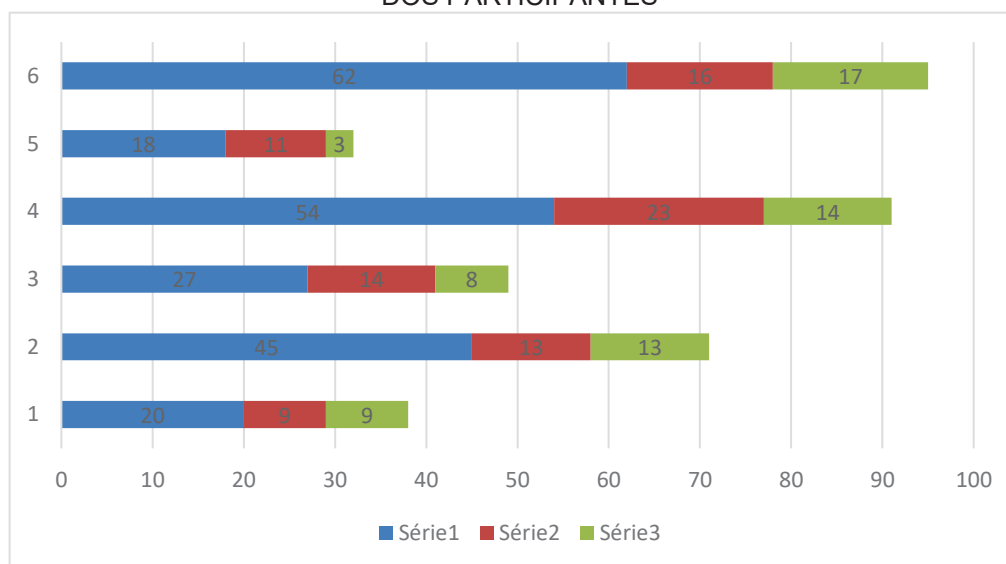
FONTE: A Autora (2004).

Este domínio guiou-se pela pergunta de como as características do ambiente interno do setor da saúde influenciaram na implementação da Estratégia? Nas sete categorias do ambiente interno houve mais codificações para a subcategoria dos fatores facilitadores à implementação, portanto sendo o ambiente interno favorável a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. Assim, este domínio demonstrou que o desenho da política pública é possível de ser integrado ao rol das políticas de saúde e da alimentação e nutrição a nível local de execução (Proctor et al., 2011).

4.3.1 Características Estruturais do Ambiente Interno

As características estruturais das secretarias municipais de saúde são prévias a implementação do PROTEJA e facilitaram a execução dele (GRÁFICO 04). A seguir são demonstradas as percepções dos atores em relação as categorias do contexto estrutural.

GRÁFICO 4 - FREQUÊNCIA DOS FATORES FACILITADORES E DAS BARREIRAS DAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES



FONTE: A autora (2024).

4.3.1.1 Rede Intrassetorial

A rede interna é composta pelas parcerias e relacionamentos, formais ou informais, dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS). Esta categoria visava identificar como era a rede de trabalho do ator-implementador (Informante-chave), bem como era o seu acesso ao gestor da saúde e como este se engajou para as demandas da Inovação.

Porém, sem traçar um diagrama de rede social, mas sim realizar uma avaliação indutiva da rede intrassetorial como capital social, sobretudo pela interação e cooperação na busca do objetivo da Inovação, no caso a prevenção e atenção à obesidade infantil (Greenhalgh *et al.*, 2004; Pessali, 2015; Scott, 2000). Ao todo houve 95 códigos nos documentos apontando a rede intrassetorial como fator facilitador e 32 como barreiras (GRÁFICO 4).

Como o PROTEJA iniciou as atividades de implementação em 2022, havia ainda a questão da Pandemia de Covid-19 que alterou a rotina dos serviços. Assim, com a chegada na Inovação houve o processo de interação entre os atores implementadores locais como relata P31: “Fortaleceu porque a gente teve que de novo ir construindo com os ACS, com os enfermeiros das unidades. A gente teve que voltar a ter esse contato, que eu não estava tendo pelo menos, em outras questões.”

Em vista disso, por se tratar de uma nova forma de intervenção a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil previa uma intraorganização da SMS que segundo Greenhalgh *et al.* (2004) a construção de uma forte rede horizontal, mesmo que informal, favoreceria a adoção da implementação, fato corroborado pela experiência de P15.

Eu comecei a fazer as atividades, mas a equipe foi apoiar depois que o projeto já tava andando, depois de uns 3 a 4 meses começaram a apoiar porque a gente começou a cumprir algumas metas, indicadores de outros programas através do PROTEJA, então aí eles viram que era uma coisa que a gente poderia aproveitar juntos também. [...] depois o que o programa começa a dar certo, que começa a ter resultado [...] então quando a gente está participando é muito interessante, principalmente, para a gente que é nutricionista. Mas os outros começam a ver também essa importância. [...] Então a gente começou, quando a psicóloga começou a ir junto conversar, ela ia na reunião dos pais, conversava também, então a gente foi integrando e o projeto deslanchou.³¹

³¹ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Este município, apesar de ter sido classificado no grupo de desempenho-declínio, houve uma intraorganização dos serviços e cooperação da equipe, como relata P15.

No começo assim, deu um trabalho pra essa questão mesmo de disponibilidade de tempo e de convencer a equipe a estar junto e conseguir convencer os outros profissionais a estarem fazendo atividade juntas. Porque muitas vezes acontece do profissional achar que aquilo não é competência dele [...] mas depois que começou a funcionar, aí ele dava certo e o pessoal começou a apoiar mais. [...] eles foram vendo que uma coisa ia encaixando na outra, que fazendo o PROTEJA a gente conseguia cumprir alguns outros programas também. Então aí foi uma das formas de convencer eles. De unificar tudo e a gente está fazendo uma coisa junto. ³²

Em compensação também houve barreira em municípios que já tinham uma organização interna de trabalho: “que acontece em [nome do município P34], a gente já tem uma qualidade de saúde pública muito boa, na região aqui ela é referência.” Este já possuía uma estabilidade entre os profissionais, como relata P34 com:

PROTEJA ficou assim, igual, o que era antes, porque cada profissional fica muito envolvido com as tarefas da rotina e aí você tirar esse da rotina. Eu até fiz reunião para tentar aumentar a equipe de apoio, tinha até uns planos, só que a demanda de cada profissional era tão grande que dificultava é inserir as atividades que eu tinha pensado em desenvolver, então acabou que eu desenvolvi o que eu consegui sozinha. ³³

Este fato se correlaciona com o baixo engajamento da gestora da saúde na implementação para a construção da rede intrasetorial como expõe P34.

A verdade, é que assim, a gestora passou para mim, olha, você tem que desenvolver. Você! Entendeu? ‘Você tem que desenvolver esse programa’, e aí é coube a mim ir atrás dos colegas de trabalho para tentar desenvolver, né! E aí não tem, pra falar a verdade, muita, muita ajuda, porque como eu te falei, eles têm a rotina deles. ³⁴

Em vista disso, conforme Lotta (2010, p.7) as interações que ocorrem ao longo da implementação e as práticas realizadas pelos atores-implementadores são fatores que influenciam no processo de concretização da política. Assim, facilitam a

³² P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

³³ P34: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

³⁴ P34: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

implementação de políticas públicas quando os objetivos são compartilhados entre rede intrassetorial e quando esta é forte e adaptável. Soma-se a isso a forma de comunicação e recursos disponíveis internos (Greenhalgh *et al.*, 2004; Proctor *et al.*, 2011).

4.3.1.2 Recursos Disponíveis

Os recursos disponíveis são o conjunto da infraestrutura física, dos sistemas de informação, dos recursos humanos, financeiros e de equipamentos e materiais. Objetivo da categoria era saber se o município já tinha esses recursos antes da adesão ao PROTEJA e se durante a implementação houve alguma alteração neles.

A frequência total para fatores facilitadores foi de 91 vezes e para as barreiras foi de 49. O grupo do desempenho-declínio houve 54 como facilitadores, evolução com 23 e na manutenção com 14 (GRÁFICO 04).

Apesar da ausência de recursos humanos em algumas localidades, o recurso financeiro recebido pelos municípios em função do cumprimento das metas obrigatórios, facilitou a contratação de profissional. Do total das entrevistas 15 participantes explicitamente falaram que contrataram profissional educador físico ou nutricionista como, respectivamente, nos relatos de P8 e P24 para ajudar nas ações do PROTEJA.

A gente conseguiu contratar, mais alguns profissionais de educação física pela saúde, pra gente estar distribuindo nos postos ... faz educação com a palestras, voltada, enfatizando a importância da prática da atividade física, da alimentação saudável, né? E aí a gente tenta puxar o público, não só as crianças, mas acho que a comunidade em geral.³⁵

Em relação ao profissional, tipo a nutricionista que antes era só eu na saúde. Aí depois como veio o PROTEJA e eu já estava na coordenação também do programa saúde na escola. O município sentiu a necessidade de mais outro profissional na saúde, porque estava muito pesado, só para mim. Então assim, eu acho que o PROTEJA nos ajudou bastante em relação a isso, porque eu sempre já dizia, “eu já sou só e com o PROTEJA eu tenho muita ação, então é bom um outro profissional”, e acabou que o PROTEJA foi um dos parâmetros para esse outro profissional chegar.³⁶

³⁵ P8: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

³⁶ P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Outro fator facilitador foi a disponibilidade de recursos financeiros que possibilitaram a aquisição de diversos recursos como materiais lúdicos necessário para se trabalhar com crianças e de equipamentos para prática do profissional, como expõe as experiências de P21: “Acesso ao recurso a gente teve, acesso pra estimular mesmo as ações, a gente teve material necessário. Principalmente, quando é criança a gente tem que ter todo um aparato pra realizar a ação. E aí a gente teve esse apoio”, para P7: “A alteração que teve, assim com a questão do PROTEJA, foi mais à de insumos de trabalho mesmo, que é balança, fita métrica, essas coisas que foi preciso mais”.

Também se identificou a adaptabilidade da infraestrutura e rotinas de trabalho como fator facilitador à implementação. Fato este que demonstram os subprocessos Gerencial/Decisório e Logístico/Operacional da implementação que partiram dos burocratas de nível de rua para poder ampliar o atendimento as crianças. Desta forma, tomadas de decisões que partem do nível operacional e quando aceitas pelas instâncias superiores de gestão podem conferir a sustentabilidade e o sucesso da inovação, como no caso abaixo (Greenhalgh *et al.*, 2004; Sabatier, 1986 apud Mazzei e Farah, 2020, p. 316-7)

Porque nós fizemos adesão e as 20 horas era impossível fazer qualquer coisa, de atendimento que eu fazia ambulatorial, de visita domiciliar, que as ações para fazer educativas com 20 horas, ela fica super reprimida, você faz o que obriga, o que precisa, entendeu? E aí eu fiquei 20 horas, eu falei: “a gente não tem condição, precisa de ampliar as horas, eu preciso de contratar”. Então aí ela [*refere-se a secretária da saúde*] demorou de 1 ano para poder contratar outro profissional e aí o que aconteceu nessa contratação do outro profissional, eu fiquei só com o PROTEJA e ele ficou com atendimento com o NASF e eu fiquei só com o PROTEJA. Foi onde eu consegui fazer de agosto a dezembro diversas ações, aí eu consegui fazer avaliação, consegui fazer mapeamento e aí, com 4 meses eu fiz, consegui fazer muita coisa.³⁷

Na análise entre código-documento das barreiras à implementação sobre os recursos disponíveis houve a frequência de 27 codificações no grupo desempenho-declínio, de 14 na evolução e de 8 na manutenção. Entre as codificações há maior queixa foi sobre estrutura de trabalho dos recursos humanos quanto a organização das tarefas, da agenda, dos horários da equipe do ambiente interno que atuam com o

³⁷ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

PROTEJA e dependendo da organização desta estrutura ela permitiu ou dificultou a implementação como nos relatos abaixo (QUADRO 04) (Squires *et al.*, 2019).

QUADRO 4 - IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS A IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO

Grupo Desempenho - Declínio	Grupo Desempenho - Manutenção	Grupo Desempenho - Evolução
Nordeste	Centro-oeste	Norte
P23	P20	P3
Na verdade, é aqui no município a gente não tem nutricionista na atenção básica, até tinha antes com o NASF [...] aí, hoje ela é vinculada ao CAPS. [...] Aí o nutricionista da atenção básica é hoje em dia, ele não é vinculado a atenção básica, ele é o nutricionista concursado do hospital. E aí fizeram um acordo com ele que ele atenderia umas 10 pessoas por semana da atenção básica para não perder essas pessoas. ³⁸	É, eu acho, inclusive eu falo, nossa, se eu tivesse ficado só com um PROTEJA, talvez consiga um resultado ainda melhor, não é? Eu comentei com a gestão, eu falei, "olha, eu acho que pro PROTEJA, se você tem intenção, deixa um profissional focado ou deixa dois profissionais cada um com 20 horas ali." ³⁹	E até agora, no momento eu estou ainda sendo a única, não tenho nem outra colega pra dividir as funções. [...] tem os atendimentos, tem as visitas domiciliares, tem as ações. Mesmo que a gente faz e tem a coordenação do PROTEJA, [...] as ações do PSE que eu sou a nutricionista responsável também. [...] é muita coisa pra uma profissional só, mas aí eu venho, faz tempo pro secretário, explico pra ele com toda situação da necessidade urgente de outra colega. ⁴⁰

FONTE: A autora (2024).

Os relatos dos participantes (P23, P3 e P20) com graus de desempenho e de regiões geográficas diferentes revelam a sistematização do problema referente aos recursos humanos que criou dificuldades a implementação da Inovação, embora não a tenha impedido de ser executada, assim demonstrando a defasagem de profissionais da saúde ou a carga horária incompatível com a quantidade de serviços ofertados.

4.3.1.3 Comunicações

As comunicações são as práticas formais e informais de compartilhamento das informações dentro da SMS. Os participantes foram questionados sobre o que

³⁸ P23: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

³⁹ P20: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁴⁰ P3: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em dezembro de 2023.

facilitou ou dificultou a comunicação entre a equipe e com o gestor da saúde, porém muitos informantes também se referiam a comunicação que partia do ambiente interno ao externo. Pela análise entre código-documento houve 71 codificações como fatores favoráveis e 38 como barreiras.

Dentro da SMS havia o predomínio da comunicação informal talvez favorecido pelo porte pequeno dos municípios como expõe P2: “Porque aqui é, como é tudo muito pequeno, a secretaria fica ao lado da UBS. Ah, então a gente tem acesso a sala dela”. Em compensação, quando a comunicação era destinada a outros setores para articular o grupo de trabalho intersetorial alguns municípios tiveram como primeira estratégia a comunicação formal, depois de constituído o grupo entre os membros ela era informal.

A gente num primeiro momento mandou ofício explicando o que que era, a gente encaminhou todos os documentos do PROTEJA pra eles se inteirarem o que que era. Então a gente teve a reunião, colocou data show, fez como *PowerPoint*, explicou tudo certinho tal o que que era o projeto e aí depois ficou na informalidade, né. Grupo de [programa de mensagens], ligação, mensagem, e-mail, ‘preciso disso, preciso aquilo’. Da mesma forma eles também nos procurando.⁴¹

Também foi identificado como fator facilitador a transferência da informação para as equipes da saúde, essa quando eficaz pode garantir a rotinização das atividade e o sucesso da implementação (Greenhalgh *et al.*, 2004; Proctor *et al.*, 2011), como a experiência de P24 com os agentes comunitários da saúde.

Quando você está, tipo num programa, na coordenação, você não pode só chegar dizendo: “Oh o município aderiu”, [...]. Você tem que dizer para o profissional, por que que ele está ali. Porque você precisa da ajuda dele. Inclusive eu fiz, eu e o enfermeiro fizemos um treinamento com os ACS, só com eles, falando da importância, que era algo que ia fazer eles crescer no trabalho deles, porque era um ensinamento. E assim eu acho que você tem que começar dizendo por que para poder depois você ter os resultados.⁴²

Em compensação, a não transferência da informação, principalmente, pela gestão anterior fez com que alguns municípios não soubessem da existência do programa como nos relatos de P14 e P30. Porém, apesar da falha da comunicação

⁴¹ P32: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁴² P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

intraorganizacional inicial, ambos municípios conseguiram tomar decisões eficazes que favoreceram a implementação do PROTEJA.

E eu assustei porque eu não tinha conhecimento do programa, né? Daí eu receber uma ligação, “eu não sei o que, que é isso”, daí fica meio estranho, né? A gente não tá por dentro do programa, só que na realidade eu não sei se foi a gestão passada que aderiu, porque teve mudança de gestão ou se foi essa gestão, porque tudo que tem mudança aqui essa gestora chama, ela passa tudo certinho e já não tinha passado.⁴³

Eu fiquei sabendo com essa secretária quando foram conversar com ela, aí ela que me passou essa parte do PROTEJA. Daí a gente foi investigar se tinha alguém. Ninguém conhecia quem que tinha feito a adesão, nada! Achei bem estranho também ... porque faltou informação. Como é que fazem a adesão? Sendo que ... e daí tinha as ações, [...] que já tinham também definido. Só que ninguém sabia quem que tinha definido.⁴⁴

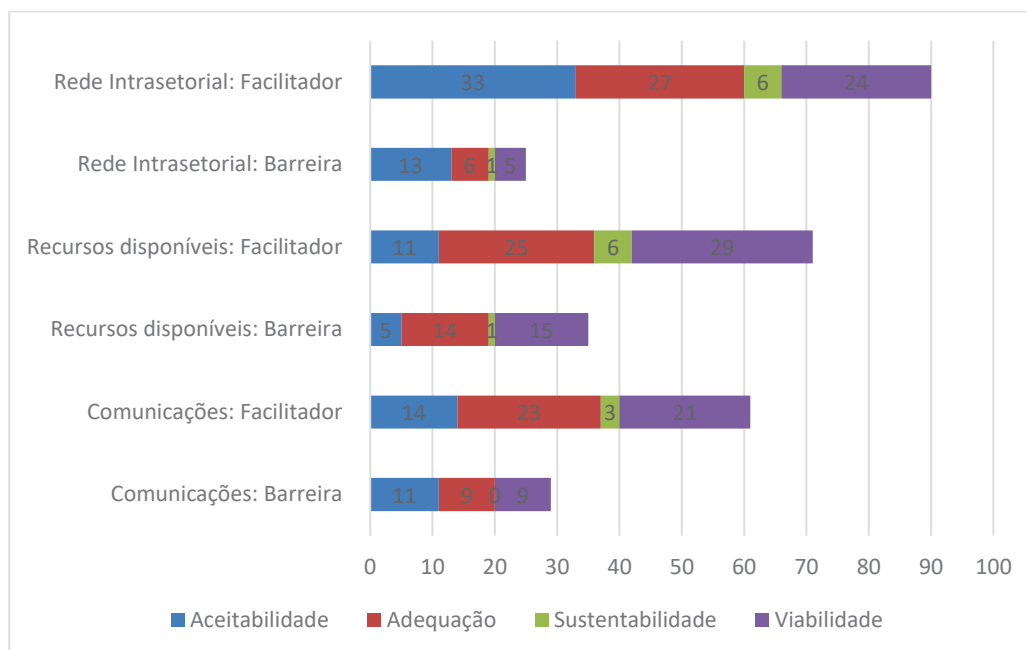
4.3.1.4 Análise de Coocorrência das Características Estruturais

A análise de coocorrência permitiu a identificação dos fatores facilitadores e das barreiras das características estruturais do ambiente interno e persistente para que a Inovação pudesse ser implementada. Em conjunto entre as subcategorias e as variáveis dos resultados de implementação a adequação teve 104 correlações, seguida da viabilidade com 103 e aceitabilidade com 87. Nas três categorias houve predomínio dos fatores facilitadores (GRÁFICO 5) (Peters et al., 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor et al., 2011).

⁴³ P14: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

⁴⁴ P30: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

GRÁFICO 5 - COCORRÊNCIAS DO AMBIENTE INTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO

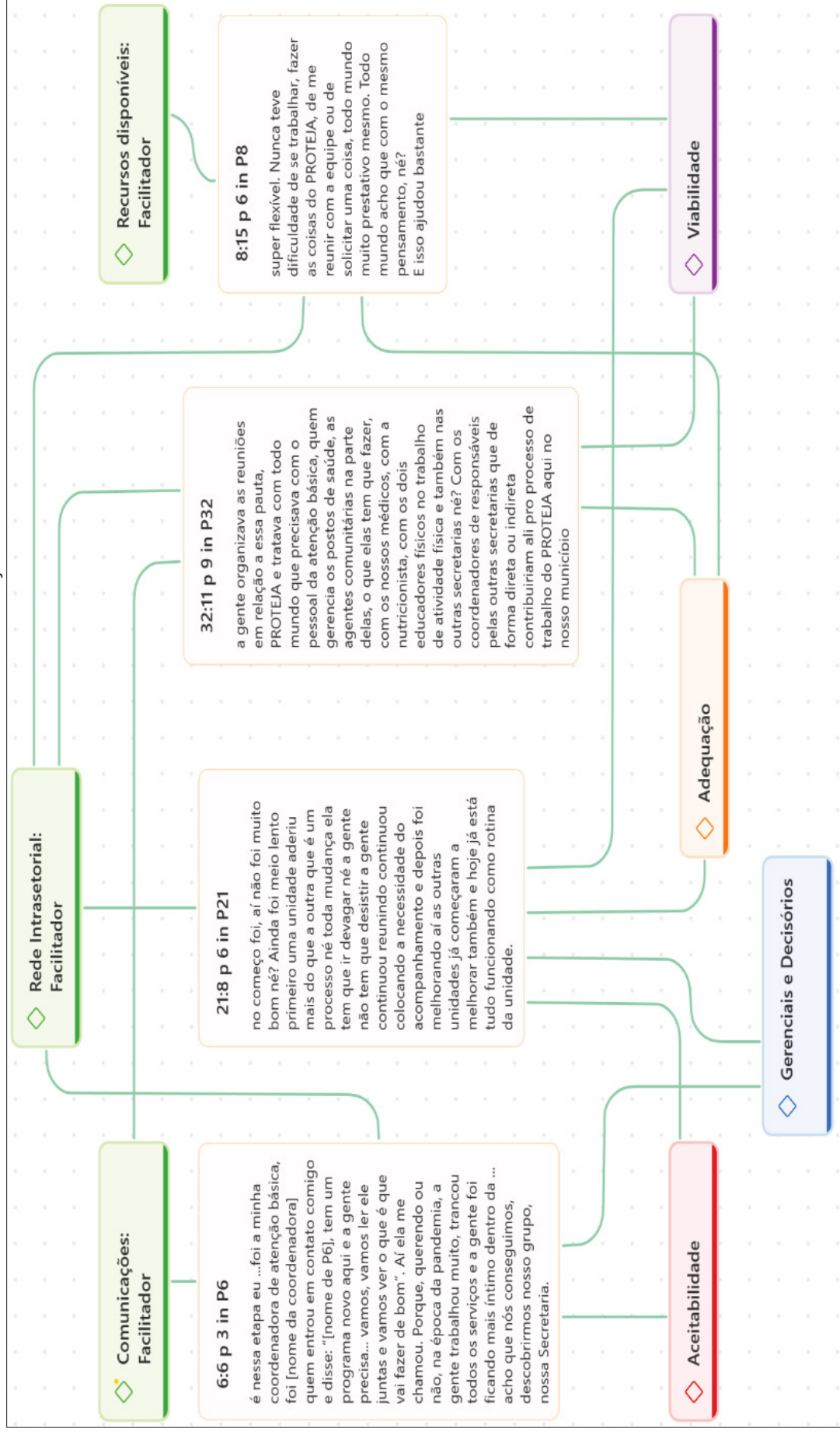


FONTE: A autora (2024).

Embora a variável da aceitabilidade não tenha tido a maior correlação, essa foi determinante no primeiro momento em que a Inovação foi apresentada para município. Do total de estudos de casos apenas em 6 deles se detectou que durante o ato de adesão houve presença da rede intrasetorial para estudar e escolher as ações que comporiam a pactuação, ou seja, o gestor da saúde chamou os burocratas de nível de rua para estudar a proposta de adesão (FIGURA 8).

A experiência de P6 demonstra o quanto a Inovação foi agradável aos atores implementadores e a força da rede intraorganizacional que pode participar da tomada de decisão, sendo este o subprocesso gerencial/decisório de implementação durante a pactuação a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001; Greenhalgh *et al.*, 2004; Proctor *et al.*, 2011).

FIGURA 8 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FALICITADORES DAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO AMBIENTE INTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



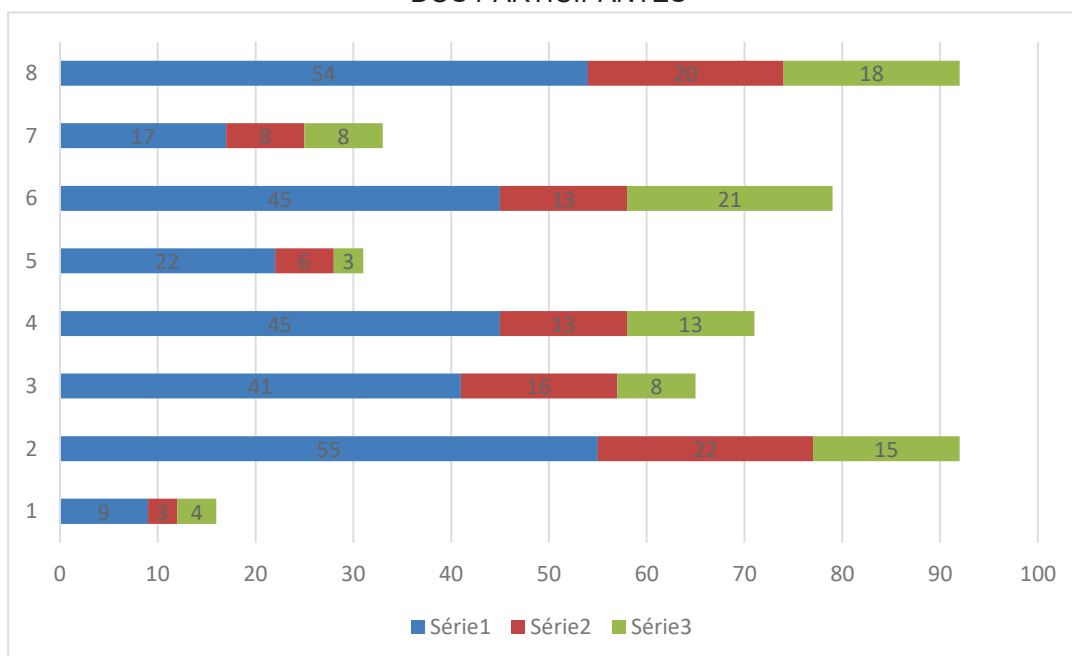
FONTE: A Autora (2024).

Pelas correlações o ambiente interno também se mostrou adequado à Inovação, pois as equipes de saúde perceberam a relevância do PROTEJA frente ao problema da obesidade infantil e passaram a colaborar. Não foram necessárias grandes adaptações as estruturas de trabalho o que a tornou viável de ser incorporada aos serviços da secretaria municipal de saúde.

4.3.2 Características Específicas do Ambiente Interno

Quanto as subcategorias das características específicas do ambiente interno a implementação do PROTEJA, nota-se que pela análise entre código-documento a frequência foi maior para os fatores facilitadores e em todos os grupos de desempenho (GRÁFICO 6). Assim, as características específicas facilitaram a execução da Inovação.

GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA DOS FATORES FACILITADORES E DAS BARREIRAS DAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO POR GRUPO DE DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES



FONTE: A autora (2024).

4.3.2.1 Tensão pela Mudança

Esta categoria verificou se a situação atual era intolerável ou se necessitava de mudança, portanto se os atores-implementadores percebiam como estava o quadro epidemiológico e o cuidado à obesidade infantil antes e durante a implementação da Inovação, além de verificar a disponibilidade da equipe do ambiente interno em atuar no PROTEJA.

Pela análise entre código-documento percebeu-se que a maioria dos participantes detectaram a necessidade de mudança onde 92 codificações foram favoráveis contra 33 considerados como barreiras, ou seja, não perceberam. As ações da implementação da Inovação iniciaram no final de 2021 e início de 2022 e alguns municípios já haviam notado a questão do aumento da prevalência da obesidade no seu território, portanto percebendo a tensão pela mudança e da necessidade de organização da rede de atenção à obesidade infantil, como relatam P6 e P12.

