

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO EM SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

MARIANA LUIZA DO NASCIMENTO SILVA

FACILITADORES E BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO DE CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL

RECIFE

2021

MARIANA LUIZA DO NASCIMENTO SILVA

**FACILITADORES E BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO DE CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sydia Rosana de Araujo Oliveira

RECIFE

2021

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586f Silva, Mariana Luiza do Nascimento.
Facilitadores e barreiras na implementação de uma intervenção de controle da obesidade infantil/Mariana Luiza do Nascimento Silva. — Recife: [s.n.], 2021.

23 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araujo Oliveira.

1. Obesidade Pediátrica. 2. Avaliação em Saúde. 3. Ciência da Implementação. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araujo. II. Título.

CDU 616.25

MARIANA LUIZA DO NASCIMENTO SILVA

**FACILITADORES E BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO DE CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL:**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 23/03/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Prof^ª Dra. Aletheia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

**FACILITADORES E BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO DE CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL**

**FACILITATORS AND BARRIERS IN THE IMPLEMENTATION OF A CHILD
OBESITY CONTROL INTERVENTION**

Autores:

Mariana Luiza do Nascimento Silva¹

Sydia Rosana de Araujo Oliveira¹

¹ Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Autor correspondente

Mariana Luiza do Nascimento Silva

Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva – Fiocruz Pernambuco.

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Campus UFPE, Recife, PE, Brasil. CEP: 50.740-465.

Telefone: (81) 98445-9667

E-mail: mariana.fiocruz@hotmail.com

Artigo a ser encaminhado para a Revista **Saúde em Debate**

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever os facilitadores e barreiras no processo de implementação do Programa Bom Dia – Infantil, utilizando o *Consolidated Framework for implementation Research (CFIR)*. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo estudo de caso único, realizado de agosto a setembro de 2019 utilizando guias semiestruturados para entrevistas individuais. Foram entrevistados oito participantes, até a saturação dos dados. O CFIR foi utilizado para orientar a codificação e análise de dados e apresentação dos achados. Na percepção dos entrevistados, facilitadores notáveis incluíram: a relevância do tema e a presença de profissionais em um mesmo ambiente. As barreiras incluíram: horário da intervenção coincidente com o horário escolar e transporte; falta de formação específica para atender o público-alvo; incompatibilidade de agendas entre os profissionais; falta integração com os outros; metas não compartilhadas, e falta de materiais apropriados. Conclui-se para a necessidade de medidas como investimento na infraestrutura, fortalecimento da rede de atenção e capacitação adequada dos profissionais, a fim de garantir uma implementação bem-sucedida da intervenção.

Palavras chaves: Obesidade pediátrica, Avaliação em Saúde, Ciência da Implementação.

Abstract

The aim of this study was to describe the facilitators and barriers in the process of implementing the Bom Dia – Infantil Program, using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). This is an evaluative study, of the single case study type, carried out from August to September 2019 using semi-structured guides for individual interviews. Eight participants were interviewed, until data saturation. The CFIR was used to guide the coding and analysis of data and presentation of findings. In the interviewees' perception, notable facilitators included: the relevance of the topic and the presence of professionals in the same environment. Barriers included: intervention time coincident with school hours and transportation; lack of specific training to serve the target audience; incompatibility of schedules among professionals; lack integration with others; unshared goals, and lack of appropriate materials. It concludes for the need for measures such as investment in infrastructure, strengthening of the care network and adequate training of professionals, in order to ensure a successful implementation of the intervention.

Keywords: Pediatric Obesity, Health Evaluation, Implementation Science.

INTRODUÇÃO

A alta prevalência da obesidade infantil representa um desafio urgente em todo o mundo e um grave problema de saúde pública.¹ Estima-se que cerca de 170 milhões de crianças estejam atualmente com excesso de peso, globalmente. Para América Latina, calcula-se que esta condição afete entre 42,5 e 51,8 milhões crianças e jovens até 19 anos de idade. De acordo com o último estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao longo de 40 anos, o número de obesos aumentou mais do que dez vezes entre a faixa etária de cinco a 19 anos, e casos as tendências mantenham-se, em 2022, o número de obesos poderá ultrapassar o abaixo do peso.^{2,3}

No Brasil, estudos sobre prevalência da obesidade e sobrepeso em jovens e crianças são escassos. No último levantamento oficial realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou-se que 33,5% das crianças brasileiras sofrem com excesso de peso e obesidade. Além disso, observou-se ao longo dos últimos anos, o crescimento nos índices de excesso de peso, nas crianças e adolescentes escolares, em todos os grupos sociais e regiões, a partir dos cinco anos de idade^{4,5}. Em 2018, o sobrepeso e a obesidade já afetavam aproximadamente 15% das crianças brasileiras e estima-se que, em 2025, 150 mil crianças e jovens desenvolverão diabetes tipo 2, enquanto 1 milhão terão pressão arterial elevada⁶.