A gente já tinha mapeado que o município estava entrando numa crise, né. Numa crise epidemiológica, nessa etapa. E as pessoas ficaram muito, muito soltas, fora do sistema, muito dentro de casa e muito fora do serviço. O serviço tinha que resgatar novamente. ⁴⁵

A gente já viu aqui, tanto que já estava aumentando a questão, principalmente, de obesidade, sobrepeso em crianças e aí quando implementou o programa, foi ótimo, né? Porque assim, mas foi mais uma ajuda, né? Pra gente poder desenvolver as funções e contando com as parcerias. ⁴⁶

A disponibilidade da equipe assistencial e de gestão aliada ao burocrata de nível de rua em uma rede intraorganizacional em torno do objetivo comum de prevenir e atender a obesidade infantil facilitou a implementação, sobretudo pela percepção da viabilidade do PROTEJA ao município e a continuidade do serviço prestado (Greenhalgh *et al.*, 2004; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011).

⁴⁵ P6: Entrevista realizada pela pesquisadora em março de 2024.

⁴⁶ P12: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

É uma cidade assim que se preocupa bastante com os indicadores, tenta sempre bater de olho no que o Ministério da Saúde propõe. Então o PROTEJA, ele veio pra dar um *up* assim nesse olhar e nortear o que muitas das coisas que o PROTEJA procura desenvolver na cidade a gente já estava fazendo, a gente já buscava fazer e deu um norte pra que a gente pudesse melhorar o trabalho, então foi muito interessante, a gente tem o apoio de toda a gestão da Secretaria de Saúde. Eu não fico sozinho no caso, trabalhando com PROTEJA. No caso a atenção básica é bem importante nessa questão, o trabalho com os enfermeiros, com os médicos, com os médicos das especialidades que a gente tem aqui. Então foi bem legal, um trabalho bem interessante e que a gente pretende seguir firme aí nessa linha. ⁴⁷

Nos três grupos de desempenho identificou-se barreiras a tensão à mudança relacionadas aos recursos humanos como a não percepção da condição obesidade tanto pela equipe quanto o RT e inviabilidade da oferta do serviço pela ausência do recurso humano.

A princípio, até os médicos começaram a bater de frente. Criavam entrave e a gente ia fazer reunião na escola com os pais, aí os pais procuravam o pediatra, o pediatra não dava muita atenção. Aí o pai não queria deixar a criança participar. Aí ficavam uma coisinha meio complicada. Então assim, eu não tinha tanta autonomia no começo. Os médicos começavam a não dar tanta questão. ⁴⁸

Parecia invisível essas pessoas pra gente, serem invisíveis. Tanto que eu me incluo com outros profissionais que começamos a observar que essa obesidade, depois que nós fizemos um curso no [nome] sobre obesidade, entendeu? Então aí que nós tivemos aí para pensa, alerta, entendeu? Porque infelizmente a obesidade ela era invisível pros próprios profissionais, entendeu? Nós não víamos assim. ⁴⁹

4.3.2.2 Prioridade Relativa

A prioridade relativa identificava a importância dada a implementação da Inovação dentro do próprio ambiente interno, principalmente, sobre a atuação do gestor da saúde no sentido de reconhecimento do problema público da obesidade, a divulgação e interesse das informações geradas pelo PROTEJA pelo gestor e equipe e o quanto a Inovação foi prioridade durante a implementação para a SMS e/ou prefeitura.

⁴⁷ P32: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁴⁸ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁴⁹ P35: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

Pela análise entre código-documento a prioridade relativa foi identificada como fator facilitador nos três grupos de desempenho tendo uma frequência de 79 contra 31 codificações como barreira. As percepções sobre a obesidade infantil ser vista como problema foi mais dos burocratas de nível de rua até porque se perguntou a estes como eles viam a percepção do gestor público em relação ao problema, podendo a resposta não condizer com a própria opinião do gestor.

Assim, uma limitação da pesquisa foi a não inclusão dos secretários municipais de saúde, os burocratas de médio escalão, que são atores fundamentais para entender o processo de implementação. As respostas dos burocratas de nível de rua foram de reconhecimento e prioridade ao problema público da obesidade infantil como relata P35.

A obesidade tanto é infantil quanto adulta era invisível. Aí com o PROTEJA que a gente já foi abrindo nossos olhos pra tudo isso. Tanto que se elas perceberem, os funcionários perceberem alguém aqui, alguma criança entrando, um adulto, eles já ficam atento, já fica alerta, 'olha tem fulano aqui que está chegando'. Então assim agora eu posso falar com toda certeza que agora nós estamos enxergando bem melhor.⁵⁰

Desse modo, a não percepção do problema público da obesidade demonstra uma alienação dos atores ou conflito de interesses, logo a não prioridade relativa a solução do problema (Kochevar e Yano, 2006, p. 27). Em contra partida, quando há uma percepção da obrigatoriedade de uma medida, no caso a implementação do PROTEJA, há fortes evidências de que a prioridade ocorrerá (Greenhalgh *et al.*, 2004, p.610)

Quanto a divulgação dos dados também houve prioridade não só em relação ao ambiente interno, mas ao externo também como expõe P31, demonstrando a relevância da inovação frente ao problema público da obesidade infantil, principalmente por ter compreendido que o PROTEJA é uma extensão do setor saúde e, portanto também sendo compatível as suas funções e rotinas de trabalho (Peters *et al.*, 2014; Peters , Tran e Adam, 2013; Proctor et al., 2011).

⁵⁰ P35: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

Vou mostrar pra eles o resultado das avaliações que foram realizados no ano passado. E assim, de cada escola, tem escola que tem até 17% de crianças com obesidade e sobrepeso. Então acho que é um dado bem alarmante a gente tem que começar a fazer alguma coisa pra mudar esse comportamento.⁵¹

Quando o gestor de saúde é participativo com a inovação aumenta a possibilidade de sucesso na implementação. Como no caso de P32 que obteve evolução de desempenho durante o ciclo de implementação do PROTEJA.

Isso é foi sempre algo, não é algo que ficou lá num canto lá não. Foi sempre priorizado, colocado em pauta nas reuniões com a secretária de saúde e os demais coordenadores. Sempre, sempre esteve. E essa preocupação pra que fosse, tivesse, organizasse o trabalho da melhor forma possível.⁵²

Porém, para algumas secretarias municipais e gestores da saúde não houve a percepção do problema público da obesidade infantil, o que resultou em barreira e baixa aceitabilidade a implantação da Inovação como as percepções de participantes nos três grupos de desempenho. Apesar da dificuldade inicial os casos P3 e P4 conseguiram sucesso e estabilidade na implementação devido o esforço do burocrata de nível de rua (QUADRO 5).

QUADRO 5 - IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS QUANTO A PRIORIDADE RELATIVA

Grupo Desempenho – Declínio	Grupo Desempenho – Manutenção	Grupo Desempenho – Evolução
Centro-oeste	Nordeste	Norte
P9	P25	P3
Pra Secretaria de Saúde não foi prioridade, nunca foi. Pra nós profissionais era inicialmente prioridade, a gente tentou que fosse, mas acabou não sendo nem pro município. Eu acho que por ter sido uma adesão realizada em uma outra gestão acabou que aí a mesma findou o seu prazo, o seu período. Iniciou outra, então ele não deu prioridade a esses programas. ⁵³	Nem gestor, nem população reconhece. Ninguém reconhece que é um problema, que obesidade é uma doença. [...]. Ninguém reconhece, enquanto não afetou outros fatores, não reconhece obesidade como doença. ⁵⁴	Pessoas com cargo acima de mim, que eles não dão uma importância, um olhar pra determinada situação, a importância da prevenção da obesidade infantil, porque é uma criança obesa, provavelmente é um adolescente, um adulto ou idoso obeso. E a gente sabe que a obesidade ela é uma porta de entrada pra outras doenças. Então eu acho que é nesse programa, é nessa hora que é prevenir a obesidade infantil, é como se fosse prevenir determinadas doenças. ⁵⁵

FONTE: A autora (2024).

⁵¹ P31: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

⁵² P32: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁵³ P9: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024

⁵⁴ P25: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁵⁵ P3: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em dezembro de 2023.

4.3.2.3 Compatibilidade

Na compatibilidade identificou-se a adaptação dos processos e rotinas de atividades do PROTEJA aos fluxos e sistemas de trabalho da SMS. Assim, a frequência de 125 citações demonstrou como fator facilitador a implementação, em contrapartida a 65 citações como barreira.

As atividades propostas pelo PROTEJA como avaliação do estado nutricional (peso e altura), marcadores do consumo alimentar do SISVAN ou atendimentos individuais já eram serviços ofertados na saúde, porém muitos municípios não davam continuidade ou a devida importância como expõe P22: “Sim, porque a gente já faz isso, a gente já faz isso do cotidiano, a gente só aprendeu a fórmula de trabalhar, né?”.

Dessa forma, a proposta da intervenção do PROTEJA já era compatível aos processos e rotinas de trabalho no ambiente interno. A vinculação dessas atividades como metas obrigatórias e repasse de recursos financeiros serviu como um incentivo que facilitou a rotinização em alguns municípios, bem como quando a inovação é compatível aos valores e formas de trabalho dos ambientes, há maior probabilidade de uma implementação bem-sucedida (Greenhalgh *et al.*, 2004, p. 596; Gustafson *et al.*, 2003).

Se fazia antes de PROTEJA, claro, isso tem que se fazer, né? Os agentes de saúde faziam isso para UBS, ESF. Só que o que acontece? Às vezes eles faziam, porém, eles não marcavam nas fichas, né? Eles não tinham essa preocupação, então às vezes eles iam nas escolas ou então na própria UBS. Fazia, só que assim eles de 30 que eles fazem, eles marcavam 10 porque não entendiam a preocupação de se marcar e com PROTEJA foi explicado a cada um a necessidade de se fazer, o porquê era necessário. ⁵⁶

A Inovação também foi compatível e incorporada aos serviços da SMS por facilitar a produção de dados gerados que permitiram a tomada de decisão pelo ator-implementador com base no problema público, como já exposto por P13.

⁵⁶ P23: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

Então assim foi uma troca de experiência muito interessante e na hora dessa discussão com a referência técnica da assistência social, com psicólogo, a gente foi ali vendo esses dados. E a importância de ter, né! Porque se não, fica algo que não fica concreto, não ficou muito abstrato. A gente sabe, mas não sabe onde atuar, não sabe onde está, por isso que eu falei que o PROTEJA foi o melhor programa, porque foi onde a gente teve como referência técnica esses dados para saber onde fazer, né. Onde? Onde executar, foi de extrema importância.⁵⁷

Em compensação, uma barreira foi resistência dos profissionais na incorporação da rotina do marcador de consumo alimentar do SISVAN e da condição de obesidade pelas equipes de saúde, pois alguns profissionais ainda atribuíam estes indicadores como atividade exclusiva da nutrição, como relata P2 que é nutricionista.

Sim, na verdade ficou até da secretária conversar com os outros por conta do inquérito alimentar que eles acham até hoje que somente a nutrição tem que fazer. Então nessa parte aí a gente falhou bastante isso em 2023, porque ficou tudo somente comigo.⁵⁸

Outra barreira foi a incorporação de mais tarefas a jornada já comprometida dos diversos fluxos de trabalho, como relata P15 que “O mais complicado é questão de tempo. A disponibilidade que a gente tem para cumprir tudo isso, *né?*”, embora tenha conseguido a compatibilidade entre a Inovação e as atividades de rotina da SMS “Mas o que mais é foi no começo assim, deu um trabalho pra essa questão mesmo de disponibilidade de tempo e de convencer a equipe a estar junto”. Porém, houve casos que não foi possível a compatibilidade como fala P16.

Na verdade, eu não tinha carga horária do programa, não. Eu tinha que é fazer o que era pedido, entendeu? Tipo, eu precisava fazer uma ação por mês, né? Então eu tinha que fazer essa ação, então eu tinha que deixar de fazer alguma coisa. Então assim é a gente, ajeita uma certa disponibilidade para cumprir ali uma meta, mas eu acho que isso é muito ruim. [...] Muita coisa fiz, mas assim é, eu acho que a questão do tempo para você ficar ali por conta de fazer gráfico, de olhar ou tal criança, assim, assado, entendeu? É, não, a gente não tem esse tempo.⁵⁹

⁵⁷ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

⁵⁸ P2: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

⁵⁹ P16: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

4.3.2.4 Acesso ao Conhecimento e Informação

Esta categoria identificou o acesso a informações, orientação e treinamentos ou capacitações para que ocorresse a implementação da Inovação e se esses conhecimentos foram acessíveis, compreensíveis e se eles influenciaram as rotinas de trabalho, como também, se as informações eram repassadas aos ambientes interno e externo como o grupo de trabalho intersetorial.

Na análise entre código-documento houve uma frequência de 92 citações como fator facilitador e 16 como barreira. Os atores-implementadores obtiveram conhecimento e informação sobre a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil através do apoio técnico a implementação pela UFAL que era realizado por meio de oficinas virtuais que capacitavam os participantes para a concretização da Inovação.

A maioria relatou que as informações foram compreensíveis e o fato do ator permanecer no local de trabalho durante a capacitação foi acessível e permitiu o conhecimento a equipe de trabalho o que facilitou a implementação e a incorporação dos novos conhecimentos as rotinas de serviços (Greenhalgh *et al.*, 2004; Grol *et al.*, 2007).

O que eu aprendi nas oficinas, o que a gente aprendeu, que a gente foi trabalhando, foi ... nos deu uma noção de gestão e de amplitude de equipe. Isso foi muito mais que obesidade, [...] trouxeram uma linha de tratar, uma linha de gestão e uma linha de organização do processo de trabalho, porque costume dizer tudo que veio já existia, só estava esquecido. ⁶⁰

A minoria citou como acesso ao conhecimento e informação os próprios manuais e portarias da Estratégia que também foram compreensíveis.

Mas assim, mas eu acho que ele foi muito bem executado, né, dentro da política, dentro material, dentro o apoio. Que material enriquecedor! Como trouxe para a gente, porque muitas vezes a gente até deseja fazer, mas a gente não tem tanto esse conhecimento técnico, de orientação. O Ministério da Saúde, toda vida eu elogiei muito e sempre todos os diversos materiais são muito enriquecedores. O que acontece conosco muitas vezes é o tempo, disponibilidade, poder aprofundar e absorver e praticar. ⁶¹

⁶⁰ P6: Entrevista realizada pela pesquisadora em março de 2024.

⁶¹ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

A experiência de P13 condiz com as de diversos participantes que relataram como barreira ao conhecimento e informação a questão tempo disponível para estudar a Inovação. Desta forma, um grande diferencial exposto pelos participantes foi exatamente as oficinas que tornaram viável a implementação da proposta de intervenção como relata P20.

Eu acho que ajudaram muito, inclusive o ano de 2023 a gente não teve muito, como teve no ano de 2022. E como eu estava chegando ... para atenção primária, para o SUS, para mim foi muito importante entender, é quando a gente participou das oficinas, entendeu que os municípios estavam fazendo, pra aquilo que a gente também poderia implementar, né? Então acho que fortalece o trabalho, acho que foi muito importante.⁶²

Como as oficinas também eram momentos de trocas de experiências entre os municípios das regiões e em algumas havia a participação de municípios que se destacaram ao longo da implementação, o que inevitavelmente se fez a comparação entre eles. Assim, devido as falas dos participantes sobre as experiências dos outros municípios na implementação da Inovação foi criado o código 'Comparação com Pares' que apresentou ao todo 26 citações, sendo 16 para o grupo desempenho-declínio, 4 para evolução e 6 para manutenção, como P1 relata.

Deu pra perceber que tem dificuldade em todo lugar né? Todo lugar a gente encontra uma dificuldade cada um, né? Em específico do seu município. Às vezes tem coisas também que a gente acha que é só no município da gente, mas é em outros municípios também.⁶³

Explicitamente apenas um caso (P15) comentou que também buscou apoio de conhecimento e informações com os municípios vizinhos participantes da Inovação. Estes acabaram criando uma rede horizontal intermunicipal informal de apoio e que reformulou o significado do Programa nas atitudes dos burocratas de nível de rua em adequar e continuar com a inovação (Greenhalgh *et al.*, 2004; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011).

⁶² P20: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁶³ P1: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

Com os RTs de municípios próximos, são municípios pequenos também. A gente foi meio que fazendo em conjunto, a gente ia conversar sobre, ia debatendo o que era interessante no município dela, que era interessante o município do vizinho meu. A gente foi conversando e vendo que os municípios estavam fazendo também. [...] Ajudou bastante, porque os outros municípios também passaram por algumas dificuldades parecidas, né? Por conta, acho, que da região mesmo. Então aí a gente ia trocando ideia, vendo como que, como que o outro ia superando os obstáculos, ia trocando, compartilhando.

⁶⁴

Os problemas de conexão à internet foram uma barreira a participação nas oficinas como relata P3, município da região norte, que não conseguiu participar de todas: “Algumas sim. Alguns sim, outras não por causa da internet”. Outra barreira foram os horários das oficinas que coincidiam com as agendas dos profissionais que muitas vezes não conseguiram se organizar para participar, também, em função da sobrecarga de tarefas, como expõe P26.

Dos webinários alguns sim, mas é que assim normalmente dependendo do horário a gente não conseguia participar on-line. Não. Bom seria se fizesse uma capacitação bem-feita presencial, na minha opinião. Porque o online sempre atrapalha, daí chega um paciente, daí sempre é uma função, [...] Então eu acho que fazer presencial ajuda bastante. ⁶⁵

Por fim, o pouco conhecimento dos facilitadores externos representantes das regionais estaduais de saúde e dos burocratas de nível de rua sobre a nova proposta de intervenção, principalmente, na fase inicial de adoção da implementação foi uma barreira e influenciou no sucesso da implementação.

Então assim, a ADS [*Área Descentralizada de Saúde*], ela ainda não conhecia o programa como um todo, vamos dizer assim [risos], e a gente imaginava que essas atividades eram durante o ano, mas também contabilizadas durante o ano [...] E aí a gente foi desenvolvendo, tendo contato com a ADS, só que a gente não tinha como ter aquele acompanhamento do relatório, quando foi no final do ano que a gente olhou assim, não foi, se você observar, o município, não foi aquela coisa toda. A gente perguntou ela não sabia, a gente inclusive perguntou para [nome da Apoiadora Local] que disse: “Não, o PROTEJA contabiliza até os 6 meses, depois dos 6 meses...” Eu digo: “Como é?” Aí, então assim, foi algumas coisas no começo que não estavam tão preparados para passar tudo. ⁶⁶

⁶⁴ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

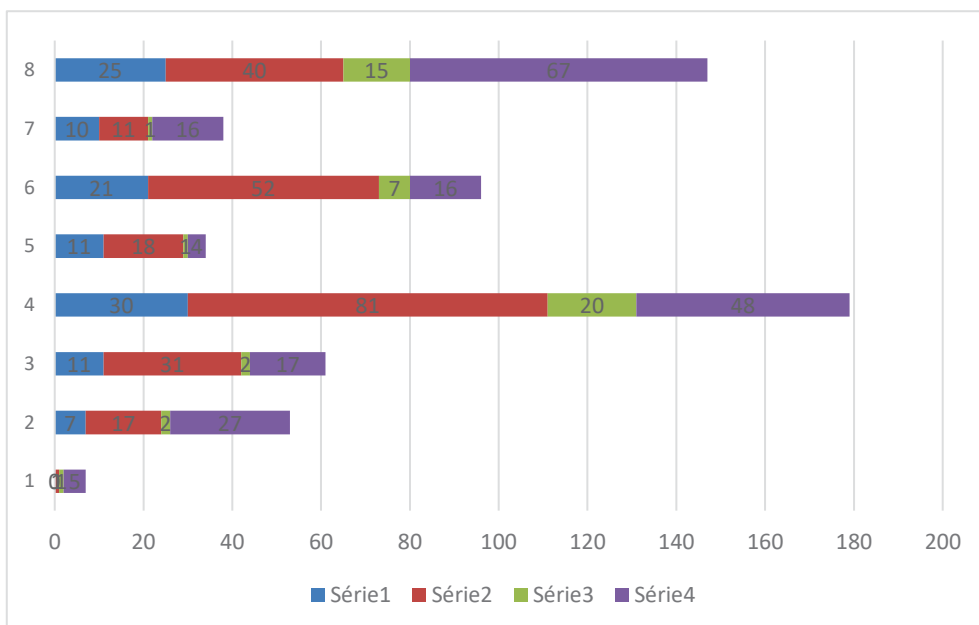
⁶⁵ P26: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

⁶⁶ P7: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

4.3.2.5 Análise de Coocorrência das Características Específicas

Para as características específicas à implementação a variável adequação teve maior destaque com 251 correlações, depois viabilidade com 200, aceitabilidade com 115 e sustentabilidade com 49. Somando os fatores facilitadores e as barreias das categorias do ambiente interno a compatibilidade da Inovação a SMS teve maior destaque com 240 correlações, em seguida da tensão pela mudança com 185, prioridade relativa com 130 e, por fim, acesso ao conhecimento e informação com 60 correlações (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 7 - COCORRÊNCIAS DAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS DO RESULTADO DE IMPLMENTAÇÃO



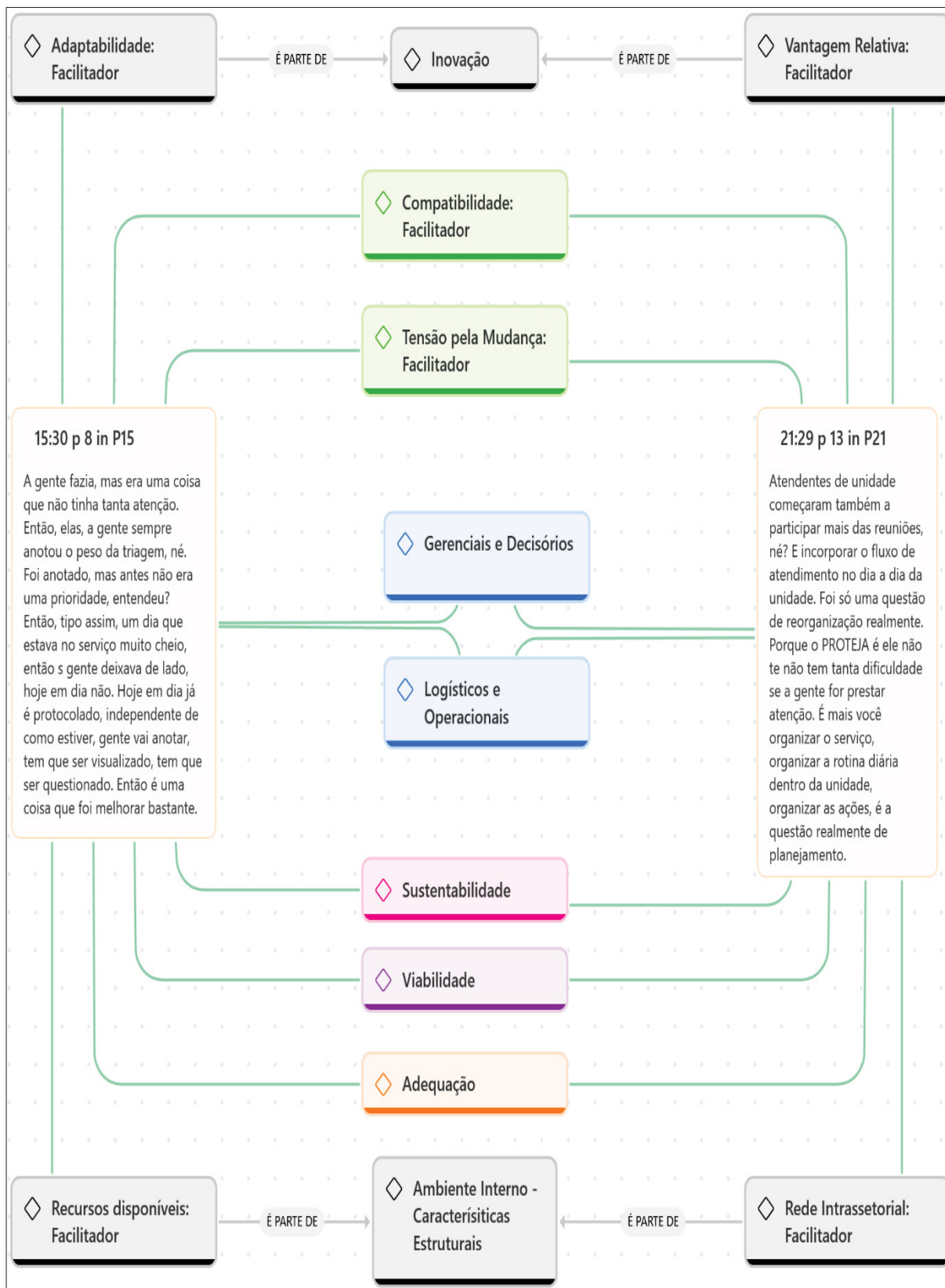
FONTE: A autora (2024).

As correlações entre os domínios do ambiente interno e as variáveis de resultado de implementação são expostas pelas experiências de P15 e P21 que demonstram como as características específicas da compatibilidade e tensão pela mudança possibilitaram a concretização da Inovação através da sua adaptabilidade, utilidade e sustentabilidade (FIGURA 9).

Embora, os relatos sejam parecidos há contextos diferentes entre eles, o participante 15 está situado na região Sudeste e possui IDHM moderado e P21 na região Norte com IDHM baixo, ambos apresentaram declínio de desempenho tendo em 2022 uma alta eficácia e em 2023 moderada. Porém, as experiências demonstram

que ancoradas pelas características estruturais do ambiente interno como recursos disponíveis e rede intrasetorial favoráveis e associadas a vantagem relativa e a adaptabilidade da Inovação, foi possível incorporar a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil aos serviços de saúde municipal.

FIGURA 9 - CORRELAÇÕES DOS FATORES FACILITADORES DAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO AMBIENTE INTERNO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

Diante disso, os subprocessos gerencial/decisório e logístico/operacional permitiram a estruturação organizacional e a definição de fluxos de trabalho para que a implementação fosse bem-sucedida em relação as características específicas do ambiente interno.

4.4 INDIVÍDUOS

Este domínio identificou os papéis dos indivíduos na adoção, na implementação e na institucionalização da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, através das variáveis de aceitabilidade, adequação, viabilidade e sustentabilidade, como também, sobre os processos de concretização da Inovação (Berman, 2007; Damschroder *et al.*, 2022b; Mazzei e Farah, 2020; Proctor *et al.*, 2011; Schleicher e Marques, 2017).

A pergunta norteadora de como os atores-implementadores assumiram seus compromissos ou responsabilização para implementar a Estratégia e qual consequência trouxe para o desempenho da política guiou o domínio. Assim, observou-se a necessidade de construir uma nova categoria referente aos Burocratas de Médio Escalão (BME) sendo esta constituída pelos indivíduos com autoridade administrativa como o(a) secretário(a) municipal de saúde. Desta forma, obteve-se três categorias sem as subcategorias barreiras ou fatores facilitadores (TABELA 10).

TABELA 10 - FREQUÊNCIA DAS CITAÇÕES DOS INDIVÍDUOS POR GRUPOS DE DESEMPENHO

Domínio: Indivíduos	Grupos de Desempenho dos Participantes			Totais
	Categorias	Declínio	Evolução	
Burocratas Médio Escalão	85	29	25	139
Burocratas Nível de Rua	122	58	43	223
Facilitadores de Implementação	49	16	15	80

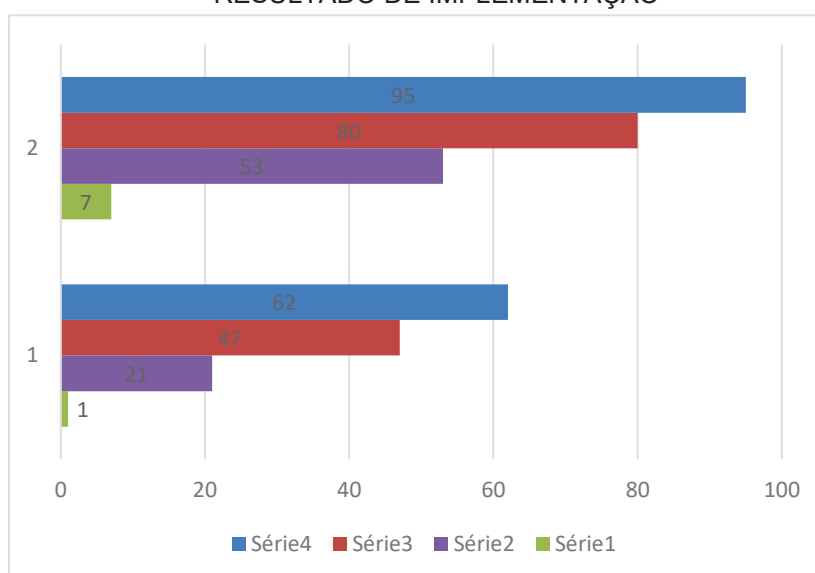
FONTE: A autora (2024).

Os indivíduos Facilitadores Externos de Implementação (equipe de apoio técnico e representantes estaduais de saúde) não foram analisados quanto as variáveis de resultados de implementação, uma vez que estes atores tinham exatamente o papel de facilitar o processo de concretização através de suporte técnico direcionado, logo com a missão de garantir o sucesso da Inovação, por

consequência, influenciando ou facilitando a tomada de decisão dos burocratas (Ritchie, Parker e Kirchner, 2020).

Deste modo, para a análise da coocorrência em relação as variáveis de resultados da implementação consideraram-se apenas os burocratas para compor as frequências que foram de 131 citações para os BME, de 235 para os BNR (GRÁFICO 8). Identificou-se que houve aceitabilidade em ambos as categorias o que segundo Proctor *et al.* (2011) significa que houve experiência de satisfação quanto a várias dimensões da Inovação, assim favorecendo a sua adoção e posterior implementação.

GRÁFICO 8 - COCORRÊNCIAS DOS ATORES-IMPLEMENTADORES COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

O PROTEJA também se mostrou adequado por manter uma consistência de funções e rotinas de trabalho do setor da Saúde, favorecendo a sua rotinização (Greenhalgh *et al.*, 2004; Proctor *et al.*, 2011). Embora a variável sustentabilidade tenha poucas citações, supõe-se que a continuidade da execução do PROTEJA que se estende até dezembro de 2024, tenha contribuído para este fato. Uma vez que, conforme Proctor *et al.* (2011, p.70) uma inovação se torna sustentável ou institucionalizada quando ocorre a sua “integração na cultura de uma organização por meio de políticas e práticas”.

Deste modo, a primeira etapa para que o ocorra a rotinização corresponde aos recursos financeiros, a qual já está finalizada, tendo os municípios recebido as três parcelas do incentivo. Logo, a segunda etapa, a da implementação propriamente

dita está ocorrendo e se estende até o 36º mês (dezembro de 2024), considerando que esta pesquisa foi realizada por volta do 24º mês de implementação.

A terceira etapa é quando a inovação se integra em todos os subsistemas da organização, ou seja, no rol de serviços da Secretaria Municipal de Saúde e demais setores relacionados ao programa, assim a prefeitura como um todo e os instrumentos administrativos como orçamentos anuais e plano municipal de saúde, cujas pesquisas futuras podem revelar a sustentabilidade, ou não, do PROTEJA frente a prevenção e atenção a obesidade infantil nos municípios de pequeno porte (Proctor *et al.*, 2011).

Por fim, o que chama a atenção é a variável da viabilidade a qual indica o quanto uma inovação pode ser realizada em determinado local, ou seja, o quanto ela pode ser utilizada na organização (Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011). Deste modo, ciente da realidade local e das práticas realizadas o BNR percebeu mais que o BME que a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil é viável de ser implementada nos municípios (Lotta, 2010).

4.4.1 Burocratas de Médio Escalão

Esta categoria e código surgiram da análise dos dados. Embora, não se tenha entrevistado os próprios secretários de saúde, ela se originou das experiências diretas dos informantes-chave em relação aos gestores que são indivíduos que moldam o processo da implementação por transmitir e sintetizar informações relevantes da inovação as partes interessadas, por organizar a rotina de trabalho dos atores-implementadores, por fornecer os meios necessários para executá-la e por divulgar a Inovação ao ambiente interno e externo para concretização da Inovação (Birken *et al.*, 2018; Birken e Currie, 2021).

As perguntas explícitas sobre os gestores de saúde estavam distribuídas nos domínios e categorias da Ambiente Interno como em Rede Intrassetorial e Prioridade Relativa e do Ambiente Externo como em Rede Intersetorial e identificavam sobre como era o acesso dos BNR aos gestores, o engajamento destes com a Inovação, o interesse nos dados, o reconhecimento, ou não, da obesidade infantil como um problema de saúde pública e a atuação na articulação intersetorial (TABELA 11).

TABELA 11 - CORRELAÇÕES DAS CITAÇÕES SOBRE OS BUROCRATAS DE MÉDIO ESCALÃO

Domínio	Categoria	Subcategoria	Indivíduos: Burocratas Médio Escalaõ
Ambiente Interno	Prioridade relativa	Barreira	7
		Facilitador	15
	Rede Intrasetorial	Barreira	15
		Facilitador	15
Ambiente Externo	Rede Intersetorial	Barreira	4
		Facilitador	8

FONTE: A autora (2024).

Quanto a percepção do burocrata de nível de rua se o gestor dava prioridade ao PROTEJA houve 15 citações positivas, ou seja, que eles deram prioridade e aceitaram o programa que, por fim, facilitou a implementação, como a fala de P28.

Eu vejo que a secretária atual, ela é bem preocupada, com PROTEJA, bem preocupada mesmo. É solícita, procura saber se está pronto licitação, se, como é que deve ser gasto, como é que pode o recurso. Ela é bem preocupada mesmo com a questão do PROTEJA e da mesma forma que ela repassa essas informações para o prefeito mesmo, ele é bem presente.⁶⁷

Também houve 7 citações que consideraram que os gestores não deram prioridade a Inovação, resultando em resistência a ela o que dificultou a execução as ações de implementação, como expõe a informante-chave P9 (região centro-oeste): “O gestor anterior, esse que não nos deu o respaldo em vários programas, de várias ações, ele não sabia de fato o que a gente tinha aderido [...] Não, de fato eu imagino que o gestor não achava nem que era um problema de saúde.”

Estas duas experiências foram correlacionadas a variável da aceitabilidade, uma vez que quando o gestor aceita o conteúdo da Inovação ele busca estratégias para operacionalizá-la, assim passa a adotá-la na organização e, em oposição, quando há resistência ele não busca estratégias para a execução do programa (Birken e Currie, 2021; Proctor *et al.*, 2011).

Sobre o acesso ao gestor e engajamento para as demandas e construção das parcerias no ambiente interno houve igualdade de citações como facilidade e dificuldades, logo a correlação entre BME e o ambiente interno apresentou tanto aceitabilidade quanto resistência, esta última como relata P10.

⁶⁷ P28: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

O secretário de saúde ele é o carro-chefe, então ele tem que demandar pra equipe o quê... Quando o secretário ele fica perdido, você não sabe, a equipe não sabe o que fazer também. E a gente não tinha muita essa liberdade. [...] Na época ela nem morava aqui na cidade. Não, não se engajaram. [...] Então ela não tinha muita abertura. [...] Assim ela não tinha muito interesse nas coisas. Eles só têm interesse se cortar a verba. ⁶⁸

Em um primeiro momento, as dificuldades de acesso ao gestor e a não percepção da relevância do problema público por parte dele impossibilitaram a concretização das ações de implementação como relata P13. Porém, com a troca de gestor este adaptou a Inovação ao contexto local e viabilizou estratégias junto ao BNR para que ocorresse a execução da inovação.

Influenciou. Para melhor, teve influência para melhor. Eu adorei. Adorei, porque assim... com a troca do secretário, foi muito bom porque [...] o que eu estava passando com a primeira gestora, porque [nome do município P13] ele demorou um ano, a gente começou um ano atrasado com o PROTEJA a gente fez a pactuação em 2021, mas eu consegui desenvolver as ações só em 2022. Porque a minha gestora não mobilizava e mesmo eu relatando por e-mail, né, falando da necessidade, fazendo cópia para deixar tudo registrado, não há mais possibilidade. Ela, ela não tinha... né. E aí eu fui ficando muito desanimada. ⁶⁹

Este caso teve mobilidade de desempenho entre 2022 e 2023, portanto sendo eficaz na gestão da política pública e identifica a importância do papel do burocrata de médio escalão na adoção e implementação do programa, na motivação aos atores-implementadores do nível de rua e sobre os subprocessos gerenciais e decisórios de execução da inovação, bem como a compreensão da operacionalização e organização administrativa da política que resultaram em uma implementação bem-sucedida (Berman, 2007; Damschroder *et al.*, 2022b; Lotta, 2010; Mazzei e Farah, 2020; Schleicher e Marques, 2017).

Ao ser perguntado para os informantes-chave como foi a atuação do gestor na interação do ambiente interno com o externo houve 8 citações explícitas como facilitador e 4 como barreira, como relata P15 cuja gestora facilitou a articulação intersetorial, este caso como já comentado obteve implementação bem-sucedida, apesar da redução do desempenho por problemas de tecnologia da informação.

⁶⁸ P10: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁶⁹ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

O papel do BME influenciou a institucionalização do PROTEJA por ter participado dos subprocessos de divulgação/informação e seleção para a formação da rede de cooperação horizontal entre as secretarias municipais, logo havendo compartilhamento e interação da tomada de decisão (Arretche, 2001; Berman, 2007; Bronzo, 2010; Damschroder *et al.*, 2022b; Mazzei e Farah, 2020; Schleicher e Marques, 2017).

Aí ela me ajudou a escolher os outros participantes do GTI. A gente procurou a Secretaria de Esportes, Secretaria de Assistência Social, de Educação e conversou com eles. Mostrou a importância do PROTEJA, porque aí a gente já tinha alguns resultados também de participação, então aí foi aonde todo mundo também se interessou em ajudar, né? Mas a gente conseguiu fazer GTI por volta do segundo ... no final do primeiro semestre e começo do segundo semestre. ⁷⁰

Também se identificou o oposto, em que o gestor não foi participativo nem reconheceu a obesidade infantil como problema público, assim apresentando resistência a Inovação, como no caso P25 que obteve os mesmos resultados de desempenho nas duas avaliações.

Ninguém está sabendo de nada que tá acontecendo, não, zero. [...] Nem gestor, nem população reconhece. [...] Ninguém reconhece que é um problema, que obesidade é uma doença. [...] Aí ninguém quer ajudar em nada! Eles acham legal, mas ninguém ajuda em nada, ninguém faz nada. Se eu não corro atrás de tudo do PROTEJA, ninguém ajuda nada, nada. Cada um está dando na sua ali e fala, “não vamos fazer mesmo e não sei o quê.” Imagina, não. ⁷¹

De modo geral, as correlações entre os BME e variáveis de resultado de implementação identificaram que houve uma frequência de 62 citações para a aceitabilidade, 47 para adequação, 21 para viabilidade e 1 para sustentabilidade (GRÁFICO 8). O diálogo da informante P20 com sua secretária de saúde resume o papel dos BME que no primeiro momento, ou seja, anterior a adoção da inovação a aceita por trazer vantagens ao município, porém ainda não percebe a complexidade da inovação e adequação dela à organização.

⁷⁰ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁷¹ P25: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Aí um dia ela sentou comigo daí ela falou assim: ‘Eu estou de boca aberta do quanto demanda atenção o PROTEJA’. Aí eu falei: ‘Sim’, ela falou: ‘Nossa, eu não imaginava que era algo tão completo. Eu senti uma oportunidade’. Quando ela recebeu a proposta de implementação, de implantação. ‘Mas eu nem imaginava que era tanto’. Eu falei: ‘É bastante’.⁷²

No momento posterior, ou seja, durante a implementação o gestor percebe a viabilidade e a complexidade da Inovação, sobretudo por uma análise retrospectiva de como ela está sendo utilizada no município (Berman, 2007; Damschroder *et al.*, 2022b; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011).

4.4.2 Burocratas de Nível de Rua

Os papéis dos burocratas de nível de rua na implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil estavam implicitamente dentro dos domínios da Inovação, Ambiente Interno, Ambiente Externo e Processos de Implementação e explicitamente no próprio domínio Indivíduos sobre como Inovação foi apresentada ao informante-chave e quais foram as percepções iniciais e finais sobre o programa, os limites de autoridade e liberdade de ação e como isso influenciou a implementação do PROTEJA.

Quanto a forma de apresentação da política, foi possível extrair que 21 participantes foram apresentados de modo direto e verbal, portanto, informal pelo gestor de saúde ou coordenador da atenção básica, enquanto 9 foram informados de modo formal por e-mail pelo gestor ou pelas regionais administrativas da saúde, 4 participantes não responderam este questionamento.

Para a maioria dos participantes houve a seleção descendente do ator-implementador como RT, ou seja, decisão *top-down* do burocrata de médio escalão ao de nível de rua. Não foi identificado nas falas ato voluntariado para assumir a Inovação, também não houve relatos sobre formalização ou institucionalização da responsabilidade técnica. Assim, a transmissão e apresentação do PROTEJA foi na maior parte informal pelo gestor de saúde e muitos foram pegos de surpresa, depois que os municípios já haviam feito a pactuação.

⁷² P20: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Em 2022, no início de 2022, já por meados de abril estava-se precisando de uma RT. Foi colocada uma assessora da saúde do município para ela ficar como RT, só que ela foi explicar a situação que não teria como porque o trabalho dela é diferente, ela não mora aqui, ela não poderia estar assessorando diretamente o GTI, executando o programa. E aí foi quando a secretária de saúde me fez o convite, né? Na verdade, ela disse: 'Não, tu vai ficar'. Eu já fiquei, assim, eu não sei nem o que é [risos]. 'Tu vai ficar aí com o programa, o PROTEJA'.⁷³

Também houve demora na apresentação do programa, como relata P14: "Sim, na realidade, foi uma surpresa. Eu fiquei sabendo por telefone, me ligaram falando se eu estava participando das oficinas, que eu era referência e nem sabia". Para o município P30 também foi surpresa, desta forma houve falhas no subprocesso de Divulgação/Informação, principalmente, por parte daqueles que fizeram a adesão na gestão anterior e não repassaram para a seguinte.

Eu peguei, já vamos dizer que o barco andando, mas sem tripulante, vamos dizer assim. Pegou a secretária, que ela também tinha assumido. Daí ela: 'Oh [nome de P30] e o PROTEJA?'. Então, conversando comigo sobre o PROTEJA. Daí eu assim: 'Mas eu nem sei sobre PROTEJA, nunca me passaram nada'. [...] Simplesmente a gente pegou e meio que demorou até para entender como que funcionava. Então, se já tivesse caminhando, né? A gente, poderia ser mais fácil. Só aqui, então a gente teve que reestruturar todo mundo. Porque os outros setores da prefeitura também não conheciam, o pessoal da agricultura, social, educação. Ninguém sabia. Simplesmente foi aderido, mas ninguém... vamos dizer ... que coordenava.⁷⁴

Sobre as percepções iniciais em relação ao PROTEJA, das 31 respostas, 20 foram favoráveis, 10 iniciaram com dúvidas ou preocupações, porém depois também foram favoráveis, apenas 1 foi desfavorável como relato de P9 que revela questão da ausência de recursos humanos e do apoio do gestor o que corroborou para a percepção negativa quanto a Inovação.

⁷³ P11: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

⁷⁴ P30: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Inicialmente, na teoria eu achei que fosse muito somar. [...] Então eu achei que a gente pudesse muito desenvolver as atividades que o programa oferece nesse sentido. [...] acaba que assim, hoje eu não sei te falar com exatidão, sabe? Porque muito, de certa forma a gente pecou de não estar realizando, o que é de fato realizado foram as avaliações, mas no modo geral é um programa que junto a uma equipe multiprofissional ele realiza com sucesso a questão do seu objetivo. Eu acho que através do programa a gente consegue, se tiver profissional apto, se a gente tiver respaldo de secretaria do município em si, a gestão e também a população conseguir entender a importância e o objetivo do mesmo é algo que com certeza traz resultados satisfatórios.⁷⁵

Quanto aos limites de autoridade e liberdade de ação e como isso influenciou a implementação do PROTEJA dos 22 participantes que responderam está pergunta, 15 tiveram liberdade total, 03 inicialmente tinham pouca liberdade, porém com andamento da implementação aumentaram a sua autonomia, 4 relataram que não tiveram nenhuma liberdade de atuação e/ou com pouco apoio da gestão, o quadro abaixo demonstra algumas falas (QUADRO 6).

QUADRO 6 - PERCEPÇÕES QUANTO A AUTORIDADE E LIBERDADE DE AÇÃO DOS BUROCRATAS DE NIVEL DE RUA

Total, com apoio da gestão	Aumento liberdade e autonomia	Sem liberdade
Tive liberdade total e apoio também das secretarias. ⁷⁶	Quando a gente assinou o termo de compromisso não, eu não tinha essa liberdade, depois que essa secretária saiu que agora é outra. Aí sim que agora a gente tem mais liberdade em fazer. ⁷⁷	Não, eu sempre digo pra minha colega técnica de nutrição é só quem dá importância no PROTEJA, é eu, entendeu? Eu acho assim que falta mais realidade, mais empatia pelo programa de outros, porque sou eu mesma que chuta o balde e põe pra frente. ⁷⁸

FONTE: A autora (2024).

Esta pesquisa não se centrou nas competências intrapessoal ou mudança comportamental individual dos atores-implementadores, embora tenha-se notado que a maior parte dos BNR percebeu a inovação como algo agradável. Deste modo, se quis identificar os papéis dos atores-implementadores frente a organização e operacionalização dos processos de implementação.

⁷⁵ P9: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁷⁶ P32: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁷⁷ P10: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁷⁸ P3: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em dezembro de 2023.

Assim, realizou-se uma análise da codificação simultânea através de três níveis gradativos de combinações. O primeiro, correlacionou os BNR com as quinze categorias da implementação com base no CFIR. A segunda, identificou em quais categorias e respectivas subcategorias da implementação da Inovação que os atores mais se envolveram. Por fim, utilizou-se uma ferramenta de consulta utilizando operadores Booleano (AND) e de Proximidade (COOC: coocorrência) para demonstrar em quais subprocessos de implementação os BNR mais interagiram.

Com base no primeiro nível de combinações que resultou em 1843 citações e em 268 coocorrências (TABELA 12) e posteriormente organizadas em ordem decrescente, identificou-se que o domínio no ambiente interno foi o que predominou, não só pelo quantitativo de perguntas neste constructo, mas também pelo fato dos informantes-chaves pertencerem a este ambiente. Podendo ser este um limitador da pesquisa de implementação de uma política pública com ação intersetorial, na qual não se entrevistou os atores externos a SMS, ou seja, as outras partes interessadas.

TABELA 12 - CORRELAÇÕES ENTRE BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E CATEGORIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Domínio	Categoria	Número de citações por categoria	Burocratas Nível de Rua (223 citações) ^a
Ambiente Interno	Compatibilidade	187	56
Ambiente Interno	Comunicações	108	30
Ambiente Externo	Rede Intersetorial	238	28
Ambiente Interno	Recursos disponíveis	138	26
Ambiente Interno	Tensão pela Mudança	121	26
Ambiente Interno	Rede Intrasetorial	127	21
Inovação	Adaptabilidade	87	19
Processos de Implementação	Execução	102	14
Ambiente Interno	Prioridade relativa	108	13
Processos de Implementação	Planejamento	116	10
Inovação	Complexidade	41	9
Inovação	Vantagem Relativa	86	7
Ambiente Interno	Acesso ao Conhecimento e Informação	107	6
Ambiente Externo	Políticas e Leis	33	2
Processos de Implementação	Monitoramento e Avaliação	21	1

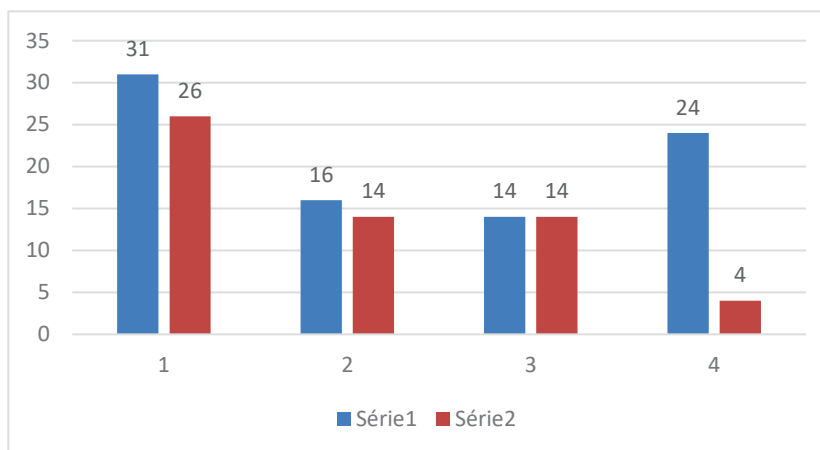
FONTE: A autora (2024).

NOTA: ^a Elaborado com ATLAS.ti através análise coocorrência: (BNR AND Categorias CFIR).

Para entender o papel do ator-implementador e diante do volume de dados limitou-se a análise entre o BNR com o primeiro quartil de maior interação das

categorias (Compatibilidade, Comunicação, Rede Intersectorial e Recursos Disponíveis) que em seguida foram correlacionadas com as respectivas subcategorias e os BNR associado aos subprocessos de implementação que resultaram em 903 citações e em 143 coocorrências (GRÁFICO 9).

GRÁFICO 9 - COCORRÊNCIAS DAS CATEGORIAS DE IMPLEMENTAÇÃO COM MAIOR INTERAÇÃO COM OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA



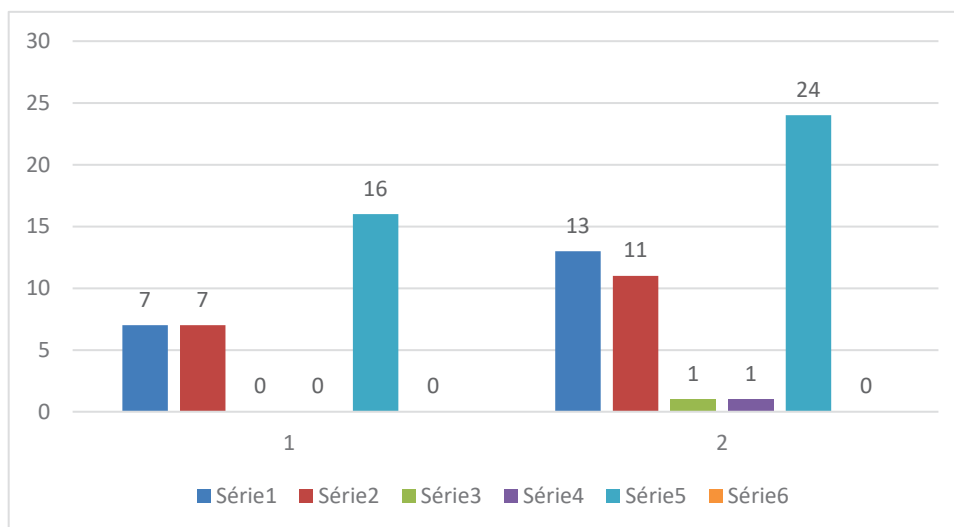
FONTE: A autora (2024).

A seguir são apresentados os resultados das interações do BNR e as categorias destaques da implementação quanto a aceitabilidade, adequação, viabilidade e sustentabilidade, como também, quanto aos processos de concretização da Inovação (Berman, 2007; Damschroder *et al.*, 2022b; Mazzei e Farah, 2020; Proctor *et al.*, 2011; Schleicher e Marques, 2017).

4.4.2.1 Interação Burocrata de Nível de Rua e Compatibilidade à Inovação

Na análise de coocorrência da interação do BNR e as subcategorias da compatibilidade da inovação ao ambiente interno, houve 30 correlações como barreira e 50 como fator facilitador. Quanto aos obstáculos 16 citações apontaram dificuldades de adequar as necessidades do PROTEJA quanto as rotinas de trabalho já existentes e a agenda individual e da equipe de saúde (GRÁFICO 10).

GRÁFICO 10 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A COMPATIBILIDADE À INOVAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

Isso demonstra que a organização do processo logístico/operacional foi condição institucional e social negativas para os resultados da implementação da inovação (Draibe, 2001), pois os participantes precisaram reorganizar as suas agendas, muitas vezes deixando de lado outra atividade para poder dar conta do cumprimento das metas e objetivos da Inovação.

Como expõe a participante 33 de um município do nordeste que teve dificuldades quanto a própria agenda: “Eu sempre tentava assim, mas não ter ido pras escolas. Teve um mês que eu fechei a minha agenda. Não atendi. Só para fazer os indicadores, só para estar nas escolas sempre, sempre, sempre”. Também houve dificuldades da disponibilidade de agenda com os colegas da SMS, como relata P11.

Olha os principais desafios, eu não sei nos outros municípios, mas aqui em [nome do município P11] é o município que aderiu muitos programas. [...] E aí a gente tem muito, muito, muitos fluxogramas assim, muita, muito cronograma a ser executado de ações, de metas, de indicadores e acabou que... pra mim a principal dificuldade foi questão de agenda, de horário entre os profissionais.⁷⁹

Desta forma, houve inadequação da Inovação em relação a rotina de trabalho dos BNR o que pode ter dificultado a adoção do PROTEJA no primeiro momento de implementação (Greenhalgh *et al.*, 2004; Rabin *et al.*, 2008). Porém, também houve 24 citações que afirmaram a adequação da Inovação ao ambiente interno sendo um

⁷⁹ P11: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

fator facilitador e compatível aos processos logístico/operacional (24 coocorrências), gerencial/decisório (13 coocorrências) e divulgação/informação (11 coocorrências).

Como relata P21 que foi possível adaptar e rotinizar a Inovação para o fluxo de cuidado ao público infantil: “Agregou essa atenção e da obrigatoriedade de estar atendendo. A gente montou um fluxo de encaminhamento, aí agora virou rotina o atendimento. Já é rotineiro da unidade.”

A autonomia BNR permitiu adequar as suas decisões sobre o regime de atividades do grupo de trabalho intersetorial, trazendo compromisso e responsabilização para cada parte interessada, assim fortalecendo a intersetorialidade da Inovação, como o caso de P17 que teve alto desempenho na duas avaliações, assim tendo uma concretização bem-sucedida do PROTEJA (Arretche, 2001; Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001; Mazzei e Farah, 2020).

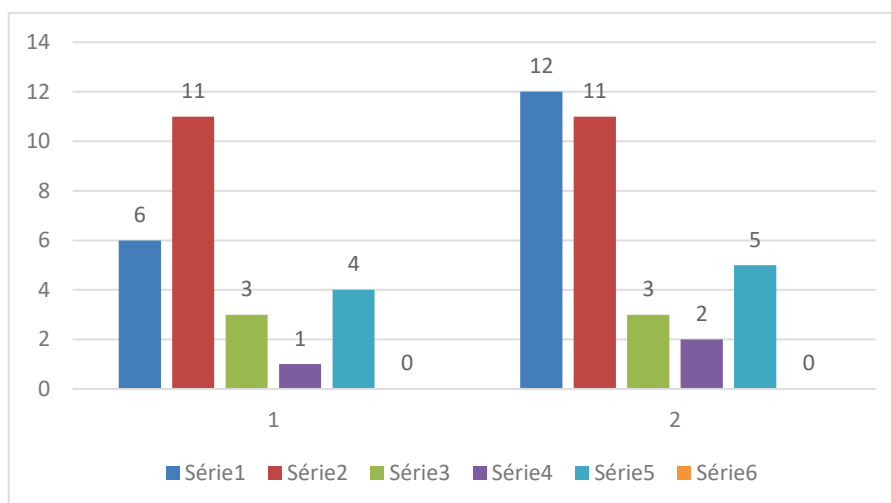
A equipe do PROTEJA ela foi criada assim, através da equipe do PSE e a gente tem já tinha o PSE e que é um programa do Ministério da saúde, né...E a gente já tinha um trabalho intersetorial com todas as diretoras, fazia reunião mensal com todas as diretoras das escolas e das creches, e aí, através desse, do PSE, e a gente criou a comissão do PROTEJA, o comitê, só que do PROTEJA a gente colocou outros profissionais que não estão incluídos no PSE, mas as reuniões eram em conjunto. Primeiro fazia do PSE e todos participavam e depois a gente ficava mais meia hora para decidir, só a comissão do PROTEJA mesmo.⁸⁰

4.4.2.2 Interação Burocrata de Nível de Rua e Comunicação

Partindo da correlação entre os BNR com a categoria da comunicação e os subprocessos houve igualdade de barreiras e fatores facilitadores no processo de divulgação/informação da implementação. Já, no processo gerencial/decisório houve predomínio de fatores facilitadores a comunicação que se mostraram viáveis e adequados (GRÁFICO 11).