A infância e adolescência é considerada a oportunidade única para estabelecer hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis, atividade física e tempo sedentário limitado, que promoverão a saúde e minimizarão o risco de obesidade⁷. Isso é ainda mais apoiado pelo fato de que, os resultados dos comportamentos de riscos na infância, seguem para a vida adulta, gerando diversas repercussões como a elevação da pressão arterial, resistência à insulina, diabetes mellitus, dislipidemia, levando ao aumento da morbimortalidade cardiovascular na idade adulta.⁸

Considerando esse cenário, o relatório da Comissão para Acabar com a Obesidade Infantil publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apela para a implementação de um pacote integrado de recomendações ao longo da vida para fornecer serviços de prevenção e controle desta condição. Dentre as recomendações, inclui-se a provisão de serviços adequados de controle de peso, que promovam atividades físicas e reduzam comportamentos sedentários entre crianças e adolescentes⁹.

Desde 2006, o Brasil tem dado passos nesse sentido, promulgando a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)¹⁰ e implementando o Programa Academia da Cidade, que se propõe a desenvolver atividades culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios,

contemplando os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas ¹¹. Alinhando às recomendações internacionais e nacionais, bem como considerando as ações em curso no Brasil, a partir de 2016, a cidade do Recife, implementou o Programa Bom Dia Infantil, que visa o controle da obesidade, para crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos, com foco no desenvolvimento de atividades corporais e educação em saúde que promovam a redução do comportamento sedentário.

Os programas comunitários para controle da obesidade infantil tornaram-se uma resposta importante, porém ainda tratam-se de iniciativas locais, pontuais e pequenas quanto à sua estrutura ¹². Com base nisso, estudos de viabilidade têm sido desenvolvidos visando assegurar a ampliação e tradução das intervenções para os contextos reais, afinal, uma intervenção só benéfica quando implementada e mantida ao longo do tempo. Dessa forma, identificar quais são os elementos que favorecem e quais impeditivos na absorção e implementação é uma parte fulcral para garantir a sustentabilidade ¹³⁻¹⁵.

Destaca-se que essas evidências são ainda mais limitadas, nos países de baixa e média renda, pois a maioria dos programas nacionais bem-sucedidos estão em países de alta renda. Sendo assim, e considerando a escassez de estudos que visem avaliar programas complexos como os que abordam a obesidade infantil, principalmente em estados do nordeste brasileiro, este trabalho visa descrever os facilitadores e barreiras no processo de implementação do Programa Bom Dia – Infantil, na visão dos profissionais de saúde e usuários envolvidos, utilizando o *Consolidated Framework for implementation Research* (CFIR) em Recife, Pernambuco.

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo estudo de caso único¹⁶. O estudo está inserido em uma pesquisa maior intitulada “Obesidade Infantil: avaliação sobre a implementação de intervenções complexas”¹. O Programa Bom Dia Infantil acontece dentro do Centro Médico Senador Ermírio de Moraes (CMEM), uma policlínica que funciona sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, desde 2016, e conta com atendimento de uma equipe multiprofissional, contendo um assistente social, um enfermeiro, um fisioterapeuta, três profissionais de educação física, um médico endocrinologista, um nutricionista, um psicólogo.

¹ O estudo é financiado pelo CNPQ UNIVERSAL 2018, processo 405680/2018-0

Recife, capital de Pernambuco, estado situado no Nordeste do Brasil, possui população estimada para 2020 em 1.653.461 habitantes, desses 13,6% (225.076 da população) são crianças e adolescentes na faixa etária 5-14 anos.

O objetivo do Programa Bom Dia Infantil é que a partir da gestão do peso e desenvolvimento das atividades físicas e educativas, promova-se a redução do comportamento sedentário das crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos. Além disso, compreendendo a importância de uma ação integrada com os pais, toda a intervenção é realizada com envolvimento familiar. A proposta infantil foi inspirada nos moldes do Programa Bom Dia para adultos e idosos, já existente. A versão foi considerada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) uma experiência exitosa no manejo da obesidade no Brasil, em 2014.

A população do estudo foi composta por oito participantes, entre três profissionais de saúde de nível superior do Programa Bom dia (dois educadores físicos e um fisioterapeuta); um gestor distrital e quatro pais/responsáveis das crianças e adolescentes. Foram incluídos os profissionais de saúde que trabalhavam no Centro Médico junto ao Programa Bom dia há pelo menos seis meses e que haviam participado em algum momento no planejamento ou execução das atividades do Programa Bom Dia. Quanto aos pais/responsáveis, foram incluídos aqueles cujos filhos participavam do Programa há mais de seis meses. Foram excluídos os sujeitos que não demonstraram interesse e disponibilidade em participar do estudo. Os entrevistados foram recrutados até que a saturação teórica fosse alcançada¹⁷.

A produção de dados foi realizada entre o período de agosto a setembro de 2019 e utilizou-se como fonte das evidências entrevistas semiestruturadas com guia previamente testado. As gravações foram transcritas e analisadas utilizando o CFIR para orientar a codificação de dados, análise de dados e o relato dos entrevistados.

O CFIR é um quadro conceitual desenvolvido para orientar a avaliação sistemática de contextos de implementação a fim de identificar fatores que possam influenciar a implementação, bem como subsidiar formuladores de políticas na melhorias de áreas prioritárias da intervenção¹⁸. Constitui-se por cinco grandes domínios principais (características individuais, característica da intervenção, configuração externa, configuração interna, característica dos indivíduos envolvidos e o processo de implementação), aos quais estão relacionados 37 subdomínios^{19,20}.

Para o estudo foram abordados os domínios de configuração externa e interna. Através do livro de código disponibilizado pelos formuladores do método, os elementos facilitadores e as barreiras dos entrevistados foram sendo enquadradas em cada subdomínio. Dos 16 subdomínios, considerando os dois domínios, foram descritos seis (*Quadro 1*). Os subdomínios que não emergiram nas entrevistas foram excluídos. São eles: cosmopolitismo, pressão dos colegas, políticas externas e incentivos do domínio configuração externa. E cultura, clima de Implementação, tensão para mudança, compatibilidade, prioridade relativa, incentivos e recompensas organizacionais, clima de aprendizagem prontidão para implementação, acesso ao conhecimento e informação da configuração interna.

Quadro 1- Estratificação dos constructos e suas respectivas subcategorias de análise

Categorias de análise	Definição
Configuração externa	
Necessidades e recursos do paciente	A medida que as características do paciente, bem como as barreiras e facilitadores para atender a essas necessidades são conhecidas com precisão e priorizadas pela organização
Configuração Interna	
Características estruturais	A arquitetura social, a idade, a maturidade e o tamanho de uma organização
Redes e comunicações	A natureza e a qualidade das redes sociais e a natureza e qualidade das comunicações formais e informais dentro de uma organização
Objetivos e Feedback	O grau em que as metas são claramente comunicadas, postas em práticas, e alimentando de volta para a equipe, e alinhamento de que o feed back com as metas
Engajamento de Liderança	Compromisso, envolvimento e responsabilidade de líderes e gerentes com implementação
Recursos disponíveis	O nível de recursos dedicados à implementação e as operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo

Fonte: Adaptado do CFIR guide

A pesquisa obedeceu às recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE 07609519.5.0000.5190).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os facilitadores e barreiras que foram identificadas no processo de implementação da intervenção no controle da obesidade infantil em Recife baseados nas características externas e

internas contidas no Método CFIR foram sumarizados na **Tabela 1**. Ao todo, foram encontrados quatro facilitadores e dez barreiras.

Tabela 1 –Facilitadores e barreiras que influenciam o contexto de implementação do programa.

Domínio/constructos	Facilitadores	Barreiras
Configuração Externa		
Necessidade dos pacientes e recursos disponível	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência da obesidade infantil como um tema de relevância; ➤ Estrutura pré-existente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horário da intervenção coincide com o horário escolar; ➤ Dificuldade de transporte
Configuração Interna		
Características estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A presença de profissionais em um mesmo ambiente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quantidade de profissionais; ➤ Falta de formação específica para atender o público de crianças e adolescentes;
Redes e comunicações	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incompatibilidade de agendas entre os profissionais; ➤ Falta integração com os outros pontos da Rede de Atenção
Metas e Feedback	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Metas não compartilhadas com os profissionais compõem o programa; ➤ Ausência de um estudo de perfil epidemiológico sobre o tema para definir metas
Recursos disponíveis	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de materiais específicos para o público alvo do programa ➤ Infraestrutura
Engajamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empenho e mobilização da equipe 	-----

Fonte: os autores

Configuração Externa

A configuração externa está ligada ao contexto econômico, político e social dentro do qual uma organização se encontra e a obesidade é um processo influenciado pela coexistência de fatores biológicos, comportamentais, sociais e econômicos.²¹

Necessidades e recursos do paciente

A identificação da prevalência da obesidade infantil enquanto problema de saúde pública foi um elemento facilitador para a implementação do Programa Bom Dia - Infantil. De forma que a maioria dos profissionais e gestores acreditam que a intervenção possui potencial de contribuir com a mudança de hábitos e melhoria da qualidade de vida dos participantes. Outro aspecto facilitador foi a existência de uma estrutura pré-existente já estabelecida com equipamentos e equipe multiprofissional voltada para adultos com hipertensão e diabetes.