⁸⁰ Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

GRÁFICO 11 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A COMUNICAÇÃO À INOVAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

Como barreira foram identificadas falhas no fluxo de informação, ou seja, o quanto as partes interessadas tiveram acesso as informações da Inovação. Entre as falhas houve ausência da transmissão da informação do ambiente interno para o externo como relata P14: “Na realidade, a gente nem apresentou, às vezes a falha também é essa. As vezes eles acham favor, porque eles também não têm conhecimento do que é os programas da saúde e a parceria deles”. Outra, foi ausência de retorno da comunicação do ambiente externo ao interno, como expõe P27: “É só receberam o e-mail e aí não... nem responderam o e-mail também”.

Estas experiências repercutem as variáveis da aceitabilidade em P27: “...dificuldade era a mesma parte intersetorial. Essa era a minha maior limitação”; e adequação em P14.

A gente só vai lá mostra as ações que a gente tem que executar que nem o PSE e a gente realiza, mas assim a gente sentar pra falar mesmo o que é. A gente não faz, porque a gente tem dificuldade do grupo intersetorial, que é onde a gente senta, vê as ações. A gente marca assim, não comparece, sabe? Então, assim a gente tem um pouco de dificuldade. ⁸¹

Assim, apesar de terem alto desempenho em relação as metas obrigatórias, as falhas na comunicação resultaram em baixa articulação intersetorial por não terem divulgado a vantagem e utilidade da inovação. Desta forma, o PROTEJA ficou mais

⁸¹ P14: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

restrito as atividades da saúde, não atingindo o objetivo de política pública com ação intersetorial como finaliza P27.

Faltou justamente a parte do intersetorial mesmo. Foi a dificuldade e em relação as ações mais específicas da saúde quase todas foram realizadas ou estão sendo realizadas, mas os que envolviam os outros setores acabaram que não ou não foram realizadas ou parcialmente realizadas.⁸²

Também houve obstáculos da comunicação do ambiente externo ao interno como o atraso da comunicação sobre a Inovação que, por consequência, também atrasou o processo gerencial/decisório intragovernamental da SMS como no município P34.

Foi quase um ano depois, eu acho, porque assim, com a ordem que me passaram de tomar a frente, de tomar a responsabilidade do PROTEJA, já não foi muito inicial. Depois só que eu vi que já fazia meses que o município estava no programa, entendeu? Aí eu não sei se eles foram cobrados e tal e aí chegou lá para mim.⁸³

Outra barreira foi a assimilação do conhecimento da política, como expõe P33 que teve dificuldades quanto ao fluxo de trabalho para realizar o indicador de consumo alimentar.

Aí tem a questão do marcador de consumo alimentar e parece que eles [*referente ACS*] faziam a pedido da outra, da nutricionista anterior. E aí eles vieram dizer que era minha obrigação e da enfermeira, e aí eu fui atrás, peguei na biblioteca todo o manual de marcador de consumo alimentar e lá tinha dizendo que todos os profissionais podem, estavam aptos a responder. Eu disse a eles que estavam aptos, mas mesmo assim ainda fui ...risos.... julgada, ainda sai de lá, me deram uma piada. Então assim foi bem complicado.⁸⁴

Diante do exposto, infere-se que as barreiras dos BNR quanto a comunicação, tanto no ambiente interno quanto no externo, se deu pela resistência dos outros atores e pela não adaptabilidade dos meios (fluxos) de comunicação (Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011).

Das 11 citações correlacionadas a facilidade da comunicação, 5 delas apontaram para agilidade do acesso à informação, 4 para a adequação dos meios,

⁸² P27: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

⁸³ P34: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

⁸⁴ P33: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

uma para qualidade da divulgação (clareza) e uma para o grau de conhecimento da política.

Quanto ao processo de divulgação/informação da implementação o fluxo de comunicação e a transmissão clara e suficiente das informações do PROTEJA entre BME e BNR antes da fase de pré-implementação facilitou a aceitação, como revela P2 que já percebeu a relevância (adequação) da Inovação e passa a acrescentá-la a sua rotina de atividades antes mesmo da adoção demonstrando a sua capacidade de decisão (processo gerencial/decisório) (Correa e Ramos, 2020; Draibe, 2001; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013 e Proctor *et al.*, 2011).

Acho que 2021, finalzinho de 2021. A secretária me chamou e conversou comigo, né. Dizendo que ela ia fazer adesão, tudinho. Aí ela me passou e desde então eu já comecei a montar, desde aquela época ela me contou comecei a montar o meu plano de ação. ⁸⁵

De acordo com Simpson e Dansereau (2007) uma comunicação formal que transmita com clareza a informação do programa as partes interessadas favorece a implementação bem-sucedida, assim a adequação dos meios de divulgação como a comunicação oficial por meio de ofício aos demais setores favoreceu a articulação da rede intersetorial, que em seguida através do subprocesso de capacitação também facilitou a operacionalização da Inovação, como a experiência de P8, município do Nordeste que manteve o alto desempenho nas duas avaliações.

A priori eu falo, falo mais ou menos no ofício, mas aí a gente marcou uma reunião. Eu marquei uma reunião, todos os representantes de secretarias e fui explicar o que era o PROTEJA, não é? Qual era a função do PROTEJA. Como era que funcionava o programa e que eu iria precisar do suporte das outras secretarias para a gente conseguir atingir todos os indicadores. ⁸⁶

4.4.2.3 Interação Burocrata de Nível de Rua e Recursos Disponíveis

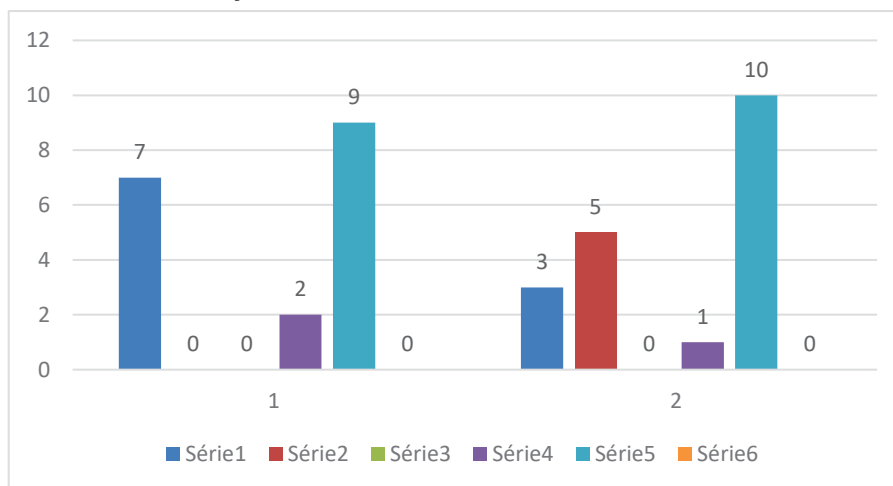
A análise de coocorrência entre os BNR e os recursos disponíveis foram parecidas entre barreiras e fatores facilitadores, respectivamente com 18 e 19

⁸⁵ P2: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

⁸⁶ P8: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

correlações, com destaque para o subprocesso logístico/operacional em ambas as valências (GRÁFICO 12).

GRÁFICO 12 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO AOS RECURSOS DISPONÍVEIS



FONTE: A autora (2024).

Das 9 coocorrências quanto à barreira, 7 foram sobre a insuficiência de recursos, 1 para prazos e/ou fluxos logísticos e 1 para a qualidade da infraestrutura. As falas foram também codificadas quanto a adequação e viabilidade, uma vez que para ser adotada a inovação o município P35 não havia percebido a relevância dela e a necessidade de profissionais adequados frente ao público específico de crianças obesas. A fala de P20 resume a questão da carga horária disponível para o PROTEJA que não foi útil, em função das diversas atividades dos profissionais da saúde. A questão da qualidade dos recursos também foi obstáculo para P15 que apesar da presença do profissional da educação física, este não tinha recursos materiais adequados para as práticas de promoção da atividade física (QUADRO 7).

QUADRO 7 - PERCEPÇÕES DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA QUANTO AS BARREIRAS DOS RECURSOS DISPONÍVEIS A IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO

Grupo Desempenho – Declínio	Grupo Desempenho – Manutenção	Grupo Desempenho – Evolução
Sudeste	Centro-oeste	Norte
P15	P20	P35
Bom, acho que aqui o que a gente mais precisaria melhorar ainda seria a parte do esporte. [...] Então ele [educador físico] sempre tá lá e tá dando esse suporte pra gente, mas a gente precisaria ainda de uma estrutura melhor para isso. ⁸⁷	É, eu acho, inclusive eu falo, nossa, se eu tivesse ficado só com um PROTEJA, talvez consiga um resultado ainda melhor. ⁸⁸	Quando aderiram o PROTEJA nós não tínhamos educador físico, nós não tínhamos nutricionista, nós não tínhamos os profissionais, então o que nós podemos fazer no início nós fomos fazendo, entendeu? Eu ia com as ACS. ⁸⁹

FONTE: A autora (2024).

Enquanto, fator facilitador houve 10 apontamentos, sendo que desses 6 foram para a suficiência de recursos e 4 para os prazos e/ou fluxos logísticos. A Inovação foi viável de ser realizada nos municípios de pequeno porte, pois ela permitiu a contratação de profissionais, como relata P27.

Foi depois da entrada da profissional de educação física. Eu acredito que mudou muito. Porque aí ela teria essa agenda disponibilizada pra isso, né? Então o que a gente começou também a fazer atendimentos compartilhados com as gestantes e crianças. Além da parte da alimentação, a gente já tinha então a parte da educação física também.⁹⁰

Outra questão favorável foi a determinação de fluxos operacionais, como a adequação da extração de informações e trazendo corresponsabilização por outros profissionais, assim reduzindo a carga de atividades sobre os coordenadores de saúde, como expõe P14: “O que eu quero agora mesmo é tocar um pouquinho também dessa responsabilidade pra nutricionista que ela está fazendo essa avaliação, entrando dentro do programa, puxando essas planilhas que eu puxava”.

⁸⁷ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁸⁸ P20: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

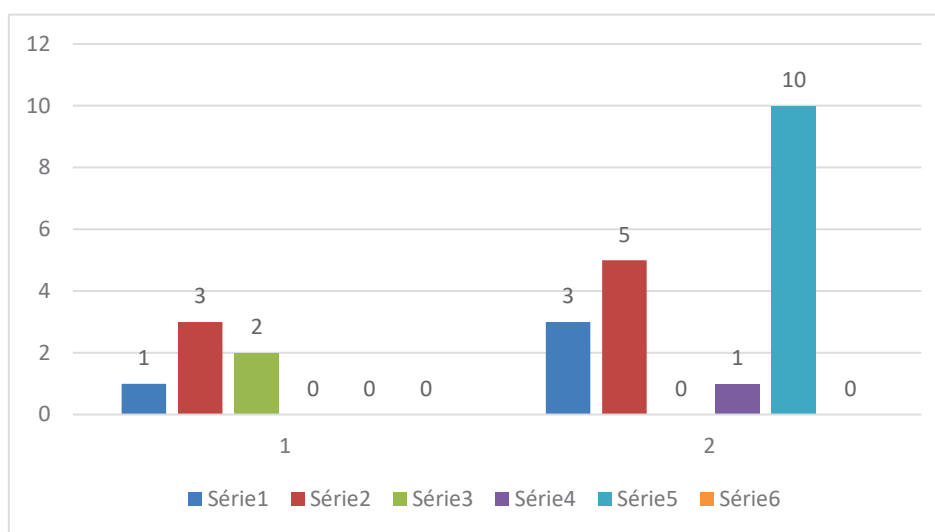
⁸⁹ P35: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁹⁰ P27: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

4.4.2.4 Interação Burocrata de Nível de Rua e Rede Intersectorial

Do total de correlações entre os BNR e as subcategorias da rede intersectorial, houve predomínio para os fatores facilitadores com 19 correlações e para as barreiras com 6. O GRÁFICO 13 expõe as percepções dos atores-implementadores.

GRÁFICO 13 - INTERAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA COM OS SUBPROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO QUANTO A REDE INTERSETORIAL



FONTE: A autora (2024).

A não aceitação por parte do ambiente externo atrelada à inadequação dos meios de divulgação para as partes interessadas (subprocesso de divulgação/informação) da implementação feita pelos BNR resultaram em barreira quanto à construção da Rede Intersectorial, como relata P18 que não conseguiu captar os demais setores. Assim o município não teve sucesso quanto a articulação intersectorial: “A única Secretaria que se que fez pergunta e se interessou foi da Educação, mais nenhuma outra, a gente tentou fazer a câmara técnica, tentou e ... nossa, eu tentei muita coisa.”

Em contrapartida, o papel do ator-implementador do nível de rua na aceitação, motivação e adequação sobre os processos gerencial/decisório e divulgação/informação possibilitaram a construção da Rede Intersectorial. Como no caso P30 em que o BNR iniciou o processo de divulgação para as partes interessadas de modo informal e com agilidade no fluxo de informação através de programa de mensagens somado a transmissão de informações sobre a Inovação ao gestor das outras secretarias (Mazzei e Farah, 2020; Schleicher e Marques, 2017).

Foi assim, primeiro eu entrei em contato no [programa de mensagens], conversei com os secretários individualmente com cada, apresentando como era o PROTEJA e falando que precisava marcar uma reunião. Daí a gente marcou a reunião, aí foi presencial essa reunião, [...]. Aí eu apresentei novamente, porque não foi o próprio secretário. Ele encaminhou um responsável para essa situação.⁹¹

Em seguida, com a aceitabilidade do ambiente externo de participar da política, realizou-se o novo processo de divulgação/informação, porém de modo formal via reunião e com transmissão de conhecimento em qualidade e quantidade sobre a Inovação às partes interessadas. Soma-se a isso a descentralização e a autonomia (processo gerencial/decisório) dos atores-implantadores, no caso o RT (enfermeiro) e a nutricionista, que cooperaram enquanto equipe de execução e obtiveram rede intersetorial e intrassetorial forte, logo com uma implementação bem-sucedida (Greenhalgh *et al.*, 2004; Mazzei e Farah, 2020; Schleicher e Marques, 2017; Simpson e Dansereau, 2007).

Então ele encaminhou a pessoa e eu apresentei. Porque a pessoa não sabia, 'Ah eu só vim aqui porque o fulano me indicou'. Daí a gente teve que apresentar. Então, eu e a nutricionista, que se faltava um o outro conduzia pra ficar mais fácil. Então a gente estava mais por dentro, vamos dizer assim, que ela também participa aqui da saúde. Então a gente tinha mais esse envolvimento mais próximo, mas tentando incluir sempre os outros profissionais.⁹²

4.4.3 Facilitadores Externos de Implementação

Considerou-se como indivíduos Facilitadores Externos de Implementação as referências estaduais de saúde e a equipe de apoio técnico à implementação composta pelos apoiadores regionais e locais. Os informantes-chave foram questionados se eles tiveram apoio externo à sua organização para implementar, como ele ocorreu e qual foi a influência sobre o processo de concretização do PROTEJA.

Na análise de coocorrência entre indivíduos facilitadores e a categoria Acesso ao Conhecimento e Informação resultou em frequência de 43 correlações, sendo 5

⁹¹ P30: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁹² *Idem* nota de rodapé 89.

como barreiras e 38 como fator facilitador. Desta forma, para identificar o papel dos indivíduos facilitadores e a influência na implementação, na sequência se correlacionou com os subprocessos da Capacitação ou Divulgação/Informação cuja análise resultou em 29 citações. O resultado expõe que houve predomínio de percepções positivas e em todos os grupos e regiões geográficas, assim estes indivíduos de fato facilitaram o processo de implementação por orientar o trabalho das equipes municipais (QUADRO 8).

QUADRO 8 - PERCEPÇÕES DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA QUANTO AOS INDIVÍDUOS FACILITADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

Grupo Desempenho – Declínio	Grupo Desempenho – Manutenção	Grupo Desempenho – Evolução
Norte	Nordeste	Sudeste
P21	P8	P14
Foi primordial. Sem ajuda dela a gente ia está meio perdido, assim com relação as ações não que a gente está acostumada a fazer esse tipo de ação, de atenção à saúde, a educação, isso a gente, a equipe está acostumada a realizar, mas a parte burocrática realmente do que tem que ser comprovada, é sistema, relatórios, essa parte realmente ela foi primordial. ⁹³	Foi muito bom, porque assim ela nos orientava, [...], mas ela sempre muito prestativa, né? Muito disponível também é. Mande para apoiadora meus planos de ação para ela dar uma olhada também por e mail, que ela pediu para ficar acompanhando. ⁹⁴	...eu entrei, meio que na metade, perdi as oficinas, então eu fiquei meio que perdida, quem me ajudava mesmo era o apoiador que eu achei pra mim foi muito bom ter esse apoiador, porque se falar, só mandar a portaria e tal, eu ia fica bem perdida. la fazer que nem o Crescer Saudável e ia achar que era só mais um complementinho dentro do PSE, e a gente ia executando e às vezes nem atinge. [...] Aí a gente tinha reuniões online todo mês. [...] e lá a gente ia contando o que a gente estava fazendo o que estava dando certo, o que estava dando errado e ela ia dando as dicas. ⁹⁵
Sul	Centro-oeste	Sudeste
P29	P20	P13
A gente teve a ajuda [apoiadora regional], da [apoiadora local], das meninas da quinta regional de saúde, [...] e a gente teve também das meninas do PAN ali de [nome da capital] que também sempre qualquer dúvida pergunta, elas respondem, entendeu? E apoiam, enfim, então nesse sentido a gente se sente bem amparadas, né? A gente tem pra quem recorrer, tem pra quem perguntar, a gente não fica sem resposta e a gente só agradece. ⁹⁶	Eu acho que é importante, porque quando a gente às vezes estava achando que estava difícil ou complicado, né. Então, sempre surgia ali um apoio, eu acho também que essa questão da gente ter prazos e cobrar, né. “Oh vocês precisam enviar, precisa ser...”. A gente fica mais assistido, então a gente fica mais ... parece que se inteira mais do assunto, ver o quanto isso também é importante. ⁹⁷	... o interessante é que foi com certeza, o apoio local, com certeza do apoiador. Se não fosse o apoiador, é não. A gente não teria conseguido executar e desenvolver, né. Porque tinha toda essa questão desse apoio. De vim, de falar, de explicar, né, de voltar. Então foi uma troca de experiência muito importante. ⁹⁸

FONTE: A autora (2024).

⁹³ P21: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

⁹⁴ P8: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁹⁵ P14: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024

⁹⁶ P29: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora fevereiro de 2024

⁹⁷ P20: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

⁹⁸ P13: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

Deste modo, a estratégia de utilizar indivíduos especializados para dar apoio técnico a implementação, contribuiu para a concretização do PROTEJA de forma geral nos estudos de casos, sendo esta estratégia considerado por Ritchie, Parker e Kirchner (2020, p.2) como um “ingrediente ativo” para que ocorra os processos de implementação. Assim, um ambiente de apoio que construa relações com os atores-implementadores locais através de capacitações é uma forma de melhoria da qualidade do serviço público, favorecendo o sucesso da implementação.

4.5 PROCESSOS DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO

Os processos de trabalho correspondem as atividades e estratégias utilizadas para implementar a Inovação. Este domínio identificou as barreiras e fatores facilitadores em relação ao Planejamento, Execução e Monitoramento e Avaliação, bem como serviu de base para descrever os subprocessos da implementação.

Na categoria do Planejamento perguntou-se sobre a elaboração do Plano de Ação do PROTEJA e o papel que o plano teve durante a implementação. Na Execução questionou-se se as ações previstas no plano de ação foram executadas e quais foram as barreiras ou facilidades dos beneficiários (crianças e famílias) de participarem das ações, indo ao encontro da variável da adequação e viabilidade, e quais foram os desafios e oportunidades de trabalhar de forma intersetorial. Para o Monitoramento e Avaliação questionou-se se havia, ou não, processos internos de acompanhamento durante a implementação e como o setor saúde avalia a participação do município na Inovação.

De modo geral, houve maior frequência de citações para fatores facilitadores das barreiras nas três categorias e grupos de desempenho. Foi criado código em relação ao planejamento futuro (previsto), uma vez que durante as respostas os participantes faziam menção ao ano de 2024, considerando o período de coleta de dados, e a intenção de continuar com a implementação do PROTEJA durante este ano e os seguintes, independentemente, da pactuação entre município e Ministério da Saúde (TABELA 13).

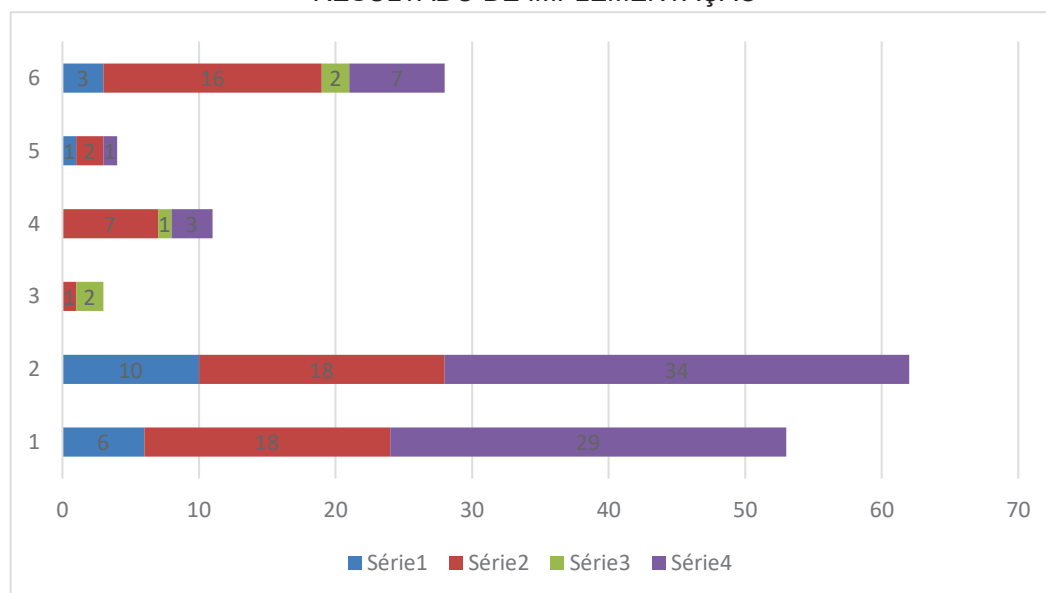
TABELA 13 - FREQUÊNCIA DAS BARREIRAS E DOS FATORES FACILITADORES DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Processos de Implementação		Desempenho			Totais
Categorias	Subcategorias	Declínio	Evolução	Manutenção	
Planejamento	Barreira	5	0	3	8
	Facilitador	60	12	18	90
	Previsto	3	7	8	18
Execução	Barreira	35	7	5	47
	Facilitador	33	7	17	57
Monitoramento e Avaliação	Barreira	4	0	2	6
	Facilitador	7	1	7	15

FONTE: A autora (2024).

Quanto a análise de coocorrência entre os processos de trabalho para a implementação e as variáveis de resultados de implementação houve destaque para a viabilidade e adequação, principalmente, na categoria da Execução que apresentou 62 coocorrências enquanto fator facilitador e 53 como barreira, o que revela que houve obstáculos para a execução da inovação nos territórios, mas também que foram superados (GRÁFICO 14).

GRÁFICO 14 - COCORRÊNCIAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO COM AS VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLEMENTAÇÃO



FONTE: A Autora (2024)

4.5.1 Planejamento

O processo de trabalho de planejamento da implementação visava descobrir o grau das funções, responsabilidades, tarefas, etapas ou marcos específicos desenvolvidos antecipadamente à implementação. Dos 27 participantes que responderam quando o plano de ação foi elaborado, apenas 3 fizeram em 2021, 17 em 2022 e 7 em 2023 (TABELA 14).

TABELA 14 - ANO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO POR GRUPO DE DESEMPENHO

Plano de Ação	Grupos de Desempenho dos Participantes			
	Declínio	Evolução	Manutenção	Totais
2021	P2 - Norte P5 - Nordeste	P17 - Sudeste	-	3
2022	P7 - Nordeste P9 - Centro-oeste P10 - Centro-oeste P16 - Sudeste P18 - Sudeste P21 - Norte P23 - Nordeste P29 - Sul P31 - Sul P34 - Sudeste	P8 - Nordeste P20 - Centro-oeste	P3 - Norte P13 - Sudeste P14 - Sudeste P30 - Sul P32 - Sul	17
2023	P1 - Norte P4 - Nordeste P6 - Nordeste P9 - Centro-oeste P15 - Sudeste P26 - Sul	-	P33 - Nordeste	7

FONTE: A autora (2024).

A experiência de P1 e P15 demonstra que o atraso do processo de trabalho de planejamento dos planos de ação acabou influenciando no desempenho do município.

Foi bem no finalzinho do ano [2023] e aí a gente...a coordenadora de atenção conversou né com a secretária de educação só que estava muito, o calendário deles estava muito apertado, estava muito em cima pra gente colocar em prática né então meio que ficou pra esse ano [2024] a gente começar a colocar em prática o plano de ação. [...] as ações ainda falta a gente colocar em prática, só temos o plano de ação.⁹⁹

⁹⁹ P1: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

Em 2023, a gente tinha uma coisa mais fechada, uma coisa mais concreta, né? É em 2022, eu fazia, mas era dentro do que eu conseguia, né? O que já foi muita coisa, a gente não tinha nada de específico voltado para a prevenção de obesidade infantil. Então a gente conseguiu melhorar muito, mas não era uma coisa fechada. Em 2023, não. Em 2023 a gente já tinha uma coisa mais concreta, onde a gente podia se apoiar, né? Até porque o plano passou pelo conselho municipal. Então a gente conseguiu ter uma coisa mais estruturada.
100

Em contrapartida, quando o ator-implementador participou do momento de adesão junto ao gestor de saúde analisando a proposta de intervenção (subprocesso gerencial/decisório) e planejando quais ações complementares iriam optar (subprocesso de seleção), portanto já aceitando a Inovação e adequando a sua atuação ainda na fase de adoção (pré-implementação), apesar de P5 e P24 terem declínios de desempenho, onde obtiveram alta eficácia na primeira avaliação e moderada na segunda.

Sim, eu chamei a nutricionista que era do SISVAN, né. Pra poder me ajudar em algumas coisas, ela veio aí a gente discutiu as complementares juntas e fez a adesão. [...] Na verdade, quando a gente fez, a gente criou, aí depois que o pessoal da referência [equipe de apoio técnico] que apresentou um modelo, mas a gente já tinha feito, é tanto que é nosso mesmo.¹⁰¹

Eu, nós sentamos eu e a secretária, nós chamamos também a secretária de educação. Aí sentamos para ver o que era aqui, porque lá tinha as ações que eram essenciais. Tinham as outras, e aí a gente foi vendo que já tinha no município que não tinha e a gente escolheu, nós juntos.¹⁰²

Quanto ao papel do plano de ação foi unânime entre os participantes que ele serviu como guia, um norte para a execução da implementação, principalmente, por ter metas vinculadas a algumas atividades de trabalho o que facilitou o planejamento e conferiu viabilidade de como a Inovação poderia ser realizada no município, como expõe P24.

¹⁰⁰ P15: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

¹⁰¹ P5: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

¹⁰² P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Eu vejo que foi algo que levou o município a melhorar. Assim em vários aspectos em relação à disciplina, a participação, porque quando a gente tem um programa, a gente tem um plano de ação, a gente fica mais disciplinado a fazer algo que às vezes a gente pensa em fazer, mas não “vamos deixar para lá”, quando a gente tem metas. E assim eu acho que a vinda do PROTEJA para [nome do município P24] nos fez ver em relação à questão de ver a obesidade com outros olhos, é porque não é só eu tratar.¹⁰³

4.5.2 Execução

Nesta categoria buscou-se saber se as ações foram executadas conforme o planejado, ou não. Identificou-se diversas barreiras a execução das atividades como: a dificuldade de acesso das crianças que estavam nas zonas rurais das cidades às UBS; a questão de agenda tanto das escolas para realizar as avaliações nutricionais quanto dos profissionais da saúde; e a aceitação dos pais frente a necessidade do cuidado das crianças, como exposto pelos participantes P1, P27 e P14 (QUADRO 9).

QUADRO 9 - BARREIRAS A EXECUÇÃO DA INOVAÇÃO

Grupo Desempenho – Declínio	Grupo Desempenho – Manutenção	Grupo Desempenho – Evolução
Norte	Sul	Sudeste
P1	P27	P14
Mas questão de agenda, de tempo né tanto nosso como também da parte das escolas, né? Porque lá eles têm uma demanda bastante grande, né? E aí a gente precisa conversar pra poder eles conseguir arrumar no calendário deles uma data onde a gente possa estar indo pra poder fazer as ações. ¹⁰⁴	É não teve uma dificuldade assim, eu acredito que foi mais da população rural. Que como a gente realizava as ações alguns dias da semana. Por exemplo o grupo que é um espaço muito legal. Ele acontece por exemplo um dia na semana, mas não dá pra ficar trazendo sempre a criança, então foi a população rural que teve mais dificuldade de acesso, foi a única coisa. ¹⁰⁵	Em relação a obesidade, a gente tem muita resistência da mãe, mais da mãe, porque a mãe que vem junto, ‘não, meu filho, não é.’ A gente vê que a alimentação dela também já é errada e não aceita que o filho tá sobrepeso ou que precisa fazer, passando a nutricionista é ter algumas alterações na alimentação. Então a gente tem, às vezes nem comparece, a gente agenda e nem comparece. [...], que achar as pessoas sobrepeso e obeso a gente tá achando, mas a gente não está conseguindo fazer com que eles aderem o tratamento ou que eles venham pelo menos pela primeira avaliação. ¹⁰⁶

FONTE: A autora (2024).

¹⁰³ *Idem* nota de rodapé 100.

¹⁰⁴ P1: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

¹⁰⁵ P27: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

¹⁰⁶ P14: Entrevista realizada pela pesquisadora em janeiro de 2024.

Das 34 falas que apontaram a viabilidade da inovação, identificaram-se como fator facilitador para a execução da implementação: a rede intrasetorial e intersetorial (7 citações), principalmente, parceria entre saúde-educação (6 citações); a participação dos pais no cuidado a saúde infantil (6 citações); a existência de metas e/ou plano de ação (6 citações); a atuação dos BNR (5 citações); e a existência de locais adequados as atividades do PROTEJA (4 citações). O QUADRO 10 abaixo demonstra algumas dessas falas

QUADRO 10 - FATORES FACILITADORES A EXECUÇÃO DA INOVAÇÃO

Grupo Desempenho – Declínio	Grupo Desempenho – Manutenção	Grupo Desempenho – Evolução
Norte	Sudeste	Norte
P2	P17	P3
Bom agora atualmente nós estamos preparando uma sala um pouco maior para trabalhar com as crianças Tem até um nomezinho já do projeto que é como se fosse uma oficina, '[nome do projeto] que é o momento que eu vou ter com elas ali pra mostrar alguns videozinhos, pra não ficar só na parte da escola, no PSE, elaborar algumas receitas com elas [referente crianças], no caso. ¹⁰⁷	É e aqui a gente gosta de trabalhar muito com a família. Porque a criança sozinha, ela não consegue perder peso, ela não consegue vencer a obesidade não. Foi através desse trabalho que o Dr. [nome] fez nas escolas que a gente viu a necessidade de.. tá... fazendo a palestra com os pais, sabe?! Porque é o pai que prepara a alimentação para os filhos, é o pai que vai no supermercado e compra produto processado para eles, então, precisou trabalhar a cabeça dos pais, sabe?! Pra ajudar essas crianças, porque se não a gente não ia conseguir não. ¹⁰⁸	Eu vejo que tem que trabalhar os pais pra eles começar a mudar eles primeiro pra poder incentivar as crianças desde cedo a importância que as vezes realmente eles não tem noção da importância. Eles pensam que às vezes, incrível que pareça eles pensam que às vezes a verdura, o legume, vegetal pra colorir o prato, pra por mais algo na panela. Não sabe a importância de cada um, qual é a função de cada um no organismo, qual é a necessidade pra nossa saúde. Então a gente trabalhou ano passado, esse ano eu quero focar bem nessa parte aí da reeducação alimentar dos pais, pra eles reeducar o filho. ¹⁰⁹

FONTE: A autora (2024).

¹⁰⁷ P2: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em fevereiro de 2024.

¹⁰⁸ P17: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023..

¹⁰⁹ P3: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em dezembro de 2023.

4.5.3 Monitoramento e Avaliação

Esta categoria também pode ser chamada dentro da Ciência da Implementação como 'Refletindo e Avaliando', cujo objetivo é verificar o progresso e a qualidade da implementação através de *feedbacks* quantitativos e/ou qualitativos. Porém, durante as fases de coleta de dados houve pouca compreensão dessa categoria, o que resultou na baixa codificação. Daqueles que responderam, fazia-se menção aos indicadores obrigatórios estipulados pela Portaria GM/MS nº1.863/2021, assim não se identificou alguma forma interna de monitoramento e avaliação do processo de implementação pelos próprios municípios.

Ao serem perguntados sobre isso, alguns participantes perceberam a necessidade de ter alguma forma de avaliação, como relata P30.

Sim, eu acho que sim, porque tem que ter uma forma para avaliar, né? E aí, na minha cabeça, agora pensando na tua pergunta. Realmente não foi uma coisa que a gente: 'Ah vamos avaliar isso depois, quando que vai ser? Como que a gente vai metrificar, né?' Então, realmente falta. ¹¹⁰

Como também perceberam que se houvesse o monitoramento e avaliação poderiam ter refletido sobre a execução e corrigido durante a implementação, como expõe P10 o que promoveria a aprendizagem organizacional e poderia promover a tensão para a mudança (Greenhalgh *et al.*, 2004; Simpson e Dansereau, 2007)

É, é eu acho que que faltou né? A gente não fez um controle das ações de nada que a gente fez né? O que a gente fez e digitou e a gente aceitou porque a gente não tinha, não tinha controle. [...] É verdade que se a gente tivesse um controle, né? Às vezes a gente poderia ter feito mais coisa, né? Ou implementado algumas, mas a gente não tinha controle. ¹¹¹

Dos que foram codificados quanto ao fator facilitador destaca-se a variável da adequação para a categoria de monitoramento e avaliação, uma vez que o acompanhamento dos processos de trabalho de implementação amplia o poder de decisão dos atores-implementadores e molda atitudes favoráveis à mudança organizacional. Os relatos de monitoramento de P21 que percebeu o erro o qual

¹¹⁰ P30: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

¹¹¹ P10: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

prejudicou o desempenho do município e de P24 que realizava monitoramento constante de dados permitiram avaliar a implementação.

No começo a gente perdeu muitos obesos porque a gente não botava a condição avaliada direito. Os médicos não estavam colocando condição avaliada. Então acabava que o município não atendia uma quantidade que era real de atendimento, na hora de fazer lá o levantamento tinha uma quantidade, tinha oito obesos, sendo que a nossa realidade o atendimento era muito maior, aí a gente foi pesquisando assistindo as lives e descobrindo que o erro vinha de dentro do consultório, de colocar a condição avaliada. ¹¹²

Eu tenho um técnico que trabalha com sistemas e todo mês eu ficava, sentava com ele, 'vem aqui, como é que a gente está?', 'o consumo alimentar, o quanto a gente já fez avaliação', tudo, as metas, a gente sempre ficava monitorando mês a mês para poder ver onde era que a gente precisava melhorar, mas a gente sempre fazia um graficozinho pra poder apresentar. Por exemplo, é quando ia para reunião bimestral, eu sempre pedi, eu puxava e levava. 'Oh, gente! A nossa meta é tanto. Nós já conseguimos tanto, então a gente precisa de fazer isso, isso e isso'. ¹¹³

Assim, com o processo de trabalho de refletir e avaliar pode haver a adaptabilidade da Inovação que, por consequência, favorece a uma execução bem-sucedida pela correção de rumos durante a fase de implementação, como também fortalece a discricionariedade do burocrata de nível de rua que adapta o desenho da política para melhor se adequar a realidade local (Greenhalgh *et al.*, 2004; Gustafson *et al.*, 2003; Lotta *et al.*, 2018).

4.6 PROCESSOS DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTEJA

A proposta de demonstrar operacionalização geral dos processos de trabalho de implementação do PROTEJA no âmbito local em municípios de pequeno porte parte do modelo elaborado por Sonia Draibe (2001, p.20) de avaliação de processos dos desenhos e características das organizações que influenciam a implementação de uma política pública.

Desta forma, inicialmente elaborou-se pelo *software* ATLAS.ti a correlação entre os subprocessos de implementação com as categorias do CFIR (TABELA 15).

¹¹² P21: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

¹¹³ P24: Entrevista realizada pela pesquisadora em fevereiro de 2024.

Em seguida, também diante do volume de dados, são apresentados os subprocessos que mais tiveram correlações em gráficos com o objetivo de demonstrar em quais categorias da operacionalização da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil houve maior presença das condições institucionais e sociais dos resultados da implementação (Draibe, 2001, p.30).

Assim, os subprocessos Gerencial/Decisório obteve 29,32% das correlações (590 coocorrências), o Logístico/Operacional com 27,44% (552 coocorrências) e o Divulgação/Informação com 25,89% (521 coocorrências). Os demais como Capacitação com 8,7% (175 coocorrências), Seleção com 6,96% (140 coocorrências) e Monitoramento e Avaliação com 1,96% (34 coocorrências), não foram demonstrados em gráficos.

TABELA 15 - COOCORRÊNCIA ENTRE SUBPROCESSOS E CATEGORIAS DA IMPLEMENTAÇÃO

Subprocessos COOC Categorias CFIR	Capacitação	Divulgação /Informação	Gerenciais/ Decisórios	Logísticos/ Operacionais	Monitoramento/Avaliação	Seleção
Acesso ao Conhecimento e Informação	38	55	9	5	2	2
Adaptabilidade	4	15	31	37	0	4
Compatibilidade	8	49	36	105	5	11
Complexidade	6	1	9	7	0	0
Comunicações	13	69	40	17	2	9
Execução	6	16	20	64	2	5
Indivíduos	60	97	175	82	2	20
Monitoramento e Avaliação	1	2	6	4	12	2
Planejamento	4	10	37	12	1	7
Políticas e Leis	1	10	3	2	0	1
Prioridade relativa	3	50	43	19	1	3
Recursos disponíveis	4	15	27	65	3	6
Rede Intersetorial	10	67	68	41	2	46
Rede Intrassetorial	6	20	48	33	1	15
Tensão pela Mudança	10	35	27	46	1	8
Vantagem Relativa	1	10	11	13	0	1
Totais	175	521	590	552	34	140

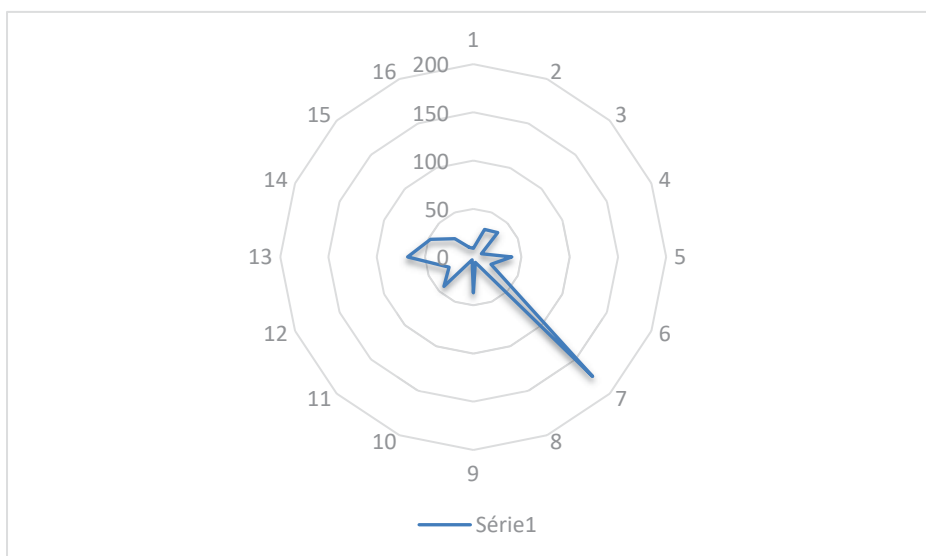
FONTE: A autora (2024).

O processo gerencial/decisório teve correlação positiva com as categorias Indivíduos (175 coocorrências) e Rede Intersectorial (68 coocorrências) (GRÁFICO 15). Este é possível notar na fala de P21 em que a presença de burocratas de médio escalão, do burocrata de nível de rua e do grupo de trabalho intersectorial demonstra uma estrutura hierárquica descentralizada e cooperativa para a tomada de decisão (Draibe, 2001, p.31).

Eles davam a facilidade pra gente trabalhar, que se não tivesse tanto apoio realmente ia ser mais difícil trabalhar só na conversa, né? [...] Principalmente na hora de compor a equipe, né? Ah a coordenadora e o secretário estiveram na reunião com as outras secretarias pra conseguir mostrar a importância do programa, então todo mundo estava ciente do que iria ser feito. ¹¹⁴

Logo, essa fala demonstra um alinhamento dos indivíduos com a política a ser implementada, o que resultou em aceitação, motivação e adequação à política a ser implementada (Mazzei e Farah, 2020; Peters *et al.*, 2014; Peters, Tran e Adam, 2013; Proctor *et al.*, 2011; Schleicher e Marques, 2017).

GRÁFICO 15 - COOCORRÊNCIAS DO PROCESSO GERENCIAL/DECISÓRIO



FONTE: A autora (2024).

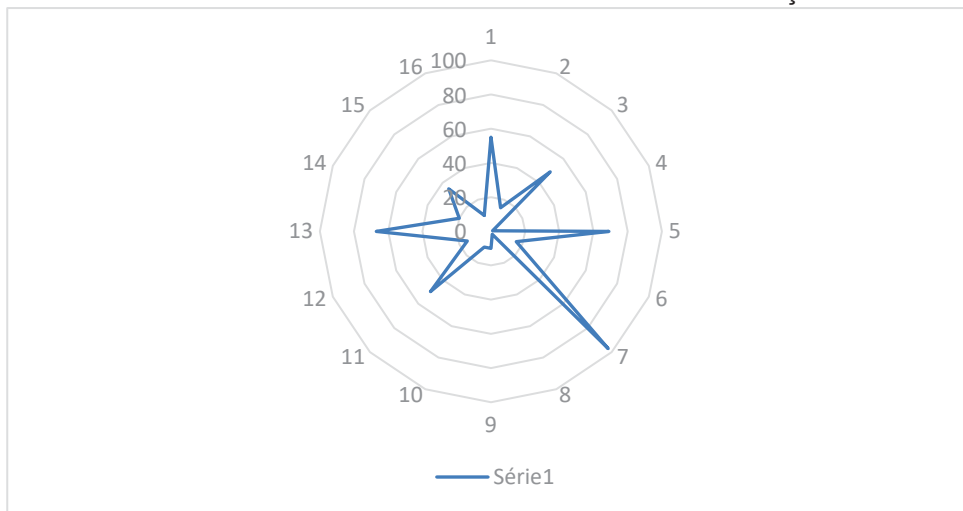
O processo divulgação/informação participa das atividades-meio da implementação e como Draibe (2001, p.32) propõe, a sua função é de divulgar as informações básicas da Inovação às partes interessadas (Indivíduos: 97

¹¹⁴ P21: Entrevista realizada pela pesquisadora colaboradora em janeiro de 2024.

coocorrências). Deste modo, este processo participa do sucesso da implementação pela forma qualidade e quantidade de transmissão da informação entre os indivíduos e as organizações (Greenhalgh *et al.*, 2004; Simpson e Dansereau, 2007).

Assim, a análise de coocorrência demonstrou que houve acesso ao conhecimento e informação (55 coocorrências) da Inovação e que essa comunicação (69 coocorrências) chegou até a rede intersetorial (67 coocorrências) (GRÁFICO 16).

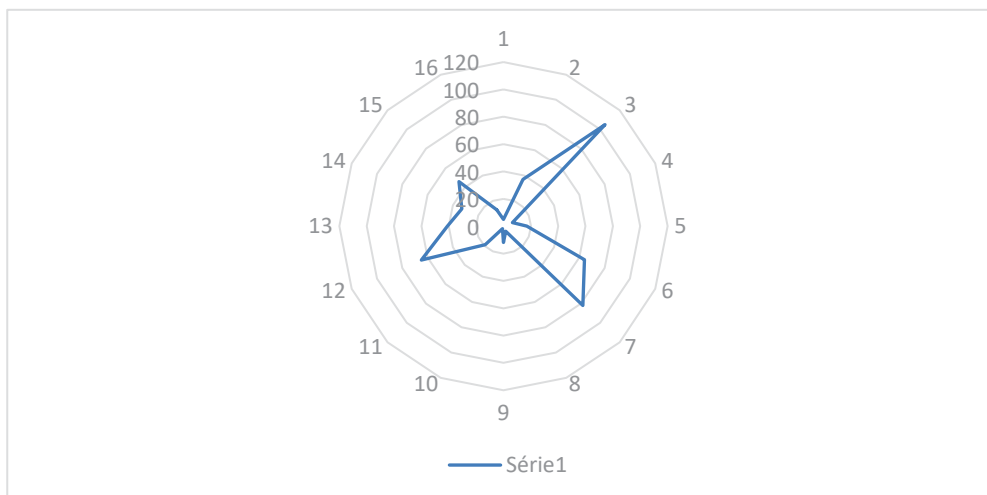
GRÁFICO 16 - COCORRÊNCIA DO PROCESSO DE DIVULGAÇÃO/INFORMAÇÃO



FONTE: A autora (2024).

Já o processo logístico/operacional teve mais correlações com as categorias Compatibilidade (105 coocorrências), Indivíduos (82 coocorrências) e Recursos Disponíveis (65 coocorrências) (GRÁFICO 17).

GRÁFICO 17 - COCORRÊNCIAS DO PROCESSO LOGÍSTICO/OPERACIONAL



FONTE: A autora (2024).

Este processo está relacionado às atividades-fim e se há suficiência de recursos, revelando se há possibilidade da Inovação ser implementada, e consequentemente se há adequação dela às organizações (Draibe, 2001, p34.; Proctor et al., 2011). O caso P17 demonstra esse fato com recursos humanos disponíveis conseguiram levar o PROTEJA para fora do ambiente interno (SMS) e instalaram uma clínica dentro das Escolas. Com isso, demonstraram o processo logístico/operacional em que foi possível e compatível operacionalizar Inovação de forma intersetorial, além de investir para a melhoria dela com a aquisição de recursos materiais para a logística do serviço.

A gente montou uma equipe do médico pediatra, da técnica de enfermagem, de 2 nutricionistas e 2 psicólogas também, uma de adolescente, uma de criança. E eles atuaram nas escolas e depois que fez esse atendimento na Escola, o médico atendeu, a criança individual na própria escola, então a gente precisou montar o consultório na escola, teve que adquirir mais balança e teve que montar esse consultório nas escolas. ¹¹⁵

Este caso em função da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, foi possível ampliar o cuidado para a saúde infantil no município P17 como complementa a informante-chave. Assim, o papel do PROTEJA foi positivo intra e intersetorialmente como política pública transversal.

Aí, através disso, dessas consultas individuais, a gente detectou a algumas crianças com desnutrição, né...com magreza, outras com obesidade. E teve uma quantidade muito grande de criança com autismo, TEA, TDAH e dependência digital. Aí foi preciso...eh a gente criou já tem uns 4 meses, 5 meses, a gente criou uma clínica, ela chama CLIA, é Clínica de Atendimento à Infância. Aí a gente criou, aí foi preciso contratar uma neuropediatra e essa mesma neuropediatra ela é psiquiatra infantil, pra tratar, auxiliar essa criança e teve que contratar 2 TO também. ¹¹⁶

Assim, com a fala acima pode-se inferir que dos municípios que participaram da implementação do PROTEJA houve o esforço da interação entre diversos setores e a construção e organização da rede de atenção nutricional e à saúde da população infantil, principalmente, trazendo luz a percepção da condição de obesidade infantil. Deste modo, o papel do PROTEJA enquanto política pública de alimentação e nutrição e de promoção da saúde cujo objetivo implícito era a adoção da inovação para

¹¹⁵ P17: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

¹¹⁶ P17: Entrevista realizada pela pesquisadora em dezembro de 2023.

estabelecimento de novas ou rotinização de práticas de saúde como o diagnóstico do estado nutricional, marcadores de consumo alimentar e atendimentos individualizados resultaram em processo de implementação bem-sucedido para os municípios com menos de 30 mil habitantes que são aqueles não contemplados pelo Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) da PNAN (Dias *et al.*, 2017; Fixsen *et al.*, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa buscou-se analisar a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) através das experiências dos atores da saúde na gestão da política pública com ação intersetorial em municípios de pequeno porte, através da identificação das barreiras e os fatores facilitadores da implementação, pela demonstração da operacionalização dos processos de concretização e pela avaliação do PROTEJA na interação intrassetorial e intersetorial na prevenção e atenção à obesidade infantil, com auxílio da Ciência da Implementação no levantamento de dados, na codificação e análise deles.

Embora, não se tenha realizado uma classificação das categorias do *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) como propôs Damschroder e Lowery, (2013) em seu estudo sobre a avaliação de um programa de controle de peso nos Estados Unidos em graus de valências positivas e negativas, optou-se pela soma das frequências das codificações e combinações com as variáveis de resultados e subprocessos de implementação, podendo a valoração dos construtos do CFIR contribuir com novos estudos.

Apesar disto, acredita-se que a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil apresentou mais facilidades a sua concretização do que barreiras, estas muitas vezes superados ao longo do ciclo de implementação pelos atores-implementadores que apesar das dificuldades do trabalho cotidiano no SUS como ausência de recursos humanos ou dificuldades da utilização de recursos financeiros conseguiram adaptar a Inovação a sua realidade. Bem como perceberam a vantagem de ser implementada por proporcionar contratação de profissional ou por permitir o acompanhamento das crianças, além de superarem a complexidade da inovação através de ações incrementais como as etapas de elaboração do diagnóstico situacional, do mapeamento de espaços e confecção do plano de trabalho.

Outro ponto importante foi a formação da rede de apoio intersetorial, embora a maioria dos informantes-chave tenha feito menção a parceria com a Secretaria de Educação, esses apoios permitiram a promoção da saúde, da alimentação e nutrição e da atenção e cuidado comunitário das crianças através de grupos de atividade física ou da educação alimentar e nutricional realizadas na comunidade local e escolas ou pela transformação dos espaços físicos propícios a prática de alimentação saudável e de atividade física (Brasil, 2021a).

A Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil também se mostrou compatível com o ambiente interno, o que facilitou a sua implementação, principalmente quando houve apoio do gestor de saúde, sendo este também um ator essencial sobretudo durante a fase de mobilização da política. Outro personagem que colaborou foram os Facilitadores Externos, que ofereceram apoio técnico, sendo este um grande diferencial positivo durante a fase de concretização do PROTEJA.

Embora, tenha-se utilizado apenas um nível de ator-implementador (Burocrata de Nível de Rua) na coleta de dados, sendo este uma limitação desta pesquisa de implementação devido à ausência de triangulação de percepções por diferentes partes interessadas, isso não impediu de ter um panorama geral de como foi a implementação nos municípios. Deste modo novas pesquisas quantitativas e/ou qualitativas que possam incluir as percepções de outros níveis de atores-implementadores, como os secretários municipais de saúde e/ou representantes dos níveis estaduais e Federal, além dos usuários do programa, além do uso de informações secundários, como os planos de ações e/ou atas de reuniões do grupo de trabalho intersetorial, podem complementar e enriquecer o estudo da implementação de políticas transversais

Quanto a demonstração dos processos notou-se que os BNR perpassaram pelos 6 subprocessos de implementação, mas com destaque para o Gerencial/Decisório, Divulgação/Informação e Logístico/Operacional o que reforça que este ator participa da tomada de decisão e adaptação das políticas a realidade local além da capacidade de interação e gestão de rede (Lotta *et al.*, 2018; Sousa, Batista e Helal, 2022). Mesmo com algumas condições limitadas como a questão da carga horária de trabalho, do acesso a informações ou recursos e a comportamental como a aceitabilidade da Inovação, este ator é essencial para o sucesso da implementação de uma política pública com ação intersetorial. Sobretudo pelo papel de gestão da governança em rede (Correa e Ramos, 2020; Lima e D'Ascenzi, 2013b; Lotta *et al.*, 2018).

Como a proposta desta pesquisa não era verificar o impacto da implementação sobre a saúde das crianças, mas sobre os resultados e processo de implementação da política, notou-se que o fluxo planejado pela CGAN/MS para a execução do PROTEJA a nível local merece mais investigação. Houve municípios que não conseguiram a articulação intersetorial na primeira fase da implementação e tiveram dificuldades ao longo do ciclo 2021-2023 de execução do PROTEJA, como os

participantes do grupo de desempenho-declínio que somente em 2023 conseguiram elaborar seus planos de trabalho. Em contrapartida, houve a sequência correta entre o planejado e executado como a dos participantes do grupo de desempenho-evolução, que ainda em 2021 organizaram seus planos de ação (TABELA 13).

Desta forma, pesquisas futuras podem repercutir se a diferença entre o planejado e o executado para a implementação da Inovação resultará nos impactos esperados por ela como a redução da prevalência da obesidade infantil. Uma vez que a Ciência da Implementação acredita que para a concretização de uma política bem-sucedida (impacto gerado) depende da qualidade do processo de implementação (resultado de implementação) (Damschroder *et al.*, 2022b; Frey, 2000).

Logo, seria importante investigar após o encerramento do ano de 2024 como foi o impacto da implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil sobre os indicadores do estado nutricional, marcadores de consumo e atendimentos individuais de crianças com condição de obesidade para verificar se a aplicação correta das etapas necessárias à execução do PROTEJA, bem como se as articulações e parcerias públicas são necessárias para a efetivação e concretização do impacto esperado (Bortolini *et al.*, 2021, 2022).

Como também, estudos longitudinais poderão revelar se os impactos das abordagens socioambientais da saúde nos municípios brasileiros com menos de 30 mil habitantes melhorará a saúde e a nutrição das crianças. Além de medidas estruturais e sociais que comprometem a qualidade de vida e saúde das crianças, como o consumo de alimentos ultraprocessados. Desta maneira, a colaboração intersetorial é necessária para a mudança do quadro epidemiológico da obesidade infantil e promoção da saúde como defendem Santos, Silva e Lacerda (2021, p. 33) por ampliar o cuidado a saúde infantil para além do setor da saúde.

Outro fator importante para o sucesso da implementação de uma política pública com ação intersetorial é o processo de Monitoramento e Avaliação seja pelas equipes internas ou externas as instituições implementadoras, pois esse processo permite a aprendizagem organizacional através da construção de bases de evidências para as tomadas de decisão, logo promovendo a melhora da qualidade do serviço público (Kochevar e Yano, 2006).

Em vista disso, a pesquisa de implementação das políticas públicas identifica os pontos fortes e fracos delas, além dos processos de execução. Portanto, apesar do número de entrevistas com seu grande volume de dados qualitativos, que poderão

ser explorados em profundidade e em associação com técnicas mistas de análise, acredita-se que foi possível analisar e avaliar como ocorreu o processo de implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), sendo esta intervenção eficaz no tocante a construção de uma rede de atenção nutricional e de promoção da saúde, alimentação e nutrição e de práticas de atividade física nos municípios de pequeno porte que até então não são contemplados com os incentivos financeiros para a estruturação e implementação das ações relacionadas a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no âmbito da atenção primária à saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. DE L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 83, n. Online, 2017.

ARRETCHE, M. T. DA S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. Em: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. DO C. B. DE (Eds.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 224.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATSIS, J. A. et al. Barriers and facilitators in implementing a pilot, pragmatic, telemedicine-delivered healthy lifestyle program for obesity management in a rural, academic obesity clinic. **Implementation Science Communications**, v. 1, p. 83, 2020.

BERMAN, P. El estudio de la macro y micro-implementación. Em: **La implementación de las políticas**. Antologías de Política Pública. México: Luis F. Aguilar Villanueva, 2007. p. 281–321.