[...] a gente vem percebendo que há um grande número de crianças e adolescentes, né, acometidas pela questão da obesidade, né, e que tem essa demanda que é totalmente, amplamente ligada com a questão da saúde pública (Profissional 1).

O objetivo é esclarecer essa população, os responsáveis por essa população, desestimular esses hábitos tão nocivos, que até a nossa sociedade propaga, instituir novos hábitos, hábitos mais saudáveis que os levem a ter uma qualidade de vida, com um futuro mais promissor do que só doença (Profissional 2).

Os achados concordaram com outros estudos realizados. Na China em 2017, estudo apontou para o reconhecimento do desafio do envelhecimento quanto as necessidades do paciente como uma elemento facilitador para implementação²². Outro estudo abordou o desenvolvimento e implementação de uma intervenção rural de atenção primária à saúde para demência no Canadá²³. De fato, estruturar uma intervenção visando atender às necessidades da comunidade, bem como a capacidade de se adaptar ao contexto local são condições que acabam influenciando positivamente sua sustentabilidade como demonstrou a revisão sistemática de Oliveira et. al (2015).²⁴

Entretanto, o horário da intervenção se constituiu uma barreira. Segundos os entrevistados, o fato do horário da intervenção ser exclusivamente pela manhã, coincidindo com o horário escolar, e dependência dos responsáveis em trazê-los prejudicava a adesão dos participantes.

“Esse programa... ele só tem pela manhã. E a grande maioria das crianças estudam pela manhã. Estudando pelo menos já tem a questão do impasse, poderia fazer a tarde, mas não tem pela tarde” (Profissional 1).

“A gente não tá presente no ambiente escolar, que a gente vai lá pegar a criança na sala e faz a atividade. A gente tá numa unidade de saúde que as crianças precisam vir com os responsáveis e aí a adesão fica mais difícil” (Profissional 3).

Neste sentido, percebe-se que programas de prevenção e controle de obesidade em crianças devem considerar as escolas para a maioria das intervenções, como forma de superar essa barreira. Muitas intervenções têm mostrado resultados promissores, que foram apoiados por uma série de estratégias eficazes e de alto impacto ^{21,25}. No contexto brasileiro, não há estudos que apontem para a garantia da efetividade das intervenções no ambiente escolar, contudo, os horários e dificuldade de transporte poderiam não se configurar uma barreira, visto que, as crianças já estariam no ambiente escola e as atividades poderiam estar previstas no cronograma escolar. Nesse sentido, garantir o direcionamento da intervenção para a necessidade real ou percebida pela equipe ou usuários, potencializa a manutenção ao longo do tempo.²⁴

Configuração Interna

Inclui características de contextos estruturais, políticos e culturais através dos quais os processos de implementação são mantidos²¹.

Características estruturais

A intervenção acontece há cinco anos e o rol de profissionais de saúde que compõem o Programa são compartilhados. Uma parte da equipe é composta por profissionais do CMEM, como endocrinologista, fisioterapeutas, nutricionista, enquanto os profissionais de educação física são compartilhados do Programa Academia da Cidade, uma intervenção de característica semelhantes, porém voltada a idosos que também acontece no Centro médico.

“ [...] as professoras [profissionais de educação física], a lotação delas é no Academia da Cidade, né. Então elas são professoras do Programa Academia da Cidade, e aqui é um polo do programa funcionando aqui dentro” (Gestor distrital 1).

A existência desses profissionais em mesmo espaço, foi visto como algo que contribui para a implementação da intervenção. “(...) *Questão interdisciplinar que aqui tem mais facilidade do que em outros polos, por exemplo, polos tradicionais (...)*” (Gestor distrital 1)

Por outro lado, a quantidade de profissionais foi considerada insuficiente e nem todos possuíam formação específica voltada para o público infantil e adolescente foi uma barreira, tal situação provocou na equipe o desejo em procurar capacitações e alternativas para o melhor atendimento ao público infantil

“ O que a gente sente também é uma questão assim, de formação pessoal, pois os profissionais daqui não são especializados, nem eu, em nenhuma da equipe especializada nesse público-infantil e adolescente (...) aí a gente teve que correr atrás para gente se informar para gente poder entendê-los melhor. ” (Profissional 2)

Os resultados encontrados corroboram com outros estudos, nos quais as características estruturais foram vistas como barreiras^{22,26}. O processo formativo dos profissionais de saúde não é um problema exclusivo do Brasil. Segundo a Comissão Independente Global para Educação dos Profissionais de saúde, as fragilidades da formação são comuns à maior parte dos países e a incompatibilidade de competências para atender às necessidades dos usuários e da população estão elencadas como um dos principais entraves^{27,28}. O descompasso entre a formação e as demandas no processo de trabalho pode gerar insegurança e conflitos, como demonstrado no estudo de Bezerra et al (2020), que ressaltaram que tais elementos devem ser evitados dentro da organização.²⁹ Cabe destacar que a formação da força de trabalho e as características da equipe têm estreita relação com a sustentabilidade da intervenção. À medida que os sujeitos capacitados tem potencial para promover mudanças no ambiente de trabalho, nas questões relativas à estrutura do serviço, reformas das unidades de saúde e aquisição de equipamentos e materiais de consumo é possível a transferência das inovações para outros grupos, para promover a institucionalização.^{30,31}

Redes e Comunicações

Percebe-se que os profissionais mantêm boa relação entre eles, existindo, inicialmente resistência por parte de algumas categorias de profissionais ao tentar se estabelecer uma comunicação entre os profissionais da policlínica e os da Academia da Cidade. Apesar da boa receptividade dos profissionais, atualmente, a incompatibilidade de agendas dos diversos

profissionais envolvidos no Programa Bom Dia mostrou-se um elemento que dificulta as reuniões coletivas.

(...)essa incompatibilidade de agenda é difícil, né... marcar uma reunião para discutir um caso de uma criança que tá no grupo. Às vezes a dificuldade é discutir o caso coletivo, às vezes é uma dificuldade, porque são profissionais que estão no mesmo ambiente mas tem agendas muito lotadas, tem intervenções diferentes, então juntar fica difícil (...) (Gestor distrital 1)

Tal achado convergiu com os encontrados por outros estudos que utilizaram o método CFIR^{23,32}. Como se pode observar nas características estruturais da intervenção, os profissionais de saúde compartilham atividades entre o Bom dia e o CMEM, o que pode ter contribuído para o aparecimento desta situação de agendas de atividades “apertadas”. Equipes multidisciplinares e que possuem relações cooperativas entre seus membros é um elemento facilitador para implementação da intervenção como apontado por Reeves et al (2021).³³ Com base nisso, a participação de sujeitos com diversos olhares favorece a condução dos grupos, à medida que a ampliação das discussões possibilita o olhar complexo que a condição crônica exige.²⁹

Outro aspecto relatado como barreira foi a articulação com os demais pontos de forma incipiente, sobretudo com Atenção Básica (USF, Polos do Academia da Saúde). Existe a percepção de que a articulação seria extremamente proveitosa para uma condução mais integral no cuidado às crianças, no entanto, a ligação é fragilizada.

“Ele [o usuário] precisa ter essa interlocução com a Atenção básica (...) Porque, primeiro a saúde começa e termina na Atenção básica. Então assim, o usuário que ele fica só ali na atenção especializada, seja ela média ou alta, o fluxo não anda, a possibilidade de anteder mais pessoas é reduzíssima (...) e muitas vezes a resolutividade daquele caso está na atenção básica, entendeu?” (Gestor distrital 1)

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), está organizado a partir da lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja intenção é centralizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um cuidado contínuo coordenado de ações e serviços de saúde, a partir de uma população definida territorialmente.²³ A desarticulação descrita no presente trabalho, também foi observada no estudo realizado por Silva et al (2020) ao analisar a gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica na rede de atenção à saúde, o que implicou em desencontros de informações, de diagnósticos e de condutas repetidas em situações de doença crônica infantojuvenil. Então, embora essa rede seja ampla e diversificada, os serviços de APS, o sistema de referência e contrarreferência precisam ser fortalecidos, pois interferem para a resolutividade do problema de

saúde. Do contrário, poderá gerar insatisfação e a possibilidade de baixa adesão das crianças ao programa, influenciando negativamente na sustentabilidade do mesmo.³⁴⁻³⁶

Metas e Feedback

As metas não estão suficientemente claras para os integrantes da intervenção. Na verdade, o que se tem é um conhecimento sobre o objetivo geral da Intervenção. Mesmo assim, os resultados existentes ficam no nível local, não sendo articulados com o nível hierarquicamente superiores, o que se constitui uma barreira para o processo de alinhamento e adequação das metas.