BIRKEN, S. et al. Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 149, 12 dez. 2018.

BIRKEN, S. A.; CURRIE, G. Using organization theory to position middle-level managers as agents of evidence-based practice implementation. **Implementation Science**, v. 16, n. 1, p. 37, 9 abr. 2021.

BORTOLINI, G. A. et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00152620, 2021.

BORTOLINI, G. A. et al. PROTEJA: Innovation to tackle childhood obesity in Brazil. **UN-Nutrition Journal**, Transforming nutrition. v. 1, p. 204, 2022.

BORTOLINI, G. A. et al. Analysis of the elaboration and proposal of a Brazilian intersectoral strategy for the prevention and care of childhood obesity. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00117722, 2023.

BRANCO, J. C.; BATISTA, N. A.; THOMAZ, S. M. T. Saúde Socioambiental na Atenção Básica: conhecimento, formação e prática. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 734–749, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. DOU de 20.9.1990. 1990.

BRASIL. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante, 1999.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL (ED.). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1a edição, 1a reimpressão ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2014.

BRASIL. **Termo de Execução Descentralizada de Recursos nº 64/2019**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde, 2019.

BRASIL et al. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja): Manual de Implementação para Gestores**. Atena, 2023.

BRASIL. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: manual de implementação para gestores [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Alagoas, 2024. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteja_manual_implementacao_gestores.pdf>

BRASIL. Portaria GM/MS nº1.863, de 10 de agosto de 2021. Institui incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios para a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja. Brasília, DF. Diário Oficial da União. . 2021b.

BRASIL, M. DA SAÚDE. G. DO MINISTRO. 1.862. Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja. Brasília, DF. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2021 a.

BRASIL, M. DA SAÚDE. S. DE A. P. À SAÚDE. D. DE P. DA S. **Ações de enfrentamento da má nutrição no contexto da pandemia: Portaria GM/MS nº 894, de 11 de maio de 2021 Capítulo III**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 35, 2010.

BRUYNE, P. DE; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. DE. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: Os polis da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.

CAPELLA, A. C. N. Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas. 2005.

CASTRO, I. R. R. DE. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Editorial. v. 33, n. 7, 2017.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CORREA, R.; RAMOS, M. P. Um modelo de análise para o estudo do processo de implementação das políticas públicas: o caso do Programa Nacional de Assistência Estudantil nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Em: **Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes [recurso eletrônico] / organizadoras Luciana Leite Lima [e] Letícia Schabbach**. Coleção Atlas Econômico da Cultura Brasileira. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020. p. 414.

COSTA, F. L. DA; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 969 a 992–969 992, 1 jan. 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DA SILVEIRA, J. A.; MENEZES, R. **Relatos de Experiência na Implementação da Estratégia Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade Infantil - PROTEJA**, 2024.

DAMSCHRODER, L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science | Implementation Science | Full Text. **Implementation Science**, v. 4, n. 50, 2009.

DAMSCHRODER, L. J. et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. **Implementation Science**, v. 17, n. 1, p. 75, 2022a.

DAMSCHRODER, L. J. et al. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. **Implementation Science**, v. 17, n. 1, p. 7, 2022b.

DAMSCHRODER, L. J.; LOWERY, J. C. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). **Implementation Science**, v. 8, n. 1, p. 51, 2013.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

DOWNS, S. M. et al. Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition, Framework, and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild, Cultivated, and Built Food Environments toward Sustainable Diets. **Foods**, v. 9, n. 4, p. 532, 22 abr. 2020.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. Em: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. DO C. B. DE (Eds.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 224.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 14. ed. London: Pearson New International Edition, 1984.

FAO. **Policy Brief: Obesidade Infantil Estratégias para Prevenção e Cuidado em Nível Local**. , 2021.

FERRARI, G. et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. **Public Health**, v. 207, p. 82–87, 1 jun. 2022.

FIXSEN, D. et al. **Implementation Research: A Synthesis of the Literature**. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network., 2005.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

GBD. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. **The New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 1, p. 13–27, 2017.

GELMAN, R. et al. Adoption, implementation, and sustainability of early childhood feeding, nutrition and active play interventions in real-world settings: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 20, n. 1, p. 1–13, dez. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: [s.n.].

GREENHALGH, T. et al. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. **The Milbank Quarterly**, v. 82, n. 4, p. 581–629, dez. 2004.

GROL, R. P. et al. Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 1, p. 93–138, 2007.

GUSTAFSON, D. H. et al. Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. **Health Services Research**, v. 38, n. 2, p. 751–776, abr. 2003.

HILL, M. **The public policy process**. 4. ed ed. Harlow, England: Pearson Longman, 2005.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas**. Rio de Janeiro: [s.n.].

KINGDON, JOHN W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2. ed. Edinburgh Gate, Harlow: Pearson, 2014.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v. 18, n. 5, p. 457–67, 2014.

KOCHEVAR, L. K.; YANO, E. M. Understanding Health Care Organization Needs and Context: Beyond Performance Gaps. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. Suppl 2, p. S25–S29, fev. 2006.

KUMANYIKA, S. K. Advancing Health Equity Efforts to Reduce Obesity: Changing the Course. **Annual review of nutrition**, v. 42, p. 453–480, 2022.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Estrutura Normativa e Implementação de Políticas Públicas. Em: **Avaliação de Políticas Públicas**. Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia. 1ª ed. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014., 2014. p. 254.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, dez. 2013.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília, DF: Enap, 2019.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. Em: **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: Enap, 2019.

LOTTA, G. S. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

LOTTA, G. S. et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 4, p. 779–810, 31 dez. 2018.

MAZZEI, B. B.; FARAH, M. F. S. O processo de implementação de uma Política Pública - um instrumento de análise. Em: **Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes [recurso eletrônico] / organizadoras Luciana Leite Lima [e] Letícia Schabbach**. Coleção Atlas Econômico da Cultura Brasileira. 1ª edição ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020. p. 414.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook**. Third edition ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc, 2014.

MINAYO, M. C. D. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237–248, set. 1993.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SISVAN - Relatórios de Produção**. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

NEVEDAL, A. L. et al. Implementation and sustainment of diverse practices in a large integrated health system: a mixed methods study. **Implementation Science Communications**, v. 1, n. 1, p. 61, 3 jul. 2020.

NILSEN, P. et al. Never the twain shall meet? A comparison of implementation science and policy implementation research. **Implementation Science**, Debate Open Access. v. 8, n. 63, 2013.

ONU. **A/RES/70/259. Resolution adopted by the General Assembly on 1 April 2016**. Disponível em: <<https://www.unscn.org/en/topics/un-decade-of-action-on-nutrition?pages=7>>. Acesso em: 9 ago. 2024.

PADOVEZE, M. C. et al. Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação - CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research - CFIR). **Comitê de tradução Translation committee**, 2021.

PESSALI, H. F. **Nanoelementos da mesoeconomia: uma economia que não está nos manuais**. Curitiba-PR: Editora UFPR, 2015.

PETERS, D. H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. **British Journal of Sports Medicine**, v. 48, n. 8, p. 731–736, 2014.

PETERS, D.; TRAN, N.; ADAM, T. **Implementation Research in Health: A Practical Guide**. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2013.

POOLE, M. K. et al. De-implementing public health policies: a qualitative study of the process of implementing and then removing body mass index (BMI) report cards in Massachusetts public schools. **Implementation Science Communications**, v. 4, n. 1, p. 63, 9 jun. 2023.

PROCTOR, E. et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 38, n. 2, p. 65–76, 2011.

PÜLZL, H.; TREIB, O. Implementing Public Policy. Em: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. (Eds.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. London: CRC Press Taylor & Francis Group, 2007. p. 89–107.

RABIN, B. A. et al. A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 14, n. 2, p. 117–123, mar. 2008.

RITCHIE, M. J.; PARKER, L. E.; KIRCHNER, J. E. From novice to expert: a qualitative study of implementation facilitation skills. **Implementation Science Communications**, v. 1, n. 1, p. 25, 25 fev. 2020.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: A Systematic Approach**. 7ª ed. California, EUA: SAGE Publications, 2004.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, G. F.; LACERDA, R. DOS S. Desafios da articulação intersetorial entre saúde e assistência social: uma revisão integrativa. **Rev. baiana saúde pública**, v. 45, n. 2, p. 195–212, out. 2021.

SCHABBACH, L. M. Arranjos, redes e fixers dos jogos de implementação. Em: **Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes [recurso eletrônico] / organizadoras Luciana Leite Lima [e] Letícia Schabbach**. Coleção Atlas Econômico da Cultura Brasileira. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020.

SCHLEICHER, R. T.; MARQUES, P. Implementação de políticas como processo social: agentes, estruturas, discurso e arenas de poder. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 3/4, p. 389–401, 2017.

SCOTT, J. P. **Social Network Analysis: A Handbook**. [s.l.] SAGE Publications, 2000.

SECCHI, L.; COELHO, F. DE S.; PIRES, V. Políticas Públicas: Conceitos, Casos Práticos, Questões de Concursos. Em: 3. ed. São Paulo, SP: Cengage, 2019. p. 272.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. [s.l.] Washington, DC: World Bank, 2020.

SIMPSON, D. D.; DANSEREAU, D. F. Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. **Science & Practice Perspectives**, v. 3, n. 2, p. 20–28, abr. 2007.

SOUSA, J. R. F. DE; BATISTA, L. F.; HELAL, D. H. Sobre implementação de políticas públicas: uma revisão sistemática da literatura e agenda de pesquisas. **Sociedade e Estado**, v. 37, p. 457–487, 1 ago. 2022.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 16, p. 20–45, 2006.

SOUZA NETO, R. A. D. et al. Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 23, n. 3, p. 373–394, jun. 2019.

SQUIRES, J. E. et al. Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: a multi-study analysis. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 52, 22 maio 2019.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, fev. 2019.

TORGERSON, D. Promoting the Policy Orientation: Lasswell in Context. Em: FRANK FISCHER; GERALD J. MILLER; MARA S. SIDNEY (Eds.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. Public administration and public policy. London: CRC Press Taylor & Francis Group, 2007.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529–50, 2008.

TUMILOWICZ, A. et al. Implementation Science in Nutrition: Concepts and Frameworks for an Emerging Field of Science and Practice. **Current Developments in Nutrition**, v. 3, n. 3, p. nzy080, mar. 2019.

UNICEF. **Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación**. Nueva York: UNICEF, 2019.

UNICEF, U. N. C. F.; WHO, W. H. O.; BANK, I. B. FOR R. AND D., The World. **Levels and trends in child malnutrition: Key Findings of the 2020 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO. **Ending Childhood Obesity**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Nutrition and Food Safety, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>>.

WHO. **Healthy Cities: Effective Approach to a Rapidly Changing World**. World Health Organization, Social Determinants of Health, , 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/southeastasia/publications-detail/9789240004832>>

WHO. **Obesity and overweight**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 8 set. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE 1 – DEFINIÇÕES DOS DOMÍNIOS E CATEGORIAS COM BASE NA CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)^A.

A. AMBIENTE INTERNO

Ambiente onde a inovação é gerida (Secretaria Municipal de Saúde), desconsiderado as divisões hierárquicas internas do setor.

Características: *loco* de trabalho do informante-chave (responsável técnico ou membro da equipe de gestão/implementação do PROTEJA).

A.1. Características Estruturais (gerais persistentes a SMS)

Categoria	Definição da Categoria
Recursos disponíveis	Profissional, forma de contratação, estruturas de trabalho (responsabilidades, horários, turnos e plantões, ordem e arranjo de tarefas, procedimentos de trabalho e gerenciamento de cargas de trabalho, autonomia e/ou centralização de decisão, definição de funções); Financeiro; Espaço físico, equipamentos, estado de conservação, qualidade dos espaços e equipamentos; Tecnologia da informação.
Rede Intrasetorial	São as parcerias, relacionamentos, formais ou informais, dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS).
Comunicações	Práticas formais e informais de compartilhamento de informações dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS).

A.2. Características Específicas (para a implementação da inovação, com ação direta sobre o PROTEJA)

Categoria	Definição da Categoria
Tensão pela Mudança	A situação atual era intolerável ou que necessitava de mudança.
Compatibilidade	Adaptação da inovação aos fluxos e sistemas de trabalho.
Prioridade relativa	Importância dada a implementação da inovação dentro da organização.
Acesso ao Conhecimento e Informação	Facilidade de acesso a informações, orientação e/ou treinamento para a implementação da inovação. São acessíveis, compreensíveis e, possíveis, de incorporá-los nas tarefas de trabalho.

B. INOVAÇÃO

Estratégia intersetorial para prevenção e atenção à obesidade infantil em âmbito local de municípios de pequeno porte.

Características: ações articuladas intersetoriais para enfrentamento da obesidade infantil.

Núcleo da inovação: ações essenciais de prevenção por vigilância alimentar e nutricional sobre o estado nutricional (peso e altura), práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) e cuidado com atendimentos individuais para obesidade em crianças menores de 10 anos.

Componentes adaptáveis: elementos, estruturas e sistemas adaptáveis relacionados com a inovação e as organizações em que o PROTEJA está sendo implementado, correspondente as ações complementares.

Categoria	Definição da Categoria
Vantagem Relativa da Inovação	Vantagem de implementar a inovação em relação outras inovações ou práticas atuais disponíveis.
Adaptabilidade à Inovação	A inovação pode ser adaptada, modificada ou reinventada para atender às necessidades locais.
Complexidade da Inovação	Complexidade do número de etapas (duração, escopo e/ou natureza) necessárias para implementar.

C. PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO^b

Atividades e estratégias que foram utilizadas para implementar a inovação.

Características: São subprocessos que indicam a eficácia da inovação: sistemas gerencial e decisório; processos de divulgação e informação; processos de seleção; processos de capacitação; sistemas logísticos e processos de monitoramento e avaliação interno ^b.

Categoria	Definição da Categoria
Planejamento	O grau de funções, responsabilidades, tarefas, etapas, marcos específicos são desenvolvidos antecipadamente e a qualidade desses na execução dos processos de implementação.
Execução	Realização cumulativa de passos para a implementação da inovação de acordo com o plano de ação elaborado.
Monitoramento e Avaliação	Feedback quantitativo e qualitativo sobre o progresso e a qualidade da implementação, acompanhado de relatórios regulares pessoais e de equipe sobre o progresso e a experiência.

D. INDIVÍDUOS

Papéis exercidos pelos indivíduos nas funções aplicáveis a implementação da inovação, tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo.

Características das funções: Engajamento da liderança quanto ao compromisso, envolvimento e responsabilização de líderes e/ou gestores.

Burocratas de nível de rua	Indivíduos e/ou equipes que lideram ou colaboram direta ou indiretamente com a implementação e entrega da inovação (Responsável técnico(a), técnicos-profissionais, membros GTI).
Facilitadores de Implementação	Técnicos de organização externa ou interna que auxiliam, orientam ou apoiam formalmente as decisões de implementação da inovação.

E. AMBIENTE EXTERNO

Externo a secretaria municipal de saúde (ambiente interno: *core* da inovação), considerado como o nível local de atuação a cidade onde está sendo implementada o PROTEJA.

Características: os parceiros de fora do Poder Executivo e demais setores do Poder Executivo, com exceção da secretaria municipal da saúde. Desconsiderado os determinantes sociais distais da saúde.

Categoria	Definição da Categoria
Rede Intersetorial	Parcerias e conexões que o ambiente interno (ator-implementador e/ou SMS) tem com as organizações externas.
Políticas e Leis	Estratégia para difundir a inovação como: legislações, regulamentos, diretrizes, recomendações, avaliação por desempenho ou outros.

Fonte: ^a Definições de domínios e categorias: adaptado de Damschroder *et al.*, (2009, 2022).^b Processos de Implementação: adaptado de Draibe (2001).

APÊNDICE 02 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil - Proteja

Pesquisador: Jonas Augusto Cardoso da Silveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63729322.3.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Nutrição - UFAL

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.135.172

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2140232_E1.pdf"

A prevalência de obesidade tem demonstrado crescimento expressivo em todo mundo, especialmente entre crianças menores de 5

anos. Diante da tendência de agravamento imposta pela pandemia de COVID-19 e da complexidade dos agentes etiológicos envolvido no

desenvolvimento da obesidade infantil, é notório a necessidade de medidas amplas e intersetoriais que atuam nos ambientes em que as crianças

estão expostas. Com esse intuito, foi lançada a Estratégia Nacional de Prevenção a Obesidade Infantil (Proteja). Objetivo: Avaliar a efetividade do

Proteja na redução da prevalência da obesidade infantil em municípios menores que 30 mil habitantes.

Metodologia: Trata-se de um estudo quasiexperimental,

onde a intervenção é a política pública. Os municípios do grupo intervenção (n=1320) foram selecionados a partir de critérios de

desempenho definidos no art. 3 da Portaria 1.863/2021. Já os municípios do grupo controle serão definidos com base no pareamento (1:1) por meio

de escores de propensão, calculados a partir de indicadores sociais, econômicos, demográficos e de saúde.

A fim de estimar o efeito médio do

tratamento, serão realizadas análises baseadas em modelos lineares generalizados com efeito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.135.172

misto; a escolha da distribuição de probabilidades será definida a partir daquela que melhor se ajustar aos dados disponíveis (ex. binomial negativa ou Poisson). Resultados Esperados: Espera-se que os municípios que aderiram ao Proteja apresentem redução da prevalência de obesidade infantil em relação ao grupo controle, além de maiores coberturas dos sistemas de informação em saúde relacionados com a vigilância alimentar e nutricional.

Hipótese:

- I. Municípios que aderiram o Proteja apresentarão aumento na cobertura dos sistemas de informação em saúde relacionados com a vigilância alimentar e nutricional em relação aos seus pares que não receberem o pacote de intervenções (recursos financeiros e treinamento para implementação).
- II. Municípios que aderiram o Proteja apresentarão redução na prevalência de obesidade infantil em relação aos seus pares que não receberem o pacote de intervenções (recursos financeiros e treinamento para implementação).
- III. Dentre os municípios que aderiram o Proteja, haverá relação dose-resposta entre o nível de adesão às ações propostas na Estratégia e os desfechos intermediários (cobertura) e de resultado (obesidade infantil).

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar a efetividade da "Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil - Proteja" na redução da prevalência da obesidade infantil em municípios menores que 30 mil habitantes.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a efetividade da "Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil - Proteja" no aumento da cobertura do estado nutricional das crianças menores de dez anos no SISVAN Web.
- Avaliar a efetividade da "Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil - Proteja" no aumento dos marcadores de consumo alimentar das crianças menores de dez anos no SISVAN Web.
- Avaliar a efetividade da "Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil -

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.135.172

Proteja" no aumento de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças menores de dez anos no SISAB.

- Estimar a prevalência de obesidade nas crianças menores de dez anos no SISVAN Web.
- Avaliar a implementação das ações essenciais pelos municípios que aderiram ao Proteja, também pelo viés qualitativo.
- Avaliar a implementação das ações complementares pelos municípios aderidos ao Proteja, também pelo viés qualitativo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Quanto às entrevistas semiestruturadas referentes ao estudo qualitativo, como elas ocorrerão em ambiente virtual, os riscos e as precauções listadas anteriormente também se aplicam para as gravações das entrevistas. Quanto às análises, os resultados também serão apresentados de maneira agregada, não sendo possível identificar os municípios, tampouco os respondentes. Para não permitir a identificação do participante em casos de transcrição da fala em publicações, codificações de P1 a P30 serão alocadas de maneira aleatória aos participantes. Além disso, nomes de terceiros, de locais ou qualquer outra informação que possa ser utilizada para a identificação dos participantes serão omitidos de qualquer publicação.

Benefícios:

O principal benefício se refere as orientações e feedbacks individualizados sistemáticos que os gestores estão recebendo das equipes técnicas de implementação do Proteja, a partir das respostas obtidas nos questionários e formulários. Tais informações conduzem à avaliação dos planos de ação, orientações quanto ao uso de recursos da APS, gestão intersetorial de políticas públicas, organização da forma de trabalho na APS e adequação de espaços estratégicos para promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outras temáticas que podem impactar direta e indiretamente na saúde da população. Considerando o número de crianças nos 1320 município que aderiram ao Proteja, estima-se que cerca de 2,2 milhões de crianças poderão ser beneficiadas indiretamente por meio de nossas ações de apoio técnico aos municípios.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,terreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.135.172

Além disso, os resultados encontrados fornecerão subsídios para a qualificação do Proteja, oportunizando sua ampliação em novos ciclos de pactuação interfederativa. Outro benefício que vêm sendo levantado por referências estaduais e municipais de alimentação e nutrição se refere ao suporte e fomento à lógica intersetorial de formulação e gestão de políticas públicas na APS.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda apresentada a este comitê de projeto já aprovado. A emenda refere-se a uma necessidade dos autores de aprofundarem o entendimento do problema estudado (a implementação das estratégias de combate à obesidade nos diferentes municípios) de forma qualitativa. Segundo os autores, durante as coletas eles se depararam com importante heterogeneidade nas formas de implementação das estratégias nos municípios, de modo que elaboraram ferramenta de entrevista remota, semi-estruturada, qualitativa, a ser aplicada com os gestores, para tentar entender como ocorre essa implementação em uma subamostra dos municípios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores atualizaram o TCLE, bem como incluíram a ferramenta da entrevista semi-estruturada.

Recomendações:

Ver lista de pendências e inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PESQUISA APROVADA.

Não há óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_214023_2_E1.pdf	23/05/2023 17:56:19		Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas_emenda1.pdf	23/05/2023 13:59:34	CHARLISE FRASSON PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda1.pdf	23/05/2023 13:57:57	CHARLISE FRASSON PEREIRA	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 6.135.172

Brochura Pesquisa	Projeto_emenda1.pdf	23/05/2023 13:56:49	CHARLISE FRASSON PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pedido_Dispena.pdf	09/12/2022 17:44:45	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodeavaliacaoProteja_PlataformaBrasil.pdf	08/12/2022 20:11:05	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	Declaracao_CGAN.pdf	08/12/2022 20:09:16	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	08/12/2022 20:08:20	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	TED_64.pdf	07/12/2022 22:59:43	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	Oficio_Circular_n12_EstrategiaProteja.pdf	07/12/2022 22:57:14	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Cronograma	Cronograma_implementacaoProteja.pdf	07/12/2022 22:44:05	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Orçamento	orcamento_implementacaoProteja.pdf	20/09/2022 09:03:41	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_Protecao_dos_Dados_ApLocais_final.pdf	19/09/2022 12:10:03	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_de_Utilizacao_de_Dados_assinado.pdf	19/09/2022 11:18:56	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_cumprimento_normas_publicizacao_e_destinacao_assinado.pdf	19/09/2022 11:16:41	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_implementacaoProteja.pdf	05/09/2022 09:55:45	Jayanne Mayara Magalhães de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 22 de Junho de 2023

Assinado por:

**Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

APÊNDICE 03 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM ATORES DA SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTEJA COM BASE NO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)

Orientações

TCLE: () Dúvida () Assinado

UF: Município:

Data da entrevista: / / Código do(a) entrevistado(a)

[P(número)]:

Agradecer a sua disponibilidade em participar desta entrevista.

Sou pesquisadora de políticas públicas e vamos conversar sobre a implementação do PROTEJA em seu município, o objetivo é conhecer como ele foi implementado para melhor compreensão do processo de gestão da política, no sentido de dar apoio futuro as políticas de alimentação e nutrição.

Caso não queira responder alguma pergunta é só me avisar que passamos para a seguinte. Para melhor aproveitamento das respostas elas serão gravadas e a interrupção ocorrerá no momento da despedida.

A sua confidencialidade será preservada.

Perguntas iniciais – respondente-chave:

- Qual a sua formação profissional e a quanto tempo está formado(a)?
- Há quanto tempo está atuando na prefeitura municipal e/ou SMS?
- Já trabalhou em outras secretarias? Quais foram e qual era sua atividade?

Perguntas iniciais – município:

- Me conte um pouco sobre o seu município (características, organização territorial, atividades econômicas, IDHM, renda per capita, etc).
- Como foi a situação política em seu município durante a adesão ao PROTEJA? (Estabilidade ou substituição política, partido político ou coligação política do(a) prefeito(a) e/ou secretário(a) de saúde, teve alguma situação crítica - calamidade pública, além da pandemia de Covid-19)?

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM ATORES DA SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTEJA COM BASE NO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)

A. AMBIENTE INTERNO

A.1. Características Estruturais (gerais persistentes a SMS)

Recursos disponíveis

Observação: Profissional, forma de contratação, estruturas de trabalho (responsabilidades, horários, turnos e plantões, ordem e arranjo de tarefas, procedimentos de trabalho e gerenciamento de cargas de trabalho, autonomia e/ou centralização de decisão, definição de funções); Financeiro; Espaço físico, equipamentos, estado de conservação, qualidade dos espaços e equipamentos; Tecnologia da informação.

- ANTES da adesão ao PROTEJA. O município já tinha os recursos disponíveis para implementar e administrar atividades intersetoriais sobre promoção da saúde e cuidado a obesidade?
- DURANTE a adesão: Houve alterações dos recursos disponíveis em relação as atividades intersetoriais sobre promoção da saúde e cuidado a obesidade? Quais foram? Como isso influenciou na implementação?

Rede Intrasetorial

- Como era a sua rede de trabalho antes e durante a implementação? Com quais profissionais e setores você se relacionava?
- ANTES e DURANTE a implementação do PROTEJA: Como os processos de trabalho sobre a atenção à obesidade infantil eram organizados entre os profissionais da saúde? (Quem era responsável por o quê?)
- Como era o acesso da equipe aos gestores [Secretário(a) de Saúde e/ou Prefeito(a)]?

6. Como foi o engajamento dos gestores para as demandas?

Comunicações

7. Quais fatores facilitaram ou dificultaram a comunicação dentro da secretaria de saúde?

8. Como a comunicação ocorria? (Formal ou Informal)

A.2. Características Específicas (para a implementação da inovação, com ação direta sobre o PROTEJA)

Tensão pela Mudança

9. ANTES da adesão ao PROTEJA: Como os casos de obesidade (infantil e gestantes) eram (ou não) assistidos pelo município?

10. DURANTE a adesão: Quanto o PROTEJA atendeu as necessidades dos indivíduos atendidos?

11. Quanto você e/ou a equipe do PROTEJA tinha disponibilidade para atuar nele?

Compatibilidade

12. Como os processos e rotinas do PROTEJA se ajustaram ou foram incorporadas a sua prática de trabalho e a da na secretaria de saúde?

Prioridade relativa

13. Quanto o PROTEJA foi prioridade para a Secretaria de Saúde ou para o Município?

14. Como os indicadores foram divulgados a equipe/ município/ gestores públicos?

15. Quanto os gestores tiveram interesse nos dados? Eles os utilizaram?

16. A equipe e os gestores reconheceram a obesidade infantil como um problema de saúde pública?

17. [Se não] Houve trabalho de sensibilização dos gestores sobre o problema da obesidade infantil? Como foi?

Acesso ao Conhecimento e Informação

18. Você e a equipe tiveram treinamento(s) para desempenhar as funções e responsabilidades esperadas para o PROTEJA?

19. [Se sim] Quanto a orientação e as capacitações foram acessíveis e compreensíveis para a implementação da inovação?

20. Como o acesso ao conhecimento e informação influenciaram na implementação do PROTEJA?

21. Como foi o compartilhamento dessas informações aos demais membros da secretaria de saúde ou do GTI? (Reuniões de equipe, e-mail)

Em caso de dúvidas sobre o PROTEJA ou sua implementação.

22. Aonde ou a quem você recorria para tirar dúvidas?

B. INOVAÇÃO

Vantagem Relativa da Inovação

23. Em seu município existe(m) ou você conhece que há ou não programa(s) similar(es) ao PROTEJA na secretaria da saúde?

24. [Se sim] Quais seriam? (Ex.: PSE, Crescer Saudável).

25. Que vantagens ou desvantagens tem o PROTEJA em comparação com esses programas em relação a ideia geral da política e a intersetorialidade?

26. Quais vantagens ou desvantagens o PROTEJA trouxe para o município em relação aos outros programas?

Adaptabilidade à Inovação

27. Foram necessárias mudanças ou alterações a proposta original do PROTEJA (vinda da CGAN/MS) de acordo com a realidade do município?

28. [Se sim] Quais foram as alterações?

29. Quais elementos não devem ser alterados no PROTEJA? Quais etapas o município de vocês conseguiu seguir, de acordo com o que foi sugerido pela equipe de implementação?

Complexidade da Inovação

30. Quais foram as facilidades ou dificuldades para implementar o PROTEJA?

31. [Se dificuldades] Como isso foi superado? [Se facilidades] Como foram fortalecidas?

C. PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Planejamento

32. Como e em qual momento do ciclo foi elaborado o planejamento (plano de ação) do PROTEJA?
33. Quais pessoas (GTI) estiveram envolvidas no processo de planejamento?
34. Houve alguma base ou referência, qual seria?
35. Qual foi o papel desempenhado pelo plano de ação durante a implementação do PROTEJA?
-

Execução

37. As ações do PROTEJA foram executadas/concretizadas de acordo com o plano de ação ou houve alterações?
38. [Se sim] Quais ações não ocorreram como o planejado?
39. [Se não] Quais fatores contribuíram para que as ações não ocorressem como planejado/pactuado?
40. Quais barreiras ou facilidades os beneficiários (crianças e famílias) tiveram para participar das ações?
41. Quais foram os desafios e as oportunidades que o município teve para trabalhar de forma intersetorial e de implementar o PROTEJA?
-

Monitoramento e Avaliação

42. Foram elaborados e executados processos internos de acompanhamento (monitoramento) durante a implementação do PROTEJA?
- 43 [Se sim] Quais foram as formas internas de acompanhamento (monitoramento) da execução das ações do plano de ação?
44. [Se não] Como a ausência de monitoramento e avaliação internos influenciou na implementação do PROTEJA?
45. Como o setor da saúde (equipe de implementação) avalia a participação do município no PROTEJA?
-

D. INDIVÍDUOS

Burocratas de nível de rua

46. Como e quando o PROTEJA foi apresentado para você?
47. Quais foram as suas percepções iniciais e finais sobre ele?
48. Quais foram os seus limites de autoridade ou liberdade de ação para implementar o PROTEJA?
49. Como isso influenciou na implementação do PROTEJA?
-

Facilitadores de Implementação (APL, APR)

50. Houve apoio de fora da sua organização para implementar o PROTEJA?
51. [Se sim] Como ele ocorreu? E por quem ocorreu?
52. Qual a importância ou influência dessa ajuda?
-

E. AMBIENTE EXTERNO

Rede Intersetorial

53. ANTES da adesão ao PROTEJA, quais interações você tinha com os outros setores da prefeitura?
54. Sobre quais políticas ou programas vocês tratavam?
55. APÓS a adesão do PROTEJA, como ocorreu o contato com os setores de fora do seu ambiente de trabalho?
56. Como os gestores, secretário(a) de saúde e/ou prefeito(a), atuaram na interação com setores de fora do seu ambiente de trabalho?
57. Como ocorreu a comunicação com eles, formal ou informal?
58. Quando responderam e quais questionamentos fizeram sobre o PROTEJA?
-

Políticas e Leis

59. O PROTEJA foi incorporado nos dispositivos legais do SUS, nos conselhos municipais (CONSEA, CAE, CMS), nos conselhos de gestão (Bipartite, Tripartite) nas leis orçamentárias do município e no plano de saúde? Ou foram criadas leis afins ao tema da obesidade infantil? (LDO, LOA, PPA, Lei de Cantina Saudável, Licença Paternidade)
60. [Se sim] Como foram as mobilizações de inclusão ou criação das leis?
-

APÊNDICE 04 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira, Prof.^a Dr.^a Rubia Carla Formighieri Giordani, Prof.^a Dr.^a Vanessa Daunfenback Ramos e Charlise Frasson Pereira, pesquisadores, estamos convidando o(a) Senhor(a) _____ a participar de um estudo intitulado “Avaliação da Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil – Proteja”.

O objetivo maior do projeto é avaliar a efetividade da “Estratégia Nacional de Controle e Prevenção da Obesidade Infantil – Proteja” na redução da prevalência da obesidade infantil em municípios menores de 30 mil habitantes. Neste contexto, gostaríamos de contar com a sua participação a fim de nos ajudar a compreender os processos de implementação no Proteja através das realidades das referências técnicas municipais.

Caso aceite participar voluntariamente da pesquisa, iremos conversar sobre a sua experiência à frente do Proteja em seu município, explorando os caminhos trilhados para o desenvolvimento das ações, além dos facilitadores, obstáculos e as lições aprendidas neste processo. A entrevista ocorrerá em ambiente virtual, terá duração aproximada de 60 minutos e será agendada conforme a sua conveniência de data e horário.

A entrevista também será gravada, assim conseguiremos recuperar as suas falas de maneira acurada, garantindo que suas opiniões e observações sejam adequadamente registradas por nossa equipe. Para que você possa se preparar para a entrevista e conhecer sua estrutura, enviamos junto com este Termo, o roteiro de perguntas que utilizaremos na entrevista.

Toda pesquisa traz algum tipo de risco para seus participantes. No entanto, devido à característica dos métodos adotados, esta pesquisa pode ser considerada como risco mínimo. Um destes riscos é que você poderá experimentar algum desconforto ou cansaço no decorrer da entrevista. Caso isso ocorra e seja do seu interesse, poderemos interromper a entrevista e reagendá-la em data que julgar mais conveniente. Pode ser também que, por alguma razão, você se sinta constrangido(a) ao responder determinada pergunta. Caso isso ocorra, você tem o direito de recusar a respondê-la.

É fundamental destacar que esta pesquisa não tem qualquer caráter de fiscalização da atividade laboral que o obrigue a participar dela. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer necessidade de justificativa ou prejuízo pessoal. Isso inclui a retirada da autorização mesmo após a finalização da entrevista; nestes casos, a gravação da entrevista e todas as informações geradas por meio dela serão removidas de nossos bancos de dados.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pela coordenação do projeto e pelos pesquisadores envolvidos diretamente neste estudo. As transcrições desta entrevista não terão seu nome ou qualquer dado que o identifique e serão armazenadas em arquivos protegidos por senha. Os arquivos com as entrevistas e as transcrições serão utilizados unicamente para esta pesquisa e mantidos sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos após a conclusão das entrevistas e, depois, serão deletados. Todas as publicações provenientes deste projeto serão feitas sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Esta pesquisa pretende produzir evidências sobre a otimização de processos ligados à implementação de políticas públicas intersetoriais, como orientações quanto ao uso de recursos da atenção primária a saúde, organização das formas de trabalho nos diferentes setores do município, adequação de espaços estratégicos para promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outras temáticas que podem impactar diretamente a saúde da população. Desta forma, como gestor(a), você poderá ser beneficiado diretamente com os resultados e orientações desenvolvidas a partir desta pesquisa. Além disso, espera-se que estas contribuições também atinjam gestores de outros municípios brasileiros e, em última instância, a saúde da população.

Este estudo está sendo conduzido pelo Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira (docente do Programa de Pós-graduação em Nutrição da UFAL; e-mail: jonas.silveira@fanut.ufal.br), pela Prof.^a Dr.^a Rubia Carla Formighieri Giordani (e-mail: rubiagiordani@gmail.com), pela Prof.^a Dr.^a Vanessa Daunfenback Ramos (e-mail: vdaufen@gmail.com) e por Charlise Frasson Pereira (pesquisadora assistente; e-mail: nutri.charfrasson@gmail.com). Em caso de dúvidas, em qualquer momento, você poderá entrar em contato com qualquer um deles para que elas possam ser sanadas.

Caso as dúvidas sejam sobre seus direitos como participante de pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas pelo telefone (82) 3214-1041 das 13:00 às 18:00 horas de segunda a sexta-feira e pelo e-mail: cep@ufal.br. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Ao participar deste estudo, você não terá qualquer despesa. Além disso, não haverá qualquer forma de remuneração (financeira e não financeira) por sua participação na pesquisa.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Entendi e fui informado que participarei sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura e Nome do Participante

Declaro que o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante foi obtido de forma apropriada e voluntária, sendo reafirmado de maneira audível no início da gravação, conforme estabelecido na Resolução nº 510/2016.

Assinatura e Nome do(a) Pesquisador(a) que obteve o consentimento livre e esclarecido

Maceió, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE 05 – LIVRO DE CÓDIGOS

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	NOME DO CÓDIGO	DESCRIÇÃO
Inovação	Vantagem Relativa	Vantagem Relativa Positiva	Vantagem Relativa: Facilitador	Percepção das partes interessadas na vantagem de implementar a inovação em relação outras inovações ou práticas atuais disponíveis.
	Adaptabilidade	Vantagem Relativa Negativa	Vantagem Relativa: Barreira	O grau em que a inovação pode ser adaptada, modificada ou reinventada para atender às necessidades locais
		Adaptabilidade Positiva	Adaptabilidade: Facilitador	
	Complexidade	Adaptabilidade Negativa	Adaptabilidade: Barreira	Complexidade: Percebida
Complexidade Positiva		Complexidade: Não-Percebida	Complexidade: Não-Percebida	
Ambiente Externo	Rede Intersectorial	Intersectorialidade Ativa	Rede Intersectorial: Facilitador	O grau de parcerias e conexões que o ambiente interno (ator-implementador e/ou SMS) tem com as organizações externas.
		Intersectorialidade Inativa	Rede Intersectorial: Barreira	
	Políticas e Leis	Incentivo Positivo	Políticas e Leis: Facilitador	Estratégia para difundir a inovação como: legislações, regulamentos, diretrizes, recomendações, avaliação por desempenho ou outros
		Incentivo Negativo	Políticas e Leis: Barreira	
Ambiente Interno (Características Persistentes)	Recursos disponíveis	Infraestrutura Física, Tecnologia de Informação, Recursos humanos, Recursos	Recursos disponíveis: Facilitador	Profissional, forma de contratação, estruturas de trabalho; Financeiro; Espaço físico, equipamentos, estado de conservação, qualidade dos espaços e equipamentos; Tecnologia da informação.
		Intersectorialidade Ativa	Rede Intrasectorial: Facilitador	
	Rede Intrasectorial	Intersectorialidade Inativa	Rede Intrasectorial: Barreira	São as parcerias (redes sociais), relacionamentos, formais ou informais, dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS).
		Comunicações	Comunicação-Positiva	Práticas formais e informais de compartilhamento de informações dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS)
	Tensão pela Mudança	Comunicação-Negativa	Comunicações: Barreira	O grau em que as partes interessadas percebem a situação atual era intolerável ou que necessitava de mudança.
		Mudança Percebida	Tensão pela Mudança: Facilitador	
	Compatibilidade	Mudança Não Percebida	Tensão pela Mudança: Barreira	O grau de adaptação ou adequação da inovação aos fluxos e sistemas de trabalho.
		Compatibilidade Positiva	Compatibilidade: Facilitador	
Ambiente Interno (Características Específicas)	Prioridade relativa	Compatibilidade Negativa	Compatibilidade: Barreira	Percepção compartilhada dos indivíduos sobre a importância dada a implementação da inovação em comparação com outras iniciativas dentro da
		Prioridade Relativa Alta	Prioridade relativa: Facilitador	
	Compatibilidade	Prioridade Relativa Baixa	Prioridade relativa: Barreira	Facilidade de acesso a informações, orientação e/ou treinamento para a implementação da inovação. São acessíveis, compreensíveis e, possíveis, de incorporá-los nas tarefas de trabalho
	Acesso ao Conhecimento e Informação	Informação Positiva	Facilitador	

Continua

Continuação

	Informação	Informação Negativa	Acesso ao Conhecimento e Informação: Barreira	Dificuldade de acesso a informações, orientação e/ou treinamento para a implementação da inovação. São acessíveis, compreensíveis e, possíveis, de incorporá-los nas tarefas de trabalho
Indivíduos	Burocrata de médio Escalão		Indivíduos: Burocratas Médio Escalão	Indivíduos que lidera ou colabora direta ou indiretamente com a implementação e entrega da inovação (Secretário Municipal da Saúde)
	Burocratas de nível de rua	-		Indivíduos e/ou equipes que colaboram direta ou indiretamente com a implementação e entrega da inovação (Responsável técnico(a), técnicos-profissionais, membros GTI), percebem a organização e seu relacionamento e grau de comprometimento com a inovação.
	Facilitadores de Implementação	-	Indivíduos: Burocratas Nível de Rua	Técnicos de organização externa ou interna que auxiliam, orientam ou apoiam formalmente as decisões de implementação da inovação
Processos de Implementação	Planejamento	-	Planejamento: Facilitador	O grau de funções, responsabilidades, tarefas, etapas, marcos específicos são desenvolvidos
			Planejamento: Barreira	Realização cumulatividade de passos para a implementação da inovação de acordo com o plano de ação elaborado.
	Execução	-	Execução: Facilitador Execução: Barreira /	
	Monitoramento e Avaliação	-	Monitoramento/Avaliação: Facilitador Monitoramento/Avaliação: Barreira	Feedback quantitativo e qualitativo sobre o progresso e a qualidade da implementação, acompanhado de relatórios regulares pessoais e de equipe sobre o

FONTE: A Autora (2024).

APÊNDICE 06 – ARTIGO (NO PRELO)

Diagramação preliminar

Avaliação qualitativa da implementação do PROTEJA na prevenção da obesidade infantil

Qualitative Evaluation of the Implementation of PROTEJA in the Prevention of Childhood Obesity

Avaliação qualitativa da implementação do Proteja *Qualitative Evaluation of the Implementation of PROTEJA*

Charlise Frasson Pereira¹¹⁷

Rubia Carla Formighieri Giordani¹¹⁸

Vanessa Daufenback¹¹⁹

Risia Cristina Egito de Menezes¹²⁰

Jonas Augusto Cardoso da Silveira¹²¹

Contribuição dos autores: Concepção e planejamento do estudo: CFP, RCFG, RCEM, JACS. Coleta, análise e interpretação dos dados: CFP, VDR. Elaboração ou revisão do manuscrito: CFP, RCFG, VDR, RCEM, JACS. Aprovação da versão final: CFP, RCFG, JACS. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: CFP, JACS.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

¹¹⁷ Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, (41) 3360-4354. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9822-1350>.

¹¹⁸ Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. (41) 3360-4354. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5698-7981>.

¹¹⁹ Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. (41) 3360-4010. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7121-0513>.

¹²⁰ Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Nutrição. (82) 3214-1160. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1568-2836>.

¹²¹ Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, jonas.silveira@ufpr.br. (41) 3360-4133. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3838-6212>.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) através das experiências dos responsáveis técnicos (RT) pela implementação.

MÉTODOS: Estudo qualitativo de casos múltiplos realizado em 35 municípios brasileiros que aderiram ao PROTEJA. A amostra foi constituída por municípios das cinco macrorregiões, com diferentes níveis socioeconômicos e de implementação da estratégia. As entrevistas com os RT pela implementação foram conduzidas utilizando roteiro semiestruturado baseado no *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) para identificar barreiras e facilitadores da implementação em cinco domínios (15 categorias). As análises de conteúdo-temáticas foram conduzidas com base em Bardin.

RESULTADOS: Foram codificadas 1623 citações, sendo que 73,9% remeteram a aspectos facilitadores da implementação. A estrutura de governança local, associada ao modelo de implementação e de apoio técnico, conferiu a percepção de vantagem relativa do PROTEJA sobre programas similares e de compatibilidade com os serviços e agenda da saúde. Ainda, oportunizou e instrumentalizou a planificação das ações, possibilitando adaptações da estratégia às realidades locais e a construção/ampliação/fortalecimento das redes intra/intersetoriais. Entretanto, a alta rotatividade dos RT, carga horária insuficiente e vínculos empregatícios precarizados, comprometeram a gestão da estratégia. O apoio técnico por meio de ferramentas virtuais ampliou o acesso às oficinas formativas e do suporte individualizado, porém evidenciou-se a precariedade da infraestrutura de comunicação em diversos municípios, especialmente do Norte, limitando o engajamento nestas atividades. Notou-se como barreira para a implementação a dificuldade da gestão superior nos municípios identificar a obesidade infantil como problema público e tratá-la como prioridade.

CONCLUSÕES: O PROTEJA foi percebido como vantajoso, compatível e adaptável ao rol de serviços do setor saúde, colaborando com a reorganização do cuidado infantil, a construção e fortalecimento das redes intersetoriais, a rotinização das atividades de diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional nos territórios e da qualificação de gestores.

DESCRITORES: Políticas Públicas. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Difusão de Inovações. Administração em Saúde Pública. Colaboração Intersetorial. Burocratas de Nível de Rua.

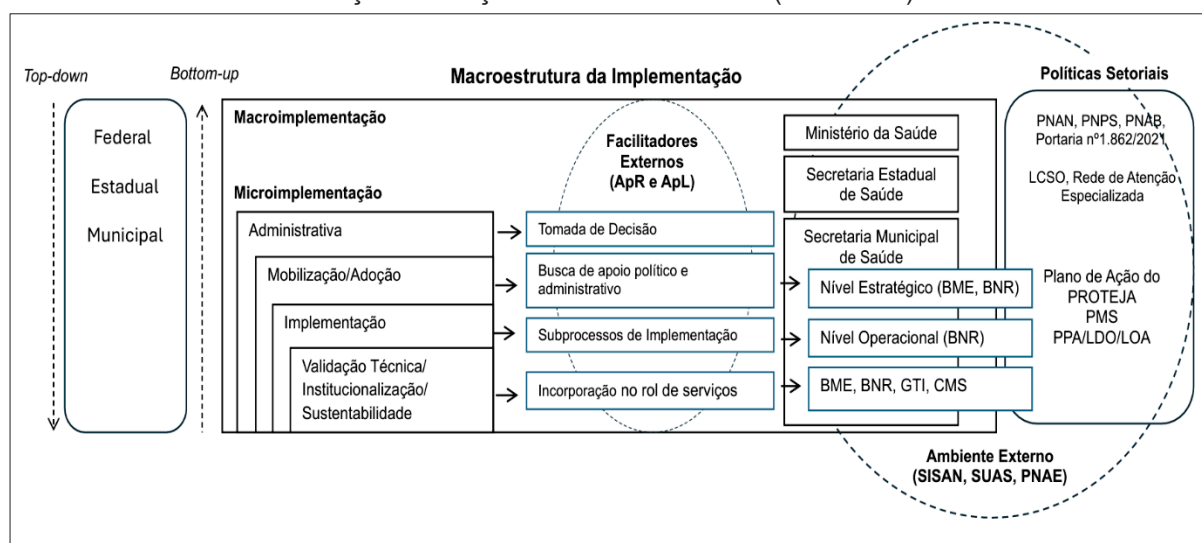
INTRODUÇÃO

Diante da magnitude epidemiológica da obesidade infantil¹, dos impactos biopsicossociais sobre indivíduos e coletividades² e dos altos custos dos tratamentos para os sistemas de saúde^{3,4}, caracteriza-se uma conjuntura que reflete um problema público⁵ (e não apenas de saúde pública), cuja reversão dependerá de mudanças estruturais organizadas entre Estado e sociedade.

A Década de Ação da Nutrição (2016–2025) impulsionou a entrada da temática da obesidade na agenda governamental brasileira por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021–2030)^{6,7}. Aproveitando deste *momentum*, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) instituiu a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) (Portaria GM/MS n.º 1.862/2021) com o objetivo deter o avanço da obesidade infantil por meio da reorganização do cuidado e de ações intersetoriais, a partir da construção de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e de atividades físicas⁸.

A etapa de implementação no ciclo das políticas públicas caracteriza-se como um fenômeno social, pois decorre da interação entre diversos atores e setores influenciando os resultados da política (entendida como uma inovação) em função de suas interpretações e comportamentos⁹. Assim, com base na macroestrutura da implementação de Berman¹⁰, que se estende do nível federal (macroimplementação) ao local (microimplementação), e da premissa da Ciência da Implementação (CI), que estuda como as inovações se comportam dentro dos contextos reais de execução¹¹, é possível compreender como a implementação das decisões tomadas na etapa de formulação das políticas sobre um problema público¹² resultam, ou não, nos impactos esperados^{13,14} (Figura 1).

Figura 1 – Modelo lógico da macroestrutura da implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA)



FONTE: FRASSON-PEREIRA (2024).

LEGENDA: ApR: Apoiadores Regionais; ApL: Apoiadores Locais; BME: Burocratas de Médio Escalão; BNR: Burocratas de Nível de Rua; GTI: Grupo de Trabalho Intersetorial; CMS: Conselho Municipal de Saúde; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde, PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; LCSO: Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade; PMS: Plano Municipal de Saúde; PPA: Plano Plurianual; LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA: Lei Orçamentária Anual.; SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; SUAS: Sistema Único de Assistência Social e PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Apesar da abrangência do desenho do PROTEJA, dentro de sua institucionalidade (ex. responsabilidade ministerial, disponibilidade orçamentária e indicadores de desempenho), trata-se de uma política setorial. Sua característica intersetorial decorre do rol de ações essenciais e complementares pactuadas pelos municípios, efetivando-se a partir das habilidades e competências dos responsáveis técnicos (RT) na construção da agenda em nível local e da prontidão dos gestores públicos para adotá-la e implementá-la.

No contexto real de implementação, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) eram responsáveis por sua gestão e, operacionalmente, deveriam indicar um RT da implementação. Com base na literatura, os RT podem ser identificados como burocratas de nível de rua (BNR)¹⁵, tratando-se de indivíduos que interagem diretamente na implementação da inovação e com os beneficiários dela. Complementarmente, os RT de todos os municípios que aderiram ao PROTEJA contaram com profissionais externos (Apoiadores Regionais e Locais) para apoiar a implementação^{8,16}.

Assim, a partir de uma abordagem qualitativa sobre o discurso dos BNR, buscou-se analisar a microimplementação do PROTEJA, identificando as estratégias organizacionais adotadas, bem como os elementos positivos (fatores facilitadores) e negativos (barreiras), que influenciaram na sua concretização.

MÉTODOS

Este estudo qualitativo de casos múltiplos é parte de um projeto de avaliação de impacto e de implementação do PROTEJA a partir de métodos mistos de pesquisa.

Para incorporar a pluralidade de experiências na implementação do PROTEJA, maximizando a validade externa dos resultados, a amostra foi delineada para apresentar: número de municípios participantes proporcional ao total de adesões por macrorregião; em cada Unidade Federativa (UF), municípios com diferentes graus de desempenho no cumprimento das metas vinculadas aos repasses financeiros e com diferentes níveis de desenvolvimento humano. Partindo destes critérios, estimou-se uma amostra de 72 municípios (~3 municípios por UF, excluindo o Distrito Federal e agrupando UF com poucas adesões).

Adicionalmente, para garantir a acurácia dos relatos, foram convidados para participar RT designados até o primeiro trimestre de 2022. Os convites foram feitos por e-mail e, posteriormente, por mensagem eletrônica.

As entrevistas ocorreram por meio de videochamadas entre dezembro/2023 e março/2024, conduzidas por duas pesquisadoras experientes em métodos qualitativos. As entrevistas resultaram no *corpus* de 35 documentos, classificados como participante (P) e número (N), perfazendo 31 horas de conversação, 86 horas de transcrição e 728 páginas.

– As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado com 60 perguntas (organizadas em domínios e categorias - Quadro 1) elaborados com base

no *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)^{17,18}, disponível em: <https://doi.org/xx.xxxx>. O CFIR é um modelo conceitual voltado para a avaliação sistemática da implementação de serviços de saúde, porém adaptável para diferentes contextos. Seu principal ponto forte e que possibilita tal flexibilidade é a utilização de taxonomias, terminologias e definições padronizadas, facilitando a transferência de tecnologia.

Quadro 1 – Definições dos domínios e categorias com base no *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).

DOMÍNIO/Categoria	Definições
INOVAÇÃO	– Própria Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). Núcleo fixo (core): ações essenciais (obrigatórias) de vigilância alimentar e nutricional sobre o estado nutricional, práticas alimentares e cuidado com atendimentos individuais para obesidade em crianças menores de 10 anos. Componentes adaptáveis: ações complementares relacionadas com a inovação e as organizações em que o PROTEJA está sendo implementado.
Vantagem Relativa	– Vantagem de implementar a inovação em relação a outras inovações ou práticas atuais disponíveis.
Complexidade	– Complexidade ou dificuldade do número de etapas (duração, escopo e/ou natureza) necessárias para implementar.
Adaptabilidade	– A inovação pode ser adaptada, modificada ou reinventada para atender às necessidades locais.
AMBIENTE EXTERNO	– Nível local de atuação a cidade onde está sendo implementada o PROTEJA, os parceiros de fora do Poder Executivo e demais setores do Poder Executivo. Desconsiderado os determinantes sociais distais da saúde.
Rede Intersectorial	– Parcerias e conexões que o ambiente interno (ator-implementador e/ou SMS) tem com as organizações externas.
Políticas e Leis	– Estratégia para difundir a inovação como: legislações, regulamentos, diretrizes, recomendações, avaliação por desempenho ou outros.
PROCESSO DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO	– Atividades e estratégias que foram utilizadas para implementar a inovação.
Planejamento	– O grau de funções, responsabilidades, tarefas, etapas, marcos específicos são desenvolvidos antecipadamente e a qualidade desses na execução dos processos de implementação.
Execução	– Realização cumulativa de passos para a implementação da inovação de acordo com o plano de ação elaborado.
Monitoramento e Avaliação	– <i>Feedback</i> quantitativo e qualitativo sobre o progresso e a qualidade da implementação, acompanhado de relatórios regulares pessoais e de equipe sobre o progresso e a experiência.
AMBIENTE INTERNO	– Ambiente onde a inovação é gerida, Secretaria Municipal de Saúde, desconsiderado as divisões hierárquicas internas do setor.
<i>Características Estruturais: Persistentes a SMS, disponíveis antes da implementação.</i>	
Recursos disponíveis	– Humanos: estruturas de trabalho (responsabilidades, horários, ordem e arranjo de tarefas, procedimentos de trabalho e gerenciamento de cargas de trabalho, autonomia e/ou centralização de decisão, definição de funções); Financeiros: repasse assistencial; Infraestrutura: espaço físico, equipamentos, estado de conservação e qualidade; Tecnologia da Informação: sistemas de informação (e-SUS, SISVAN, SISAB), internet, computadores.
Rede Intrasetorial	– Parcerias ou relacionamentos formais ou informais dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS).
Comunicações	– Práticas formais ou informais de compartilhamento de informações dentro das fronteiras do ambiente interno (SMS).
<i>Características Específicas: Ações diretas e necessárias para a implementação da Inovação.</i>	
Tensão pela Mudança	– A situação atual era intolerável ou necessitava de mudança.
Compatibilidade	– Adaptação da inovação aos fluxos e sistemas de trabalho.
Prioridade relativa	– Importância dada a implementação da inovação dentro da organização.

Acesso ao Conhecimento e Informação	– Facilidade de acesso a informações, orientação e/ou treinamento para a implementação da inovação, Conhecimento era acessível, compreensível e possível de incorporá-lo nas tarefas de trabalho.
---	---

– FONTE: FRASSON-PEREIRA (2024), adaptado de Damschroder *et al.* (2022).

– Com base em Bardin¹⁹, após o fechamento do *corpus*, deu-se a leitura “flutuante” do material transcrito, produzindo as primeiras intuições sobre seu conteúdo. Em seguida, passou-se para a etapa exploratória do material, na qual os trechos relevantes das falas transcritas foram codificados segundo as categorias temáticas definidas *a priori*, atribuindo-se, adicionalmente, o rótulo de barreira ou facilitador da implementação. Assim como trechos polissêmicos foram codificados em mais do que uma categoria/domínio, múltiplos trechos sobre uma mesma categoria foram quantificados segundo a frequência de aparições (livro código disponível em: <https://doi.org/xx.xxxx>).

– As “falas” representam a unidade de contexto para compreensão da unidade de registro (experiência local com a implementação). Os “trechos das falas” representam uma unidade de registro temática, definida como uma unidade de significação que emerge da interpretação do texto à luz do contexto e de um modelo conceitual¹⁴ (CFIR).

Os resultados são produto da combinação de técnicas de análise de conteúdo e temática. A gestão da informação seguiu as recomendações de Miles, Huberman e Saldaña²⁰, referindo-se ao processo iterativo de condensação e codificação dos dados, exibição dos dados em matrizes, quantificação da frequência das categorias e rótulos e elaboração de conclusões sobre os resultados, checando-as em função da plausibilidade (literatura da CI e políticas públicas), viés do pesquisador e relatos contraditórios. Os dados foram organizados e analisados com auxílio do *software* ATLAS.ti v.24 (Alemanha, Cleverbridge Ag).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas (Parecer 6.135.172). Todos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 72 RT convidados, 35 aceitaram participar e suas características estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição do número de municípios por macrorregião e das características dos Burocratas de Nível de Rua que implementaram o PROTEJA entre 2021 e 2023.