“(...) A gente acaba não tratando muito os dados, é até uma falha nossa, eles ainda ficam aqui no nível de gestão do posto, do programa, do Pólo, do Projeto Bom Dia e eu também acho que eles [resultados] não são utilizados pelo nível maior de gestão.” (Gestor distrital 1)

A implementação do programa foi projetada com base em experiências piloto locais em adultos. Não foi realizado um estudo de perfil epidemiológico da população, o que pode comprometer o estabelecimento das metas. Tais achados foram na contramão de outros estudos, cujo o estabelecimento de metas e feedback foram elementos facilitadores no processo de intervenção.^{37,38} A definição de metas e o feedback são fundamentais no processo de Implementação como ficou demonstrado no estudo de Ndejjo et al (2020).³⁷ A comunicação regular e o feedback entre os funcionários sobre o progresso como o compartilhamento de medidas bem-sucedidas de resultados, promovem mais apoio de liderança para a continuidade da implementação. Além disso, garantir um acompanhamento contínuo da eficácia e do desempenho geral da inovação, bem como qualidade e segurança para os pacientes, permitiu adaptações oportunas no processo de implementação, juntamente com a manutenção de sua continuidade^{39,40}.

Engajamento

O engajamento dos profissionais foi visto como positivo e facilitador para implementação.

“Empenho de toda a equipe. Toda a equipe comprometida e empenhada. Todos sem exceção são competentes no que fazem. Esse é o grande ponto porque quem leva nas costas esse programa são os profissionais envolvidos” (Profissional 2)

Segundo a revisão sistemática de Oliveira et al (2015), o engajamento contínuo das partes interessadas aumenta o ajuste entre a intervenção e o contexto local, com consequente adaptação na evolução dos problemas que podem interferir com a sustentabilidade. Nesse sentido, atores chaves como os profissionais de saúde, quando mais motivados são mais propensos a serem executores e investir tempo no apoio à implementação da intervenção, embora os caminhos de motivação devam ser continuamente incorporados dentro dos programas.^{24,37,41}

Recursos disponíveis

Os recursos disponíveis foram vistos como uma das principais barreiras pela implementação. Não havia destinação de materiais específicos para o público infantil e adolescentes, ou seja, mais lúdicas e atrativas. Além disso, o espaço para o desenvolvimento das atividades não era o adequado. A pista de caminhada divide espaço com a passagem e estacionamento de carros e em períodos de chuvas não existe uma área coberta para o desenvolvimento da atividade.

O lugar é inapropriado para essas crianças, que elas têm necessidades diferentes dos adultos. Material também. Os materiais da gente são adaptados, não tem nada marcado especificamente para infância e adolescência. E nós não tivemos recursos.” (Profissional 2)

Os resultados encontrados foram condizentes com outros estudos^{23,42}, que mostraram que os materiais e espaço físico foram as principais barreiras encontradas para Implementação. Um estudo realizado em Uganda no processo de implementação de um programa comunitário de prevenção de doenças cardiovasculares a partir do método CFIR, demonstrou que há ausência de campo de jogo e bolas e esse fato foi tido como um elemento impeditivo para que os moradores praticassem a atividade física.³⁷

Quanto maior a complexidade da intervenção, maior é seu custo, especialmente em termos de tempo e recursos, de forma que a atenção a esses aspectos pode substancialmente influenciar a intervenção.³⁷ No contexto brasileiro, a implementação da política de saúde no SUS infelizmente está condicionada ao subfinanciamento crônico - que pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros, para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade.⁴³ Dessa forma, enfrentam-se problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública⁴⁴.

Portanto, os resultados obtidos neste trabalho devem ser interpretados também a luz desses aspectos.

As limitações do estudo relacionam-se ao fato é possível que os construtos que não surgiram com informações detalhadas simplesmente porque não foram abordados nas entrevistas. Além disso, trata-se de uma análise de uma intervenção de nível local, o que talvez impossibilite generalizações para outros contextos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou descrever quais elementos foram facilitadores e barreiras no processo de implementação de uma intervenção local no controle da obesidade infantil na cidade do Recife. Trata-se de um estudo pioneiro utilizando a CFIR como estrutura teórica organizadora para a abordagem do tema. Os achados encontrados têm o potencial de reorientação do processo de implementação, à medida que a análise demonstrou que aspectos como: reconhecer a necessidade do paciente, várias especialidades no mesmo espaço e o engajamento da equipe precisam ser elementos explorados positivamente. Por outro lado, a implementação deve considerar a necessidade de fornecer suporte de características estruturais, rede e comunicações e recursos disponíveis. É importante destacar que essas informações podem otimizar a intervenção e garantir a sustentabilidade futura favorecendo a redução da prevalência da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Vidgen HA, Love P V., Wutzke SE, Daniels LA, Rissel CE, Innes-Hughes C, et al. A description of health care system factors in the implementation of universal weight management services for children with overweight or obesity: Case studies from Queensland and New South Wales, Australia. *Implement. Sci.* [Internet]. 2018 Aug 7 [cited 2020 Dec 20];13(1):109. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0801-2>
2. Bentham J, Cesare M Di, Bilano V, Bixby H, Zhou B, Stevens GA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* [Internet]. 2017 Dec 16 [cited 2021 Mar 10];390(10113):2627–2642. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>
3. Tenório JC, Santos MH, Araújo SP de, Barros B de S. Obesidade e sobrepeso em crianças e sobrepeso em crianças e jovens em idade escolar no Brasil: desafios e enfrentamento do SUS. *Conbracis* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 20]; Available from:

- <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/72239>
4. BRASIL. Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Bibl. do Minist. do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 20];130 p . Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=245419>
 5. Carlos Oliveira LI, Luis de Moraes Ferrari GI, Leandro Araújo TI, Matsudo VI, Tadeu São Paulo J. Excesso de peso, obesidade, passos e atividade física de moderada a vigorosa em crianças. Rev. Saude Publica [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10]; Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006771>
 6. ABESO. Mapa da obesidade - Abeso [Internet]. [cited 2020 Dec 20]; Available from: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
 7. Lambrinou CP, Androustos O, Karaglani E, Cardon G, Huys N, Wikström K, et al. Effective strategies for childhood obesity prevention via school based, family involved interventions: A critical review for the development of the Feel4Diabetes-study school based component [Internet]. BMC Endocr. Disord. 2020 May 6 [cited 2021 Mar 10];20(S2):52. Available from: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-020-0526-5>
 8. Aranha LN, Oliveira GMM de. Waist circumference: a simple measure for childhood obesity? [Internet]. Arq. Bras. Cardiol. 2020 [cited 2021 Mar 10];114(3):538–539. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000300538
 9. World Health Organization (WHO). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/consideration-of-the-evidence-on-childhood-obesity-for-the-commission-on-ending/>
 10. Brasil. Portaria N° 2.446, de 11 de novembro de 2014. 2014 [cited 2021 Mar 10]; Available from: https://www.google.com.br/search?sxsrf=ALeKk01BKK8Dioa2_tdxgGa-4eikms3u1A%3A1615404133648&ei=ZRxJYMqIJ-6k5OUP_cWg0Ag&q=politica+nacional+de+promoção+da+saude+2014&oq=Política+Nacional+de+Promoção+à+Saúde+2014&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYADIICAAQFhAKEB4yBggAEBY
 11. Silva RN da, Guarda FRB da, Hallal PC, Martelli PJ de L. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saude Publica [Internet]. 2017;33(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405005&lng=pt&tlng=pt
 12. Hardy LL, Miharshahi S, Gale J, Nguyen B, Baur LA, O’Hara BJ. Translational research: Are community-based child obesity treatment programs scalable? BMC Public Health [Internet]. 2015 Jul 14 [cited 2021 Mar 10];15(1):652. Available from:

- <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2031-8>
13. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, et al. Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implement. Sci.* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2020 Dec 20];8(1):15. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-15>
 14. Ridde V. Need for more and better implementation science in global health [Internet]. *BMJ Glob. Heal.* 2016 Aug 1 [cited 2021 Mar 9];1(2):e000115. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/>
 15. Milat AJ, Newson R, King L, Rissel C, Wolfenden L, Bauman A, et al. A guide to scaling up population health interventions [Internet]. *Public Heal. Res. Pract.* 2016 Jan 1 [cited 2020 Dec 20];26(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26863167/>
 16. Yin RK. *Estudo de Caso - 5.Ed.: Planejamento e Métodos* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 15]. Available from: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=EtOyBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Estudo+de+caso+planejamento+e+métodos&ots=-15kqozZy&sig=J8yUV8mzwR-olidbnmVrjgCIVL0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 17. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research* | SAGE Publications Ltd [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/qualitative-methods-for-health-research/book254905>
 18. Oliveira SR de A, Medina MG, Figueiró AC, Potvin L. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 22];33(7). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705003&lng=en&tlng=en
 19. Keith RE, Crosson JC, O'malley AS, Crompton D, Taylor EF. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation.
 20. Kegler MC, Beasley DD, Liang S, Cotter M, Phillips E, Hermstad A, et al. Using the consolidated framework for implementation research to understand safety net health system efforts to increase colorectal cancer screening rates. *Health Educ. Res.* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2021 Mar 9];33(4):315–326. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29982384/>
 21. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement. Sci.* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 9];4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664226/>
 22. Yuan S, Wang F, Li X, Jia M, Tian M. Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. *BMJ Open.* 2019 Oct 1;9(10):e032444.