Características da amostra	n	%
Municípios por Macrorregião Geográfica		
Norte	5	14,3
Nordeste	11	31,4
Centro-oeste	4	11,4
Sudeste	8	22,9
Sul	7	20,0
Faixa do Índice de Desenvolvimento Humano		
Alta	8	22,9
Média	10	28,6
Baixa	16	45,7
Muito baixa	1	2,9
Profissão		
Nutricionistas	21	60,0
Enfermeiros	8	22,9
Fisioterapeutas	4	11,4
Outras	2	5,7
Anos de formação		
1 a 5 anos	3	8,6
6 a 10 anos	12	34,3
11 a 15 anos	13	37,1
16 a 20 anos	4	11,4
> 21 anos	3	8,6
Gênero		
Feminino	32	91,4
Masculino	3	8,6
Tempo atuação no município		
1 a 5 anos	16	45,7
6 a 10 anos	9	25,7
11 a 15 anos	4	11,4
16 a 20 anos	5	14,3
> 21 anos	1	2,9
Experiências de atuação^a		
Coordenação	21	60
Assistencial	14	40

FONTE: FRASSON-PEREIRA (2024).

Nota: ^a Experiências atuais e/ou prévias a implementação do PROTEJA.

Por meio da análise de conteúdo, foram identificadas 1.623 citações referentes às categorias/domínios do CFIR, sendo que 73,9% se referiam a elementos facilitadores do processo de implementação do PROTEJA (Tabela 2). O Quadro 2 apresenta uma síntese das barreiras e dos fatores facilitadores identificados no *corpus*.

Tabela 2 – Análise entre código-documento das categorias e subcategorias dos domínios da implementação entre 2021 e 2023 do PROTEJA a partir das percepções dos Burocratas de Nível de Rua.

Análise entre Código-Documento		Barreira (Elementos Negativos)		Fator Facilitador (Elementos Positivos)		Frequência por Categoria
Domínios	Categorias	n	%	n	%	n
Inovação	Vantagem Relativa	15	17,1	73	82,9	88
	Complexidade	14	33,3	28	66,7	42
	Adaptabilidade	17	19,5	70	80,5	87
Ambiente Externo	Rede Intersetorial	45	18,7	196	81,3	241
	Políticas e Leis	7	21,2	26	78,8	33
Processos de Trabalho de Implementação	Planejamento	8	8,2	90	91,8	98
	Execução	47	45,2	57	54,8	104
	Monitoramento/Avaliação	6	28,6	15	71,4	21
Ambiente Interno	Rede Intrassetorial	32	25,2	95	74,8	127
	Recursos disponíveis	49	35,0	91	65,0	140
	Comunicações	38	34,9	71	65,1	109
	Tensão pela Mudança	33	26,4	92	73,6	125
	Prioridade relativa	31	28,2	79	71,8	110
	Compatibilidade	65	34,2	125	65,8	190
	Acesso ao Conhecimento e Informação	16	14,8	92	85,2	108
Totais		423	26,1	1200	73,9	1623

FONTE: Autores (2024).

Domínio da Inovação

Em 82,9% das citações houve vantagem de implementar o PROTEJA em relação aos programas similares, como Saúde na Escola ou Crescer Saudável. A criação de grupos de trabalho (governança local) e o acompanhamento externo estimulou as práticas intersetoriais para a realização do diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional, mapeamento dos espaços para prática de atividades físicas e a planificação das ações.

Estes relatos são consistentes com a revisão de Greenhalgh et al.²², que identificaram, dentre outros fatores, que a descentralização das atividades, presença de estrutura de comunicação organizacional, a capacidade técnica dos envolvidos e a presença de agente externos facilitam a incorporação de inovações. Especificamente sobre os agentes externos, caso dos apoiadores regionais e locais, seu papel é mais efetivo quando estes possuem características profissionais similares aos dos implementadores da inovação (alteridade), gozam de credibilidade e são treinados para desenvolver conexão interpessoal com os implementadores e empoderá-los para a tomada de decisão.

É comum às organizações locais não terem a capacidade suficiente para promover as mudanças esperadas por inovações; assim, a oferta do apoio técnico especializado externo facilitou a transferência de habilidades e conhecimentos para a tomada de decisão dos BNR, aumentando a percepção de vantagem relativa da estratégia e oportunizando a sustentabilidade das ações^{9,15,23}.

Um modelo lógico de implementação em etapas, considerando duração, escopo e natureza, atrelado a produção de informação e da intersetorialidade^{15,22,24}

permite melhorar a compreensão da complexidade da inovação. Esta noção apareceu em 66,7% das citações, onde indicou-se mudança na percepção inicial de muito complexo (difícil) para a final de menos complexo (fácil). No entanto, é importante salientar que esta percepção não foi unânime, o que era esperado, diante da abrangência das ações.

Porém, o modelo lógico de implementação²⁵ proposto no PROTEJA, mesmo que não seguido à risca, mas praticado sistematicamente e cotidianamente pelos BNR reduziu a dificuldade da implementação. Logo, um processo de implementação sequencial e que envolva os BNR na microimplementação (Figura 1) pode facilitar a concretização da inovação. Corroborando com a Teoria dos Processos¹⁸, o envolvimento dos BNR em todas as etapas – do planejamento ao desenvolvimento das ações da inovação – pode implicar em maior comprometimento com a mudança proposta; por consequência da aprendizagem individual, tem-se a aprendizagem coletiva, redução da alienação dos demais gestores e, por fim, alterada a rotina organizacional.

Os relatos de P13 revelam que parte da Vantagem Relativa do PROTEJA se deu em função do objetivo explícito (e não como uma atividade inerente de gestão) de planejar as ações após o diagnóstico situacional, o que resultou em um processo de aprendizagem que culminou na redução da percepção da dificuldade.

“Pra mim o PROTEJA, foi o melhor programa que existiu, porque foi o primeiro momento que eu tive a oportunidade de ver os meus indicadores, que a gente não tem tempo de parar de fazer. A gente coleta o dado e lança, mas parar, fazer mapeamento, conhecimento de território. Foi o PROTEJA, que me oportunizou. [...]”

Porque foi onde eu pude identificar o bairro que eu tinha maior número de obesidade, foi onde eu pude identificar a escola, para desenvolver as ações nos locais certos. [...]”

As etapas elas são necessárias para você ter ali as ações para ser desenvolvido, para você conquistar, chegar no que foi estabelecido. Elas parecem ser muitas, mas quando você começa a colocar toda, cada etapa, ela é muito automática de se realizar e seguir um fluxo natural”.

Porém, a dificuldade de acessar os recursos financeiros emergiu como uma barreira para a execução das ações pactuadas. Alguns autores acreditam que isso gera diminuição do engajamento do BNR e, conseqüentemente, reduzindo a aderência à inovação^{22,26}.

Neste contexto, é fundamental retomar que os municípios que aderiram ao PROTEJA tinham menos que 30 mil habitantes e, por conta disso, não são beneficiados pelo Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (Portaria GM/MS nº 1.738/2013). Portanto, além da complexidade decorrente dos fluxos da Administração Pública para a execução orçamentária, os gestores não detinham a proficiência necessária para o planejamento das atividades com vistas a utilização do repasse feito pelo PROTEJA. Este, inclusive, foi um tema trabalhado forma específica e transversal nas oficinas de apoio a implementação por demanda dos BNR e das referências estaduais de alimentação e nutrição (durante as reuniões bimestrais de devolutivas sobre o monitoramento).

Na percepção dos RT, o PROTEJA oportunizou que as ações recebessem adaptações à realidade local, característica apontada como fator facilitador (80,5% das citações). Exemplificando, diante das dificuldades de acesso das crianças às unidades de saúde por questões logísticas de seus responsáveis, os BNR de alguns

municípios levaram os atendimentos individuais por equipe multiprofissional para as escolas^{18,22}, como expõe P17:

“É, é, a gente tem uma parceria intersetorial muito boa com as escolas. Eles cederam o espaço, né... E a gente montou um consultório lá, levou o computador para fazer, está fazendo os marcadores, né...E levou balança pra técnica de enfermagem tá fazendo a antropometria das crianças e o consultório médico é separado da sala de triagem.”

No entanto, pesa como barreira a indisponibilidade de tempo e sobrecarga de serviços para os profissionais da saúde. Em alguns municípios, não houve planejamento da nova rotina de trabalho, como a incorporação das atividades físicas para as crianças devido a indisponibilidade dos profissionais de educação física, como expõe P10:

“Ele não tinha muito tempo pra fazer as atividades física com as crianças, geralmente reuniu uma vez por mês e isso você sabe que não resolve. Então não foi muito efetivo pra gente o PROTEJA”.

As limitações de recursos humanos e financeiros podem comprometer a adaptabilidade da estratégia nos municípios. Por outro lado, quando os recursos estão disponíveis, os profissionais instrumentalizados para operacionalizar a política e há margem para adaptações contextuais (criatividade), é mais provável que haja aumento em sua aceitabilidade e, conseqüentemente, a sustentabilidade da inovação. Diante da heterogeneidade dos contextos de implementação de políticas públicas no Brasil, recomenda-se fortemente que estes aspectos sejam levados em conta por formuladores de alto escalão.

Domínio do Ambiente Externo

Diante da complexidade do problema público da obesidade infantil, atuar sobre este fenômeno requer uma abordagem sistêmica, com foco nas necessidades dos territórios, envolvendo diversos setores da Administração Pública na formação de agendas convergentes e coerentes para reduzir sua prevalência^{7,14,27,28}.

A proposta de construção de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) apareceu em 81,3% das citações como facilitador da implementação, pois ele conferiu estabilidade e organização logística para a execução das ações, como relata P8:

“Às vezes eu me reuni só com a educação. Só com uma Secretaria, porque eu não conseguia reunir todo mundo, porque nem sempre todo mundo estava disponível naquele horário. Então, a dificuldade foi essa, mas a parte boa é porque também a gente pode apresentar o que cada um tinha e o que poderia oferecer. E aí, quem não conhecia o trabalho do outro acaba conhecendo e a gente também percebeu, de fato que não se faz nada sozinho. Eu preciso de alguém que precisa de outro que precisa de outro, e isso é uma rede, né.”

Porém, a adoção de modelos horizontalizados de governança requer mudanças na estrutura organizacional das instituições²⁷. São desafios para a articulação intersetorial a própria incompreensão da política, falta de autonomia dos gestores e a baixa densidade da articulação^{22,27,28}. Tanto que, em 18,7% das citações, identificou-se que a forma de comunicação entre os setores, a disponibilidade de tempo dos atores externos à SMS para participar do GTI e a ausência de decretos,

portarias municipais ou a incorporação do problema público da obesidade ao Plano Municipal de Saúde (PMS) foram barreiras da intersetorialidade.

Domínio dos Processos de Trabalho de Implementação

Um dos objetivos do apoio técnico foi fomentar uma rotina de planejamento e monitoramento da implementação pelos BNR e dos GTI. Assim, em 91,8% das citações da categoria Planejamento, a elaboração do plano de ação facilitou a execução das ações pactuadas. Entretanto, devido à alta rotatividade dos RT, poucos BNR entrevistados tiveram a oportunidade de participar do momento da adesão ao PROTEJA junto ao gestor de saúde, como foi o caso de P24.

“Nós sentamos, eu e a secretária, nós chamamos também a secretária de educação. Aí sentamos para ver o que era aqui, porque lá tinha as ações que eram essenciais. Tinham as outras, e aí a gente foi vendo que já tinha no município e que não tinha e a gente escolheu, nós juntos.”

Em nossa análise, consideramos que incluir a construção do plano de ação como meta nas ações essenciais (e não como procedimento implícito de gestão) foi um traço fundamental para a mobilização intrasetorial e intersetorial. Dos 35 participantes, 27 souberam descrever com exatidão em qual período o plano foi elaborado; destes, apenas 3 fizeram em 2021 (início da estratégia), 17 em 2022 e 7 em 2023. Considerando o universo das adesões ao PROTEJA (n=1320), apesar de, até o final do primeiro semestre de 2022, 71% dos municípios já terem instituído um GTI, dados do monitoramento mostraram que apenas 28% e 55% dos municípios, respectivamente, formalizaram um plano de ação até o final de 2022 e 2023 (dados não apresentados).

Nota-se que a ausência do planejamento não foi impeditiva para a execução das ações, especialmente porque muitas das metas do PROTEJA estavam ligadas a atividades cotidianas dos serviços de saúde e indicadores monitorados em outros programas, como o Saúde na Escola e o Bolsa Família. Além disso, se considerarmos o cenário de implementação de uma política pública como um sistema complexo, tem-se como premissa que o sucesso da inovação pode ser produzido por múltiplos caminhos causais²³.

Estes aspectos reverberaram na categoria Execução. A menor diferença entre citações sobre as barreiras (45,2%) e os facilitadores (54,8%) dentre todas as categorias, sugere que a realização de ações coordenadas intrasetor e intesetores representa uma lacuna no aprendizado institucional da Administração Pública em municípios de pequeno porte.

No Monitoramento e Avaliação, dados preliminares (não apresentados) sugerem desfechos positivos sobre o processo de implementação. Porém, durante a coleta de dados esta categoria foi pouco codificada (21 citações). Daqueles que responderam, fazia-se menção aos indicadores vinculados aos repasses financeiros definidos na Portaria GM/MS nº1.862/2021, mas sem relacionar com mecanismos internos de monitoramento e avaliação, apesar de terem acesso irrestrito aos sistemas de informação para acompanhar as informações em tempo real. Esta prática poderia ter refletido na correção da política durante a implementação, na aprendizagem organizacional pela reflexão e no fortalecimento da discricionariedade

do BNR que adaptaria o desenho da política para melhor adequação à realidade local^{14,22,29,30}.

Domínio do Ambiente Interno

As categorias deste domínio foram aquelas com o maior número de citações, predominando a identificação de fatores positivos. Apesar de resistências à inovação e o baixo engajamento de alguns gestores, 74,8% das citações se referiam ao fortalecimento da rede intrassetorial das SMS, favorecendo sua adoção através do trabalho multiprofissional e valores compartilhados em relação aos seus objetivos²². Para Lotta et al.¹⁴, as interações que ocorrem ao longo da implementação e as práticas realizadas pelos atores-implementadores são fatores que influenciam no processo de concretização da política. A criação de redes intrassetoriais horizontais, adaptáveis e com algum grau de informalidade aproxima os profissionais, facilitando o compartilhamento de objetivos e a convergência das agendas, como expõe P15.

“Eu comecei a fazer as atividades, mas a equipe foi apoiar depois que o projeto já tava andando, depois de uns 3 a 4 meses começaram a apoiar porque a gente começou a cumprir algumas metas, indicadores de outros programas através do PROTEJA, então aí eles viram que era uma coisa que a gente poderia aproveitar juntos também.”

Este trecho evidencia que o apoio institucional pode estabelecer-se no decorrer da implementação e o papel transformador que os BNR podem exercer na organização dos serviços de saúde, dado que disponham de condições adequadas de trabalho³¹. Esta observação sobre Recursos Disponíveis apareceu em 35% das citações como barreira para a implementação, o que é consistente com as demandas da atenção primária a saúde e das ações de promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional. Em contrapartida, relatou-se a superação deste problema por meio da utilização do repasse financeiro (custeio) para a contratação de profissionais.

Outra barreira foi a alta rotatividade dos RT que, somada aos vínculos empregatícios precarizados e documentação insuficiente dos processos de trabalho, criaram lacunas de informação entre as gestões, muitas vezes, obrigando o novo RT a reiniciar todo o trabalho.

Dado que 60% dos participantes eram nutricionistas, esperava-se que os BNR reconhecessem a obesidade infantil como um problema público. Entretanto, em 28,2% das citações, o não reconhecimento pelos secretários ou gestores superiores foi apontado como barreira para a implementação, minimizando sua Prioridade Relativa. Indiretamente, isto pode representar a alienação dos atores do cenário epidemiológico ou a presença de conflito de interesses²⁴.

A Prioridade Relativa de um programa pode aumentar quando existem metas ou indicadores obrigatórios²². No PROTEJA, isto ocorreu pela vinculação dos repasses financeiros ao cumprimento de metas. Em decorrência disso, observamos durante o monitoramento da implementação a priorização das ações atreladas aos indicadores de repasse financeiro em detrimento das demais ações pactuadas. Para corrigir tal distorção, durante as atividades de apoio técnico buscou-se sensibilizar os RT quanto a compatibilização das prioridades entre o recebimento dos repasses financeiros e os objetivos da estratégia, objetivando aumentar a probabilidade de seu sucesso²⁹.

Finalmente, o Acesso ao Conhecimento foi um dos pilares no trabalho de apoio a implementação, ocorrendo por meio de ciclos de oficinas virtuais, apoio

técnico individualizado, webinários e da disponibilização do Manual de Implementação²⁵. Esta atividade foi codificada como facilitadora em 85,2% das citações e reconhecida na literatura como viabilizadora de novos conhecimentos às rotinas de serviços^{18,22}. Contudo, como o apoio a implementação ocorreu a partir de ferramentas virtuais, evidenciou-se a precariedade da infraestrutura de comunicação (equipamentos e internet) em diversos municípios, especialmente na região Norte.

CONCLUSÕES

O PROTEJA foi percebido como vantajoso, compatível e adaptável ao rol de serviços das SMS, colaborando com a reorganização do cuidado à saúde infantil por meio da integração das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição, de Promoção da Saúde e de Atenção Básica, além de suas interfaces com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Ainda, colaborou com a construção e fortalecimento das redes intersetoriais, a rotinização das atividades de diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional do território e da qualificação de gestores locais.

Implementar políticas públicas é um processo político-administrativo carregado de significações sociais cujas interpretações e comportamentos dos atores-implementadores redesenham-na segundo a realidade local. No Brasil, é fundamental que as políticas públicas, mesmo que verticalizadas, oportunizem e instrumentalizem burocratas de médio e baixo escalão para adaptações. As lições aprendidas com o PROTEJA podem colaborar com o aprimoramento de programas como o Saúde na Escola e no desenvolvimento de novas estratégias que busquem incorporar a complexidade necessária para o enfrentamento da obesidade infantil em nível local.

REFERÊNCIAS

1. GBD. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [citado 18 de setembro de 2023];377(1):13–27. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477817/>
2. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet* [Internet]. fevereiro de 2019 [citado 18 de setembro de 2023];393(10173):791–846. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618328228>
3. Shekar M, Popkin B. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2020 [citado 13 de setembro de 2024]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10986/32383>
4. Ferrari G, Giannichi B, Resende B, Paiva L, Rocha R, Falbel F, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health* [Internet]. 1º de junho de 2022 [citado 16 de

setembro de 2024];207:82–7. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350622000907>

5. Kingdon, John W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2º ed. Edinburgh Gate, Harlow: Pearson; 2014.

6. ONU. A/RES/70/259. Resolution adopted by the General Assembly on 1 April 2016. [Internet]. 2016 [citado 9 de agosto de 2024]. Disponível em:
<https://www.unscn.org/en/topics/un-decade-of-action-on-nutrition?pages=7>

7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_ _agravos_2021_2030.pdf

8. Bortolini GA, Pereira TN, Carmo ASD, Martins AMTM, Silva JPD, Silva SAD, et al. Analysis of the elaboration and proposal of a Brazilian intersectoral strategy for the prevention and care of childhood obesity. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2023 [citado 13 de setembro de 2024];39(10):e00117722. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023001005003&lng=en

9. Schleicher RT, Marques P. Implementação de políticas como processo social: agentes, estruturas, discurso e arenas de poder. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(3/4):389–401.

10. Berman P. El estudio de la macro y micro-implementación. Em: *La implementación de las políticas*. México: Luis F. Aguilar Villanueva; 2007. p. 281–321. (Antologías de Política Pública).

11. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2011 [citado 18 de julho de 2023];38(2):65–76. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068522/>

12. Lima LL, D'Ascenzi L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev Sociol Polit* [Internet]. dezembro de 2013 [citado 1º de outubro de 2023];21:101–10. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/zpwj63WjFbZYVksXgnXDSjz/?lang=pt>

13. Hill M. *The public policy process*. 4. ed. Harlow, England: Pearson Longman; 2005. 308 p.

14. Lotta GS, Nunes AC, Cavalcanti S, Ferreira DD, Bonat J. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. *Revista do Serviço Público* [Internet]. 31 de dezembro de 2018 [citado 22 de junho de 2023];69(4):779–810. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2917>

15. Lipsky M. Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília, DF: Enap; 2019. 430 p.
16. Silveira JAC, Menezes RCE. Relatos de Experiência na Implementação da Estratégia Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade Infantil - PROTEJA. 2024.
17. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science* [Internet]. 2022 [citado 23 de junho de 2023];17(1):75. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
18. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Q* [Internet]. 2007 [citado 14 de outubro de 2023];85(1):93–138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690312/>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
20. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. Third edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2014. 381 p.
21. Souza Neto RAD, Dias GF, Silva RRD, Ramos ASM. Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. *Rev adm contemp* [Internet]. junho de 2019 [citado 14 de setembro de 2023];23(3):373–94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552019000300373&tlng=pt
22. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q* [Internet]. dezembro de 2004 [citado 17 de outubro de 2023];82(4):581–629. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690184/>
23. Kochevar LK, Yano EM. Understanding Health Care Organization Needs and Context: Beyond Performance Gaps. *J Gen Intern Med* [Internet]. fevereiro de 2006 [citado 17 de outubro de 2023];21(Suppl 2):S25–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557132/>
24. Ritchie MJ, Parker LE, Kirchner JE. From novice to expert: a qualitative study of implementation facilitation skills. *Implementation Science Communications* [Internet]. 25 de fevereiro de 2020 [citado 17 de outubro de 2023];1(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00006-8>
25. BRASIL. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: manual de implementação para gestores [recurso eletrônico] [Internet]. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Alagoas; 2024. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteja_manual_implementacao_gestores.pdf

26. Gelman R, Whelan J, Spiteri S, Duric D, Oakhill W, Cassar S, et al. Adoption, implementation, and sustainability of early childhood feeding, nutrition and active play interventions in real-world settings: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. dezembro de 2023 [citado 20 de novembro de 2023];20(1):1–13. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-023-01433-1>
27. Bronzo C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas* [Internet]. 2010 [citado 23 de junho de 2023];(35). Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200)
28. Santos RC dos, Silva GF, Lacerda R dos S. Desafios da articulação intersetorial entre saúde e assistência social: uma revisão integrativa. *Rev baiana saúde pública* [Internet]. outubro de 2021;45(2):195–212. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3423/3014>
29. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H. Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Serv Res* [Internet]. abril de 2003 [citado 12 de maio de 2024];38(2):751–76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360903/>
30. Simpson DD, Dansereau DF. Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *Sci Pract Perspect* [Internet]. abril de 2007 [citado 17 de outubro de 2023];3(2):20–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851070/>
31. Squires JE, Aloisio LD, Grimshaw JM, Bashir K, Dorrance K, Coughlin M, et al. Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: a multi-study analysis. *Implementation Science* [Internet]. 22 de maio de 2019 [citado 17 de outubro de 2023];14(1):52. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0900-8>

Quadro 2 – Barreiras e fatores facilitadores identificados da implementação entre 2021 e 2023 do PROTEJA através do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Domínio	Categorias	Barreira (Elementos Negativos)	Fator Facilitador (Elementos Positivos)
INOVAÇÃO	Vantagem Relativa	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização dos recursos financeiros 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da Intersetorialidade - Diagnóstico e monitoramento da situação A/N no território - Apoio técnico - Percepção do problema público
	Complexidade	<ul style="list-style-type: none"> - Não percepção das etapas de implementação. Inicial de facilidade, final de dificuldade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção das etapas de implementação. Inicial de dificuldade, final de facilidade.
	Adaptabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda dos profissionais da saúde - Horários de atendimento nas UBS - Pouco tempo disponível para atuação no Proteja - Sobrecarga de serviço dos profissionais da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do acesso dos usuários aos serviços da saúde por: a) atendimentos individuais em ambiente alternativo (Escola e Comunidades); b) oferta de serviços em horário alternativo (noturno). - Auxílio na promoção da A/N, Saúde e AF
AMBIENTE EXTERNO	Rede Intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação ou disponibilidade de tempo dos atores convidados para o GTI - Baixos quantitativos de profissionais ou equipes - Ausência de uma “norma” local 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia de gestão integrada com foco no território - Organização logística das ações.
	Políticas e Leis	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência da divulgação das informações sobre a implementação - Ausência de apresentação do plano de trabalho do PROTEJA para o CMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do plano de trabalho do Proteja pelo CMS - Incorporação do PROTEJA nos Planos Municipais de Saúde.
	Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso do prazo de elaboração ou não execução do plano de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação do BNR da adesão junto ao gestor de saúde para análise e planejamento das ações - Elaboração dentro do prazo do plano de trabalho - Metas vinculadas as atividades rotineiras de trabalho
PROCESSOS DE TRABALHO DE IMPLEMENTAÇÃO	Execução	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso das crianças das zonas rurais às UBS - Agenda das escolas (intersetorialidade) - Agenda dos profissionais da saúde (intrassetorial) - Aceitação dos pais da necessidade do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Construção e ampliação de rede intra e intersetorial - Fortalecimento da rede saúde-educação - Participação dos pais no cuidado a saúde infantil - Metas e plano de trabalho - Locais adequados as atividades para público infantil
	Monitoramento e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de M/A interno - Ausência de correção durante curso de implementação 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento dos processos de trabalho de implementação - Percepção do erro de execução e correção da implementação - Discricionariedade do BNR

Domínio	Categorias	Barreira (Elementos Negativos)	Fator Facilitador (Elementos Positivos)
AMBIENTE INTERNO	Rede Intrasetorial	<ul style="list-style-type: none"> Organização estável de tarefas (resistência as ações de inovação) Baixo engajamento do(a) gestor(a) da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Cooperação e interação da equipe de saúde Organização dos serviços da SMS Construção rede horizontal, informal e adaptável
	Recursos disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> Humanos: a) não organização das tarefas, agenda, horário da equipe; b) defasagem de profissionais da saúde ou a carga horária incompatível com a quantidade de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiros: contratação de profissional, aquisição de materiais e equipamentos. Infraestrutura: adaptabilidade do local de atendimento e rotinas de trabalho
	Comunicações	<ul style="list-style-type: none"> Não transferência da informação pela gestão anterior Falha da comunicação intraorganizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação informal Transferência da informação para as equipes da saúde
	Tensão pela Mudança	<ul style="list-style-type: none"> Não percepção da condição obesidade Inviabilidade da oferta do serviço de saúde pela ausência de profissionais da saúde (nutricionista ou preparador físico) 	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do aumento da prevalência da obesidade no território (antes da implementação) Percepção da necessidade de organização da rede de atenção à obesidade infantil.
	Prioridade relativa	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias municipais e/ou gestores da saúde não priorizaram o problema público 	<ul style="list-style-type: none"> BNR: reconhecimento e prioridade ao problema público Divulgação dos dados Compreensão do PROTEJA como extensão do setor saúde, sendo compatível as funções e rotinas de trabalho já existentes Gestor de saúde participativo
	Compatibilidade	<ul style="list-style-type: none"> Resistência dos profissionais de incorporar: a) rotina do marcador de consumo alimentar e da indicação condição de obesidade; b) tarefas e fluxos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptação dos processos e rotinas de atividades do Proteja aos fluxos e sistemas de trabalho da SMS Vinculação das atividades a metas obrigatórias e repasse de recursos financeiros Produção de informação (dados de diagnóstico e monitoramento da situação A/N no território).
	Acesso ao Conhecimento e Informação	<ul style="list-style-type: none"> Tempo indisponível para estudar a implementação Conexão à internet Horários das oficinas (comercial) Baixo conhecimento dos representantes das GRS (na fase inicial de implementação). 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio técnico Informações compreensíveis (oficinas de capacitação) Comparação entre pares

FONTE: FRASSON-PEREIRA (2024); Legenda: A/N = alimentação e nutrição; AF = atividade física; GTI = Grupo de Trabalho Intersectorial; CMS = Conselho Municipal de Saúde; SMS = Secretaria Municipal de Saúde; BNR = Burocrata de Nivel de Rua; GRS = Gerências Regionais de Saúde; M/A = Monitoramento e Avaliação.