23. Morgan D, Kosteniuk J, O'Connell ME, Kirk A, Stewart NJ, Seitz D, et al. Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: A process evaluation. *BMC Health Serv. Res.* [Internet]. 2019 Oct 17 [cited 2021 Feb 8];19(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6798332/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34888832/)
24. Oliveira SR de A, Potvin L, Medina MG. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Mar 15];39(107):1149–1161. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401149&lng=pt&tlng=pt
25. Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes. Rev.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2021 Mar 10];13(3):214–233. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22070186/>
26. Sombié I, Degroote S, Somé PA, Ridde V. Analysis of the implementation of a community-based intervention to control dengue fever in Burkina Faso. *Implement. Sci.* [Internet]. 2020 May 14 [cited 2021 Mar 13];15(1):32. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-00989-x>
27. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [Internet]. *Lancet.* 2010 Dec 4 [cited 2021 Mar 14];376(9756):1923–1958. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673610618545/fulltext>
28. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2017 Sep 28 [cited 2021 Mar 14];33(9):e00108116. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&tlng=pt
29. Bezerra HM de C, Gomes MF, Oliveira SR de A, Cesse EÂP. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trab. Educ. e Saúde.* 2020;18(3).
30. Nunes M de F, Pereira MF, Alves RT, Leles CR. A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Interface - Comun. Saúde, Educ.* [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 14];12(25):413–420. Available from: <https://www.scielo.org/article/icse/2008.v12n25/413-420/>
31. Oliveira SR de A, Potvin L, Medina MG. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Mar 15];39(107):1149–1161. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401149&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

32. Lourida I, Abbott RA, Rogers M, Lang IA, Stein K, Kent B, et al. Dissemination and implementation research in dementia care: A systematic scoping review and evidence map [Internet]. *BMC Geriatr.* 2017 Jul 14 [cited 2021 Mar 11];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28709402/>
33. Reeves P, Edmunds K, Szewczyk Z, Grady A, Yoong SL, Wolfenden L, et al. Economic evaluation of a web-based menu planning intervention to improve childcare service adherence with dietary guidelines. *Implement. Sci.* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Mar 10];16(1):1. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01068-x>
34. Cabral IE, Moraes JRMM de. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. *Rev. Bras. Enferm.* 2015 Nov 1;68(6):1078–1085.
35. Souza MH do N, Nóbrega VM da, Collet N. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73(2):e20180371.
36. Silva BG de A, Machado AN, Nóbrega VM da, Oliveira RC, Vaz EMC, Collet N. Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. *Rev. Enferm. da UFSM.* 2020 Sep 8;10:e76.
37. Ndejjo R, Wanyenze RK, Nuwaha F, Bastiaens H, Musinguzi G. Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe districts in Uganda using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement. Sci.* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Mar 12];15(1):106. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01065-0>
38. Safaeinili N, Brown-Johnson C, Shaw JG, Mahoney M, Winget M. CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. *Learn. Heal. Syst.* [Internet]. 2020 Jan 26 [cited 2020 Jun 1];4(1). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lrh2.10201>
39. Fakha A, Groenvynck L, Boer B de, Achterberg T van, Hamers J, Verbeek H. A myriad of factors influencing the implementation of transitional care innovations: a scoping review [Internet]. *Implement. Sci.* 2021 Dec 1 [cited 2021 Mar 12];16(1):21. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-021-01087-2>
40. Brody AA, Arbaje AI, DeCherrie L V., Federman AD, Leff B, Siu AL. Starting Up a Hospital at Home Program: Facilitators and Barriers to Implementation. *J. Am. Geriatr. Soc.* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2021 Mar 12];67(3):588–595. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30735244/>
41. Musoke D, Ndejjo R, Atusingwize E, Mukama T, Ssemugabo C, Gibson L. Performance of community health workers and associated factors in a rural community in Wakiso

- district, Uganda. *Afr. Health Sci.* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Mar 12];19(3):2784–2797. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127852/>
42. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement. Sci.* [Internet]. 2013 May 10 [cited 2021 Mar 10];8(1):51. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-51>
43. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cien. Saude Colet.* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Mar 12];24(12):4405–4415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&tlng=pt
44. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien. Saude Colet.* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2021 Mar 11];23(6):1723–1728. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&tlng=pt